

جامعة الجزائر-2- "أبو القاسم سعد الله"

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس



الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل

دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

Psychosocial risks and their relationship with mental health at work

A field study at the teaching hospital of Tizi Ouzou

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص عمل وتنظيم

إشراف الأستاذ الدكتور:

رشيد خلفان

إعداد الطالبة:

وهيبة إيديري

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة العلمية	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بوعمامة سماعيل
مقررا ومشرفا	جامعة تيزي وزو	أستاذ التعليم العالي	أ.د. خلفان رشيد
عضوا مناقشا	جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. سعدو سامية
عضوا مناقشا	جامعة الجزائر 2	أستاذة محاضرة (أ)	د. زرقاق سعيدة
عضوا مناقشا	جامعة تيزي وزو	أستاذ محاضر (أ)	د. قدور عثمان
عضوا مناقشا	جامعة تيزي وزو	أستاذة محاضرة (أ)	د. سعودي ملحة

السنة الجامعية: 2022 - 2023

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

فبعد أن وفقني الله ومنحني القدرة على إتمام هذا العمل، فإنه يطيب لي في هذا المقام الكريم أن أتوجه بالشكر الجزيل وعظيم التقدير والامتنان إلى كل من مد يد العون لإنجاز هذا العمل وخروجه إلى حيز النور، وأخص بذلك كلا من:

البروفيسور خلفان رشيد على إشرافه على هذه الأطروحة والذي لم يبخل علي بأرائه السديدة واقتراحاته البناءة وتعليماته وتوجيهاته ووقته، أسأل الله أن يجازيه خير جزاء على كل ما يقدمه للعلم والبحث العلمي.

كما وأتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بالموافقة على مناقشة هذه الأطروحة، وأن مشاركتهم في مناقشتي زادني ودراستي شرفا وتقديرا وإنني لواقفة من أن ملاحظاتهم السديدة ستثري هذه الأطروحة وتسهم في رفع شأنها.

كما وأتقدم بالثناء الوافر إلى الأساتذة الأفاضل من قسم علم النفس بجامعة مولود معمري على تفضلهم بقبول تحكيم أدوات الدراسة والذين ساهموا بعبائهم الكبير وجهدهم المشكور في إتمام هذه الأطروحة.

وأتقدم بالشكر والعرفان لجميع أعضاء مخبر مجتمع تربية عمل بجامعة مولود معمري وعلى رأسهم البروفيسورة معروف خلفان لوبيزة على ما قدمته لي من نصح ومساعدات وتسهيلات.

ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بوافر الشكر والاحترام للسيد أوزال محمد مدير مصلحة الموارد البشرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على ما قدمه لي من معلومات قيمة وتسهيلات ودعم طوال دراستي الميدانية بالمركز.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر الخاص لكل من: بوزييد كريمة، بوكرمة رشيد، بوكرمة يوسف، بوشير سعيدة، بلعيد سيليا، بابوش حسينة، حجاب ناصر، مبروك يمينة، عابد ويزة وبوتوتة نورة على مساعدتهم لي أثناء عملية توزيع وجمع أدوات الدراسة والشكر موصول لكل الأطباء والممرضين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو والذين شاركوا في إتمام هذا العمل رغم الظرف الصحي الطارئ آنذاك.

كما وأتقدم بخالص الشكر والامتنان والتقدير لعائلتي على وقوفها إلى جانبي خصوصا أمي الغالية وابنتي الفدة التي لطالما غمرتني بحبها ومساندتها ودعاءها وتقهمها في جميع مراحل إعداد هذه الأطروحة.

وختاماً فإنني أسأل الله العلي القدير أن يجزي الجميع خير الجزاء، وأن يوفقهم إلى ما يحبه ويرضاه، إنه سميع مجيب الدعاء.

وهيبة

بسم الله الرحمن الرحيم

إهداء

إلى ملاكي، رفيقة دربي، قرّة عيني ابنتي ليا...

إلى والديّ الكريمين أطل الله عمرهما...

إلى إخوتي وأخواتي الغاليين على قلبي...

إلى أبنائهم الأعتزاء رعاهم الله وبارك فيهم...

إلى روح جدتي الحبيبة...

إلى روح أخي سعيد الذي تركنا باكرا...

رحمهما الله وغفر لهما وأسكنهما فسيح جناته...

إلى كل هؤلاء، أهدي ثمرة جهدي.

وهيبة

ملخص البحث

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية في العمل لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، كما هدف إلى معرفة مستوى كل من الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية وكذلك مدى تأثير هذه الأخطار في الصحة النفسية، والكشف عن الفروق في كل من الضغط المدرك، والعنف النفسي والصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين تبعاً لمتغيرات الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية، والأقدمية في المركز.

وقد تم اعتماد المنهج الوصفي الذي يتلاءم مع طبيعة الموضوع حيث تكون مجتمع البحث من جميع الأطباء والممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وبالبالغ عددهم (1934) فرداً، وشملت عينة البحث (234) طبيبياً وممرضاً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، ولقد صممت هذه الدراسة للإجابة على تساؤلات البحث واختبار مجموعة من الفرضيات، لأجل ذلك تم تطبيق ثلاث أدوات بحثية بعدما تمت ترجمتها من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، وبعد التأكد من صدقها وثباتها وتمثل في: مقياس الضغط المدرك (PSS14) لقياس الضغط المهني، الذي تم إعداده من قبل (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983)، واستبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة (NAQ-R) لقياس التعرض للعنف النفسي في العمل، والذي وضعه الباحثون (Einarsen, Hoel & Norelaers, 2009)، ومقياس قلق واكتئاب المستشفى (HADS) لقياس الصحة النفسية في العمل وهو من تصميم الباحثين (Zigmond & Snaith, 1983).

تم تفرغ وتحليل البيانات بواسطة الحزمة الإحصائية (SPSS version 26)، وتمت الاستعانة بمقاييس النزعة المركزية والتشتت المتمثلة في: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم الاعتماد على الاختبارات المعلمية مثل معامل ارتباط بيرسون، اختبار ت (t)، اختبار الانحدار الخطي المتعدد والبسيط، اختبار التباين الأحادي، اختبار المقارنات البعدية أقل فرق دال (LSD) واختبارات حجم الأثر.

وأسفرت نتائج البحث عن ما يلي: تبين أن مستوى الضغط المدرك لدى الأطباء والممرضين كان متوسطاً، حيث (82.5%) من أفراد العينة تعرضوا لضغط مدرك متوسط الشدة، (14.5%) اختبروا ضغطاً مدركاً مرتفعاً، وكان مستوى العنف النفسي متوسطاً، حيث تبين أن (66%) من أفراد العينة كانوا عرضة للعنف النفسي في العمل: (36%) تعرضوا للعنف النفسي في العمل أحياناً، أما (30%) فهم ضحايا لعنف نفسي شديد، فيما لم يختبر (34%) من أفراد العينة تلك السلوكيات السلبية في عملهم. كما اتضح من نتائج البحث أن (38.2%) من أفراد العينة عانوا من العنف النفسي بسبب مسؤولهم المباشر، و(19.6%) تعرضوا للعنف النفسي من طرف عائلات المرضى، و(17.6%) منهم تعرضوا له من قبل زملاءهم في العمل، و(16.7%) تعرضوا للعنف النفسي من طرف مسؤولين آخرين، وأقر (5.9%) أن المرضى هم مرتكبو العنف النفسي ضدهم بينما (2%) عانوا من العنف النفسي من قبل التابعين لهم. كما كشفت النتائج أن (86.75%) من الأطباء والممرضين يعانون من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط، وأن مستوى القلق كان متوسطاً، حيث يعاني (34.61%) من أفراد العينة من قلق متوسط الشدة، و(32.06%) من اضطراب القلق الشديد و(18.81%) من المستجوبين حالتهم طبيعية، فيما يعاني (14.52%) من قلق خفيف. كما جاء مستوى الاكتئاب متوسطاً، حيث يعاني (33.33%) من أفراد العينة من اكتئاب

متوسط الشدة، و (28.20%) من اضطراب الاكتئاب الشديد، كما يعاني (23.08%) من اكتئاب خفيف، أما (15.39%) من أفراد العينة فهم في حالة طبيعية.

كما توصلت نتائج البحث إلى وجود علاقة ارتباطية متوسطة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية أي كلما ازداد الضغط المدرك والعنف النفسي لدى الأطباء والممرضين، ازدادت صحتهم النفسية اضطراباً و سوءاً، وتبين أن الأخطار النفسية موضوع البحث، تؤثر سلباً في الصحة النفسية وتفسر (20.1%) من التغيرات المشاهدة فيها كما يمكن التنبؤ باضطراب الصحة النفسية من خلال التعرض للضغط المدرك والعنف النفسي في العمل.

فيما يتعلق بالضغط المدرك، أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لدى أفراد العينة تعزى إلى متغيري الجنس والحالة المدنية، ولا توجد فروق دالة تعزى إلى متغير السن ما عدا في بعد الفعالية الذاتية المدركة، حيث جاءت الفروق لصالح الفئة العمرية الأصغر سناً (من 21 إلى 30 سنة)، كما لا توجد فروق دالة تعزى إلى متغير الفئة المهنية ما عدا في بعد الفعالية الذاتية المدركة حيث جاءت الفروق لصالح فئة الممرضين، ولا توجد فروق دالة تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز ما عدا في بعد الفعالية الذاتية المدركة حيث جاءت الفروق لصالح فئة الأقدمية في المركز (من 1 إلى 10 سنوات).

أما فيما يخص العنف النفسي في العمل، فقد سجل البحث الحالي عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لدى أفراد العينة تعزى إلى متغيرات الجنس والسن والحالة المدنية والأقدمية في المركز، بينما توجد فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية للعنف النفسي وكذا في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص تعزى إلى متغير الفئة المهنية حيث جاءت الفروق لصالح فئة الأطباء المقيمين.

وأخيراً بالنسبة للصحة النفسية في العمل، تبين وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لدى أفراد العينة تعزى إلى متغير الجنس وجاءت الفروق لصالح الإناث، كما توجد فروق دالة في الدرجة الكلية للصحة النفسية وكذا بعد الاكتئاب تعزى إلى متغير الفئة المهنية وجاءت الفروق لصالح فئة الممرضين، بينما لا توجد فروق ذات دلالة تعزى إلى متغيرات السن، الحالة المدنية والأقدمية في المركز.

وخلص البحث بتقديم بعض الاقتراحات التي من شأنها التخفيف من الأخطار النفسية الاجتماعية لأجل تحسين الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين، ومن أهمها تنظيم أيام تحسيسية وتعليمية حول الأخطار النفسية الاجتماعية والتي على رأسها العنف النفسي في العمل، قصد التوعية والتكوين والمساعدة في الكشف عنها وكيفية إدارتها.

الكلمات المفتاحية: الأخطار النفسية الاجتماعية، الضغط المدرك، العنف النفسي في العمل، الصحة النفسية، القلق، الاكتئاب.

Résumé

La présente recherche vise à déterminer la relation entre les risques psychosociaux et la santé mentale au travail chez les médecins et infirmiers du centre hospitalo- universitaire de Tizi Ouzou, ainsi qu'à estimer le niveau de chacun des risques psychosociaux et la santé mentale, et l'ampleur de l'effet de ces risques sur la santé mentale, et enfin à détecter les différences au niveau du stress perçu, de la violence psychologique et de la santé mentale chez les médecins et infirmiers

selon ces variables : sexe, âge, état civil, catégorie professionnelle et ancienneté dans le poste.

La méthode descriptive a été adoptée, ce qui est compatible avec la nature de notre recherche, un échantillon aléatoire simple de (234) participants a été constitué à partir d'une population totale de (1934) médecins et infirmiers. Cette recherche a été conçue afin de répondre aux questionnements de la recherche et tester un ensemble d'hypothèses, pour cela, trois outils d'investigation ont été utilisés, après avoir été traduits en arabe et après vérification de leur validité et fiabilité : la (pss14) conçue par (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) pour mesurer le stress professionnel, le (NAQ-R) est développé par (Einarsen, Hoel & Norelaers, 2009) pour mesurer l'exposition à la violence psychologique, et enfin la (HADS) élaborée par (Zigmond & Snaith, 1983) pour mesurer la santé mentale au travail.

Le dépouillement ainsi que les analyses descriptive et analytique des data ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 26, on pourrait citer : des mesures de tendance centrale et de dispersion telles que moyenne arithmétique et écart type, et les tests paramétriques tels que coefficient de corrélation de Pearson, test (t), régression linéaire simple et multiple, analyse de la variance à un facteur, test post- hoc LSD, et tests de taille de l'effet.

Il a été constaté que le niveau du stress perçu chez les médecins et les infirmiers était moyen, (82.5%) des répondants ont été exposés à un stress perçu d'intensité moyenne, (14.5%) ont vécu un stress perçu élevé, quant au niveau de la violence psychologique, il était aussi moyen, puisqu'il a été constaté que (66%) des répondants ont été exposés à la violence psychologique : (36%) en avaient fait l'expérience quelquefois, (30%) étaient victimes de violence psychologique sévère, tandis que (34%) des répondants n'ont jamais connu ces comportements négatifs au travail. Ainsi, d'après les résultats obtenus, (38.2%) des participants ont subi de la violence psychologique de la part de leur supérieur direct, et (19.6%) ont subi des actes négatifs des familles des patients, et (17.6%) de la part des collègues de travail, et (16.7%) de la part d'autres responsables, (5.9%) ont avoué que ce sont les patients qui sont les auteurs de la violence psychologique à leur rencontre, tandis que (2%) ont subi ces actes négatifs de la part de leurs subordonnés. Les résultats ont également révélé que (86.75%) des médecins et infirmiers souffraient de troubles anxieux-dépressifs, et que le niveau d'anxiété était moyen : (34.61%) des répondants souffrent d'anxiété modérée, (32.06%) d'anxiété sévère, (18.81%) sont dans un état normal, tandis que (14.52%) souffrent d'anxiété légère. Le niveau de la dépression était aussi moyen : (33.33%) souffrent de dépression modérée, (28.20%) de dépression sévère, et (23.08%) souffrent de dépression légère, tandis que (15.39%) des participants sont dans un état normal.

Les résultats ont aussi révélé qu'il existe une corrélation modérée entre les risques psychosociaux et la santé mentale chez les médecins et infirmiers, c'est à dire que plus le stress perçu et la violence psychologique sont élevés, plus leur santé mentale est détériorée, comme il a été constaté que les risques psychosociaux impactent négativement la santé mentale et expliquent (20.1%) des changements observés dans celle-ci, le trouble de la santé mentale peut être ainsi prédictible par l'exposition au stress perçu et à la violence psychologique.

Concernant le stress perçu, les résultats ont montré qu'il n'y a pas de différences significatives entre les répondants dues au sexe et l'état civil, et il n'y a pas de différences significatives attribuées à l'âge sauf dans la sous-échelle de l'auto efficacité perçue où les différences sont en faveur des plus jeunes, et il n'y a pas de différences significatives attribuées à la catégorie professionnelle sauf dans la sous-échelle de l'auto efficacité perçue où les différences sont en faveur des infirmiers, et il n'y a pas de différences significatives attribuées à l'ancienneté dans le poste sauf dans la sous-échelle de l'auto efficacité perçue où les différences sont en faveur des répondants dont l'ancienneté varie de (1 à 10 ans). En ce qui concerne la violence psychologique au travail, il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les répondants dues aux variables sexe, âge, état civil et ancienneté dans le poste, alors qu'il existe des différences significatives dans le score total de la violence psychologique ainsi que dans la sous-échelle de la violence psychologique associée à la personne qui sont attribuées à la catégorie professionnelle où les différences étaient en faveur des médecins résidents.

Enfin, concernant la santé mentale au travail, il a été constaté qu'il existe des différences significatives entre les répondants selon le sexe en faveur des femmes, comme il existe des différences significatives dans le score total de la santé mentale ainsi que dans la sous-échelle de la dépression dues à la catégorie professionnelle en faveur des infirmiers, cependant il n'y a pas de différences significatives dues à l'âge, l'état civil et l'ancienneté dans le poste.

En conclusion, quelques suggestions ont été émises pour atténuer les risques psychosociaux et par conséquent améliorer la santé mentale des médecins et infirmiers, comme l'organisation de journées de sensibilisation et d'enseignement sur les risques psychosociaux surtout la violence psychologique, qui selon notre recherche est la prédominante, afin de former et aider à la détection et la gestion de ces risques.

Mots clés : risques psychosociaux, stress perçu, violence psychologique dans le travail, santé mentale, anxiété, dépression.

Summary

This research aims to determine the relationship between psychosocial risks and mental health at work among doctors and nurses at the teaching hospital of Tizi Ouzou, as well as to estimate the level of each of the psychosocial risks and mental health, and the magnitude of the effect of these risks on mental health, and finally to detect differences in perceived stress, psychological violence and mental health among doctors and nurses according to these variables: gender, age, marital status, professional category and seniority in job.

The descriptive method was adopted, which is compatible with the nature of our research, a simple random sample of (234) participants was formed from a total population of (1934) doctors and nurses. This research was designed to answer the questions of the research and a set of hypotheses, for this, three investigative tools were used, after being translated into Arabic and after checking their validity and reliability: the PSS14 designed by (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) to assess occupational stress, the NAQ-R developed by (Einarsen, Hoel & Norelaers, 2009) to evaluate exposure to psychological violence, and finally, the HADS designed by (Zigmond & Snaith, 1983) to estimate mental health at work.

The counting as well as the descriptive and analytical analyzes of data were carried out using SPSS version 26 software, we could cite: measures of central tendency and dispersion such as arithmetic mean and standard deviation, and parametric tests such as Pearson's correlation coefficient, (t) test, simple and multiple linear regression, one way anova, LSD post-hoc test, and effect size tests.

It was found that the level of perceived stress among doctors and nurses was moderate, (82.5%) of the respondents were exposed to perceived stress of average intensity, (14.5%) experienced high perceived stress, as for the level of psychological violence, it was also moderate, since it was found that (66%) of the respondents had been exposed to psychological violence: (36%) had experience it sometimes, (30%) were victims to severe psychological violence, while (34%) of the participants have never experienced these negative acts at workplace. Thus, according to the research's results, (38.2%) of the respondents suffered from psychological violence coming from their direct superior, and (19.6%) from the patients' families, and (17.6%) from colleagues, and (16.7%) from other managers, (5.9%) admitted that patients were the perpetrators, while (2%) suffered from those negative acts from their subordinates. The results also revealed that (86.75%) of doctors and nurses suffered from mixed anxiety depressive disorders, and the level of anxiety was moderate: (34.61%) of respondents suffer from moderate anxiety, (32.06%) from severe anxiety, (18.81%) are in normal case, while (14.52%) suffer from mild anxiety. The level of depression was also moderate: (33.33%) suffer from moderate depression, (28.20%) from severe depression, and (23.08%) suffer from mild depression, while (15.39%) of participants are in normal case.

The results also revealed that there is a moderate correlation between psychosocial risks and mental health among doctors and nurses, it means that the higher the perceived stress and psychological violence, the more their mental health is deteriorated, as it has been found that psychosocial risks impact negatively mental health and explain (20.1%) of the changes observed in it, and mental health disorder can thus be predicted by exposure to perceived stress and psychological violence.

Concerning the perceived stress, the results showed that there are no significant differences between the respondents due to gender and marital status, and there are no significant differences attributed to age except in the perceived self-efficacy subscale where the differences are in favor of the youngest, and there

are no significant differences attributed to the professional category except in the perceived self-efficacy subscale where the differences are in favor of nurses, and there are no significant differences attributed to seniority in the job except in the perceived self-efficacy subscale where the differences are in favor of respondents whose seniority varies from 1 to 10 years.

With regard to psychological violence at work, there are no statistically significant differences between respondents due to the variables gender, age, marital status and seniority in job, while there are significant differences in the total score of psychological violence as well as in psychological violence related to the person subscale that are assigned to the professional category where the differences are in favor of resident doctors.

Finally, regarding mental health at work, it was found that there are significant differences between the respondents according to gender in favor of females, as there are significant differences in the total score of mental health as well as in depression subscale due to professional category in favor of nurses, however, there are no significant differences due to age, marital status and seniority in the job.

In conclusion, some suggestions have been made to reduce the psychosocial risks and hence improve the mental health of the doctors and the nurses, such as the organization of awareness and teaching days on psychosocial risks, especially psychological violence, which according to our research is the predominant, in order to train and help in the detection and management of these risks.

Keywords: psychosocial risks, perceived stress, psychological violence at work, mental health, anxiety, depression.

فهرس المحتويات

الصفحة	
أ.....	كلمة شكر
ب.....	إهداء
ت.....	ملخص البحث باللغة العربية
ج.....	ملخص البحث باللغة الفرنسية
خ.....	ملخص البحث باللغة الانجليزية
ذ.....	فهرس المحتويات
ش.....	فهرس الجداول
ع.....	فهرس الأشكال والمنحنيات البيانية
1.....	مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث

5.....	1. إشكالية البحث
13.....	2. فرضيات البحث
15.....	3. أهداف البحث
16.....	4. أهمية البحث
17.....	5. تحديد المفاهيم الأساسية للبحث
21.....	6. حدود البحث
22.....	7. الدراسات السابقة

الفصل الثاني: الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل

55.....	تمهيد
55.....	1. نبذة وجيزة عن الأخطار النفسية الاجتماعية
56.....	2. تعريف الأخطار النفسية الاجتماعية
57.....	3. طبيعة الأخطار النفسية الاجتماعية
58.....	4. عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية
61.....	5. نتائج الأخطار النفسية الاجتماعية

63.....	6. الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية.
65.....	القسم الأول: الضغط المهني.
65.....	1. مفهوم الضغط.
67.....	2. ميادين الضغط.
68.....	3. عناصر الضغط.
69.....	4. مراحل الضغط.
70.....	5. أنواع الضغط.
70.....	6. النظريات والنماذج المفسرة للضغوط.
77.....	7. مصادر ومسببات الضغط المهني.
80.....	8. الاستجابات إزاء الضغط المهني.
84.....	9. الاستراتيجيات الفردية والتنظيمية في مواجهة الضغوط المهنية.
87.....	القسم الثاني: العنف النفسي في العمل.
87.....	1. تعريف العنف.
88.....	2. نظريات العنف.
90.....	3. تعريف العنف في العمل.
91.....	4. أشكال العنف في العمل.
91.....	5. مفهوم العنف النفسي في العمل.
93.....	6. خصائص العنف النفسي في العمل.
	7. أنواع العنف النفسي في العمل.
94.....	العمل.
95.....	8. مراحل العنف النفسي في العمل.
97.....	9. محددات العنف النفسي في العمل.
102.....	10. عواقب العنف النفسي في العمل.
104.....	11. الوقاية من العنف النفسي في العمل.
106.....	خلاصة الفصل.
	الفصل الثالث: الصحة النفسية في العمل
108.....	تمهيد.

108.....	1. مفهوم الصحة.....
110.....	2. مفهوم الصحة النفسية.....
111.....	3. خصائص الصحة النفسية.....
111.....	4. الصحة النفسية في العمل.....
112.....	5. مظاهر الصحة النفسية في العمل.....
115.....	6. اضطرابات الصحة النفسية.....
118.....	القسم الأول: القلق
118.....	1. مفهوم القلق.....
120.....	2. أوجه التشابه والاختلاف ما بين القلق والخوف والضغط.....
أنواع	3.....
121.....	القلق.....
123.....	4. تصنيف اضطرابات القلق.....
126.....	5. أعراض القلق.....
127.....	6. مصادر القلق وأسبابه.....
128.....	7. النظريات المفسرة للقلق.....
132.....	8. القلق المهني أو الوظيفي.....
136.....	9. علاج القلق.....
139.....	القسم الثاني: الاكتئاب
139.....	1. مفهوم الاكتئاب.....
141.....	2. أوجه التشابه والاختلاف ما بين الاكتئاب والقلق.....
143.....	3. أنواع الاكتئاب.....
143.....	4. تصنيف الاضطرابات الاكتئابية.....
أعراض	5.....
145.....	الاكتئاب.....
148.....	6. تشخيص الاكتئاب.....
149.....	7. عوامل الاكتئاب.....
149.....	8. نظريات الاكتئاب.....
154.....	9. الاكتئاب المهني.....

157.....علاج الاكتئاب.....10

159.....خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث في جانبه التطبيقي

161.....تمهيد.....

161.....1. وصف ميدان إجراء البحث.....

162.....2. منهج البحث.....

162.....3. الدراسة الاستطلاعية.....

163.....4. الدراسة الأساسية.....

163.....1.4. مجتمع البحث.....

163.....2.4. عينة البحث.....

166.....5. أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية.....

198.....6. أدوات تحليل البيانات.....

200.....خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: عرض ومناقشة وتفسير النتائج

202.....أولاً: عرض النتائج.....

302.....ثانياً: مناقشة النتائج.....

353.....الاستنتاج العام.....

358.....الاقتراحات.....

360.....خاتمة.....

362.....قائمة المراجع.....

الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول
142.....	(1) الفرق بين الاكتئاب والقلق.....
156.....	(2) عواقب الاكتئاب على الحياة المهنية.....
163.....	(3) توزيع مجتمع البحث حسب الفئة المهنية.....
165.....	(4) توزيع أفراد العينة حسب الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية والأقدمية في المركز.....
167.....	(5) اختبار شابيرو- ويلك للتوزيع الطبيعي للبيانات.....
170.....	(6) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد العجز المدرك مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك.....
172.....	(7) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك.....
173.....	(8) معاملات الارتباط بين البعدين الفرعيين والدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك.....
174.....	(9) نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لمقياس الضغط المدرك.....
175.....	(10) حساب ثبات مقياس الضغط المدرك وبعديه الفرعيين بطريقة ألفا كرونباخ.....
176.....	(11) حساب ثبات مقياس الضغط المدرك بطريقة التجزئة النصفية.....
177.....	(12) قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الخماسي واتجاه الإجابات على بنود مقياس الضغط المدرك.....
180.....	(13) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-.....
182.....	(14) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-.....
183.....	(15) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد الترهيب الجسدي مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-.....
184.....	(16) معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-.....
185.....	(17) نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لاستبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة.....
186.....	(18) حساب ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- وأبعاده الفرعية بطريقة ألفا كرونباخ.....
187.....	(19) حساب ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- بطريقة التجزئة النصفية.....
189.....	(20) قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الخماسي واتجاه الإجابات على بنود استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة-.....

- (21) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد القلق مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس قلق واكتئاب
المستشفى.....191
- (22) معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد الاكتئاب مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس قلق واكتئاب
المستشفى.....192
- (23) معاملات الارتباط بين البعدين الفرعيين والدرجة الكلية لمقياس قلق واكتئاب المستشفى.....193
- (24) نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لمقياس قلق واكتئاب المستشفى.....194
- (25) حساب ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى وبعديه الفرعيين بطريقة ألفا كرونباخ.....195
- (26) حساب ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى بطريقة التجزئة النصفية.....196
- (27) قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الرباعي والاتجاه العام للإجابات على البند الأول لمقياس قلق واكتئاب
المستشفى.....198
- (28) مستويات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.....202
- (29) مستوى وترتيب بعدي الضغط المدرك.....204
- (30) الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العجز المدرك.....205
- (31) الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة.....208
- (32) مدى تعرض أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو للعنف النفسي في العمل.....211
- (33) التصريح الذاتي لأطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو حول تعرضهم للعنف النفسي في العمل
خلال الستة أشهر الماضية.....212
- (34) مستوى وترتيب أبعاد العنف النفسي في العمل.....213
- (35) (: الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل.....215
- (36) الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص.....218
- (37) الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الترهيب الجسدي.....222
- (38) القائمون بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.....224
- (39) مستويات الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.....226
- (40) مستوى وترتيب بعدي الصحة النفسية.....229
- (41) الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد القلق.....230
- (42) الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الاكتئاب.....233
- (43) العلاقة بين الضغط المدرك ببعديه والصحة النفسية ببعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية
تيزي وزو.....235
- (44) العلاقة بين العنف النفسي بأبعاده والصحة النفسية ببعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي
وزو.....237
- (45) أثر الضغط المدرك في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي
وزو.....239

- (46) أثر العنف النفسي في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.....242
- (47) اختبار كولموغوروف- سميرونوف للتوزيع الطبيعي لبيانات نموذج الانحدار المتعدد القياسي.....246
- (48) أثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.....247
- (49) الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.....252
- (50) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.....254
- (51) الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.....255
- (52) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير السن.....256
- (53) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.....258
- (54) الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.....259
- (55) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.....261
- (56) الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.....262
- (57) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الفئة المهنية.....263
- (58) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.....265
- (59) الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.....266
- (60) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.....267

- (61) الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.....268
- (62) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.....271
- (63) الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.....272
- (64) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.....274
- (65) الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.....275
- (66) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل وفقا لمتغير الحالة المدنية.....277
- (67) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.....278
- (68) الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.....279
- (69) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في كل من بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص والدرجة الكلية للعنف النفسي وفقا لمتغير الفئة المهنية.....281
- (70) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.....283
- (71) الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.....284
- (72) الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.....286
- (73) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.....289
- (74) الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.....290
- (75) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.....291
- (76) الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.....292

- (77) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في الصحة النفسية وفقا لمتغير الحالة المدنية. 293
- (78) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية..... 295
- (79) الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية..... 296
- (80) نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في كل من بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للصحة النفسية وفقا لمتغير الفئة المهنية..... 298
- (81) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز..... 300
- (82) الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز..... 301

فهرس الأشكال والمنحنيات البيانية

الصفحة	الشكل
57.....	(1) الأخطار النفسية الاجتماعية (INRS, 2013)
74.....	(2) نموذج التقييم المزدوج للضغط (Légeron & André, 1993)
76.....	(3) نموذج (Karazek) للضغط المهني (Rasclé et al., 2012)
134.....	(4) منحنى Yerkes & Dodson للعلاقة بين القلق والأداء (القريطي، 2003)
203.....	(5) مستويات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو
207.....	(6) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العجز المدرك
210.....	(7) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة
211.....	(8) توزيع أفراد العينة حسب تعرضهم للعنف النفسي في العمل
213.....	(9) توزيع أفراد العينة وفقا لتصريحهم الذاتي حول تعرضهم للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية
217.....	(10) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل
221.....	(11) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص
223.....	(12) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد التهيب الجسدي
225.....	(13) القائمون بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو
227.....	(14) مستوى القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو
228.....	(15) مستوى الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو
228.....	(16) توزيع أفراد العينة حسب معاناتهم من اضطراب القلق الاكتيبي المختلط
232.....	(17) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد القلق
235.....	(18) الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الاكتئاب
322.....	(19) الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير السن
326.....	(20) الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الفئة المهنية
328.....	(21) الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الأقدمية في المركز
335.....	(22) الفروق في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل وفقا لمتغير الحالة المدنية
337.....	(23) الفروق في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص وفقا لمتغير الفئة المهنية

- 338.....(24) الفروق في العنف النفسي وفقا لمتغير الفئة المهنية
- 347.....(25) الفروق في الصحة النفسية وفقا لمتغير الحالة المدنية
- 349.....(26) الفروق في بعد الاكتئاب وفقا لمتغير الفئة المهنية
- 350.....(27) الفروق في الصحة النفسية وفقا لمتغير الفئة المهنية

مقدمة

لقد أحدث النظام الاقتصادي الحالي تحولات عميقة في عالم الشغل، لاسيما فيما يتعلق بالممارسات الإدارية وذلك من خلال ظهور أشكال جديدة من تنظيم العمل. ويقصد بتنظيم العمل كل ما يخص بالتقسيم الفني (تقسيم عملية الإنتاج وتوزيع المهام على مختلف العمال ومختلف المهن) والتقسيم الاجتماعي للعمل (التسلسل الهرمي، وأساليب الإدارة والتسيير، الانضباط والقيادة، ونظام المكافآت والعقوبات، ونظام الاستحقاقات: المنح، الترقية، التكوين...).

فالتحولات التي طرأت على تنظيم العمل مؤخرا، ساهمت في بروز أخطار مهنية جديدة تسمى بالأخطار النفسية الاجتماعية، وكذلك في تفاقم الإصابات النفسية ذات المنشأ المهني. لقد عرفنا منذ الثمانينات أن ثمة علاقة طردية بين صحة الجسم وظروف العمل، أما الآن، فتبين أن الصحة النفسية تتعلق وتتأثر، ليس بظروف العمل، بل بتنظيم العمل. هذا، فالتغيرات التي تطرأ على مستوى الصحة النفسية، وزيادة الأمراض النفسية إنما تعود إلى التغيرات التي تحدث على مستوى تنظيم العمل (Duarte & Dejours, 2019). ولفهم الأخطار النفسية الاجتماعية بشكل كامل، ينبغي أولا التمعن في مفهوم المعاناة في العمل هذا المفهوم الذي اخترق أبواب علم النفس عن طريق الباحث Christophe Dejours مؤسس علم النفس الديناميكي في العمل.

نشأ تيار علم النفس الديناميكي في العمل في السبعينات بعد محاولة علم النفس المرضي المهني تحديد مشاكل تكيف الإنسان مع بيئة العمل والتي اعتبرها مصدر الأمراض العصبية، وبعد إخفاقه في إثبات العلاقة السببية التي تربط بين المرض وموقف العمل. تخلى هذا التيار عن مفهوم المرض، وفي المقابل، تبني عدة مفاهيم أساسية منها مفهوم المعاناة واعتبرها حالة طبيعية، حيث بإمكان العمل أن يولد معاناة كون هذه الأخيرة لها علاقة بالفجوة الموجودة بين العمل المسطر والعمل الفعلي، وهي فجوة موجودة في أي عمل مهما كان محتواه، وتستدعي الذكاء التطبيقي العملي للفرد من أجل إنجاز مهامه، ثم يأتي مفهوم المتعة (plaisir) إذا تم تنفيذ العمل بشكل متقن وجيد، ومفهوم الفشل (échec) إن لم يسمح الذكاء الإبداعي والاستراتيجيات الدفاعية من احتواء المعاناة. هذا ما يؤدي بنا إلى مفهوم الطبيعية (normalité) والذي يعني أنه من الطبيعي أن يعاني الفرد في العمل، وبالتالي لا يمكن اعتبار المعاناة كعامل مرضي فقط لكنها أيضا وسيلة للإبداع وتحقيق الذات (Saingolet, 2016).

إن إطار علم النفس الديناميكي في العمل يجعل ممكنا استكشاف الصلة الوثيقة بين تنظيم العمل والمتعة والمعاناة في العمل، إذ يرى علم النفس الديناميكي في العمل أن تنظيم العمل هو مصدر المتعة والمعاناة (Alderson, 2004) وأن هذه الأخيرة تظهر على شكل ألم قد يؤدي في بعض الأحيان إلى الاستنزاف أو حتى الموت المبكر. وبما أن الأفراد فاعلين وليسوا سلبيين أمام هذه المعاناة، يتم تبني استراتيجيات دفاعية تخفف من إدراكهم وتصورهم للمعاناة التي يختبرونها في العمل وتسمح بالتعامل مع إرغامات ومتطلبات عملهم لهدف المحافظة على توازنهم النفسي وصحتهم بشكل عام (Molinier, 2012). تكون الاستراتيجيات الدفاعية فردية أو جماعية ولاواعية في أغلب الأحيان وتستند إلى تاريخ الفرد وشخصيته وتنشئته (Alderson, 2004 cité par Boivin- Desrochers & Alderson, 2014) وفي اللحظة التي تصبح الاستراتيجيات الدفاعية غير فعالة ولم تعد كافية لحمايته، يحدث هناك انهيار يظهر على شكل أمراض نفسجسمية، تلك الأمراض التي يفسرها (Dejours (1988) أنها ناتجة عن نزاع لم يجد مخرجا نفسيا، فيشن في الجسم اضطرابات غدية وأيضية تكون نقطة انطلاق المرض النفسجسمي. وعموما، تجتمع هذه الأمراض ضمن ثلاث فئات رئيسية تتمثل في: أمراض العبء الزائد وهي ناتجة عن آلية تدعى في علم النفس المرضي المهني بفرط النشاط المهني أو التسارع الذاتي الذي يتميز بعائق نفسي يعمل على عدم الشعور بالطابع المؤلم والشاق للعمل، وأمراض الفكر والعنف والتي ترتبط إلى حد كبير بالأشكال الجديدة لتنظيم العمل، حيث أن مفهوم المردودية على حساب العمل المتقن (travail bien fait) يجعل من المستحيل إيجاد حل وسط لإرضاء وتعايش هذين العنصرين المتناقضين، بالتالي يخلق صراع أخلاقي لدى العامل، وأخيرا أمراض الوحدة والتي تشير إلى التحرش والانتحار في مكان العمل، باعتبار أن النقطة المشتركة فيما بينها هي العزلة والانطواء (Saingolet, 2016).

هذا، وبعد هذه النبذة، يتبين أن الأخطار النفسية الاجتماعية جزء لا يتجزأ من الأخطار المهنية وتتمثل في تلك المواقف التي لم يعد فيها الفرد قادرا على تحويل معاناته إلى إبداع من خلال تجنيد ذكائه، فيجد نفسه عاجزا على احتوائها، وبالتالي قد تؤدي المعاناة إلى الإصابة بأمراض نفسية أو عضوية، وتمثل عواقب هذه الإصابات سواء على مستوى الصحة النفسية لدى العمال أو على الصعيد الاقتصادي أحد الرهانات والتحديات الرئيسية بالنسبة للصحة العمومية والصحة في العمل بشكل خاص.

جاء بحثنا الحالي قصد الكشف عن علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية (الضغط المهني والعنف النفسي في العمل) بالصحة النفسية في العمل (غياب القلق والاكتئاب) لدى الأطباء والمرضى العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، ولهذا الغرض، تم تقسيم البحث إلى جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي، حيث نستهل البحث بالفصل الأول وهو تمهيدي تمت فيه صياغة إشكالية البحث، فرضيات البحث، أهدافه وأهميته وكذا تحديد المفاهيم الأساسية للبحث وحدوده والدراسات السابقة التي تناولت موضوع الأخطار النفسية الاجتماعية والمتمثلة في الضغط المهني والعنف النفسي وكذا موضوع الصحة النفسية ومؤشراتها السلبية والمتمثلة في القلق والاكتئاب وذلك لدى الأطباء والمرضى.

تم تقسيم الجانب النظري إلى فصلين حاولت الباحثة من خلالهما الإلمام بكل ما يخدم موضوع البحث، حيث تناولت في الفصل الثاني الأخطار النفسية الاجتماعية وقد تم تقسيمه إلى قسمين: خصص القسم الأول للضغط المهني، وخصص القسم الثاني للعنف النفسي في العمل.

أما الفصل الثالث فقد تناول الصحة النفسية في العمل وقد تم تقسيمه إلى قسمين أيضا: خصص القسم الأول للقلق بينما خصص القسم الثاني للاكتئاب.

أما الجانب التطبيقي فقد تضمن فصلين: الفصل الرابع وهو فصل الإجراءات المنهجية للبحث في جانبه الميداني، تم فيه عرض المنهج المتبع، التعريف بميدان البحث، كما تطرقنا للدراسة الاستطلاعية، ثم عينة البحث وكيفية اختيارها وتوزيعها حسب بعض الخصائص، كما تم تقديم وصف مفصل لأدوات جمع وتحليل البيانات المستعملة في هذه البحث.

أما الفصل الخامس وهو الفصل الأخير، فقد تم فيه عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها وتفسيرها وتحليلها على ضوء فرضيات البحث مدعمة بالدراسات السابقة، وانتهى باستنتاج عام واقتراحات وخاتمة البحث.

الفصل الأول: الإطار العام لأشكاله البحث

1. إشكالية البحث

شهد العمل في العقود الأخيرة تحولات عميقة سواء من حيث المحتوى أو التنظيم أو علاقات العمل. فقد ساهم التطور المستمر للتكنولوجيا والتحويلات والتحديات الاقتصادية العالمية في ظهور تنظيمات جديدة للعمل تعتمد على الريح والمردودية وأنماط التسيير التهجيمية، فتأثرت الحياة المهنية بالتسارع العام لوتيرة الحياة مما ساهم في تكثيف العمل ومعالجة مهام كثيرة في آن واحد وتعلم أشياء جديدة قصد الحفاظ على المستوى المطلوب وبالتالي ظهور ما يسمى بالأخطار النفسية الاجتماعية في العمل (Rosa, 2013).

ترتبط الأخطار النفسية الاجتماعية ارتباطاً جوهرياً بظروف العمل والعوامل التنظيمية، حتى أن البعض يؤكد أنها مشاكل إدارة وتسيير وبالتالي مشاكل في تنظيم العمل (Bilheran & Adam, 2011)، وهي تشير حسب المعهد الوطني للبحث والأمن بفرنسا (Institut national de recherche et de

sécurité [INRS], 2013) إلى مواقف العمل التي تضم بصفة منعزلة أو مجتمعة الضغط في العمل والعنف بكل أشكاله وقد يؤدي التعرض لهذه المواقف إلى تدني صحة العمال والإصابة بأمراض القلب والشرايين والاضطرابات العضلية الهيكلية واضطرابات الصحة النفسية، وقد يصل الأمر إلى الانتحار.

لقد أثبتت الدراسات أن التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية لمدة قصيرة يؤدي إلى ردود أفعال مثل: اضطرابات النوم، تغيرات في المزاج، تعب، آلام الرأس، قرحة معدية (Chandola, 2010)، أما التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية لمدة طويلة، فيترتب عنه قائمة لا يستهان بها من الاضطرابات النفسية والبدنية مثل: القلق، الاكتئاب، آلام الظهر، التعب المزمن، الاضطرابات المعدية، الأمراض المناعية، فقر الوظائف المناعية، أمراض القلب والشرايين وارتفاع ضغط الدم الشرياني (Cohen et al., 2012 cité par EU-OSHA, 2014).

كما تشكل الأخطار النفسية الاجتماعية وآثارها في الصحة أعباء مالية معتبرة يتحملها الأفراد وذلك بازدياد تكاليف الأدوية والضمان الاجتماعي، وأيضاً المنظمات بتقهقر الإنتاجية وتسجيل أعلى مستويات التغيب والدوران الوظيفي وزيادة حوادث العمل (Heponiemi et al., 2014; Nachreiner et al., 2005)، وتحملها المجتمعات أيضاً، فالمرض من جراء التعرض المستمر للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل، يمكنه أن يستنزف الصحة العمومية.

إن للأخطار النفسية الاجتماعية عواقب وآثار على جوانب الصحة الثلاثة والتي حددتها منظمة الصحة العالمية كما يلي: الصحة النفسية، الصحة الجسدية والصحة الاجتماعية. فإذا كانت الأخطار النفسية الاجتماعية تعرض العمال لأضرار تمس صحتهم النفسية، فإنها تشكل أيضا خطرا على صحتهم الجسدية والاجتماعية. فعلى سبيل المثال تظهر الدراسات أن الاضطرابات العضلية الهيكلية لا ترتبط فقط بوضعيات الجسم المفرطة أو غير الملائمة، بل يرجع أصلها أيضا إلى التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية، فمن دراسة (Benhassine, 2011) حول آلام الظهر والعوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالعمل لدى (1338) ممرضا وممرضة بولاية باتنة، تبين وجود علاقة دالة إحصائيا بين آلام الظهر والعوامل النفسية الاجتماعية، حيث أن خطر الإصابة تضاعف بقيمة (1.5) في حالة عدم التوازن بين الجهد والمكافأة، وبقيمة (1.6) في حالة الإفراط في الاستثمار الشخصي، وبقيمة (3.8) في حالة العنف النفسي في العمل.

كما أشارت الدراسة التي قام بها Rasclé, Vidal, Benoist, Duarte & Mohammed-Brahim (2012) للكشف عن الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة لدى عمال مؤسسة دولية لإنتاج البترول في الجزائر، أن (49%) من العمال يعانون من الضغط في العمل وهي قيمة جد مرتفعة، و (24%) من العمال يعيشون حالة الضغط المضاعف أي اقتران الضغط المرتفع بالدعم الاجتماعي الضعيف، فالعمال يتعرضون لأخطار مباشرة على صحتهم في العمل، مما يزيد من احتمال الإصابة بأمراض جسدية ومهنية، وقد أكدت هذه الدراسة العلاقة الارتباطية بين الأخطار النفسية الاجتماعية والأنماط السيئة لتنظيم العمل.

وفي نفس السياق، بينت دراسة الصحة والمسار المهني (Santé et Itinéraire Professionnel [SIP], 2010) والتي ضمت (7381) عاملا فرنسيا، أن (15%) من العمال معرضون لعمل متطلب وشديد، (16%) يواجهون متطلبات انفعالية شديدة بسبب الاتصال مع الزبائن كما بينت الدراسة الارتباط الوثيق بين التعرض المتواصل والمتراكم للأخطار النفسية الاجتماعية وتدني الصحة الجسدية والنفسية للعمال بشكل سريع (cité par la Direction de l'Animation de la recherche, des études et des statistiques [Dares] analyses, 2014).

تعتبر صحة العمال مصدرا لا جدال فيه للكفاءة في العمل بالتالي مصدرا للأداء الفردي والجماعي، فهي شرط أساسي لإنجاز عمل ذو جودة، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن العمل المنجز في ظروف ملائمة يصبح وسيلة لتحقيق الصحة والذات، فعن طريق العمل يحقق الفرد أهدافه الحيوية، الأمر الذي

يحقق له مزيدا من الرضا والسعادة النفسية. وفي الآونة الأخيرة، ركز الباحثون اهتمامهم على التأثير الضار الذي يمكن لتنظيم العمل أن يخلفه على الصحة النفسية للعمال، إذ بات من البديهي أن الصحة النفسية في العمل ضرورية ولا تقل أهمية عن الصحة البدنية، وهي ذلك التوازن بين المجالات الاجتماعية والروحية والجسدية والمالية والنفسية للفرد (Fontaine, 2012, cité par Boivin-Desrochers & Alderson)، ومن أهدافها أن يعيش الإنسان في استقلالية تامة، إذ تجعله أكثر قدرة على الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات ومواجهتها ومحاولة التغلب عليها، كذلك تجعله أكثر حيوية وإقبالا على الحياة كما تجعله أقدر على المثابرة والإنتاج، وتساعد على فهم نفسه والآخرين من حوله (جعيرير، 2019)، ومن مظاهرها ومؤشرات غياب الكرب النفسي الذي يتميز بالقلق والاكتئاب (Massé et al., 1998, cités par Desrumaux, 2014).

ولقد عرفت الصحة النفسية في العمل تدهورا ملحوظا في السنوات الأخيرة حيث بينت أبحاث القوة العاملة الأوروبية أن في الحقبة الزمنية الممتدة ما بين (1999-2007)، قرابة (28%) من العمال أي ما يوافق (55.6) مليون عامل أوروبي أقروا أن صحتهم النفسية قد تأثرت وتدننت إثر تعرضهم للأخطار النفسية الاجتماعية، ومن بين عوامل الأخطار الأكثر تكرارا: عدم كفاية الوقت وكثافة العمل (23%)، وورد القلق والاكتئاب كأهم الاضطرابات الصحية المرتبطة بالعمل لدى (14%) من العمال (European Commission, 2010).

كما أشار تقرير لجنة الخبرة والمتابعة الإحصائية للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل بفرنسا Collège d'expertise et de suivi statistiques des risques psychosociaux au travail (2011)، [CESSRPS] أن نسبة اضطرابات القلق والاكتئاب تكون أعلى لدى فئة العمال التي يتراوح سنها ما بين (40-64) سنة وهي اضطرابات تمس خاصة قطاعات التعليم، الخدمات الاجتماعية، والرعاية الصحية (Trontin & Lassagne, 2014).

وحسب البيان الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (OMS) عام 2019، يعد القلق والاكتئاب من بين اضطرابات الصحة النفسية الأكثر شيوعا، إذ تبين أن 301 مليون شخص في العالم يعاني من اضطرابات القلق ونحو 280 مليون شخص يعاني من الاكتئاب، كما أشار نفس المصدر إلى ضياع نحو 12 مليار يوم عمل سنويا بسبب الاكتئاب أو القلق مما يكلف الاقتصاد العالمي مبلغ تريليون دولار أمريكي تقريبا، ومن هنا

يظهر جليا أن الوقاية من اضطرابات الصحة النفسية في العمل ترتبط ارتباطا وثيقا بإدارة الأخطار النفسية الاجتماعية في مكان العمل.

وعلى الرغم من أن الأخطار النفسية الاجتماعية قد تكون موجودة في جميع القطاعات، إلا أن بعض العمال يتعرضون إليها أكثر من غيرهم بسبب نوع عملهم أو مكان وأسلوب عملهم، كعمال القطاع الصحي الذين يتعرضون بشكل أكبر لأحداث سلبية مثل جائحة كورونا خاصة الذين يعملون في الخطوط الأمامية، إذ يواجهون أعباء العمل الشاقة والمسؤولية عن القرارات الصعبة، وخطر الإصابة بفيروس كورونا. ذلك ما أكدته دراسة (Napoli (2022 التي بينت أن الممرضين الذين يستقبلون المصابين بفيروس كورونا لديهم احتمال أكبر لتطوير مستويات مرتفعة من الضغط وأعراض اكتئابية حادة وهذا ما نوهت إليه منظمة الصحة العالمية في بيان لها يوم 2 مارس 2022، فجائحة كوفيد-19 تسببت في زيادة قدرت بـ 25% في معدلات انتشار القلق والاكتئاب في العالم خاصة في القطاع الصحي الذي يزخر بشتى الضغوطات والإرغامات التنظيمية والمتمثلة في ارتفاع المتطلبات النفسية وسوء الجو العام السائد في العمل، والإحساس بعدم التحكم في العمل (اللوزي والحنيطي، 2003؛ الهنداوي، 1994؛ إيديري، 2016).

ويعد الضغط في العمل الخطر النفسي الاجتماعي الأول على صحة العمال ويعتبر السبب الرئيسي وراء الإحساس بالآلام النفسية والأمراض العضوية (سالم ونجيب، 2002 أورد في: خليفة وسعد، 2008)، ويحدث إثر اختلال التوازن بين إدراك الفرد لإرغامات بيئة العمل المفروضة عليه والموارد التي يمتلكها لمواجهة هذه الإرغامات (INRS , 2013).

لقد أشارت مجموعة من الدراسات أن هناك علاقة بين الضغط المهني واضطراب الصحة النفسية في القطاع الصحي مثل دراسات (خميس، 2013؛ غماري، 2021؛ وازي ونوار، 2018)، وتتمثل اضطرابات الصحة النفسية في ظهور القلق والأعراض الاكتئابية كما هو الأمر في دراسات (Cheung & Yip, 2016 ; Tenório et al., 2014 ; El Kissi et al., 2015)، كما تبين من دراسات (Freimann & Kerrien et al., 2015 ; Merisalu, 2015) أن العوامل النفسية الاجتماعية المتمثلة في المتطلبات الكمية لعبء العمل، المتطلبات الانفعالية مثل التمثيل السطحي، السرعة في الأداء، صراع الأدوار، انعدام الأمن الوظيفي وانخفاض الدعم، هي عوامل تؤدي إلى الضغط الأمر الذي يؤدي بدوره إلى ظهور اضطرابات في الصحة النفسية وتحديدًا القلق والاكتئاب.

ولا تتوقف عواقب الضغط على المستوى الفردي فقط بل تتعداه ليشمل المستوى التنظيمي والاجتماعي، فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية، صرح المعهد الأمريكي للضغط (American Institute of Stress)، وباعتبار التكاليف المختلفة للمنظمة مثل التغيب، فقدان الإنتاجية أو الدوران الوظيفي، أن التكلفة السنوية للضغط عام 2006 قد تجاوزت 300 مليار دولار أمريكي. هذا ومن ناحية أخرى نشر الاتحاد الأوروبي في عام 1999 تقديرا للتكلفة التي يتحملها المجتمع الأوروبي من جراء المشاكل الصحية المرتبطة بالعمل. تراوحت التقديرات التي قدمها عدد من الدول الأعضاء ما بين (185- 269) مليار يورو سنويا لمجمل الدول الأعضاء الخمسة عشر، وبافتراض أن نسبة (10%) على الأقل من هذه التكاليف مرتبطة بالضغط المهني، بلغت تكلفة الضغط المهني ما يقارب 20 مليار يورو سنويا. كما أن 50 إلى 60% من مجموع أيام العمل الضائعة يعود سببها إلى الضغط المهني.

وفي عام 1996، توصلت دراسة، اعتمادا على بيانات مديرية الصحة والسلامة البريطانية (Health and Safety Executive)، إلى أن مجموع تكاليف الضغط المهني يمثل 10% من الناتج القومي الإجمالي للمملكة المتحدة. كما سجلت نفس المديرية في 2001-2002 أن (13.4) مليون يوم عمل قد ضاع بسبب الضغط أو القلق أو الاكتئاب (Trontin & Lassagne, 2014).

إضافة إلى الضغط في العمل، يعد العنف من أفتك الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل، ويصيب كرامة الملايين من الأشخاص في العالم ويمس تقريبا جميع القطاعات وجميع الفئات المهنية، لكنه يهدد قطاع الصحة بشكل خاص. إن المؤسسات الصحية ولا سيما المستشفيات هي أرض خصبة لمظاهر العنف (Cooper, 2002)، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، فإن ربع العنف في مكان العمل يحدث في القطاع الصحي (Thomas, 2010, p. 125). وقد عرف المكتب الدولي للعمل (BIT) العنف في العمل على أنه كل فعل، أو حدث، أو سلوك ينحرف عن المعقول الذي يتم من خلاله مهاجمة شخص أو تهديده أو إيذائه أو جرحه في إطار عمله أو نتيجة لعمله. هذا التعريف يشمل مفهوم العنف والاعتداءات الجسدية من جهة والعنف النفسي من جهة أخرى (cité par Maître & Servant, 2012).

والعنف النفسي من منظور المنظمة العالمية للصحة هو ممارسة متعمدة للسلطة والنفوذ، مع احتمال التهديد بالعنف الجسدي، ضد شخص أو مجموعة من الأشخاص، مما يتسبب في أضرار تؤثر في النمو

الجسدي أو النفسي أو الروحي أو الاجتماعي. ويشمل هذا المصطلح الاعتداءات اللفظية، وكل أنواع التحرش، والانتقادات المتكررة، والإذلال، والإهانات والتهديدات.

لا تزال الدراسات العلمية التي تناولت العنف النفسي في العمل حديثة، على عكس بقية العالم مثل أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية حيث تم الاهتمام بهذه الظاهرة قبل عشرين سنة مضت مثل دراسات

(Einarsen, Hoel et al., 2010 ; Hoel, Rayner et al., 1999 ; Notelaers, Einarsen et al., 2006)، حيث سمحت هذه الأعمال بتحديد أفضل لمفهوم العنف النفسي في العمل من حيث طبيعته وانتشاره والعوامل المفسرة له. كما تمكن هؤلاء الباحثين من إثبات أن ما يقارب نسبة (15%) من العمال يعانون من العنف النفسي (Einarsen, Hoel et al., 2010 ; Hubert et Van Veldhoven, 2011 ; Zapf, Escartin et al., 2001)، وتكون عواقبه وخيمة على المستوى الفردي، إذ تتأثر وظائفهم النفسية لدرجة أنهم يعانون من مختلف المشاكل الصحية مثل الكرب النفسي والاضطرابات النفسجسمية مثل التعب وآلام المعدة (Nielsen, Hetland 2006 ; David et al., 2006 ; Niedhammer, et al., 2012) (cités par Alaslwi, 2017).

يظهر من الدراسات أن العنف النفسي مرض تنظيمي قاتل يؤدي إلى تدهور ظروف العمل والصحة النفسية للأفراد وتسمم العلاقات الاجتماعية في العمل (Soares, 2002)، وتتضح خطورته من خلال العدد الكبير من حالات الانتحار التي تم رصدها والتي ترتبط ارتباطا وثيقا به (Leymann, 1993). فوفقا لأبحاث (O'Moore 2000)، بلغ (40%) من الضحايا أن الإهانات في العمل تؤثر في صحتهم الجسدية، بينما (43%) أقرروا أنها تؤثر في صحتهم النفسية وأن شخص واحد من أصل خمسة يستهلك أدوية وعقاقير بعد تعرضه للعنف النفسي في العمل.

سلطت العديد من الدراسات الضوء على ارتفاع معدل المرض النفسي أو الكرب النفسي لدى ضحايا العنف النفسي في العمل (Maitre & Servant, 2012)، ففي دراسة استجوبت أكثر من (5000) عاملة في رعاية المسنين، بين الباحثون أن تحول الفرد إلى ضحية العنف النفسي في العمل ينيئ بالإصابة بالاضطراب الاكتئابي الجسيم حتى ولو كان يتمتع بصحة نفسية جيدة (Rugulies et al., 2012).

كما أشارت الدراسات إلى العلاقة الموجودة بين العنف بأشكاله وتدني الصحة النفسية

(Carter et al., 2013 ; Zafar et al., 2013) وظهر اضطرابات الصحة النفسية من قلق وأعراض اكتئابية ونذكر دراسات (Belayachi et al., 2010 ; Cheung & Yip, 2017 ; Fang et al.,) (2018; Yildirim, 2009).

والعنف النفسي يرتبط بانعدام الأمن وانخفاض الدافعية والإبداع وتضاعف نسبة الحوادث والأخطاء (Leymann, 1992)، كما أقر (Soares, 2002) أن العنف النفسي في العمل هو سبب تدهور وتفكك المناخ التنظيمي مما يؤدي إلى انخفاض جودة وكمية العمل، صعوبات في العمل الجماعي وتدهور صورة المنظمة، وارتفاع أقساط التأمين، وزيادة التكاليف المتعلقة بالخدمات القانونية، وهكذا قدر Leymann (1990) أن العنف النفسي يكلف المنظمة ما بين (30000) و(100000) دولار أمريكي للفرد سنويا. كما لاحظ (Kivimaki et al (2000) أن مقدمي الرعاية الصحية بمستشفيات فنلندا والذين تعرضوا للعنف النفسي قد حصلوا على إجازات مرضية (26%) أكثر من الموظفين الآخرين وقدرت تكلفة التغيب السنوية بنحو (125000) جنيه استرليني بسبب العنف النفسي فقط.

وفي عام 2003، نشرت حكومة كيبك أول تقرير لها عن ظروف العمل في كيبك، حيث توصلت اللجنة المشتركة بين الوزارات التابعة للحكومة الكيبكية إلى الاستنتاج التالي: (92000) عامل كانوا ضحايا العنف النفسي في العمل، وأن التكاليف الاقتصادية المرتبطة بالعنف النفسي مرتفعة، إذ يقدر عدد أيام التغيب عن العمل بـ (650000) يوم في السنة مقابل تكاليف تصل إلى 43 مليون دولار كندي، في حين يولد الدوران الوظيفي المرتبط بهذه الظاهرة ما لا يقل عن 35 مليون دولار كندي.

أما في الجزائر، حتى وإن تم الإعلان عن ضرورة حماية الصحة النفسية لدى مقدمي الرعاية الصحية من خلال الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية وذلك في النص الوزاري رقم 18 بتاريخ 27 أكتوبر 2002 (أنظر ملحق رقم 1)، فقد لوحظ نقص فادح في البيانات الإحصائية والنصوص القانونية والتنظيمية التي تواكب هذا النص وتسمح بالتطبيق الميداني لهذه الإجراءات المهمة، وذلك بالرغم من انتباه الجهات المعنية والسياسية باكرا لموضوع الأخطار النفسية الاجتماعية لما لها من خطورة وتأثير في الصحة النفسية للأفراد، وكذا بالرغم من تناول العديد من الدراسات والبحوث لموضوع الأخطار النفسية الاجتماعية مثل دراسة إيديري (2016) حول مدى انتشار الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية العمومية، ودراسة أيت وراس وخلفان (2018) التي بينت أن العنف النفسي في العمل له علاقة ارتباطية بظهور

أعراض الاكتئاب لدى مستخدمي المؤسسات العمومية، كذلك دراسة بوتوتة (2020) التي تناولت علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين، حيث بينت النتائج أن الممرضين يتعرضون إلى الأخطار النفسية الاجتماعية بدرجة مرتفعة، ووجود علاقة عكسية سالبة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والتوافق المهني، كما نجد أيضا دراسة عاصمي (2022) حول العنف النفسي في العمل وعلاقته بالتوافق والضغط المهنيين لدى الممرضين بولاية البويرة، والتي بينت نتائجها أن مستوى العنف النفسي في العمل كان متوسطا ويرتبط بكل من الضغط والتوافق المهنيين، إلى جانب العديد من الدراسات والبحوث التي بينت العلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية والتي ذكرناها في العرض السابق.

وبناء على ما تقدم، يأتي بحثنا الحالي كمحاولة للكشف عن العلاقة المحتملة بين التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية والتي حددناها في متغيري الضغط المهني والعنف النفسي في العمل واضطرابات الصحة النفسية والتي حددت في متغيري القلق والاكتئاب لدى عينة من الأطباء والممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

وعلى حد علم الباحثة لم يتم العثور على بحوث أو دراسات مشابهة للبحث الحالي، ونظرا لقرب الباحثة من الرعاية الطبية من خلال عملها في مجال الصيدلة وملاحظة مدى التذمر والشعور بالضيق لدى العديد من الممرضين والأطباء العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، وبعد تقديم صورة عامة حول موضوع البحث التي ترغب الباحثة تسليط الضوء عليه، قمنا بطرح السؤال التالي:

ما طبيعة العلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو ؟

وينبثق من السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما مستوى الضغط المهني لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو ؟
2. ما مستوى العنف النفسي في العمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو؟
3. من القائم بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو؟
4. ما مستوى القلق والاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو ؟

5. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو؟
6. هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو؟
7. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية، والأقدمية في المركز؟
8. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية، والأقدمية في المركز؟
9. هل توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغيرات الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية، والأقدمية في المركز؟

2. فرضيات البحث:

تم صياغة فرضيات البحث كما يلي:

1. يتعرض أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمستوى مرتفع من الضغط المهني.
2. يتعرض أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمستوى متوسط من العنف النفسي في العمل.
3. يتعرض أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو للعنف النفسي في العمل من قبل: المسؤولين أولاً، ثم عائلات المرضى، ثم الزملاء في العمل.
4. يعاني أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو من مستوى مرتفع من القلق والاكتئاب.

5. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.
6. يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.
7. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.
8. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.
9. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.
10. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.
11. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.
12. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.
13. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.
14. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.
15. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.
16. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

17. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.
18. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.
19. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.
20. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.
21. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

3. أهداف البحث:

يسعى بحثنا الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على مستويات الضغط المهني والعنف النفسي والقلق والاكتئاب لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.
2. الكشف عن القائمين بالعنف النفسي ضد أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.
3. تحدد العلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.
4. التنبؤ بالقلق والاكتئاب لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو من خلال كل من الضغط المهني والعنف النفسي في العمل.
5. التعرف على دلالة الفروق في كل من الضغط المهني والعنف النفسي والقلق والاكتئاب لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو والتي تعزى إلى كل من الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية، والأقدمية في المركز.

4. أهمية البحث:

تكمن أهمية بحثنا الحالي في كونها تتناول موضوعا من المواضيع الهامة في مجال العمل يتصدر لائحة الأبحاث العلمية مؤخرا، هو التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية وهو مجال تهتم به المنظمة العالمية للصحة لما يترتب عنه من أضرار مدمرة لصحة العامل عامة وصحته النفسية خاصة، فهي ترمي إلى ترقية الصحة النفسية للعامل من خلال الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية وتؤكد على ضرورة محاربة كل أشكال العنف في العمل وإدارة الضغوط وتقليصها وتدعيم حماية العمال وتكوينهم وتوعيتهم.

كما تكمن أهمية هذه الدراسة في:

- إثراء البحث العلمي والمعرفة العلمية بموضوع جديد يساعد الباحثين في أبحاثهم.
- تقييم الأخطار النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها الأطباء والمرضى في القطاع الصحي العمومي لهدف الوقاية منها.
- تسليط الضوء على مشكل الأخطار النفسية الاجتماعية ولفت نظر المسؤولين إلى ضرورة العناية بالصحة النفسية للعمال، ورسم سياسات كفيلة بتخفيف آثار الأخطار النفسية الاجتماعية أو القضاء عليها، مما يترتب عليه تحقيق الصحة النفسية والرفاهية في العمل وبالتالي تحسين الأداء وإسداء الرعاية الطبية بشكل أفضل.
- تحسيس المسؤولين بضرورة إدماج الأخطار النفسية الاجتماعية في لائحة الأخطار المهنية المتمثلة في الأخطار الفيزيائية والبيولوجية والكيميائية لأنها لا تقل عنها خطورة.
- تحسيس المشرع الجزائري بضرورة وضع قوانين تحمي العامل من الأخطار النفسية الاجتماعية (من ضغوط العمل والعنف بكل أشكاله...) ومواكبة تطورات المجتمع وعالم الشغل كما هو الحال في الدول المتقدمة واعتراف الضمان الاجتماعي بالاضطرابات والأمراض النفسية ذات المصدر المهني على أساس أنها أمراض مهنية تستوجب التعويض والتكفل.

5. تحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

1.5. الأخطار النفسية الاجتماعية:

❖ اصطلاحاً:

عرفت لجنة الخبرة والمتابعة الإحصائية للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل بفرنسا (CESSRPS, 2011) الأخطار النفسية الاجتماعية، على أنها أخطار على الصحة النفسية، والبدنية والاجتماعية، تنتج عن ظروف العمل والعوامل التنظيمية والعلائقية والتي قد تتفاعل مع السيرورة النفسية للأفراد (cité par Brillet, Sauviat & Soufflet, 2017).

كما عرف (Acker & Liberi, 2018) الأخطار النفسية الاجتماعية على أنها الأخطار التي يتعرض لها العمال والتي قد تكون مصدراً أو سبباً للضرر والتدهور المؤقت أو الدائم لصحتهم النفسية والعقلية وكذلك لصحتهم البدنية (اضطرابات ذات صلة مباشرة مثل اضطرابات النوم، اضطرابات التركيز، التهيج، أمراض القلب والشرايين، الاضطرابات العضلية الهيكلية والأمراض النفسجسمية)، ويمكن تعقد مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية في كونها تجمع بين العديد من المتغيرات الفردية والجماعية والتنظيمية في بيئة العمل.

❖ إجرائياً:

يحدد مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية إجرائياً في هذا البحث في الضغط المهني والعنف النفسي في العمل والتي يتعرض لها الأطباء والممرضون العاملون بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

2.5. الضغط المهني:

❖ اصطلاحاً:

يعرف السمدوني (1989) الضغط أنه عملية نفسية اجتماعية، تتمثل في إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة مناسبة للمواقف التي يواجهها في البيئة، ويشعر أنها تهدد أمنه وسلامته وتسبب له ضيقاً وتوتراً، فالضغوط بصفة عامة تنتج عن مثيرات خارجية تؤثر تأثيراً سلبياً على الوظائف العضوية لدى الكائن الحي وتؤدي إلى استنفاد الطاقة الجسمية والانفعالية (أورد في خليفة وسعد: 2008).

ويرى جودة (2003) أن الضغط هو مجموعة من الانفعالات غير السارة التي تنشأ من مثيرات ضاغطة في بيئة العمل، تنتج عنها اضطرابات جسمية أو نفسية أو سلوكية أو مهنية تدفع العامل إلى التثبيط عن الأداء الطبيعي لعمله، وبالتالي تفرض عليه أعباء ثقيلة في مواقع العمل، وتكون أحيانا أكبر من قدراته على التأقلم أو التعامل معها.

❖ إجرائيا:

يعرف الضغط المهني إجرائيا بأنه الضغط المدرك وهو الدرجة التي يتحصل عليها الأطباء والمرضى العاملون بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو عن طريق إجاباتهم على بنود مقياس الضغط المدرك للباحثين (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) والمستخدم في البحث الحالي.

3.5. العنف النفسي في العمل:

❖ اصطلاحا:

عرف (Leymann 1993) العنف النفسي بأنه سيرورة مستمرة ولامتناهية من الأفعال والسلوكيات العدائية والتي تصدر من شخص أو عدة أشخاص تجاه شخص أقل سلطة (Leymann, 1993).

فيما يعرف العنف النفسي على أنه الاستخدام العمدي للسلطة بما فيها التهديد بالعنف البدني ضد فرد أو مجموعة من الأفراد، والذي يترتب عنه ضرر يمس الارتقاء البدني والنفسي والاجتماعي. يشمل مفهوم العنف النفسي كلا من الإيذاء اللفظي، التهديد، الاستفزاز، السلوكيات الاحتقارية المهينة والمذلة (Khoshknab et al., 2015).

❖ إجرائيا:

يعرف العنف النفسي في العمل إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الأطباء والمرضى العاملون بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو عن طريق إجاباتهم على بنود استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- للباحثين (Einarsen, Hoel & Norelaers, 2009) والمستخدم في البحث الحالي.

4.5. الصحة النفسية في العمل:

❖ اصطلاحاً:

عرف Rebin الصحة النفسية بأنها قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه مما يؤدي إلى تمتعه بحياة خالية من الاضطرابات وملئمة بالحماس، ومن هنا فإن الفرد يبدو راضياً عن نفسه ويتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين ويكون قادراً على الاتزان الانفعالي والعاطفي والعقلي في مختلف المجالات وتحت تأثير جميع الظروف (أورد في: أحمد، 1993).

بينما يرى عيسوي (2005) أن الصحة النفسية تشير إلى معانٍ متعددة منها خلو الإنسان من كافة الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية والأخلاقية، ومن كافة مظاهر الشذوذ مع عدم صدام بين الفرد وبين المجتمع ومؤدى ذلك أن يلتزم الفرد بطاعة القوانين والقواعد واللوائح والنظم والأعراف والعادات والتقاليد السائدة أو المنتشرة في المجتمع (أورد في: سعودي، 2012).

❖ إجرائياً:

تعرف الصحة النفسية في العمل إجرائياً بأنها غياب القلق والاكتئاب وهي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الأطباء والممرضون العاملون بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو من خلال إجاباتهم على بنود مقياس قلق واكتئاب المستشفى للباحثين (Zigmond & Snaith, 1983) والمستخدم في البحث الحالي، حيث تدل الدرجة المنخفضة في مقياس الصحة النفسية على درجة عالية من الصحة النفسية.

5.5. القلق:

❖ اصطلاحاً:

يعرف القلق أنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديد غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشد وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت خطراً ملحا أو مواقف تصعب مواجهتها (عبد الخالق، 1994 أورد في: الساسي، 2010).

وقد عرفه أحمد (1999) أنه خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر.

❖ إجرائيا

يعرف القلق إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الأطباء والمرضى العاملون بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو عن طريق إجاباتهم على بنود بعد القلق في مقياس قلق واكتئاب المستشفى للباحثين (Zigmond & Snaith, 1983) والمستخدم في البحث الحالي.

6.5. الاكتئاب:

❖ اصطلاحا:

يرى عبد الخالق (1999) أن الاكتئاب هو حالة انفعالية دائمة أو مؤقتة تنتاب الفرد، تتصف بمشاعر الضيق والحزن والانقباض، ويسيطر عليه الشعور بالتشاؤم والهم، إضافة إلى الشعور بالعجز واليأس والقنوط والجزع، وتترافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والجسمية، تتمثل في نقص الدافعية وعدم القدرة على الاستمتاع وفقدان الوزن وضعف التركيز ونقص الكفاءة والأفكار الانتحارية.

أما عبد الفتاح (2000) فقد عرفه بالخبرة الوجدانية الذاتية التي تظهر بأعراض الحزن والتشاؤم، والشعور بالفشل والرغبة في إيذاء الذات، والتردد والإرهاق وفقدان الشهية والانسحاب الاجتماعي ومشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم القدرة على بذل أي جهد.

❖ إجرائيا

يعرف الاكتئاب إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الأطباء والمرضى العاملون بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو عن طريق إجاباتهم على بنود بعد الاكتئاب في مقياس قلق واكتئاب المستشفى للباحثين (Zigmond & Snaith, 1983) والمستخدم في البحث الحالي.

7.5. تعريف الطبيب/ الطيبة إجرائيا:

يعرف الطبيب إجرائيا أنه كل شخص تحصل على شهادة دكتوراه في الطب يمارس النشاط الطبي في المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو سواء كان طبيبا عاما، أو طبيبا مقيما أي في طور التخصص في أي فرع من فروع الطب المتعددة، أو طبيبا مختصا، تفوق أقدميته في مركز عمله الستة أشهر.

8.5. تعريف الممرض/ الممرضة إجرائيا:

يقصد بالممرض إجرائيا أنه الشخص الذي اجتاز بنجاح البرامج التعليمية الخاصة بالتمريض من مدرسة معتمدة أو معهد التمريض ويقوم بالرعاية التمريضية تحت إشراف رئيس قسم التمريض، وهو كل ممرض شبه طبي أو ممرض مساعد، يعمل بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو بحيث تفوق أقدميته في مركز عمله الستة أشهر.

6. حدود البحث:

اقتصر البحث الحالي على عينة عشوائية من عمال الرعاية الصحية بمختلف مستوياتهم الأكاديمية من أطباء مختصين، أطباء مقيمين، أطباء عامين وممرضين، يمارسون مهامهم في المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمدة لا تقل عن الستة أشهر وقد تم تطبيق أدوات جمع البيانات على العينة في الفترة الممتدة من 2021/05/30 إلى 2021/10/30.

وقد أجري هذا البحث لكشف علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالصحة النفسية في العمل، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي، وعليه فإن تفسير النتائج يجب أن يرتبط بهذه المتغيرات وأن لا تعمم ليشمل أبعاد أخرى أو فترات زمنية بعيدة. كما لا يحق تعميم النتائج ليشمل أخطار نفسية اجتماعية أخرى غير الضغط المهني والعنف النفسي في العمل، واضطرابات نفسية أخرى غير القلق والاكتئاب. وأخيرا فإنه لا بد من أخذ محاذير المنهج الوصفي في الحسبان لعدم قدرته على التأكيد التام للعلاقة السببية الموجودة بين الأخطار النفسية الاجتماعية (الضغط المهني والعنف النفسي) كمتغير مستقل والصحة النفسية (ببعديها القلق والاكتئاب) كمتغير تابع.

7. الدراسات السابقة:

يتضح من خلال مراجعة البحوث والدراسات السابقة - المحلية والأجنبية - التي أجريت في هذا المجال أن هناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الأخطار النفسية الاجتماعية بصفة عامة ومنها التي تناولت الضغط المهني من جهة والعنف النفسي من جهة أخرى كل موضوع على حدة أو الاثنان معا، كذلك بالنسبة للصحة النفسية، حيث تناولت بعض الدراسات موضوع الصحة النفسية كموضوع عام ومنها التي تناولت القلق من ناحية والاكتئاب من ناحية أخرى أو الاثنان معا، بحيث تم التركيز على الدراسات ذات العلاقة بموضوع البحث الحالي. تم تناول الدراسات من حيث هدف الدراسة، وعينتها وأدواتها ونتائجها وفقا لتسلسل زمني من الحديثة إلى القديمة، كما تم تصنيف الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور رئيسية وهي:

أولاً: دراسات تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية (مدى انتشارها، مستوياتها ومصادرها).

ثانياً: دراسات تناولت الصحة النفسية في العمل.

ثالثاً: دراسات تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل.

أولاً: دراسات تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية:

1. دراسة ملال، ملال ومدوري (2022):

استهدفت الدراسة التعرف على مستوى ومصادر التمر الوظيفي الممارس على الممرضين، تم إجراء الدراسة على (200) ممرضا وممرضة من المستشفى الجامعي بوهران، وباستخدام استبيان الأفعال السلبية (NAQ). وتبين أن الممرضين يعانون من مستوى تتمر وظيفي متوسط وذلك في مجال التمر المرتبط بالعمل ومجال التهيب الجسدي، بينما يعانون من مستوى تتمر وظيفي مرتفع في مجال التمر المرتبط بالشخص، وتتمثل مصادر التمر الوظيفي الممارس على الممرضين على التوالي: المرضى، رئيس مصلحة الممرضين، عائلات المرضى، الأطباء، الزملاء الممرضين ومدير القسم (ملال وآخرون، 2022).

2. دراسة بوسمينة وسفاري (2021):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أثر ضغوط العمل على أداء العاملين في القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد 19 في ولاية أم البواقي، وللوصول لأهداف هذه الدراسة، تم توزيع (200) استبانة على العاملين في كل من مستشفى زرداني صالح، ومستشفى محمد بوضياف باعتبارهما أكثر المؤسسات الاستشفائية استقبالا للحالات على مستوى الولاية خلال فترة الجائحة. تم استرجاع (189) استبانة منها. تبين من النتائج وجود أثر ذو دلالة إحصائية بين ضغوط العمل وأبعاد أداء العاملين، كما تضمنت الدراسة مجموعة من النتائج أهمها أن البيئة الداخلية التي توفرها المستشفيات بشكل عام أو مجموعات العمل تساهم بشكل كبير في إجهاد نفسي وجسدي للعاملين في المستشفى والذي يعتبر أكثر فتكا من الوباء نفسه (بوسمينة وسفاري، 2021).

3. دراسة صيفي وبحري (2021):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين مستوى الضغط النفسي المدرك وأساليب التعامل لدى الأطباء والممرضين في زمن جائحة كوفيد-19. اعتمادا على المنهج الوصفي، تم استخدام مقياس الضغط النفسي المدرك لكوهين، ومقياس أساليب التعامل لبولهان لجمع البيانات من عينة عشوائية شملت (126) فردا من أطباء وممرضين المستشفى الجامعي بقسنطينة. حيث أظهرت الدراسة أن مستوى الضغط المدرك من طرف أفراد العينة جاء متوسطا ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط المدرك بين الأطباء والممرضين، كما تبين من النتائج أن أساليب التعامل الأكثر استعمالا لدى عينة الدراسة لمواجهة الضغوط تتمثل في الأساليب المرتكزة حول المشكلة، ووجود علاقة طردية دالة إحصائية بين مستوى الضغط المدرك وأساليب التعامل المرتكزة على الانفعال وبعديها (التجنب واتهام الذات)، وعدم وجود علاقة دالة إحصائية بين مستوى الضغط المدرك وأساليب التعامل المرتكزة على المشكلة (صيفي وبحري، 2021).

4. دراسة حمري وابريعم (2020):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى إدراك الضغط النفسي لدى الممرضين بمصلحة الاستجالات بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة. وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق مقياس لفنستاين وآخرون على عينة تكونت من (60) ممرض وممرضة، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن

مستوى إدراك الضغط النفسي متوسط لدى الممرضين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الضغط النفسي تعزى إلى متغيري الجنس والخبرة المهنية (حمري وابريعم، 2020).

5. دراسة (Cheung, Lee & Yip (2018):

وصفت هذه الدراسة العلاقة بين العنف والرضا في العمل لدى الأطباء والممرضين بمكاو الصينية. شملت عينة الدراسة (720) مبحوثًا، من بينهم (14.9%) أطباء. استخدمت الدراسة استمارة لقياس العنف في العمل، كما تم تطبيق استبيان مينيزوتا للرضا ومقياس الضغط المدرك. أظهرت النتائج أن (57.2%) من المشتركين تعرضوا للعنف الجسدي والنفسي في العمل خلال السنة الفارطة. من أكثر أشكال العنف انتشارا العنف اللفظي بنسبة (53.4%)، ثم التعدي الجسدي بنسبة (16.1%)، يليه المضايقة بنسبة (14.2%). كما تبين وجود دالة إحصائية في التعرض للاعتداءات الجسدية والعنف النفسي بين الأطباء والممرضين لصالح الممرضين، وأن المسؤولين الأساسيين على هذه الظاهرة هم على التوالي المرضى، أقارب المرضى أو مرافقيهم، وزملاء العمل، ووجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من القلق والتوتر الذي يولده العنف في العمل، العمل الليلي والعمل بالتناوب، خبرات المضايقة والعنف اللفظي وبين تدني الرضا المهني لدى الأطباء والممرضين (Cheung et al., 2018).

6. دراسة إيديري (2016):

هدفت هذه الدراسة الوصفية إلى الكشف عن الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية من خلال معرفة مدى تعرض الأطباء والممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو للضغط المهني والعنف النفسي في العمل. طبقت الدراسة على عينة للاحتمالية مكونة من (124) فردا بمصالحتي الطب الباطني والاستعجالات الطبية والجراحية، وتم تطبيق استبيان (Karasek) للضغط المهني واستبيان (Leymann) للعنف النفسي في العمل، وذلك بعدما تمت ترجمتهما وتكييفهما للبيئة الجزائرية. ومن أهم النتائج التي كشفتها الدراسة أن أفراد العينة يتعرضون لمطلب نفسي مرتفع في عملهم وأن (37.90%) من الأطباء والممرضين يتعرضون للضغط في عملهم، و(31.45%) يعانون من الضغط المضاعف، كما تبين أن (45.16%) من أفراد العينة يعانون من العنف النفسي في العمل، بحيث يعززون أسباب السلوكات العدائية الموجهة ضدهم إلى سوء الجو العام السائد في العمل ثم سوء تنظيم العمل، ويليه الغيرة والحسد. كما تبين من النتائج أن المعتدي هو أولا الزميل في العمل، يليه المسؤول المباشر، ثم أفراد

عائلات المرضى، ثم المرضى أنفسهم، ومن بين السلوكات التي تم رصدها الشتم والسب والاستصغار والتهديد بالعنف، والتهديد بالقتل (إيديري، 2016).

7. دراسة Liu, Zhao, Jiao, Wang, Peters, Qiao, Zhao, Li, Song, Xing, Lu & Wu (2015):

هدفت هذه الدراسة الوصفية إلى تحديد طبيعة العنف في العمل الذي يواجهه الطاقم الطبي بالمستشفيات الصينية والتعرف على العوامل المرتبطة بهذه الظاهرة. لهذا الغرض، استعمل الباحثون المنهج الوصفي وشملت العينة العشوائية (1129) عاملا في الرعاية الصحية من ممرضين وأطباء وتقنيي المخابر موزعين على (11) مستشفى عمومي (مستشفى متخصص أربعة مستشفيات الطب الصيني، ستة مستشفيات الطب العام) كلها واقعة في مقاطعة (Heilongjiang) الصينية. استخدم الباحثون استبيان (ILO, ICN, WHO, PSI, 2003) مع البرنامج المرافق، لقياس العنف في العمل، وذلك بعد تكييفه للبيئة الصينية. تبين من الدراسة أن العنف البدني ظاهرة منتشرة أكثر في المستشفى المتخصص (35.4%)، في حين ينتشر العنف غير البدني بشكل ملفت في مستشفيات الطب العام (76%). كما وجد أن في مستشفيات الطب الصيني، يتعرض العمال ذوي الخبرة القليلة للعنف غير البدني أكثر من العنف البدني مقارنة بالعمال ذوي الخبرة الطويلة، وأن المصالح الطبية تشهد ارتفاع معدل احتمال التعرض للعنف غير البدني بينما تشهد المصالح الجراحية ارتفاع معدل احتمال التعرض للعنف البدني. ومن نتائج الدراسة أيضا، أن عاملي مستشفيات الطب العام الذين يعانون من مستوى عال من القلق من العنف في العمل، هم أكثر قابلية للتعرض لكل من العنف البدني والعنف غير البدني مقارنة مع العمال ذوي مستويات القلق الضعيفة، وأن العمال بنظام المناوبات هم أكثر عرضة للعنف في العمل مقارنة بالعمال بالنظام الثابت (Liu et al., 2015).

8. دراسة Esfahani & Shahbazi (2014):

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى انتشار ظاهرة العنف النفسي بين الممرضين والممرضات الإيرانيين. أجريت الدراسة على عينة عشوائية ضمت (27) ممرضا و(135) ممرضة يعملون في أربعة مستشفيات تقع غرب منطقة أذربايجان بإيران. تم الاعتماد على استبيان (Oade, 2009) قام الباحثان بتكييفه للبيئة الإيرانية. أظهرت النتائج أن (9%) من الممرضين والممرضات المشاركين في هذه الدراسة قد تعرضوا للعنف

النفسي بشكل مستمر ودائم، (22%) منهم تعرضوا أحيانا للعنف النفسي، فيما لم يتعرض (69%) من المشاركين لأَيٍّ من مظاهر العنف النفسي وذلك خلال الأشهر الإثني عشر الأخيرة. وكخلاصة لدراستهما، تقدم الباحثان بضرورة التدخل من أجل التخلص من العنف النفسي في العمل لما يسببه من آلام سواء بالنسبة للفرد أو للمؤسسة أو للمجتمع ككل، وأن هناك حاجة ماسة إلى الاهتمام بهذه المشكلة من طرف سلسلة متكاملة تضم المسيرين ورجال القانون ومختصي علم النفس والتنظيم، والعمال الاجتماعيين والسلطات المحلية (Esfahani & Shahbazi, 2014).

9. دراسة (2013) Fontes, Santana, Pelloso & Carvalho:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل المرتبطة بالعنف النفسي الذي تتعرض له الممرضات بالبرازيل، وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية الاستكشافية ذات مقاربة كمية، وقد تضمنت عينة الدراسة (199) ممرضة عاملة في القطاع العمومي والخاص. ولجمع البيانات استخدم الباحثون استبيان (Leymann) للعنف النفسي في العمل. وكانت النتائج كالتالي: وفقا للبيانات التي تم رصدها، (11.56%) من المشاركات قد تعرضن للعنف النفسي في العمل وقد أظهر التحليل العاملي أن: الأطفال، العمل في المستشفيات العمومية، العمل في مصلحة لمدة تتراوح بين سنة إلى ثلاث سنوات، التعامل المستمر مع أفعال العنف النفسي والشعور بالعنف النفسي، هي كلها عوامل خطر العنف النفسي. وفي خلاصة الدراسة اقترح الباحثون إجراء أبحاث أخرى لتقصي العوامل الأخرى للعنف النفسي والمرتبطة بالسياق التنظيمي (Fontes et al., 2013).

10. دراسة (2012) Farrell & Shafiei:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة ومدى انتشار العنف في العمل بما فيه العنف النفسي الذي تتعرض له الممرضات والقابلات بولاية (Victoria) بأستراليا. استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وشملت العينة العشوائية (1495) مفردة وكانت النتائج كما يلي: (52%) من المشتركات تعرضن لنوع من أنواع العنف في العمل: (36%) تعرضن للعنف من طرف المرضى أو الزائرين فيما (32%) تعرضن للعنف النفسي خاصة من طرف الزملاء أو المشرفين.

وتوصلت الدراسة إلى أن ما يقلق المستجوبات فعلا هو العنف النفسي في العمل لهذا اقترح الباحثان ضرورة التفكير الجدي في التكوين الذي ينبغي أن يكون أحسن وأكثر واقعية مثل تنفيذ السياسات والدعم حين وقوع هذه الحوادث (Farrell & Shafiei, 2012).

11. دراسة (Iglesias & Vallejo 2012):

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار العنف النفسي لدى عينة من الممرضات الإسبانيات وكذلك الكشف عن العلاقة بين العنف النفسي وتقدير الذات والبحث عن العوامل المحددة للعنف النفسي في العمل. وقد استخدم الباحثان المنهج الوصفي واقتصرت عينة البحث على (538) ممرضة مضت على تعيينهن سنة فأكثر في منطقة (Principado de Asturias) بإسبانيا. تم اعتماد سلم (Rosenberg) لتقدير الذات واستبيان الأفعال السلبية (NAQ) المقنن والمكيف للبيئة الإسبانية وذلك لقياس كل من تقدير الذات والعنف النفسي على الترتيب. بينت النتائج أن (17%) من الممرضات تعرضن للعنف النفسي، و(8%) من هاته الحالات تواجهه بصفة متكررة (يومية أو أسبوعيا). ومن الأفعال السلبية المذكورة والأكثر انتشارا بين مجمل الممرضات: توكيل المهام ذات أهداف غير معقولة أو مستحيلة، كما أشارت الدراسة إلى أن الممرضات اللواتي تعرضن للعنف النفسي قد أجبن على كل عبارات استبيان (NAQ) بنسب عالية ودالة إحصائيا، إضافة إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين العنف النفسي وانخفاض تقدير الذات (Iglesias & Vallejo, 2012).

12. دراسة (Kitaneh & Hamdane 2012):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس أثر العنف ونتائجه وعوامل الخطورة المساعدة ضد الممرضين والأطباء العاملين في خمسة مستشفيات عمومية في منطقة الضفة الغربية بفلسطين. طبق الباحثان أداة الاستبيان حيث تمحورت فقراته حول المظاهر المختلفة للعنف في العمل. شملت العينة العشوائية الطبقة المتكافئة (240) طبيبا وممرضا. وكانت النتائج كالتالي: أغلبية المشاركين (80.4%) تعرضوا للعنف في الأشهر الإثني عشرة الأخيرة، (20.8%) عنف بدني و(59.6%) غير بدني. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرض للعنف بين الأطباء والممرضين. كما وجدت الدراسة أن الذكور هم أكثر عرضة للعنف البدني مقارنة بالإناث، وأن ذوي الخبرة القليلة والمستوى التعليمي المنخفض هم الأكثر احتمالا ليصبحوا ضحايا

العنف في العمل مقارنة بالآخرين. كما بينت الدراسة أن أغلب مرتكبي العنف هم المقربين للمرضى أو القادمين لزيارتهم يليهم المرضى أنفسهم ثم الزملاء فالمشرفين. فقط نصف عدد الضحايا تلقوا علاجاً، فعدم الإبلاغ عن العنف والتصريح به مشكلة عويصة تعود أساساً إلى نقص في إجراءات وسياسات الإبلاغ عن مثل هذه الحوادث، وكذلك عدم تلقي الدعم والمساندة من طرف المسيرين والمسؤولين، كما أن الضحايا، واستناداً لخبراتهم السابقة، يرون أنه لا جدوى من الإبلاغ عن العنف طالما أن السلطات المقصودة لن تحرك ساكناً، أضف إلى ذلك الخوف من نتائج الإجراءات المتخذة وانتقام المعتدي (Kitaneh & Hamdane, 2012).

13. دراسة (Yildirim & Yildirim 2010):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العنف النفسي الذي يواجهه الممرضون العاملون بالمؤسسات الصحية التركية، والتعرف على الآثار الانفعالية والاجتماعية والسيكولوجية التي تسببها وكذا السلوكيات التي يتبنونها قصد الهروب من العنف النفسي. تصنف هذه الدراسة ضمن البحوث الوصفية العرضية، وشملت عينة الدراسة (505) ممرضاً وممرضة، وتم استخدام أداة الاستبيان وكانت النتائج كالتالي:

(86.5%) من العينة يواجهون سلوكيات العنف النفسي في العمل وذلك خلال الأشهر الإثني عشر الأخيرة. كما تبين أن الممرضين الذين يعانون من العنف النفسي لهم ردود أفعال فيسيولوجية، انفعالية واجتماعية إزاء هذه السلوكيات، ومن بين الأفعال الأكثر شيوعاً لتقاضي العنف النفسي: العمل بجدية أكثر، والتنظيم المحكم في العمل والعمل بتأني لتقاضي الانتقادات والملاحظات الجارحة. إضافة إلى ذلك، يعترف (10%) من المشاركين التفكير في الانتحار في بعض الأحيان (Yildirim & Yildirim, 2010).

14. دراسة (Johnson 2009):

سعت هذه الدراسة إلى وصف خبرات الممرضين تجاه العنف النفسي في العمل وكذا الخصائص المرتبطة به. استخدم الباحث المنهج الوصفي وشملت عينة الدراسة (249) ممرضاً وممرضة ينتمون كلهم إلى جمعية ممرضي الاستجالات بولاية (Washington) الأمريكية ولغرض جمع البيانات، تم توزيع استبيان الأفعال السلبية المعدل (NAQ-R) قصد قياس العنف النفسي في العمل.

أسفرت النتائج أن (27.3%) من المشاركين أقرّوا مواجهة العنف النفسي في العمل خلال الأشهر الستة الأخيرة وأنه كان- في أغلب الأحيان- من قبل المسيرين أو المسؤولين المباشرين، كما وجدت الدراسة أن العنف النفسي في العمل له علاقة دالة إحصائياً بنية ترك العمل ومهنة التمريض. ويحثنا عن الحلول لمشكل العنف النفسي في العمل، وجب على المسؤولين التركيز على أسباب ظهور العنف والطرق الملائمة للتخفيف من حدته خاصة وأنه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاحتراق النفسي للمرضين (Johnson, 2009).

15. دراسة (Carmi-Iluz, Peleg, Freud & Shvatzman (2005):

هدفت الدراسة إلى وصف أفعال العنف اللفظي والبدني ضد الأطباء العاملين جنوب نجف بفلسطين ومقارنة النتائج بين المستشفى ومستوصفات المنطقة. استخدم الباحثون المنهج الوصفي، وتمثلت أداة البحث في استبيان وشملت عينة الدراسة (177) طبيياً: (95) طبيياً يعملون في المستشفى و (82) طبيياً يعملون في المستوصفات العمومية. وكانت النتائج كما يلي: (56%) من الأطباء تعرضوا على الأقل لواحد من أفعال العنف اللفظي، و(9%) منهم تعرضوا على الأقل لواحد من أفعال العنف البدني وذلك خلال الأشهر الإثني عشر الأخيرة. ووجدت الدراسة أن (53.7%) من الأطباء العاملين في المستشفى قد تعرضوا للعنف اللفظي و(9.5%) منهم تعرضوا للعنف البدني، بينما (58.5%) من أطباء المستوصفات قد تعرضوا للعنف اللفظي في حين (8.5%) منهم تعرضوا للعنف البدني. زيادة على ذلك، (36.2%) من أطباء المستوصفات مقابل (17.2%) من أطباء المستشفى يقرّون أن للعنف آثار جد سلبية على عائلاتهم ونوعية حياتهم، كما أظهرت النتائج أن أكثر أسباب العنف المذكورة من طرف المستجوبين هي مدة الانتظار الطويلة (46.2%)، عدم الرضا على العلاج المقدم (15.4%)، والخلافات مع الأطباء (10.3%) (Carmi-Iluz et al., 2005).

16. دراسة اللوزي والحنيطي (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة العوامل المهنية بالضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن، وقد تم تطبيق الدراسة على عينة عشوائية من مجتمع الدراسة بلغت (245) من الموظفين وكان من أهم النتائج أن بينت الدراسة أن العاملين في المستشفيات الحكومية يتعرضون لضغوط مهنية، وتم تحديد مصادر الضغط الوظيفي وكان أهمها: طبيعة تعامل المستفيدين من الخدمة، طبيعة العمل، بيئة العمل

المادية، السلامة والصحة المهنية العلاقات داخل بيئة العمل، وكشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو العوامل المهنية التي لها علاقة بالضغط الوظيفي تعزى للمتغيرات الشخصية التالية: الحالة الاجتماعية، الخبرة، السن، الدخل، الفئة الوظيفية. وكانت أهم التوصيات ما يلي: زيادة الإطارات من العاملين للتخفيف من عبء العمل الكمي، توفير الفرص التدريبية للعاملين، وتوفير بيئة عمل جيدة للعاملين، وتوفير أماكن للاستراحة والترفيه، وتوفير سبل السلامة المهنية، تنمية روح الفريق، مراعاة العدالة والنزاهة في تنظيم العمل (اللوزي والحنيطي، 2003).

17. دراسة سعادة، طبيلة، عبيدات وأبو زيادة (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس ضغوط العمل التي يواجهها الممرضون والممرضات في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية وقد تم تطوير استبيان من خمسين فقرة لقياس ضغوط العمل هذه وقد تم توزيع الاستبيان على (144) ممرضا وممرضة. وقد أظهرت النتائج مستوى مرتفعاً من ضغوط العمل عند الممرضين، كما تبين وجود فروق في مستويات ضغوط العمل تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور ولمتغير نوع المستشفى لصالح والمستشفيات الحكومية ولمتغير مكان السكن ولصالح الممرضين والممرضات الذين يسكنون خارج مدينة نابلس، ولمتغير المستوى الأكاديمي ولصالح حملة شهادة البكالوريوس وأعلى في التمريض، كذلك أوضحت الدراسة عدم وجود فروق تعزى لمتغير سنوات الخبرة والحالة الاجتماعية للممرضين والممرضات. ثم وضع الباحثون توصياتهم بعمل دورات تدريبية للممرضين والممرضات تتضمن أساليب التعامل والتصرف في أوقات الطوارئ، إتاحة المجال للتفريغ النفسي والانفعالي، رفع رواتب الممرضين والممرضات عامة والمشتغلين في قسم الطوارئ خاصة، العمل على تكريم الممرضين والممرضات المتفانين في عملهم وأخيراً التعاون ما بين المستشفيات الحكومية والخاصة (سعادة وآخرون، 2003).

18. دراسة (Badran 2003):

والتي أجريت على عينة من (700) مفردة تشمل الأطباء والممرضين والطاقم الإداري العاملين في أربعة مستشفيات رئيسية في مدينة الرياض بالمملكة السعودية. وقد هدفت الدراسة إلى تحديد مصادر ضغوط

العمل، كما هدفت إلى دراسة طبيعة العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية ومستوى ضغوط العمل لدى الموظفين والعاملين، وكذلك العلاقة الارتباطية بين مستوى الضغوط والنتائج المتوقعة. خلصت الدراسة إلى أن مستوى ضغوط العمل لدى موظفي وزارة الصحة يعتبر مرتفعا ويعود ذلك إلى الإمكانيات الفنية غير الكافية، وغياب تقدير العمل الجيد، وساعات العمل الطويلة وقصر فترة الراحة، إضافة إلى ذلك فإن تقدم الموظف في العمر والخبرة يتصاحب بشعور أقل بضغوط العمل، كما تبين أن ازدياد الشعور بضغوط العمل مرتبط بظهور المشاكل الصحية والتخطيط نحو تغيير المستشفى، والتخطيط نحو تغيير الوظيفة، والتخطيط نحو ترك المهنة، والعلاقات غير الجيدة مع زملاء العمل (Badran, 2003).

19. دراسة Ferrinho, Biscaia, Fronteira, Careiro, Antunes, Conceição, Flores & Santos (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مشكلة العنف الموجه ضد عمال الصحة في بعض المواقع بالبرتغال، وتحديد أنواع العنف الأكثر انتشارا وعمال الصحة الأكثر ضررا من جراء هذا العنف. بلغت عينة الدراسة (498) عاملا ولقد تم اتباع ثلاثة تناولات منهجية: (1) دراسة الملفات، (2) استبيان تم توزيعه على مستوى المستشفى والمركب الصحي المركزي، (3) مقابلات مع المساهمين. وكانت النتائج كالتالي: فيما يخص مختلف أنواع العنف، أثبتت التناولات الثلاثة أن العنف اللفظي هو الأكثر انتشارا، كما وجدت الدراسة أن ظاهرة العنف منتشرة أكثر في المركب الصحي المركزي مقارنة بالمستشفى، حيث غالبا ما توجه كل أنواع العنف ضد النساء العاملات في هذا المركب في حين يوجه العنف ضد الرجال العاملين بالمستشفى. سمحت هذه الدراسة باستنتاج أن العنف منتشر لكن يبقى غير مصرح به، مما يستوجب ضرورة التفكير في برامج توجيهية لمعالجة هذه الظاهرة (Ferrinho et al., 2003).

20. دراسة Chapman (1995):

هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة بين إدراك الممرض والممرضة لمساندة زملائهم في العمل، ومستويات ضغط العمل الذي يتعرضون له، وإظهار أهمية العلاقة بين مساندة الزملاء والمقدرة على التكيف. وقد تألفت عينة الدراسة من (500) ممرض أخذت من المستشفيات التي سعتها السريرية ما بين (33) و(1000) سرير من مستشفيات ولاية (Iowa) الأمريكية. وقد توصلت الدراسة إلى نتائج مفادها

أن المررضين والمررضات يدركون أن انخفاض مستوى مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بزيادة في مستويات ضغط العمل، كما أن الذين أمضوا في العمل سنتين أو أقل، كانوا أعلى في مستويات ضغط العمل من زملائهم الآخرين وبحاجة إلى مساندة زملائهم بسبب القلق والخوف من المسؤولية. كما بينت الدراسة أن متغيرات السن والتحصيل الأكاديمي العالي وعدد سنوات العمل ونوع القسم والشعبة التي يعمل فيها الممرض أو الممرضة، تؤثر في مستويات إدراك ضغط العمل (Chapman, 1995).

21. دراسة الهنداوي (1994):

وردت الدراسة تحت عنوان إستراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل وشملت العاملين في القطاع الصحي بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية من أطباء وممرضين وإداريين وتضمنت العينة (276) من العاملين في المجال الصحي، وكانت أداة البحث هي الاستمارة، أما المنهج فكان مسحياً، وقد تضمنت الاستمارة قياس عدد من المتغيرات هي: عبء العمل، طبيعة العمل، سياسات وأساليب التنظيم، تقييم الأداء، تعارض الدور والمستقبل الوظيفي، وتوصلت الدراسة إلى أن إدراك الأفراد لجميع مسببات الضغوط محل الدراسة يختلف باختلاف الجنسية والعمر وطبيعة الوظيفة، كما وجد أن غير السعوديين يشعرون بدرجة أكبر من الضغوط المرتبطة بهذه المسببات مقارنة بالسعوديين، كما تبين أن الأطباء يشعرون بدرجة أكبر من الضغوط، مقارنة بالعاملين في وظائف إدارية، إلا أنهم يواجهون درجة أقل من الضغوط مقارنة بزملائهم العاملين بوظائف التمريض (الهنداوي، 1994).

22. دراسة عسكر وأحمد (1988):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية بالكويت مع تحديد ومقارنة مستويات الضغط التي يتعرض لها العاملون في كل من مهنة التدريس في المعاهد الخاصة ومهنة التمريض ومهنة الخدمات الاجتماعية ومهنة الخدمات النفسية. وقد بلغ الحجم الكلي للعينة (353) فرداً منهم (78) عاملاً في مهنة التدريس في المعاهد الخاصة، (162) ممرضاً وممرضة من أربعة مستشفيات حكومية، و (73) أخصائياً اجتماعياً و (40) عاملة في الخدمات النفسية. وقد أظهرت النتائج أن مستويات الضغط في المهن الأربع لا تعد عالية وأن مهنة التمريض أكثر المهن تعرضاً لضغوط العمل. كما بينت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط عند

المرضى تبعاً لمتغيرات الجنسية والحالة الاجتماعية والجنس. كما أكدت الدراسة أن الشعور بالإرهاق وعدم الشعور بالأمان الوظيفي هما المتغيران اللذان يتمتعان بدلالة إحصائية أكثر من المتغيرات الأخرى وأن العاملين في مهنة التمريض هم الأكثر عرضة لهذين المتغيرين (عسكر وأحمد، 1988).

ثانياً: دراسات تناولت الصحة النفسية في العمل:

1. دراسة (Greenberg, Weston, Salle, Caulfield, Williamson & Fong (2021):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المعدلات المحتملة لاضطراب الصحة النفسية لدى العاملين بوحدة العناية المركزة في تسعة مستشفيات على مستوى المملكة المتحدة. تم توزيع استبيانات مقننة عبر شبكة الأنترنت والتي تقيس الاكتئاب، أعراض القلق، أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (posttraumatic stress disorder)، الرفاهية وتعاطي الكحوليات.

شملت عينة الدراسة (709) مفردة من بينهم (291) طبيباً و(344) ممرضاً و(74) موظف في الرعاية الصحية، وبينت الدراسة أن أكثر من نصف العينة (59%) أفادوا برفاهية جيدة، ومع ذلك يعاني (6%) من أفراد العينة من اكتئاب شديد، (40%) من اضطراب ما بعد الصدمة، (11%) من القلق الشديد، (7%) من تعاطي الكحوليات. كما أفاد (13%) من المستجوبين أن لديهم أفكار متكررة مفادها الموت أفضل من العيش أو إيذاء النفس في الأسبوعين الأخيرين، كما أظهرت الدراسة أن الأطباء يتمتعون بصحة نفسية أفضل من المرضى (Greenberg et al., 2021).

2. دراسة فزقوز وإغمين (2021):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين في فترة انتشار جائحة كورونا، ومعرفة مدى إحداث كل من الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة فروقا في مستوى الصحة النفسية لديهم، حيث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي واستبانة تم توزيعها على عينة قدرها (30) فرداً من الممرضين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل بولاية قالمة، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الكوفيد، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لكل من متغير الحالة الاجتماعية ومتغير سنوات الخبرة (فزقوز وإغمين، 2021).

3. دراسة ناجي (2020):

استهدفت الدراسة تقييم الصحة النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالأداء المهني لدى فئة القابلات. أما الأدوات التي تم استخدامها فهي مقياس غولديبيرج ووليامز للصحة العامة، واستبيان الأداء المهني من تصميم الباحثة. طبقت أدوات البحث على (51) قابلة بمصالحتين للولادة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: توجد علاقة بين الصحة النفسية والأداء المهني، وتوجد فروق في مستويات الصحة النفسية لدى القابلات لصالح ذوات الخبرة المهنية الطويلة (ناجي، 2020).

4. دراسة (Ning, Yu, Huang, Li, Luo, Huang & Che (2020):

كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى عمال الصحة العصبية بمقاطعة هونان الصينية وكذا معرفة العوامل المؤثرة فيهما وذلك في بداية تفشي فيروس كورونا. تم إجراء الدراسة العرضية عبر شبكة الأنترنت، وقد استهدفت الأطباء والمرضى العاملين في وحدات طب الأعصاب بمقاطعة هونان، وبينت النتائج أن المرضى يعانون من القلق والاكتئاب بنسبة (20.3% و30.2% على التوالي) وهي أكبر مقارنة مع نسبة القلق والاكتئاب التي يعاني منها الأطباء (12.6% و20.2% على التوالي)، وتعاني العاملات الإناث من القلق (18.4%) أكثر من زملاءهن الذكور (10.8%)، كما ينتشر القلق والاكتئاب بكثرة لدى فئة المرضى، العمال الأصغر سناً (أقل من 40 سنة) والأطباء ذوي المسمى الوظيفي الأدنى. وقد أظهر تحليل الانحدار اللوجستي أن النقص في المعدات الوقائية كان مرتبطاً بظهور أعراض القلق، بينما كان السن الصغير مرتبطاً بظهور الاكتئاب لدى العاملين بوحدات طب الأعصاب بمقاطعة هونان الصينية (Ning et al., 2020).

5. دراسة جعير (2019):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض بالمؤسسات الاستشفائية وعلاقتها بفاعلية الذات، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي وتم تطبيق مقياس الصحة النفسية ومقياس فاعلية الذات على عينة من المرضى والمرضى بولاية الشلف بلغت (50) مفردة. بينت نتائج الدراسة أن مستوى كل من الصحة النفسية وفاعلية الذات مرتفع لدى مرضي المؤسسات الاستشفائية، كما تبين وجود علاقة طردية بين الصحة النفسية وفاعلية الذات لدى المرضى والمرضى،

ووجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية بين الممرضين والممرضات لصالح الممرضين في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية (جعير، 2019).

6. دراسة (Mata, Ramos, Bansal, Khan, Guillé, Di Angelantonio & Sen (2015):

هدفت الدراسة إلى توفير تقييم إجمالي وعمام لانتشار الاكتئاب أو الأعراض الاكتئابية لدى الأطباء المقيمين. اعتمدت الدراسة على الأبحاث والدراسات السابقة المنشورة في مجلات مقننة والتي شملت معطيات حول الاكتئاب أو الأعراض الاكتئابية لدى الأطباء المقيمين. امتدت هذه الدراسات من جانفي 1963 إلى غاية سبتمبر 2015، وأسفرت النتائج على ما يلي: تم استخراج البيانات من (31) دراسة عرضية ضمت (9447) طبيبا مقيما و(23) دراسة طولية ضمت (8113) طبيبا مقيما. شملت هذه الدراسة (3) دراسات استخدمت مقابلات سريرية، و(51) دراسة اعتمدت على أدوات واستبيانات التقييم الذاتي. يسود الاكتئاب أو الأعراض الاكتئابية بنسبة (28.8%) أي يمس (4969) من مجموع (17560) طبيب مقيم بحيث يتراوح من (20.9%) إلى (43.2%) تبعا للأدوات والاستبيانات المستعملة، ويزداد حدةً وشدةً مع تقدمهم في السنة الاجتماعية. في الأخير خلص الباحثون إلى ضرورة الشروع في دراسات إضافية لتحديد استراتيجيات فعالة وناجعة من أجل الوقاية وعلاج الاكتئاب لدى فئة الأطباء في حيز التكوين (Mata et al., 2015).

7. دراسة (Ragab (1998 :

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى شيوع المظاهر المختلفة للقلق والاكتئاب بين الأطباء المبتدئين (المقيمين) وفي المراحل المتوسطة من الممارسة ومدى انعكاس هذه الاضطرابات النفسية على الممارسة الطبية والحالة الصحية للأطباء المصابين. وقد شملت الدراسة (150) طبيبا بالأقسام الإكلينيكية لمستشفيات جامعة عين شمس وتم تطبيق استبيان من إعداد الباحث ومقياس قلق واكتئاب المستشفى (HADS). وقد وجد أن الأطباء المبتدئين يعانون من متاعب في العمل من حيث اكتساب المهارات وعمل الأبحاث كما وجد زيادة في مظاهر الاكتئاب وعدم الرضا عن أبعاد العمل المختلفة. كما تبين أن عدد المدخنين بين قدامى الأطباء أكثر من المبتدئين وتعود هذه العادة إلى ضغوط العمل. وقد وجد أن القلق والاكتئاب ينعكسان على الصحة العامة للأطباء وعلى كفاءتهم في إنجاز أعمالهم (Ragab, 1998).

ثالثاً: دراسات تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل.

1. دراسة (Lee & Lee, 2022):

سعت الدراسة إلى معالجة الفجوة في فهم العنف في العمل لدى الممرضين المشرقين وذلك من خلال تفحص العلاقة بين تجربة العنف في العمل مع الرفاهية النفسية وضغط العمل الذاتي والحضور المرضي (présenteisme) لدى الممرضين الكوريين. استخدمت هذه الدراسة العرضية بيانات من الدراسة المسحية الكورية الخامسة لظروف العمل، وشملت عينة الدراسة (477) ممرضا وممرضة. وكانت النتائج كما يلي: تعرض (11.1%) من الممرضين للعنف النفسي في العمل، وجود علاقة ارتباطية معنوية بين الاعتداء اللفظي، التهديدات، والسلوكيات المهينة مع ضغط العمل المتزايد، والحضور المرضي المرتفع والرفاهية النفسية الضعيفة. وخلصت الدراسة إلى وجوب وضع برنامج شامل للوقاية من العنف النفسي في العمل مصحوبا بتدخلات تهدف إلى التخفيف من ضغوط العمل وتعزيز الرفاهية لدى الممرضين مثل تكوين وتدريب العمال على مختلف المستويات الوطنية، التنظيمية والفردية (Lee & Lee, 2022).

2. دراسة (Napoli, 2022):

وهي دراسة عرضية عن طريق الأنترنت لهدف معرفة مدى تأثير جائحة كوفيد-19 في الممرضين العاملين في أقسام الصحة النفسية بإيطاليا من خلال مستويات الضغط والأعراض الاكتئابية. شملت عينة الدراسة (266) ممرضا وممرضة، وتم تطبيق مقياسين وهما PSS10 لقياس الضغط، و PHQ-9 لقياس الأعراض الاكتئابية. بينت النتائج الإحصائية أن الممرضين يتعرضون لمستوى متوسط من الضغط و أن درجة الأعراض الاكتئابية لديهم منخفضة. كما أظهر تحليل الانحدار اللوجستي أن الممرضين الذين يستقبلون المصابين بفيروس كورونا لديهم احتمال أكبر لتطوير مستويات مرتفعة من الضغط وأعراض اكتئابية حادة خاصة لدى الممرضات الإناث والأصغر سناً (Napoli, 2022).

3. دراسة غماري (2021):

كشفت الدراسة عن مستوى الضغط المدرك ومستوى التفكك الصدمي القبلي لدى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية والموزعة على التراب الوطني، والتعرف على مدى ارتباط مستوى الضغط المدرك بدرجات التفكك الصدمي القبلي لديهم. تم اعتماد المنهج الوصفي وتم تطبيق سلم الضغط المدرك واستبيان

التفكك الصدمي القلبي على عينة قدرها (100) عاملا بمؤسسات الصحة العمومية في ظل تفشي وباء كورونا. ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن العاملين بالمؤسسات العمومية يتميزون بمستوى متوسط من الضغط المدرك ومستوى مرتفع من التفكك الصدمي القلبي، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الضغط المدرك ودرجات التفكك الصدمي القلبي في حين لم يتحقق وجود فروق في مستوى الضغط المدرك ومستوى التفكك الصدمي القلبي تعزى إلى متغير الجنس لدى عينة الدراسة (غماري، 2021).

4. دراسة وازي ونوار (2018):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الضغوط المهنية والصحة النفسية وذلك في القطاع الصحي بمدينة تفرت، حيث بلغ عدد أفراد العينة (150) عاملا بواقع 66 ذكرا (44%) و 84 أنثى (56%). ولأجل هذا الغرض تم تطبيق مقياس ضغط العمل من تصميم الباحثين ومقياس الصحة النفسية للباحثة ابتسام أحمد أبو العمرين (2008). وأسفرت نتائج الدراسة على : وجود علاقة دالة إحصائية بين ضغط العمل والصحة النفسية لدى عمال القطاع الصحي بمدينة تفرت، كما تبين من النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة الضغط لدى عمال القطاع الصحي ذوي مستوى عال من الصحة النفسية حسب متغير الجنس، ووجود فروق دالة إحصائية في درجة الضغط لدى عمال القطاع الصحي ذوي مستوى منخفض من الصحة النفسية حسب متغير الجنس (وازي ونوار، 2018).

5. دراسة (Fang, Zhao, Yang, Sun, Li, Jiang, Li, Jiao, Liu, Qiao & Wu 2018):

جرت الدراسة على مستوى مستشفيات مقاطعة (Heilongjiang) بشمال الصين لهدف قياس انتشار الأعراض الاكتئابية ومعرفة مستواها لدى الأطباء والممرضين في مصالح طب الأذن، الأنف والحنجرة، ودراسة العلاقة المتواجدة بينها وبين عوامل الأخطار المتعلقة بالعنف في العمل والمتغيرات الديموغرافية. بينت النتائج أن من بين (379 طبيب و 273 ممرض) مستجوب، (57.2%) لديهم أعراض اكتئابية، ومن بين المستجوبين الذين تعرضوا للعنف الجسدي، (71.25%) لديهم أعراض اكتئابية. كما كشفت الدراسة أن أفراد العينة الذين تقل خبرتهم عن عام، والذين يعملون في أغلب الأوقات بمعزل عن الآخرين، هم الأكثر عرضة للمعاناة من الأعراض الاكتئابية مقارنة بباقي الزملاء (Fang et al., 2018).

6. دراسة (Cheung & Yip 2017):

كان هدف الدراسة هو الكشف عن مدى انتشار العنف في العمل لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ وعلاقته بمختلف المتغيرات الديموغرافية والنفسية الاجتماعية للدراسة وقد شملت عينة الدراسة (850) ممرضا وممرضة، تبين من النتائج المتحصل عليها أن (44.6%) تعرضوا للعنف في العمل خلال الأشهر الإثني عشر الأخيرة. ومس العنف الذكور أكثر من الإناث، من أشكال العنف الأكثر شيوعا العنف اللفظي/المضايقة بنسبة (39.2%)، ثم الاعتداء الجسدي بنسبة (22.7%)، ثم التحرش الجنسي بنسبة (11%). وتبين أن القائمين بسلوكات العنف هم المرضى بنسبة (36.6%)، ثم أقارب أو عائلات المرضى بنسبة (17.5%)، يليه الزملاء بنسبة (7.7%) والمسؤولين بنسبة (6.3%). كما كشفت الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين العنف في العمل لدى الممرضين مع كل من: العمل بالتناوب، الرضا الوظيفي، النزاعات الحديثة مع زملاء العمل، أعراض القلق وإيذاء النفس المتعمد (Cheung & Yip, 2017).

7. دراسة (Tenório, De Souza, Susser & Rossi 2016):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالعمل والتي لها علاقة بظهور الأعراض الاكتئابية والاكتئاب الجسيم لدى فرق الرعاية الصحية الأولية. تكونت عينة الدراسة من أطباء وممرضين وعمال الصحة المجتمعية بمدينة ساو باولو البرازيلية، حيث بلغ قوامها (2940) مفردة، وأسفرت نتائج الدراسة على ما يلي: سجل عمال الصحة المجتمعية نسبة أكبر من الاكتئاب الجسيم (18%) مقارنة مع الأطباء والممرضين، كما تبين أن ارتفاع نسب الأعراض الاكتئابية والاكتئاب الجسيم يرتبط معنويا بعوامل تنظيمية أهمها: قضاء فترة طويلة في الرعاية الأولية، إذا كانت المهام خاملة أو بالعكس تتسم بالضغط الشديد، عدم تقدير المسؤولين للمجهودات والمردودية، دعم اجتماعي ضعيف من قبل الزملاء والمسؤولين (Tenório et al., 2016).

8. دراسة (Cheung & Yip 2015):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب والقلق والضغط وعوامل الخطورة المرتبطة بهم لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ. شملت عينة الدراسة (850) ممرضا وممرضة حيث تم توزيع أدوات البحث والمتمثلة في مقاييس الاكتئاب، القلق والضغط، وتم تطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي المتعدد لاختبار العلاقات بين متغيرات الدراسة. وكانت النتائج كالتالي: وجود علاقة دالة إحصائيا بين كل من الأمراض المزمنة والصحة النفسية السيئة المدركة مع كل من الاكتئاب، القلق والضغط. كما تبين وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب مع كل من الطلاق، الانفصال، الترمل، عدم الرضا في العمل، النزاعات مع الزملاء، مستويات ضعيفة من النشاط البدني، ومشكلات النوم. فيما يخص القلق، كشفت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا مع الحالة الاجتماعية، اضطرابات النوم ونقص النشاطات الترفيهية. أما الضغط فقد تبين أنه يرتبط معنويا مع السن الصغير، نقص الخبرة في الوظيفة، النزاعات مع الزملاء، مستويات ضعيفة من النشاط البدني، نقص النشاطات الترفيهية وتعاطي المشروبات الكحولية (Cheung & Yip, 2015).

9. دراسة (Freimann & Merisalu 2015):

هدفت الدراسة إلى استكشاف عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بمشاكل الصحة النفسية لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي في استونيا. شملت عينة الدراسة (404) ممرضا، وتم قياس العوامل النفسية الاجتماعية في العمل ومشاكل الصحة النفسية بواسطة النسخة الثانية للاستبيان النفسي الاجتماعي (COPSOQ II)، وكانت النتائج كالتالي: تبين أن أعلى متوسطات الدرجات المسجلة فيما يتعلق بالعوامل النفسية الاجتماعية الإيجابية المدروسة تتمثل في معنى وقيمة العمل، وضوح الدور، العلاقات الاجتماعية، الثقة المتبادلة بين العمال. أما أعلى متوسطات الدرجات المسجلة فيما يتعلق بالعوامل النفسية الاجتماعية السلبية المدروسة فتتمثل في: متطلبات إخفاء الانفعالات، السرعة في الأداء، المتطلبات المعرفية والانفعالية. وخلصت الدراسة إلى أن عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل والمتمثلة في المتطلبات الكمية للعمل، المتطلبات الانفعالية، السرعة في الأداء وصراع الأدوار، لها علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا مع

مشاكل الصحة النفسية لدى الممرضين في استونيا، وقد تساهم في ارتفاع مستويات الضغط والاحتراق النفسي لديهم (Freimann & Merisalu, 2015).

10. دراسة Kerrien, Pougnet, Garlandezec, Pougnet, Le Galudec, Loddé & Dewite (2015)

هدفت هذه الدراسة الوصفية إلى قياس اضطرابات المزاج والقلق التي يعاني منها الأطباء المتدربون وعلاقتها بطبيعة عملهم. تم توزيع الاستبيانات عبر الانترنت على جميع الأطباء المتدربين بجامعة (Brest) الفرنسية. يضم الاستبيان أربعة مقاييس: مقياس الاكتئاب (CES-D)، استبيان (Spielberger) للقلق، استبيان جودة الحياة للمنظمة العالمية للصحة (WHO-QOL)، واستبيان (Karasek) للضغط المهني. بلغت عينة الدراسة (192) طبيباً متدرباً، حيث بينت النتائج أن (13.0%) من أفراد العينة يعانون من الاكتئاب، (28.7%) يعانون من اضطراب القلق، (32.8%) يتعرضون للضغط في العمل و(29.7%) يعانون من الضغط المضاعف. كما كشفت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب وكل من المتطلبات النفسية المرتفعة، وسمة القلق وحالة القلق. كما تبين أن القصور في المساعدة التنظيمية من طرف الأطباء القدامى وكذلك الإحساس بالمنافسة بين الزملاء يعملان على زيادة شدة القلق لدى الأطباء المتدربين. وفي الأخير خلص الباحثون إلى أن الأطباء المتدربين يعانون من اضطرابات القلق الاكتئابي، تعود في الأغلب إلى المتطلبات النفسية لعملهم وكذا لعلاقتهم مع زملائهم والأطباء القدامى (Kerrien et al., 2015).

11. دراسة El Kissi, Maarouf Bouraoui, Amamou, Bannour, Ben Romdhane, Ben Nasr & Ben Hadj Ali (2014)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد انتشار الاضطراب الاكتئابي الجسيم واضطراب عسر المزاج واضطراب القلق المعمم وكذا العوامل المقترنة بها، وذلك لدى عينة ممثلة للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي التونسي "فرحات حاشد" المتواجد بمدينة سوسة، حيث بلغ حجمها (228) ممرضا وممرضة. تم تطبيق النسخة التونسية لاستبيان (CIDI)، وكانت النتائج كالتالي: بلغت نسبة المصابين بالاضطراب الاكتئابي الجسيم

(7.5%) وكانت مرتبطة بالجنس (المرضات)، تباعد مكان العمل، عدد الأفراد في عاتق المبحوث، التاريخ العائلي من حيث الأمراض العقلية والعضوية، الرضا المهني من منظور العلاقات الداخلية والأمن وكذا الرغبة في تغيير مركز العمل. أما فيما يخص اضطراب عسر المزاج، فقد مس نسبة (5.7%) من المرضين واقتربت بالتاريخ العائلي. كما بلغت نسبة المرضين المصابين باضطراب القلق المعمم (4.4%) والتي اقتربت بتباعد مكان العمل، التاريخ العائلي والرضا المهني من منظور الظروف الفيزيائية (El Kissi et al., 2014).

12. دراسة خميس (2013):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية وتأثيرها على الصحة النفسية لدى عمال المؤسسة الاستشفائية العمومية (أطباء، ممرضين، أعوان التخدير)، وما مدى إسهام العوامل الوسطية كالخبرة المهنية والفئة الوظيفية في إحداث فروقات في مستوى الضغط النفسي. استخدم الباحث المنهج الوصفي حيث تكونت عينة البحث من (120) عاملا بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بورقلة، وقد تم استخدام مقياس الضغوط النفسية. توصلت الدراسة إلى أن عمال القطاع الصحي يعانون من مستوى ضغط نفسي مرتفع وذلك يرجع إلى الضغوطات التي يتعرضون لها في بيئة العمل والعوامل الخارجية والداخلية المؤثرة سلبا على الصحة النفسية للفرد وكلما زادت الضغوطات زاد مستوى القلق، كما أنه كلما زادت سنوات العمل، زادت الضغوط النفسية لدى العامل، وكلما كان تأثير ضغوط العمل أقوى على الفرد. وكلما زادت سنوات العمل، زادت الأعباء والمسؤوليات لدى العمال. كما توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الضغوط باختلاف الخبرة المهنية والجنس، وأن مصادر الضغوط النفسية تتمثل في: عبء العمل الزائد، خصائص الوظيفة، ضغوط الوقت، ضغوط أسلوب المدير، انخفاض الدعم في العمل (خميس، 2013).

13. دراسة Carter, Thompson, Crampton, Morrow, Burford, Gray & Illing

(2013):

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى انتشار وتأثير سلوكيات العنف النفسي في العمل لدى العاملين في الخدمة الصحية الوطنية البريطانية، والكشف عن معوقات الإبلاغ عن العنف النفسي في العمل. إنها دراسة وصفية من النوع العرضي، ولجمع البيانات، تم استخدام الاستبيان إضافة إلى المقابلة وذلك على مستوى

سبع خدمات صحية وطنية شمال شرق إنجلترا. شملت عينة الدراسة (2950) عاملا من أطباء وممرضين وأطباء الأسنان وإداريين وتقنيي المخابر وأغلب المشاركين إناث (72.3%).

لقد تم قياس انتشار العنف النفسي عن طريق استبيان الأفعال السلبية المعدل (NAQ-R) وتم قياس أثر العنف النفسي باستعمال مؤشرات المعاناة النفسية (GHQ-12)، نية ترك العمل، الرضا المهني والإشعار عن العطل المرضية. كما تم التحقق من مصادر العنف النفسي وعوائق الإبلاغ عنه.

وبينت النتائج أن: (20%) من عاملي الخدمة الصحية الوطنية تعرضوا للعنف النفسي من قبل الزملاء، و(43%) شهدوا العنف النفسي خلال الأشهر الستة الأخيرة. كما تبين أن العمال الذكور والعمال ذوي الإعاقات هم الأكثر عرضة لسلوكيات العنف النفسي. وأظهرت الدراسة أن للعنف النفسي وكذا شهادة العنف النفسي علاقة ارتباطية بانخفاض مستويات كل من الصحة النفسية والرضا المهني وكذا بارتفاع مستوى نية ترك العمل. كما أكدت الدراسة أن المسيرين هم المصدر الأول للعنف النفسي يليه الزملاء وتتمثل المعوقات الأساسية للإشعار بالعنف النفسي في: تصور ضحية العنف أنه ما من شيء سيتغير، وعدم رغبة الضحية في أن يعتبرها الغير شخصا مثيرا للمشاكل، طول خبرة القائم بالعنف النفسي وعدم الثقة والشك في كيفية تطبيق الإجراءات وإدارة حالات العنف (Carter et al., 2013).

14. دراسة (Yoon & Kim (2013):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الضغط المهني، والعمل الانفعالي والأعراض الاكتئابية لدى الممرضين العاملين في كوريا الجنوبية، وقد تم تطبيق الدراسة الوصفية العرضية على عينة قصدية بلغ قوامها (441) ممرضا وممرضة موزعين على خمسة مستشفيات بكوريا الجنوبية، وكانت النتائج كما يلي:

(38%) من الممرضين يعانون من أعراض اكتئابية، والممرضون الشباب والعزاب بشكل خاص هم الأكثر عرضة لمستويات مرتفعة من الاكتئاب. كما بينت الدراسة أن الحالة المدنية وانعدام الأمن الوظيفي ونقص التقدير والتمثيل السطحي هي عوامل مرتبطة بقوة مع الأعراض الاكتئابية وهي ناتجة عن الضغط المهني.

خلصت هذه الدراسة على وجوب إنشاء برامج تساعد الممرضين على التخفيف من توقعات التمثيل السطحي والتحكم في ضغوط العمل وبالتالي الوقاية من ظهور وتطور الأعراض الاكتئابية لديهم (Yoon & Kim, 2013).

15. دراسة (Magnavita & Heponiemi, 2012):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مدى انتشار العنف البدني وغير البدني في المؤسسة العمومية الصحية الإيطالية، وقياس العلاقة بين العنف والمتغيرات النفسية الاجتماعية. شملت هذه الدراسة كل عمال طاقم الفحص الطبي العاملين سنة على الأقل في مستشفى (Civitavecchia)، وبلغ عددهم (1166) عاملاً وعاملة، وتضمن الاستبيان العناصر التالية: استبيان (Arnetz) لتسجيل الحوادث العنيفة في قطاع الرعاية الصحية، استبيان (Karazek) لقياس الضغط في العمل، استبيان الإنصاف التنظيمي المدرك واستبيان الصحة العامة (GHQ-12) لقياس الصحة النفسية.

وتوصلت الدراسة إلى نتائج مفادها أن واحد من عشرة عمال قد تعرض لاعتداء بدني وواحد من ثلاثة تعرض لعنف غير بدني في العمل خلال الأشهر الإثني عشر الأخيرة. تبين أن الممرضين والأطباء هم أكثر الفئات المهنية عرضة للعنف وأن مصلحتي الطب العقلي والاستعجالات يكون فيهما التعرض للعنف بمعدل خطورة مرتفع مقارنة بالمصالح الأخرى. كما وجدت الدراسة أن العاملين المعرضين للعنف غير البدني يعانون من ضغط مهني مرتفع ومن معاناة نفسية كبيرة، ويشعرون بالظلم وعدم الإنصاف التنظيمي، ويحظون بدعم اجتماعي منخفض مقارنة بالعمال الآخرين. يرتبط العنف في العمل بالمطلب النفسي المرتفع وبالاضطرابات النفسية، في حين يشكل كل من التحكم في العمل والدعم الاجتماعي والإنصاف التنظيمي عوامل وقائية تحمي العمال وصحتهم (Magnavita & Heponiemi, 2012).

16. دراسة (Belayachi, Berrechid, Amlaiky, Zekraoui & Abouqal, 2010):

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد تكرار التعرض للعنف لدى الأطباء العاملين في أقسام الاستعجالات بمستشفى ابن سينا بمدينة الرباط المغربية، وكذا خصائص هذا العنف والآثار النفسية المترتبة عنه. ضمت عينة الدراسة (60) طبيباً استعجالياً (57%) منهم ذكور، ولقد شمل استبيان الدراسة الخصائص المتعلقة بالضحية (السن والجنس) وتلك المتعلقة بالعنف: ساعة الاعتداء، السبب (وقت الانتظار، الإدمان على الخمر، أمراض عصبية نفسية) ونوع الاعتداء (العنف اللفظي التهديد اللفظي والاعتداء البدني)، وبعد ملء الاستبيانات، تم تطبيق قائمة القلق حالة - سمة للباحث (Spielberger) على جميع المشاركين. وكانت النتائج كما يلي: (70%) من الأطباء قد تعرضوا للعنف، (27%) من أفعال العنف حدثت ليلاً، (22%)

حدثت بعد الظهر، (12%) مساءً و(10%) صباحاً. وترجع أسباب العنف إلى: مدة الانتظار (52%)، الإدمان على الكحول (17%)، والأمراض العصبية النفسية بنسبة (5%). كما بينت الدراسة أن (47%) من المشاركين تعرضوا للعنف اللفظي، بينما تعرض (30%) للتهديد اللفظي و(8.3%) للاعتداء البدني. كما وجدت الدراسة أن للعنف في العمل آثار سلبية على المستوى النفسي للمشاركين، إذ يزيد من حالة القلق لديهم وقد يكون للعنف نتائج تنظيمية وخيمة تتمثل في: انخفاض الروح المعنوية، ارتفاع مستوى الضغط المهني، تزايد ظاهرة الدوران الوظيفي، تقهقر الثقة في المسيرين والمشرفين، وتحول مناخ العمل إلى مناخ عدائي وقاسي. وخلصت الدراسة إلى أن تعرض أطباء الاستعجالات إلى أي من أشكال العنف له علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بالقلق، لذا يجب أن تركز الجهود لتبني تدخلات منهجية ووقائية تعتمد بالدرجة الأولى على مشاركة الجميع (Belayachi et al., 2010).

17. دراسة (Yildirim 2009):

هدفت الدراسة إلى قياس العنف النفسي في العمل والذي تواجهه الممرضات في تركيا وكذا آثاره على مهنة التمريض. تعتبر الدراسة وصفية من النوع العرضي، شملت عينة الدراسة (286) ممرضة أجابت على أداة الاستبيان، فكانت النتائج كما يلي: (37%) من الممرضات المشاركات في الدراسة لم يتعرضن للعنف النفسي في العمل خلال الأشهر الإثني عشر الأخيرة، فيما (21%) من الممرضات واجهن هذه السلوكيات. كما تبين أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من المكانة والمستوى التعليمي والعنف النفسي في العمل، ووجدت الدراسة أن العنف النفسي في العمل يؤدي إلى الاكتئاب وانخفاض الدافعية في العمل وانخفاض القدرة على التركيز وضعف الإنتاجية وغياب الالتزام في العمل وتقهر العلاقات مع كل من المرضى والمسيرين والزملاء. وفي الخلاصة، اعتبر الباحث أن العنف النفسي في العمل مشكل خطير يؤثر سلباً على الجانب النفسي والأدائي لدى الممرضات التركيات المشاركات في الدراسة (Yildirim, 2009).

تعقيب عام على الدراسات السابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية:

يشير العرض السابق للدراسات إلى تعرض العاملين في القطاع الصحي إلى الضغوط والعنف بشتى أنواعه، وفيما يلي عرض للدراسات السابقة من حيث الهدف والعينة ومنهج الدراسة والأدوات المستعملة والنتائج:

❖ من حيث هدف الدراسة:

تنوعت أهداف الدراسات السابقة، حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على مستويات الضغوط أو العنف ومصادرها مثل دراسة (ملال وآخرون، 2022) ودراسة (حمري وإبريم، 2020) ودراسة (Badran, 2003) ودراسة (سعادة وآخرون، 2003) ودراسة (الهنداوي، 1994) ودراسة (عسكر وأحمد، 1988). وهدفت مجموعة من الدراسات إلى معرفة علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بمتغيرات أخرى مثل دراسة (بوسمينة وسفاري، 2021) ودراسة (صيفي وبحري، 2021) ودراسة (Cheung et al., 2018) ودراسة (Iglesias & Vallejo, 2012) ودراسة (Johnson, 2009) ودراسة (اللوزي والحنيطي، 2003) ودراسة (Chapman, 1995).

كما هدفت مجموعة أخرى من الدراسات إلى تقييم الأخطار النفسية الاجتماعية ومدى انتشارها في عينات الدراسة مثل دراسة (إيديري، 2016) ودراسة (Liu et al., 2015) ودراسة (Esfahani & Shahbazi, 2014) ودراسة (Fontes et al., 2013) ودراسة (Farrell & Shafiei, 2012) ودراسة (Kitaneh & Hamdane, 2012) ودراسة (Yildirim & Yildirim, 2010) ودراسة (Carmi-Iluz et al., 2005) ودراسة (Ferrinho et al., 2003).

❖ من حيث عينة الدراسة:

تتشترك الدراسات السابقة في كونها أجريت كلها في القطاع الصحي سواء كان عمومياً أو خاصاً وتختلف في استهدافها لعينة الدراسة، فبعض الدراسات استهدفت فئة الأطباء فقط مثل دراسة (Carmi-Iluz et al., 2005) ، والبعض منها استهدفت فئة الممرضين مثل دراسة (ملال وآخرون، 2022) ودراسة (حمري وإبريم، 2020)، أما البعض الآخر فاستهدفت الأطباء والممرضين معاً مثل دراسة

(إيديري، 2016) ، كما اقتصر البعض على جنس محدد (الإناث) مثلا في دراسة (Iglesias & Vallejo, 2012) ودراسة (Fontes et al., 2013) ودراسة (Farrell & Shafiei, 2012) التي استهدفت الممرضات والقابلات، كما اختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في حجم العينات حيث بلغت أصغر عينة في الدراسات السابقة (60) مفردة في دراسة (حمري وابريم، 2020)، بينما بلغ أكبر حجم للعينة (1495) مفردة في دراسة (Farrell & Shafiei, 2012).

❖ من حيث منهج الدراسة:

لقد اشتركت الدراسات السابقة في كونها كلها دراسات عرضية، وقد غلب على تلك الدراسات استخدام المنهج الوصفي التحليلي فيما استخدم البعض الآخر المنهج المسحي مثل دراسة (الهنداوي، 1994).

❖ من حيث أدوات جمع البيانات:

استخدم الباحثون في هذه الدراسات أدوات مختلفة لجمع البيانات من استبيانات (استمارات) ومقاييس مقننة من إعداد الباحثين مثل دراسة (سعادة وآخرون، 2003)، أو مقاييس لآخرين فمن الدراسات التي اعتمدت على مقياس واحد نذكر مثلا دراسة (ملال وآخرون، 2022) التي استخدمت استبيان الأفعال السلبية (NAQ)، ومن الدراسات التي اعتمدت مقاييس نذكر دراسة (إيديري، 2016) التي اعتمدت على استبيان (Karasek) للضغط المهني واستبيان (Leymann) للعنف النفسي في العمل، ودراسة (Iglesias & Vallejo, 2012) التي اعتمدت على سلم (Rosenberg) لتقدير الذات واستبيان الأفعال السلبية (NAQ) للعنف النفسي المقنن والمكيف للبيئة الإسبانية، أما دراسة (Ferrinho et al., 2003) فقد جمعت بين الاستبيان والمقابلات ودراسة الملفات.

❖ من حيث النتائج:

أشارت دراسات كل من (إيديري، 2016) و(سعادة وآخرون، 2003) و(Badran, 2003) إلى أن مستوى الضغوط المهنية لدى عمال القطاع الصحي مرتفع، بينما بينت دراسات (صيفي وبحري، 2021) و(حمري وابريم، 2020) و(عسكر وأحمد، 1988) أن مستوى الضغوط التي يواجهها العمال متوسط وليس عالي، وتتمثل مصادر هذه الضغوطات في ارتفاع المتطلبات النفسية، الجو العام السائد في العمل،

مجموعات العمل والعلاقات بين الزملاء والمسؤولين، طبيعة التعامل مع الآخرين، طبيعة الوظيفة، بيئة العمل المادية، انخفاض الدعم الاجتماعي للإمكانيات الفنية غير الكافية، وغياب تقدير العمل الجيد، وساعات العمل الطويلة وقصر فترة الراحة، وهذا ما أشارت إليه دراسات كل من (بوسمينة وسفاري، 2021)، (إيديري، 2016) و(اللوزي والحنيطي، 2003) و(Badran, 2003) و(Chapman, 1995) و(الهنداوي، 1994).

كما أشارت الدراسات السابقة إلى أن العنف النفسي منتشر في القطاع الصحي إلى جانب الأشكال الأخرى من العنف في العمل، وقد سجلت الدراسات السابقة ارتفاع انتشار العنف النفسي مثل دراسات كل من (ملال وآخرون، 2022) و(إيديري، 2016) و(Farrell & Shafiei, 2012)، (Iglesias & Vallejo, 2012) و(Kitaneh & Hamdane, 2012) ودراسة كل من (Yildirim & Yildirim, 2010) و(Johnson, 2009) و(Carmi-Iluz et al., 2005).
 وورد أن مرتكبي العنف النفسي ضد عمال القطاع الصحي هم عائلات المرضى، المرضى أنفسهم، الزملاء، والمشرفين، كما تبينه دراسات (إيديري وخلفان، 2016) و(Kitaneh & Hamdane, 2012) و(Farrell & Shafiei, 2012)، ويعود العنف النفسي إلى سوء الجو العام السائد في العمل، سوء تنظيم العمل والغيرة والحسد (إيديري، 2016)، كما أن العنف النفسي له علاقة بتقهقر الرضا الوظيفي وتزايد الدوران الوظيفي (Farrell & Shafiei, 2012) و(Cheung et al., 2018) وانخفاض تقدير الذات (Iglesias & Vallejo, 2012).

ثانياً: دراسات تناولت الصحة النفسية في العمل:

يشير العرض السابق للدراسات إلى الدراسات التي تناولت الصحة النفسية في العمل، وفيما يلي عرض للدراسات السابقة من حيث الهدف والعينة ومنهج الدراسة والأدوات المستعملة والنتائج:

❖ من حيث هدف الدراسة:

هدفت دراسة (Greenberg et al., 2021) إلى التعرف على اضطرابات الصحة النفسية لدى العاملين بوحدة العناية المركزة والمتمثلة في الاكتئاب وأعراض القلق وأعراض الضغط ما بعد الصدمة، أما

دراسة كل من (قرقوز وإغمين، 2021) و(ناجي، 2020) و(جعير، 2019) فهدفت إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية وعلاقتها بمتغيرات أخرى كالأداء الوظيفي وفاعلية الذات، فيما هدفت دراسة كل من (Ning et al., 2020) و(Ragab, 1998) إلى معرفة مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة، كما قام (Mata et al., 2015) بدراسة تقييم انتشار الاكتئاب لدى الأطباء المقيمين.

❖ من حيث عينة الدراسة:

تتشرك الدراسات السابقة في كونها أجريت كلها في القطاع الصحي سواء كان عمومياً أو خاصاً وتختلف في استهدافها لعينة الدراسة، فبعض الدراسات استهدفت فئة الأطباء فقط مثل دراسة (Mata et al., 2015) و(Ragab, 1998) والبعض منها استهدفت فئة الممرضين كدراسة (قرقوز وإغمين، 2021) و(جعير، 2019) أما البعض الآخر فاستهدفت الأطباء والممرضين معاً مثل دراسة (Greenberg et al., 2021) و(Ning et al., 2020)، فيما استهدفت دراسة (ناجي، 2020) القابلات. اختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في حجم العينات حيث بلغت أصغر عينة (30) مفردة في دراسة (قرقوز وإغمين، 2021) بينما بلغ أكبر حجم للعينة (17560) مفردة في دراسة (Mata et al., 2015).

❖ من حيث منهج الدراسة:

استخدمت جل الدراسات السابقة المنهج الوصفي وكانت الدراسات من النوع العرضي ما عدا دراسة (Mata et al., 2015) حيث كانت من النوع تحليل المحتوى وشملت (31) دراسة عرضية و(23) دراسة طولية.

❖ من حيث أدوات جمع البيانات:

استخدم الباحثون في هذه الدراسات أدوات مختلفة لجمع البيانات كالاستبيانات مثل دراسة (Greenberg et al., 2021)، حيث تم توزيع استبيانات مقننة عبر شبكة الأنترنت والتي تقيس الاكتئاب، أعراض القلق، أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الرفاهية وتعاطي الكحوليات. وقد تم استخدام استبيان من إعداد الباحثين كما هو الشأن في دراسة (قرقوز وإغمين، 2021) ودراسة

(Ning et al., 2020). ومن الدراسات التي اعتمدت مقياسين نذكر دراسة (ناجي، 2020) التي اعتمدت على مقياس غولديبيرغ ووليامز للصحة العامة، واستبيان الأداء المهني من تصميم الباحثة، ودراسة (جعير، 2019) التي استخدمت مقياس الصحة النفسية ومقياس فاعلية الذات ودراسة (Ragab, 1998) التي استخدمت استبيان من إعداد الباحث ومقياس قلق واكتئاب المستشفى (HADS)، أما دراسة (Mata et al., 2015) التي اعتمدت على تحليل المحتوى، فقد تبين أن معظم الدراسات (51 دراسة) استخدمت الاستبيانات والمقاييس بينما ثلاث دراسات فقط اعتمدت على المقابلات السريرية.

❖ من حيث النتائج:

أشارت دراسات (قزقوز وإغمين، 2021) و(جعير، 2019) إلى ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين فيما بينت دراسة (Greenberg et al., 2021) و(Ning et al., 2020) أن عينة الدراسة تعاني من القلق والاكتئاب الشديدين واضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما بينت دراسات (Mata et al., 2015) و(Ragab, 1998) أن الاكتئاب يمس الأطباء المقيمين ويزداد بالتقدم في السنة الاجتماعية، كما أسفرت النتائج عن وجود علاقة بين الصحة النفسية وكل من الأداء المهني (ناجي، 2020) وفعالية الذات (جعير، 2019)، وأن الأطباء يتمتعون بصحة نفسية أفضل من الممرضين (Greenberg et al., 2021)، حيث يعاني الممرضون من القلق والاكتئاب بنسبة أكبر مقارنة بالأطباء وتعاني الإناث من القلق أكثر من الذكور. لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسية تعزى إلى الحالة الاجتماعية وسنوات الخبرة (قزقوز وإغمين، 2021)، كما توجد فروق في مستوى الصحة النفسية تعزى إلى متغير الخبرة (ناجي، 2020).

ثالثاً: الدراسات التي تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل:

يشير العرض السابق للدراسات إلى العلاقة بين تعرض العاملين في القطاع الصحي إلى الضغوط والعنف بشتى أنواعه وظهور اضطرابات في صحتهم النفسية، وفيما يلي عرض للدراسات السابقة من حيث الهدف والعينة ومنهج الدراسة والأدوات المستعملة والنتائج:

❖ من حيث هدف الدراسة:

تنوعت أهداف الدراسات والبحوث السابقة فمنها تلك التي تناولت الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية بشكل عام مثل دراسة (Freimann & Merisalu, 2015) التي هدفت إلى الكشف عن عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بمشاكل الصحة النفسية كما تطرقت مجموعة من الدراسات إلى الضغوط المهنية وعلاقتها باضطرابات الصحة النفسية ونذكر دراسة (Napoli, 2022) التي هدفت إلى معرفة مدى تأثير الضغوط في ظهور الأعراض الاكتئابية ودراسة (غماري، 2021) التي كشفت عن مستوى الضغط المدرك وعلاقته بمستوى التفكك الصدمي القبلي ودراسة كل من (وازي ونوار، 2018) ودراسة (خميس، 2013) التي تناولت العلاقة بين الضغوط المهنية والصحة النفسية في القطاع الصحي، كذلك دراسة (Tenório et al., 2016) التي سعت إلى الكشف عن العوامل المرتبطة بالعمل والتي لها علاقة بظهور الأعراض الاكتئابية في القطاع الصحي، دراسة (Cheung & Yip, 2015) والتي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب والقلق والضغط لدى الممرضين أما دراسة (Kerrien et al., 2015) فقد هدفت إلى تقييم وقياس اضطرابات المزاج والقلق وعلاقتها بطبيعة العمل الطبي، كما سعت دراسة (El Kissi et al., 2014) إلى الكشف عن العلاقة بين الضغوط والاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق لدى الممرضين، أما دراسة (Yoon & Kim, 2013) فكان هدفها الكشف عن العلاقة بين الضغط المهني والعمل الانفعالي والأعراض الاكتئابية لدى الممرضين، بينما تطرقت مجموعة أخرى من الدراسات السابقة إلى العلاقة ما بين العنف (بما فيه العنف النفسي) والصحة النفسية في العمل وتناولت في مجملها قياس مدى انتشار العنف في العمل وفهم آثاره على الصحة النفسية كدراسة (Fang et al., 2018) ودراسة (Carter et al., 2013) ودراسة (Belayachi et al., 2010) ودراسة (Yildirim, 2009). في حين، تناولت دراسات أخرى العنف وعلاقته بمتغيرات أخرى مثل دراسة (Lee & Lee, 2022) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين العنف في العمل والرفاهية النفسية وضغط العمل والحضور المرضي، كذلك الأمر بالنسبة لدراسة (Cheung & Yip, 2017)، ودراسة (Jiao et al., 2014).

❖ من حيث عينة الدراسة:

تشترك الدراسات السابقة في كونها أجريت كلها في القطاع الصحي سواء كان عمومياً أو خاصاً. استهدفت بعض الدراسات عمال الصحة العمومية من أطباء وممرضين وأعوان التخدير وأطباء الأسنان... الخ مثل دراسة (غماري، 2021) ودراسة (وازي ونوار، 2018)، دراسة (Tenório et al., 2016) ودراسة (خميس، 2013) ودراسة (Carter et al., 2013) ودراسة (Magnavita & Heponiemi, 2012)

بينما استهدفت مجموعة من الدراسات فئة الممرضين ذكورا وإناثا كدراسة (Lee & Lee, 2022) ودراسة (Napoli, 2022) ودراسة (Cheung & Yip, 2017)، ودراسة (Cheung & Yip, 2015) ودراسة (Freimann & Merisalu, 2015) ودراسة (El Kissi et al., 2014)، ودراسة (Jiao et al., 2014) ودراسة (Yoon & Kim, 2013).

فيما استهدفت دراسة (Yildirim, 2009) الممرضات فقط، واستهدفت كل من دراسة (Kerrien et al., 2015) ودراسة (Belayachi et al., 2010) الأطباء فقط، واستهدفت مجموعة أخرى من الدراسات السابقة الأطباء والممرضين معاً مثل دراسة (Fang et al., 2018) ودراسة (Tenório et al., 2016). اختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في حجم العينات حيث بلغت أصغر عينة في الدراسات السابقة (60) مفردة في دراسة (Belayachi et al., 2010)، بينما بلغ أكبر حجم للعينة (2950) مفردة في دراسة (Carter et al., 2013).

❖ من حيث منهج الدراسة:

لقد اشتركت الدراسات السابقة في كونها كلها دراسات عرضية. وقد غلب على تلك الدراسات استخدام المنهج الوصفي التحليلي، فيما استخدم البعض الآخر المنهج المسحي مثل دراسة (Lee & Lee, 2022) ودراسة (Magnavita & Heponiemi, 2012).

❖ من حيث أدوات جمع البيانات:

تنوعت أدوات جمع البيانات في الدراسات السابقة، فقد كانت ما بين استبيانات من إعداد الباحثين أنفسهم ومقابلات سريرية ومقاييس من إعداد باحثين آخرين، فمن الدراسات التي اعتمدت على استبيان نذكر

دراسة (Lee & Lee, 2022) ودراسة (Fang et al., 2018) ودراسة (Cheung & Yip, 2017) ودراسة (Tenório et al., 2016) ودراسة (Yoon & Kim, 2013)، ومن الدراسات التي اعتمدت مقياسين نذكر دراسة (Napoli, 2022) التي اعتمدت على استبيان الضغط المدرك (PSS10) ومقياس الأعراض الاكتئابية (PHQ-9)، ومن الدراسات التي استخدمت ثلاثة مقاييس أو أكثر نذكر دراسة (Cheung & Yip, 2015) التي اعتمدت على مقاييس الاكتئاب والقلق والضغط، ودراسة (Kerrien et al., 2015) التي استخدمت مقياس الاكتئاب (CES-D)، استبيان (Spielberger) للقلق، استبيان جودة الحياة للمنظمة العالمية للصحة (WHO-QOL)، واستبيان (Karasek) للضغط المهني، ومن الدراسات التي جمعت ما بين الاستبيانات والمقابلات فنذكر دراسة (Carter et al., 2013).

❖ من حيث النتائج:

أشارت مجموعة من الدراسات إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين الضغط المهني والصحة النفسية مثل دراسة (وازي ونوار، 2018)، وتتمثل مشاكل الصحة النفسية في التفكك الصدمي القبلي في دراسة (غماري، 2021) وظهور الأعراض الاكتئابية في دراسة (Tenório et al., 2016) ودراسة (Cheung & Yip, 2015) ودراسة (El Kissi et al., 2014)، كما تبين من دراسات (Freimann & Merisalu, 2015) و(خميس، 2013) و(Kerrien et al., 2015) أن العوامل النفسية الاجتماعية المتمثلة في المتطلبات الكمية لعبء العمل، والمتطلبات الانفعالية مثل التمثيل السطحي، والسرعة في الأداء، وصراع الأدوار، وانعدام الأمن الوظيفي وانخفاض الدعم عوامل تؤدي إلى الضغط الذي يؤدي بدوره إلى مشاكل في الصحة النفسية وتحديدًا القلق والاكتئاب.

كما أشارت بعض الدراسات إلى العلاقة الموجودة بين العنف بأشكاله وتدني الصحة النفسية مثل دراسة (Carter et al., 2013)، وظهور مشاكل على مستوى الصحة النفسية من أعراض اكتئابية (Fang et al., 2018)، و(Yildirim, 2009)، وقلق (Cheung & Yip, 2017)، و(Belayachi et al., 2010). كما تبين من نتائج الدراسات السابقة أن العاملين في القطاع الصحي يتعرضون للعنف النفسي من قبل المرضى وعائلاتهم أو مرافقيهم، زملائهم والمشرفين عليهم، ويعود إلى عدة أسباب منها: الأعباء المالية،

والنتائج غير المرضية للعلاج، وانعدام الاتصال، وتعتبر ضغوط عبء العمل وثقافة المنظمة عوامل مساهمة في ظهور العنف النفسي في العمل (Carter et al., 2013).

من خلال عرضنا للدراسات السابقة، استطعنا أن نستنتج أن الضغط المهني والعنف النفسي في العمل ظاهرتان قائمتان ومنتشرتان في مجال الرعاية الصحية ولهما آثار وخيمة على مستوى الأفراد والمنظمات على حد سواء. وقد استفدنا من الدراسات السابقة في بناء الخلفية النظرية وتحديد الإطار النظري للدراسة وإثراءه، ومن خلال الاسترشاد بمنهجيتها في البحث وانتقاء أدوات البحث المتمثلة في مقياس الضغط المدرك واستبيان الأفعال السلبية المعدل ومقياس قلق واكتئاب المستشفى، واختيار الأساليب الإحصائية المناسبة والتحكم فيها، وأيضا في مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية من خلال مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة. وتتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تناولها لاثنتين من الأخطار النفسية الاجتماعية في آن واحد وهما الضغط المهني والعنف النفسي في العمل، حيث حاولت الكشف عنهما، وعن علاقتهما بأهم مؤشرات الصحة النفسية السلبية والمتمثلة في القلق والاكتئاب وكذا معرفة إلى أي مدى تساهم في التأثير فيها.

الفصل الثاني: الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل

القسم الأول: الضغط المهني

القسم الثاني: العنف النفسي في العمل

تمهيد

يعالج هذا البحث موضوع الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل، حيث يحتوي هذا الفصل على موضوع الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل بقسميه الضغط المهني والعنف النفسي في العمل. تصدر هذا الموضوع اهتمامات وانشغالات الباحثين في الآونة الأخيرة، رغم ذلك لا يزال العمل قائماً للاعتراف بها كأخطار مهنية حتى وإن سجلت الإحصائيات زيادة في عدد العمال المصابين باضطرابات مهنية بدنية أو نفسية تعود إلى تعرضهم المباشر لها. بداية سوف نتطرق في هذا الفصل باختصار إلى مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية عامة، ثم سنستعرض بالتفصيل ما يخدم بحثنا من الأخطار النفسية الاجتماعية والمتمثلة في الضغط المهني والعنف النفسي في العمل.

1. نبذة وجيزة عن الأخطار النفسية الاجتماعية:

لقد تم بناء مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية انطلاقاً من الابدميولوجية الاجتماعية السويدية والأعمال الرائدة التي قدمها في التسعينات كل من الباحثين (Lennart Levi) و (Bertil Gardell) حول مفهوم "تحكم" العامل في عمله الشخصي. كان غرض هذه الدراسة يخدم السياسة الإصلاحية السويدية آنذاك، وقد أثر ذلك بصفة واضحة في تشريع العمل في السويد.

في بداية التسعينات، وعند تفاقم اضطرابات الصحة البدنية والنفسية للعمال بسبب تغيرات وتطورات العمل، قام الفرنسيون باستيراد هذا المفهوم إلى الحقل الثقافي الفرنسي، وتبني مصطلحات مثل "العوامل النفسية الاجتماعية"، و"عوامل الأخطار"، وتم استخدامها لوضع سياسة أوروبية من أجل الصحة والأمن في العمل وكذا لتدوين، في القانون الفرنسي، التعليمات التي تحدد وجوب المستخدمين ضمان الصحة والأمن للعمال. كما اهتمت عدة هيئات دولية وأوروبية بهذا المفهوم مثل: المنظمة العالمية للصحة، المكتب الدولي للعمل، الوكالة الأوروبية للأمن والصحة في العمل... فأصبح مفهوم الأخطار النفسية الاجتماعية مفهوماً يجمع بين العلم والسياسة في آن واحد (Zawieja & Guarnieri, 2014).

2. تعريف الأخطار النفسية الاجتماعية:

يعرف الخطر (جمع أخطار) في اللغة العربية، أنه الإشراف على هلكة (المنجد في اللغة والإعلام، 1986)، ويعرف الخطر (Risque) في اللغة الفرنسية أنه ضرر يحتمل أن يحدث إذا تم التعرض له (Le Petit Larousse illustré, 2013).

ويعتبر الخطر من حقل الاحتمال وليس التنبؤ فهو يدخل في نظام معقد، متعدد المرجعيات، سيروراتي لا يمكن التحكم فيه كلياً (Petit, Duguet & Daniellou, 2011).

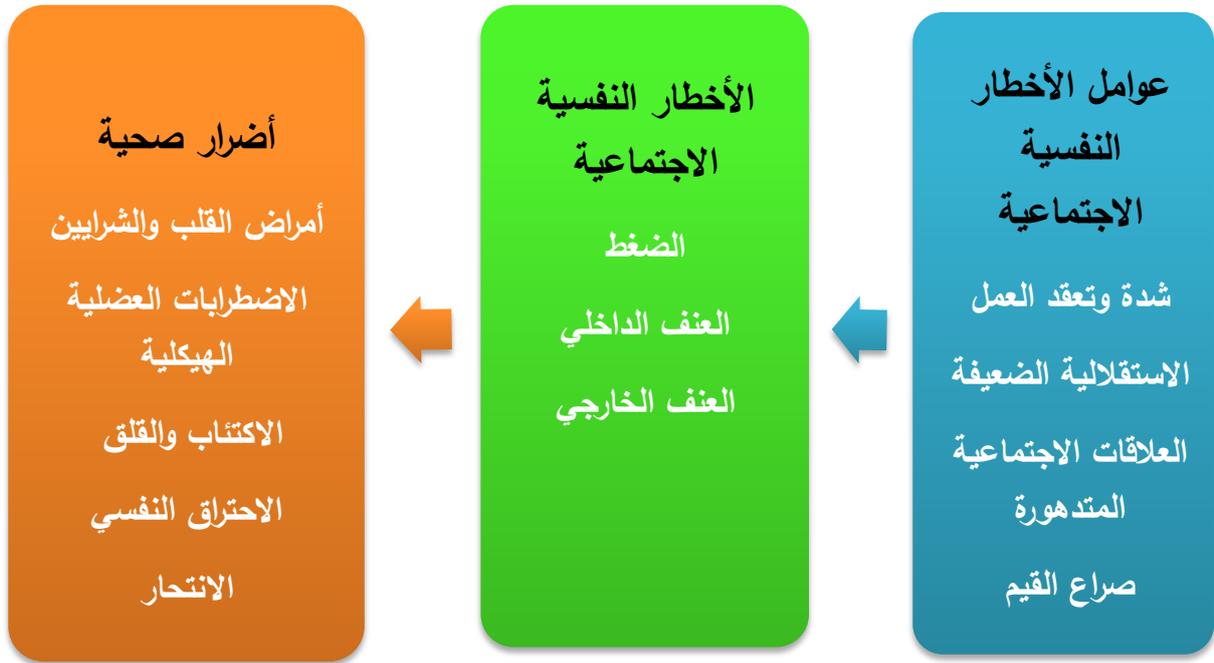
ويعرف الخطر النفسي الاجتماعي بأنه الخطر الذي يلحق الضرر بالسلامة النفسية والبدنية وينشأ من التفاعل بين تصميم وتسيير العمل من جهة، والسياق التنظيمي والاجتماعي من جهة أخرى (Cox & Griffiths, 2005).

وفي هذا الصدد، أشار (Douillet 2010) إلى أن مصطلح "الأخطار" يسمح بالتركيز على الأسباب أي المصدر المهني وليس على الآثار، أما مصطلح "نفسى اجتماعي" يسمح بالتأكيد على البعد الاجتماعي للصحة وذلك بتسليط الضوء على العلاقات التي تجمع بين الفرد والجماعة وكذا على ظروف بناء الصحة في العمل.

وقد عرف (Davezies, 2009) الأخطار النفسية الاجتماعية بأنها تلك الأخطار التي تنتج من المواجهة بين متطلبات السير النفسي ومتطلبات المنظمة (cité par Petit et al., 2011).

أما (INRS 2013) فقد عرف الأخطار النفسية الاجتماعية أنها الأخطار التي قد يسببها نشاط العمل أو يولدها التنظيم وعلاقات العمل، وهي تشير إلى مواقف العمل التي يتواجد فيها بصفة منعزلة أو مجتمعة:

(أ) **الضغط:** حالة من عدم التوازن بين إدراك الفرد لإرغامات محيط عمله وإدراكه لموارده الشخصية التي يراها غير قادرة على مواجهة تلك الإرغامات؛ (ب) **العنف الداخلي:** عنف مرتكب داخل المنظمة ويشمل العنف النفسي، التحرش الجنسي، النزاعات ما بين الأفراد أو ما بين الجماعات؛ (ج) **العنف الخارجي:** وهو عنف مرتكب من قبل أشخاص غرباء عن المنظمة مثل المرضى أو الزبائن، ويشمل السب والشتم، الاعتداءات التهديدات... وقد يؤدي التعرض لهذه المواقف إلى تدني صحة العمال والإصابة بأمراض القلب والشرايين والاضطرابات العضلية الهيكلية واضطرابات الصحة النفسية، وقد يصل الأمر إلى الانتحار (INRS, 2013).



شكل (1): الأخطار النفسية الاجتماعية (INRS, 2013).

3. طبيعة الأخطار النفسية الاجتماعية:

يعرف الخطر النفسي الاجتماعي أنه احتمال ظهور الاضطرابات النفسية الاجتماعية والتي يكون مصدرها البيئة المهنية، ويرى (Amalberti 1996) أنه يوجد مستويان للخطر: **الخطر الخارجي** وهو تقييم المسافة التي تفصل العامل عن الحادث من حيث القرب البدني والمدة الزمنية. فهو يقع خارج العامل.

أما **الخطر الداخلي** فهو نفسي ومعرفي خاص بالعامل مثل الإحساس أنه لا يملك الخبرات اللازمة، أو أنه لا يعرف كيفية تسيير موارده... عندما يزداد الخطر الخارجي، تميل المنظمة إلى تفضيل وتبني سلوكيات موجهة، أي تقلص من المرونة والحرية التي كانت بحوزة العامل. فكلما انخفضت درجة الحرية لدى العامل كلما قيم الخطر الخارجي على أنه معتبر وبالتالي يزداد الخطر الداخلي. عموماً تتمثل طبيعة الخطر النفسي الاجتماعي في كونه:

- **خطر ذو ميزة نسبية:** الخطر النفسي الاجتماعي بطبيعته خطر نسبي يلزم تنظيم العمل والعلاقات الفردية والعلاقات الجماعية داخل المنظمة. إن مجمل الموظفين أياً كانت مهنتهم في المنظمة، يشاركون في

بناء المحيط النفسي الاجتماعي، بالتالي، فالوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية تستدعي سواء في مستوى التشخيص أو المعالجة، مشاركة الجميع للإدلاء بمعارفهم حول العمل وتنظيمه وإيجاد الحلول والتطبيق الإجرائي للأفعال المختارة. فيجب الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة النسقية للأخطار النفسية الاجتماعية وتنمية المعارف حولها لهدف فهمها ومن ثم معالجتها.

- **خطر ذو طبيعة مهنية:** تعد الأخطار النفسية الاجتماعية جزءا من الأخطار المهنية والإجراءات المتمثلة في واجبات الأمن والوقاية من الأخطار المهنية تطبق أيضا على الأخطار النفسية الاجتماعية (cité par Petit et al., 2011).

4. عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية:

ترى الوكالة الوطنية لتحسين ظروف العمل بفرنسا (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions du Travail [ANACT], 2013) أن كل موقف عمل ما هو إلا ثمرة تنظيم معين، وعندما يكشف موقف العمل عن خلل ما، فمن المحتمل أن يتواجد هذا الخلل في مواقف عمل أخرى وأن يكون مصدره في المستويات العليا للمنظمة. كما تفترض الوكالة أن ظهور الأخطار النفسية الاجتماعية مرتبط إلى حد كبير باختلالات ونقائص التنظيم وليس بنقائص وهشاشة الأفراد. ولقد صنف (Gollac 2011) عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية إلى ست فئات رئيسية وهي:

1.4. شدة العمل ووقت العمل

قد تنشأ متطلبات العمل من الوقت الذي يستغرقه أو من شدته. ترتبط المتطلبات الزمنية بمدة العمل وتنظيم وقت العمل بينما تظهر شدة العمل في المطلب النفسي. ونجد من بين محددات هذه الفئة ما يلي: إرغامات الوتيرة، الأهداف غير الواقعية، الأهداف الغامضة، التعليمات المتناقضة، المقاطعة أثناء النشاط، عدم التحكم في التكنولوجيات الجديدة ظروف العمل الفيزيائية، تعقد المهام، الدقة والتركيز، تعدد المسؤوليات، كما تتحدد بالعمل الليلي، عدد ساعات العمل، العمل بالدوريات...

2.4. المتطلبات الانفعالية:

وهي العبء النفسي المرتبط بسلوكيات اجتماعية معقدة ومخطط لها، تقتضي انفعالات أثناء تنفيذ المهام. تظهر أهمية مفهوم المتطلبات الانفعالية في قياس ما يكلفه " العمل الانفعالي " للصحة (Hoschild, 1985)، فهي تعزز وتساعد الدينامية النفسية أحيانا وتقحم العامل في المعاناة والخطر أحيانا أخرى (Clot, 2010).

وللمتطلبات الانفعالية علاقة وطيدة بظهور ونماء الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب (Muntaner, Xue, Thompson, O'campo, Chung & Eaton, 2006)، كما ترتبط بزيادة احتمال الإصابة باضطراب المزاج خاصة لدى المرأة (Wieclaw, Agerbo, Mortensen, Burr, Tuchsén & Bonde, 2008).

قد يؤدي عدم مصداقية الانفعالات التي يظهرها العامل في نطاق عمله إلى تشويه وتحريف تعبيره عن أحاسيسه في حياته الشخصية، أما إذا كانت الانفعالات التي يشعر بها في عمله حقيقية وصادقة، فإن تراكمها مع انفعالات حياته الشخصية قد تكون سببا في الاحتراق النفسي (Wharton, 2004). ومن بين محددات هذه الفئة نذكر ما يلي: الاحتكاك مع الزبائن التلاميذ... الاحتكاك مع معاناة الأشخاص (المهين الطبية والاجتماعية) وإجبارية إخفاء الانفعالات، الخوف من الحوادث، الخوف من العنف، الخوف من الإخفاق والفسل...

3.4. الاستقلالية:

تشير الاستقلالية إلى إمكانية العامل أن يكون فاعلا لا خاملا تجاه عمله ومشاركته في الإنتاج وتوجيه حياته المهنية. فالاستقلالية في نظر (Karazek) ليست فقط المرونة التي يتصرف بها العامل بل هي المشاركة في اتخاذ القرارات التي تعنيه وكذا استعمال وتنمية كفاءاته.

لقد أثبتت عدة دراسات وبائية أن الاستقلالية هي عامل واقى ضد أمراض القلب والشرايين والأمراض النفسية، وبالعكس فإن نقص أو غياب الاستقلالية يعتبر عامل نفسي اجتماعي يعرض الصحة النفسية للخطر ويزيد من احتمال الإصابة بأمراض القلب والشرايين، كما أن الاستقلالية في العمل تؤثر على القدرات الذهنية والاستقلالية في الحياة عامة (Kohn & Schooler, 1982). وتتمثل محددات هذه الفئة في:

الاستقلالية في المهمة، توقع العمل وإمكانية التنبؤ واستعمال وتطوير الكفاءات، روح المبادرة، المتعة في العمل، الرتبة والملل...

4.4. العلاقات الاجتماعية في العمل:

يضم هذا المحور العلاقات التي تجمع العمال فيما بينهم وكذا العلاقات الاجتماعية بين العامل ومنظّمته. ينصب الاهتمام فيه بما يلي:

- ✓ نوعية العلاقات: نوعية العلاقات ما بين الأشخاص، الاندماج في جماعة أو جماعات، نوعية العلاقات مع المسؤولين، الدعم الذي يجلبه كل من هذه العلاقات والاندماج؛
- ✓ العلاقات مع متعاملين خارج المنظمة (التقدير والعرفان من قبل الزبائن، المرضى...)؛
- ✓ نمط القيادة والتسيير ودرجة الإنصاف في المنظمة؛
- ✓ العنف المحتمل في العلاقات الاجتماعية؛
- ✓ التقدير (Gollac & Bodier, 2011).

5.4. صراع القيم:

تفرض علينا عملية تحليل العوامل المسببة في تفشي ظاهرة المعاناة النفسية لدى فئات معينة من العمال النظر ليس فقط في الأبعاد الحرجة لتنظيم العمل والمتمثلة في متطلبات العمل المرتفعة، الاستقلالية الضعيفة ونقص الدعم والتقدير والعدالة، بل الاهتمام ببعد آخر لمعاناة العمال وهو المعاناة الأخلاقية (Laliberté & Tremblay, 2007).

يحتل العمل مكانة مهمة في حياة الأفراد، كيف لا وأن العمل يضفي معنى لحياتهم (Davoine & Méda, 2009)، وعندما لا يستطيع العمل بناء هذا المعنى لأسباب مثل تغيير المحتوى أو التقويم أو الظروف، يترتب عنه الهشاشة والإحساس بالوهن (Dejours, 1998). يضم صراع القيم كل الصراعات والنزاعات التي تدور حول الأشياء التي يمنحها العمال قيمة، وتتمثل في: الصراعات الأخلاقية، النوعية الممنوعة، الإحساس بالتفاهة في العمل والمساس بصورة المهنة (Molinier, 2010).

إن فرض العمل على الفرد بطريقة تجرح ضميره المهني، يؤثر سلباً على صحته النفسية

(Cohidon, Arnaud, Murcia & le comité de pilotage de Samotrace Centre, 2009).
فقد يواجه العامل مواقف يصعب فيها الحكم والقرار، ورغبة منه تفادي خيانة مبادئه وعرض نفسه لاحتقار الزبائن أو الزملاء، فتراه يتبنى استراتيجيات دفاعية عديدة مثل النشاط المفرط أو التهكم والسخرية، وهي استراتيجيات غالبا ما تؤثر سلبا على مناخ العمل ونوعية الخدمات، كما وأن صراعات القيم يمكنها أن تسبب الانتحار خاصة في حالات الانعزال التام (Dejours & Bègue, 2009).

6.4. عدم استقرار موقف العمل:

يضم مفهوم عدم استقرار موقف العمل انعدام الأمن الاجتماعي الاقتصادي واحتمال التغيير غير المتحكم فيه للمهام وظروف العمل، ويقصد بانعدام الأمن الاجتماعي الاقتصادي الأخطار التي تضغط على ديمومة العمل والمحافظة على مستوى الأجور أو على المجرى العادي للمهنة.
تعتبر درجة الأمن الاجتماعي الاقتصادي عنصرا أساسيا في قيمة العمل، ولقد أثبتت عدة دراسات العلاقة بين الأمن الاجتماعي الاقتصادي والصحة وهو بعد مركزي في نموذج الجهد/ المكافأة للباحث (Siegrist).

ويعرف (Greehalgh & Rozenblatt, 1994) عدم الاستقرار الوظيفي بأنه عجز الفرد عن الحفاظ على الاستمرارية المرغوبة في موقف العمل (cité par Gollac & Bodier, 2011)، وإن استمرار عدم الأمان الوظيفي لدى الفرد لمدة طويلة، يؤدي إلى أضرار وخيمة على شخصيته (Sennett, 1998)، كما بينت أبحاث امبريقية عديدة الأهمية التي يكتسبها هذا العنصر لما يحمله من آثار مدمرة للصحة النفسية (Burchell, Ladipo & Wilkinson, 2002).

5. نتائج الأخطار النفسية الاجتماعية:

إن التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية يمكنه أن يؤدي إلى الضغط لدى العمال فينخفض الأداء ويتدهور، وإذا استمر هذا التعرض في الزمان، تسبب في مشاكل صحية عويصة. لقد أثبتت الدراسات أن التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية لمدة قصيرة يؤدي إلى ردود أفعال مثل: اضطرابات النوم، تغيرات في المزاج، تعب، آلام الرأس، قرحة معدية (Chandola, 2010)، أما التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية لمدة طويلة، فيترتب عنه قائمة لا يستهان بها من الاضطرابات النفسية والبدنية مثل: القلق، الاكتئاب، آلام

الظهر، التعب المزمن، الاضطرابات المعدية، الأمراض المناعية، فقر الوظائف المناعية، أمراض القلب والشرايين وارتفاع ضغط الدم الشرياني (Cohen et al., 2012 cité par EU-OSHA, 2014).

تضم التكلفة الفردية العائدة للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل كل من الضغوط الانفعالية وتدني نوعية حياة العاملين المعرضين لها (Hoel, Sparks & Cooper, 2001)، ومن المنطقي أن يتعرض المحيط العائلي للعامل (من زوج وأبناء وأقارب) بدوره إلى التدهور والانحطاط من جراء هذه الأخطار (Amick & Mustard, 2005).

وأخيراً، تشكل الأخطار النفسية الاجتماعية وآثارها في الصحة أعباء مالية معتبرة يتحملها الأفراد والمنظمات والمجتمعات على حد سواء، وتظهر فيما يلي:

❖ على المستوى الفردي:

تتمثل في ازدياد تكاليف الأدوية والضمان الاجتماعي وانخفاض المداخل، إذ في بعض الحالات، يضطر العامل لأخذ عطلة للابتعاد عن العمل أو حتى ترك العمل بسبب علة مرتبطة بالضغط المهني أو بضرر آخر مثل العنف النفسي، وبالتالي يتأثر مستوى أجره بصفة مباشرة.

بينت المتابعة الصحية للعمال السويسريين عام (2009) أن (42%) من الموظفين يتقاعدون قبل الوقت المحدد بسبب الاضطرابات النفسية الاجتماعية الناتجة عن العمل (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, [EUROFOUND], 2010)، كما اتضح في بعض البلدان الأوروبية، أن العمال الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية من جراء عملهم قد يتلقون تعويضات مالية، لكن تبقى الإجراءات لتحقيق ذلك صعبة وطويلة تشق الأنفس (Eurogip, 2013).

❖ على المستوى التنظيمي:

تظهر التكاليف المالية للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل على شكل تقهقر الإنتاجية، تسجيل أعلى مستويات التغيب والدوران الوظيفي، وزيادة حوادث العمل، إذ بلغت نسبة حوادث العمل تحت الظروف الضاغطة خمس مرات أكثر من العمل في الظروف العادية (Eurofound, 2007).

❖ على المستوى الاجتماعي:

يتبين أن ارتباط المرض بالتعرض المستمر للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل، يمكنه أن يستتفز الصحة العمومية وأن يقلص المنتج المحلي الخام (Béjean & Sultan- Taieb, 2005).

6. الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية:

للوفاية من الأخطار النفسية الاجتماعية، يجب الاعتماد في بادئ الأمر على الفهم الجيد للتحويلات التي تشهدها المنظمة وكذلك العمل، دون إهمال تطورات المجتمع عموماً والتي تؤثر في علاقة الفرد بعمله، إذن على الفاعلين الأساسيين في المنظمة التدخل على مستوى عناصر هذه التحويلات لضمان أفضل التوازنات الاقتصادية والاجتماعية (Douillet, 2010).

وتتفرع الوقاية، حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة، إلى ثلاثة مستويات: الوقاية الأولية، الوقاية من الدرجة الثانية والوقاية من الدرجة الثالثة (Thomas, 2010).

❖ الوقاية الأولية:

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

- ✓ مناقشة موضوع الوقاية في اجتماعات الإدارة؛
- ✓ اشتراك المسؤولين الإجرائيين؛
- ✓ وضع خطة وقائية وتدبير وإجراءات لتقييم الأخطار النفسية الاجتماعية: المحتوى، الوتيرة، نتائج الإجراءات المتخذة من قبل (إعادة تنظيم، تغييرات تقنية، تكوينات،...) عن طريق الاستبيانات، المقابلات...؛
- ✓ تعديل ساعات العمل، وضع إجراءات لحل النزاعات، إعادة تصميم فضاء العمل...؛
- ✓ استشارة العمال للنظر في مسألة الأخطار النفسية الاجتماعية؛
- ✓ تكوين المدراء والمسيرين في الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية؛
- ✓ تحسين التصورات والمعارف حول الأخطار النفسية الاجتماعية والعمل على بثها ونشرها على عمال الصحة والميدان الاجتماعي وكذا المؤطرين والمسؤولين على التوظيف وتحسين ظروف العمل.

❖ الوقاية من الدرجة الثانية:

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

- ✓ تشجيع التبادلات حول الصعوبات التي يصادفها العمال في نشاطاتهم المهنية؛
- ✓ العمل على التشخيص المبكر للأفراد ذوي القابلية للإصابة، والعمل على مساعدتهم في سرية تامة؛
- ✓ تطوير استراتيجيات للتكفل المبكر بالأشخاص المعرضين للصددمات؛
- ✓ وضع إجراءات تسمح بمعالجة العنف في العمل، التحرش والتمييز بين العمال؛
- ✓ وضع إجراءات تسمح بمعالجة الضغط في العمل؛
- ✓ توعية وتحسيس العمال حول الأشخاص الواجب اللجوء إليهم واستشارتهم في حالة متاعب ومشاكل ذات مصدر نفسي اجتماعي لها علاقة بالعمل.

❖ الوقاية من الدرجة الثالثة:

أي إعادة بناء صحة العمال التي تعرضت لزعزعة ومشاكل من جراء الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل والتدخل من أجل العلاج لتفادي تكرار أو تفاقم الاضطراب ومن ثم إعادة إدماجهم في العمل (Thomas, 2010). ولمواجهة هذه الأخطار، من الحكمة المزج ما بين المستويات الثلاثة للوقاية، لكن مع إعطاء الأولوية للتدخل على الأسباب العميقة للأخطار النفسية الاجتماعية والتي غالبا ما ترتبط بتنظيم العمل (الوقاية الأولية)، وفي ذات الوقت، مساعدة العمال في إدارة الصعوبات اليومية الضاغطة والمستنزفة (الوقاية من الدرجة الثانية)، وأخيرا التكفل فرديا ودون هوادة بالأشخاص المعنلين (الوقاية من الدرجة الثالثة). تعتمد الوقاية إذن على العلاقة الجيدة ما بين هذه المستويات الثلاثة التي ينبغي أن تدمج ضمن سعي شامل للوقاية من الأخطار المهنية (ANACT, 2013).

القسم الأول: الضغط المهني

يحتوي القسم الأول من فصل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل على موضوع الضغط المهني باعتباره أول الأخطار النفسية الاجتماعية وذلك في جميع الميادين والمواقف المهنية المختلفة. سوف نتطرق في هذا القسم إلى ذكر مفهوم الضغط عموماً، ميادينه المختلفة، عناصره، مراحل وأنواعه وأهم النظريات والنماذج المفسرة له، ثم سنتطرق إلى المصادر التنظيمية المسببة للضغط المهني واستجابات الأفراد للضغوط داخل المنظمة والتي تظهر في الآثار الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية، وأخيراً سنهتم بالاستراتيجيات التي يتبناها كل من الأفراد والمنظمات لمواجهة الضغوط.

1. مفهوم الضغط (Stress):

في اللغة العربية، ضغط ضغطاً وأضغط عليه أي عصره، زحمه وضيق عليه، والضغطة هي القهر والضيق والاضطرار (المنجد في اللغة والإعلام، 1986).

ويعرف الضغط (Stress) في اللغة الفرنسية بأنه مجموعة من الاضطرابات البيولوجية والنفسية التي يسببها اعتداء معين على العضوية. وإذا استمرت هذه الاضطرابات في الزمان أو تميزت بشدتها وكثافتها، أصبحت مصدراً للأمراض النفسية والجسمية (Le Petit Larousse illustré, 2013).

وكلمة (Stress) من أصل لاتيني "Stringere" تعني التوتر والتيس والانسحاق وقد استعملت في بادئ الأمر من طرف الأنجلوسكسونيين في القرن الثامن عشر للإشارة إلى حالة من الضيق والشقاء نتيجة لاعتداءات خارجية. بعدها ظهر الضغط في ميدان الفيزياء، أين استعمل للإشارة إلى قوة التوتر التي إذا ما طبقت على المادة أدت إلى تشوه أو تحطم هذه الأخيرة. دخل هذا المفهوم في طي النسيان إلى غاية أوائل القرن العشرين ليظهر من جديد على يد الفسيولوجيين (Boudarène, 2005).

يعتبر مفهوم الضغط في علم النفس مشكلة اصطلاحية لتعدد المعاني الموجودة لهذا المصطلح، فكلمة الضغط تعني الشدة، الأزمة النفسية، الانعصاب، وهي كلمات يحل بعضها محل الآخر في كثير من الكتابات (عبد المنعم، 2006 أورد في: خليفة وسعد، 2008).

وتتعدد مفاهيم الضغوط وتختلف باختلاف مناحي اهتمامات الباحثين في المجالات المختلفة أو باختلاف النظرة إليها من حيث مصدرها (مسبباتها) أو من حيث الخلفية النظرية التي ينطلق منها الباحث

(عكاشة، 1999)، إذ يمكن فهم وتفسير الضغط على أنه استجابة من منظور الطب، أما بالنسبة لعلم الاجتماع فهو المثير، بينما يعتبره علم النفس تفاعلاً بين الفرد وبيئته (mhiri, 2013)، وبسبب أن نواتج الضغوط تظهر في مخرجات فسيولوجية ونفسية، فيعتبر الباحثون أن كل الضغوط نفسية (الرشيدي، 1999).

يعد (Cannon)، (Selye)، (Cox)، (Mackay) و (Lazarus) من أشهر العلماء الذين ساهموا في تطور المعرفة المرتبطة بالضغوط، وفيما يلي نستعرض تعريفاتهم للضغط، وكذا بعض التعريفات لباحثين آخرين:

يرى (Cannon 1935) في ضوء أبحاثه حول ظواهر التكيف والانفعالات، أن مصطلح الضغط يشير إلى العوامل المسؤولة على الأعراض الفسيولوجية للانفعالات (cité par Boudarène, 2005).

أما (Selye 1956) فقد عرف الضغط بأنه استجابة غير محددة للمواقف (إيجابية أو سلبية) وفقاً لنوع المثير أو طبيعة الاستثارة، وفيما بعد، استخدم مفهوم الضغط للإشارة إلى الدور المرضي لرد الفعل الدفاعي تجاه العوامل الضاغطة، ليصبح الضغط بعدها كل سيروية دينامية معقدة تتداخل فيها تأثيرات العوامل الضاغطة وتأثيرات الاستجابات لتلك العوامل (cité par Lôo, Lôo & Galinowski, 2003).

ويذهب (Beck 1976) في تعريفه للضغط النفسي على أنه استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباط وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكاراً عن العجز واليأس والاكتئاب (أورد في: الرشيدي، 1999).

أما (Sydney 1976) فقد اعتبر الضغوط بأنها حالة التوتر الداخلية للفرد والتي تحدث استجابة لضغوط أو عدة ضغوط ورأى أن بعض المواقف التي تكون ضاغطة بالنسبة لشخص ما قد لا تكون ضاغطة بالنسبة لشخص آخر.

كما عرف (Cox & Mackay 1978) الضغط النفسي بأنه ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تطلب منه وقدرته على مواجهة هذه المتطلبات، وعندما يحدث اختلال أو عدم توازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الشخص وعدم التحكم فيها، يحدث الضغط وتظهر الاستجابات الخاصة به.

ويرى (Kyriaco 1979) أن الضغط عبارة عن استجابة فسيولوجية ونفسية تنتج من محاولة الفرد في التوافق والتكيف مع كل الضغوط التي يتعرض لها.

أما (McGrath 1979) فيرى أن الضغط يشير إلى الإحساس الناتج عن فقدان المطالب والإمكانات، وتصاحبه عادة مواقف فشل، حيث يصبح هذا الفشل في مواجهة المطالب والإمكانات، مؤثراً قوياً في إحداث الضغوط النفسية (أورد في: خليفة وسعد 2008).

فيما يعرف (Lazarus & Folkman 1986) الضغط النفسي بأنه العلاقة بين الفرد والبيئة والتي يعتقد أنها ترهق أو تفوق طاقاته وتعرض سعادته للخطر. يرى (Lazarus) أن الضغوط وأساليب مواجهتها ترجع إلى المعرفة (الإدراك والتفكير) وإلى الطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة وأن هذه العلاقة لا تسير في اتجاه واحد بل إن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط والاستجابة الانفعالية هي نتيجة لتأثير كل منها على الآخر (أورد في: الرشيدي، 1999).

يتضح من خلال التعريفات السابقة للضغط أن هناك شبه اتفاق فيما بينها على أن الضغط يظهر في وجود مثيرات بيئية وعوامل خارجية وصراعات وأحداث متباينة ويختبرها الفرد في مواقف وأوقات مختلفة وتسبب له جهداً فسيولوجياً ونفسياً وانفعالياً وتحدث لديه إحساساً بالتوتر أو تشويهاً في تكامل شخصيته أو قد تفقده قدرته على التوازن وتسهم في مختلف الاضطرابات النفسية والجسمية.

2. ميادين الضغط:

لقد ذكر (Davezies 2001) الميادين الثلاثة التي ترتبط بمفهوم الضغط والمتمثلة في:

- **علم الأحياء:** الذي استعار مصطلح الضغط من علم الفيزياء أين يشير إلى قوة، إذا ما طبقت على جسم معين، أدت إلى توتر أو تشوه هذا الأخير. ومن الناحية البيولوجية، يشير الضغط إلى آليات استجابة الكائن الحي لعامل عدواني. تستخدم بعض المؤشرات البيولوجية أو الفسيولوجية (مثل الضغط الشرياني وتواتر دقات القلب) في قياس تأثير الضغط في العضوية بطريقة موضوعية، وإن كانت هذه القياسات ممكنة في المختبرات، إلا أنه يتعذر ذلك في الوسط الطبيعي مثل مواقف العمل.

• علم الأوبئة: يركز على عدة نماذج أمثال (1990) Karazek & Theorell وأيضا Siegrist (1996)، وهو يسمح بالكشف عن عوامل الضغط المتعلقة بتنظيم العمل أو بالأفراد وذلك قصد تقييم آثارها في الصحة.

علم النفس: ويتمحور حول فكرة التفاعل بين الشخص وبيئته الاجتماعية. فالإنسان لا يدرس فقط على أنه عضوية خاملة تخضع وتستجيب لاعتداء ما، بل ككائن نفسي يتفاعل في موقف معين وفقا لموارده الشخصية وكذا لموارد المحيط المتاحة، بالتالي فالاستجابات التي يقدمها إزاء موقف عدواني وكذلك النتائج المترتبة عن هذا الموقف يمكنها أن تتوط بالبعد النفسي (cité par Valléry & Leduc, 2014).

3. عناصر الضغط :

يرى (1987) Szillagyi & wallace أن خبرة الضغوط النفسية لدى الفرد في مجال العمل تنشأ عنها حالة عدم اتزان نفسي أو فسيولوجي أو اجتماعي وتحدد هذه الحالة من خلال ثلاثة عناصر رئيسية للضغط في المنظمات هي المثير والاستجابة والتفاعل.

✓ **عنصر المثير:** ويمثل القوى المسببة للضغط والتي تفضي إلى الشعور بالضغط النفسي وقد تأتي من البيئة أو المنظمة أو الفرد ذاته.

✓ **عنصر الاستجابة:** يتضمن عامل الاستجابة ردود فعل نفسية أو جسمية أو سلوكية تجاه الموقف الضاغظ وهناك على الأقل استجابتان للضغط تلاحظان كثيرا:

- الإحباط الذي يحدث لوجود عائق بين السلوك والهدف الموجه له.

- القلق (الحصر النفسي) وهو يمثل الإحساس بعدم الاستعداد للاستجابة بصورة ملائمة في بعض المواقف.

✓ **عنصر التفاعل:** بين العوامل المثيرة للضغط والاستجابة له وهذا التفاعل مركب من تفاعل عوامل البيئة والعوامل التنظيمية بالمؤسسة والمشاعر الشخصية وما يترتب عنها من استجابات وانفعالات (أورد في: عكاشة، 1999).

4. مراحل الضغط:

حدد Selye (1976) ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وهي:

✓ **المرحلة الأولى:** وهي مرحلة الإنذار بالخطر وتبدأ بوجود صدمة يتعرض لها الفرد، فيستعد لمواجهة التهديد والخطر، وذلك من خلال تغيرات الجهاز العصبي والهرموني، فتزداد معدلات إفراز الأدرينالين وضربات القلب ويرتفع ضغط الدم، كما تحدث اضطرابات في الجهاز الهضمي.

✓ **المرحلة الثانية:** وهي مرحلة المقاومة وفيها يحاول الفرد مواجهة الاعتداءات الخارجية التي تسبب له الضغط والتوتر، وإن لم يستطع الفرد التغلب على هاته الضغوط فإنه يدخل في المرحلة الثالثة.

✓ **المرحلة الثالثة:** يطلق عليها مرحلة الإنهاك، وتحدث عندما تستنفذ قدرة الفرد على مواجهة مسببات الضغط أثناء مرحلة المقاومة، الأمر الذي يؤدي إلى اختلال الوظائف النفسية والفسولوجية لدى الفرد (أورد في: خليفة وسعد، 2008).

وخلافا لنموذج (Selye)، يقترح نموذج (Cox, 1980) أن الضغط جزء من التفاعل بين الفرد وبيئته ويحدد أربع مراحل هامة لمواجهة الضغط هي:

✓ **مرحلة تعرض الفرد لمطلب ما،** قد يكون مطلبا داخليا مثل حاجات الفرد النفسية والفسولوجية، أو مطلبا خارجيا من بيئة الفرد.

✓ **مرحلة نشوء الضغط،** وهي نتيجة عدم التوازن بين المطالب وإدراك الشخص لقدرته على مواجهة هذه المطالب، وعدم التوازن يكون بين المطالب والقدرة المدركة ليس القدرة الفعلية كما يعد التقييم المعرفي للموقف الضاغط عاملا هاما لنشوء الضغط وقدرة الفرد على مواجهته.

✓ **مرحلة الاستجابة،** هي لجوء الفرد لإحدى أساليب التعامل مع الضغط المتاحة له.

✓ **مرحلة العواقب الناجمة عن استجابة الفرد،** حيث أن الضغط يمكن أن يحدث عندما يفشل الفرد في مواجهة المطالب أو عند توقع العواقب السيئة الناتجة عن الفشل في مواجهتها (أورد في: خليفة وسعد، 2008).

5. أنواع الضغط :

لقد تعددت أنواع الضغوط واختلفت تصنيفاتها، نذكر منها تصنيف (1975) Zimbardo الذي قسم الضغوط إلى مجموعتين:

✓ **الضغوط الايجابية:** ترتبط بوجود درجة مناسبة من الضغط أو التوتر تدفع الفرد للعمل بشكل منتبج محققاً لأهدافه.

✓ **الضغوط السلبية:** تشمل كل الأوضاع المولدة للألم والحزن والاكتئاب، مثل الفشل الاجتماعي والمهني والعاطفي وحالات المرض وهذا يؤدي إلى حالة عدم الاستقرار وفقدان التوازن.

كما قسم كل من (Lazarus) و (Cohen) الضغوط إلى ثلاث مجموعات كما يلي:

✓ **الحوادث الجائحة:** وهي حوادث مفاجئة وعنيفة، يمكن أن تؤثر على أعداد كبيرة من الأشخاص، مثل

الحروب أو الكوارث الطبيعية بما فيها الزلازل والعواصف، وهذه الأحداث تؤثر على المئات من الشعوب.

✓ **الضغوط الشخصية:** وهي أحداث قوية وشديدة تتطلب مواجهة تكيفية فعالة، مثل وفاة شخص عزيز أو فقد الوظيفة أو المرض العضوي.

✓ **الضغوط العامة:** ويمثل هذا النوع من الضغوط المشاحنات أو المضايقات اليومية وهي ذات شدة

منخفضة، لكنها تستمر أو تتكرر في الحياة اليومية وذلك مثل الانتقال إلى مكان العمل والعودة منه كل

يوم، ولا تفرض مثل هذه الأحداث تهديدا في الحال، لكن يبدو أن آثارها تصبح سلبية وتراكمية مع مرور

الوقت (أورد في: عبد الخالق، 1983).

6. النظريات والنماذج المفسرة للضغوط:

تعد الضغوط النفسية من الظواهر الإنسانية المعقدة التي تفسر على أسس عديدة، وفيما يلي سوف يتم

تناول ثلاثة أنساق فكرية معروفة ونموذجين تصدرا الأبحاث العلمية في الآونة الأخيرة.

1.6. النظرية الفسيولوجية لـ (1936) Selye:

كان لطبيعة تخصصه الدراسي تأثير كبير في صياغة نظريته في الضغوط. فلقد تخصص في دراسة

علم الفسيولوجيا والأعصاب وظهر هذا التأثير من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن

الضاغط. كما أنه استخدم السم والصدمات الكهربائية على الحيوانات كضواغط، ويعتبر أن أعراض

الاستجابة الفسيولوجية للضغوط كيميائيا كان أو فيزيائيا، عالمية وثابتة وغير نوعية يسيطر عليها النشاط المفرط للقشرة الكظرية، هدفها المحافظة على الكيان والحياة (Servant & Parquet, 1995)، كما يربط بين الفعل أو الدفاع ضد الضغط وبين التعرض المستمر والمتكرر للضغوط، وفي هذا الصدد حدد (Selye) ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وأطلق عليها اسم "مراحل التكيف العام" وهي:

- **الفرع:** وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضغوط ونتيجة لهذه التغيرات، تقل مقاومة الجسم. ويوضح (Selye) أنه في حالة ما إذا كان الضغوط شديدا فإن مقاومة الجسم تنهار وتكون الوفاة.
- **المقاومة:** وفيها يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد بكل ما يملك من طاقة نفسية وجسمية ليعود الجسم إلى حالة الاتزان. وتحدث هذه المرحلة عندما يكون التعرض للضغوط متلازما مع التكيف، وهنا تختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات واستجابات أخرى تدل على التكيف.
- **الإجهاد:** وهي مرحلة تعقب المرحلة الثانية ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت وأنه إذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فإنه قد ينتج عنها أمراض التكيف التي تحدث عندما يتعدى مصادر الجهاز الفسيولوجي (الرشيدي، 1999).

2.6. النظرية الدينامية لـ (Murray 1938):

يرى (Murray) أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني باعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة الجوهرية للسلوك في البيئة. ولقد عرف العوامل النفسية الاجتماعية الضاغطة على أنها توترات خارجية لها القدرة على التأثير في حياة الأفراد وراحتهم النفسية. ويميز (Murray) بين نوعين من الضغوط: **ضغوط ألفا:** وهي خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي. **ضغوط بيتا:** وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الأفراد (خليفة وسعد، 2008).

وطبقا لنظرية (Murray) تكون الحاجات النفسية قوى دافعة ولكنها لا تعمل بمفردها وإنما تتضافر مع القوى البيئية في دينامية من أجل انبثاق السلوك الإنساني، فالعوز الذي ينشأ عن وجود الحاجة يهدد كيان الفرد ويهز استقراره واتزانته ويزيد من التوتر والإلحاح لديه من أجل الإشباع ويظل الإنسان يكدح ويناضل في

بيئته و يبحث عن ميسرات تيسر له الإشباع وتحقق له اللذة فيتواجه مع الأشخاص أو الموضوعات والوضعيات والقوى البيئية والنماذج الاجتماعية، وهذه إما أن تيسر أو تعوق الإشباع، وفي حالة ما إذا كانت هذه القوى ميسرة وقادرة على الإشباع، فض التوتر واستعداد الإنسان اتزانته، أما في حالة ما إذا كانت تعوق إشباع الحاجات المثارة، يحدث الضغط (أبو الحصين، 2010).

3.6. نظرية المعاملات أو التقدير المعرفي لـ (Lazarus & Folkman 1984)

سمحت أعمال (Lazarus 1970) بإدماج المكون النفسي في آلية الضغط، مما ساهم بالخروج من ظاهرة وصفت في البداية بأنها استجابة مبسطة وسلبية لدى الفرد تجاه حدث خارجي، بعد ذلك طور Lazarus مفهوماً حول المعاملة بين الفرد وبيئته حيث يقوم الفرد في البداية بتقييم الحدث نفسه، ثم بعد ذلك يقوم بتقييم قدرته على التكيف مع هذا الحدث. يسمى هذا النموذج في العلاج السلوكي المعرفي بالتقييم المزدوج للآثار، ويسعى الفرد إلى التكيف أو مواجهة المواقف الخطرة باستخدام ما يسمى باستراتيجيات المواجهة (Chapelle, 2018).

ويعتبر الضغط في هذا التناول على أنه نتاج العلاقات المتبادلة الديناميكية بين الفرد ومتطلبات البيئة، والموارد الفردية والاجتماعية، وإدراك الفرد لهذه العلاقة، وبالتالي، يكون الفرد في حالة تأقلم وتكيف دائم أمام متطلبات البيئة أو "عامل الضغط"، فيقدم ما يسمى بـ "استجابات الضغط". يركز الضغط إذن على مفهومي التقييم أو التقدير المعرفي والواجهة:

1. التقييم المعرفي

هو الجانب الذاتي للتقييم، بمعنى أن شعور الأفراد بنفس الموقف سيختلف تبعاً لخبراتهم وتجاربهم، ويحدث من خلال عمليتين حسب الترتيب الموالي:

✓ **التقييم الأولي أو الضغط المدرك:** يمثل الطريقة السلبية التي يتم من خلالها إدراك مواقف الحياة، مثل التهديدات أو الفقدانات (عوضاً من اتخاذها كتحديات أو أرباح ومكاسب). وتتوقف المعارف والانفعالات النوعية على الكيفية التي يتم بها تقييم الموقف غير المرغوب به.

✓ **التقييم الثانوي أو التحكم المدرك:** يتمثل في الاعتقاد أن نتيجة موقف أو مشكلة ما تعتمد على الذات أو على عوامل داخلية. يحدث التقييم الثانوي عندما تعتبر المعاملة خطرة (سواء من حيث التهديد أو

التحدي كونه ينطوي على قدر من المجازفة)، فالفرد يسعى إلى تقييم ما يمكن القيام به. في هذه العملية يحدث تقييم لما يسمى بإستراتيجيات المواجهة المتاحة، وكذا تقييم إمكانية أن تقوم الإستراتيجية المختارة بدورها كما ينبغي أو أن تكون إحدى هذه الاستراتيجيات فعالة. يقوم الفرد في هذه المرحلة بإجراء تقييم لما سيؤدي إليه السلوك كنتيجة (توقع النتيجة outcome expectancy) صف إلى ذلك تقييم لما يعتقد ويدركه فيما يخص قدرته على أداء هذا السلوك (توقع الفعالية efficacy expectation).

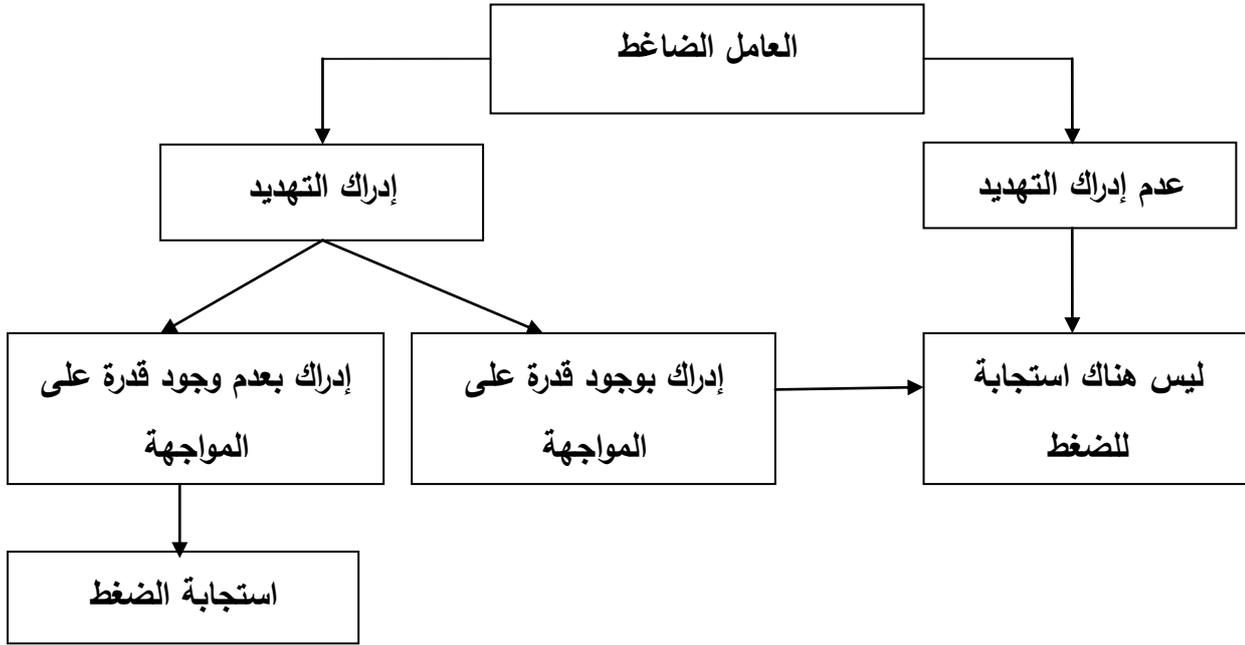
2. المواجهة (coping)

تشير إلى مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار والتي تسمح بإدارة المتطلبات الخارجية أو الداخلية (الانفعالات) الناجمة عن تفاعلات الفرد مع البيئة التي يدركها الفرد أنها مولدة للضغط، وهي تستخدم موارد الفرد أو تتجاوزها، وبالتالي فالفرد الذي يقيم نفسه أنه يمتلك موارد كافية للسيطرة على الموقف، يفضل الاستراتيجيات التي تهدف إلى مواجهة العقبات والصعاب طواعية، ما يسمى بالتكيف المركز على المشكل، بينما الفرد الذي يقيم نفسه على أنه لا يمتلك الموارد اللازمة سيحاول تعديل عواقب الضغط على مستوى شخصه (عواقب فسيولوجية، معرفية، انفعالية)، وهو ما يسمى بالتكيف المركز على الانفعالات ويشمل استراتيجيات الهروب، التجنب والتقليل من المشكل (Bellego, 2012).

ليس العامل الضاغط هو الذي يثير استجابة الضغط وإنما إدراك الفرد للحدث أو العامل الضاغط (هل هو مؤذي أو مهدد أو خطر) هو الذي يحدد استجابته، وعليه فالطريقة التي يدرك بها الفرد الضغوط وأساليب مواجهته لها هي التي تؤثر على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية (أيت حمودة، 2006).

وفيما يلي نموذج التقييم المزدوج للضغط، يظهر فيه أهمية التقييم المعرفي أمام الموقف الضاغط كما

يبينه الشكل الموالي:



شكل رقم (2): نموذج التقييم المزدوج للضغط (Légeron & André, 1993)

4.6. نموذج Karasek (1979)

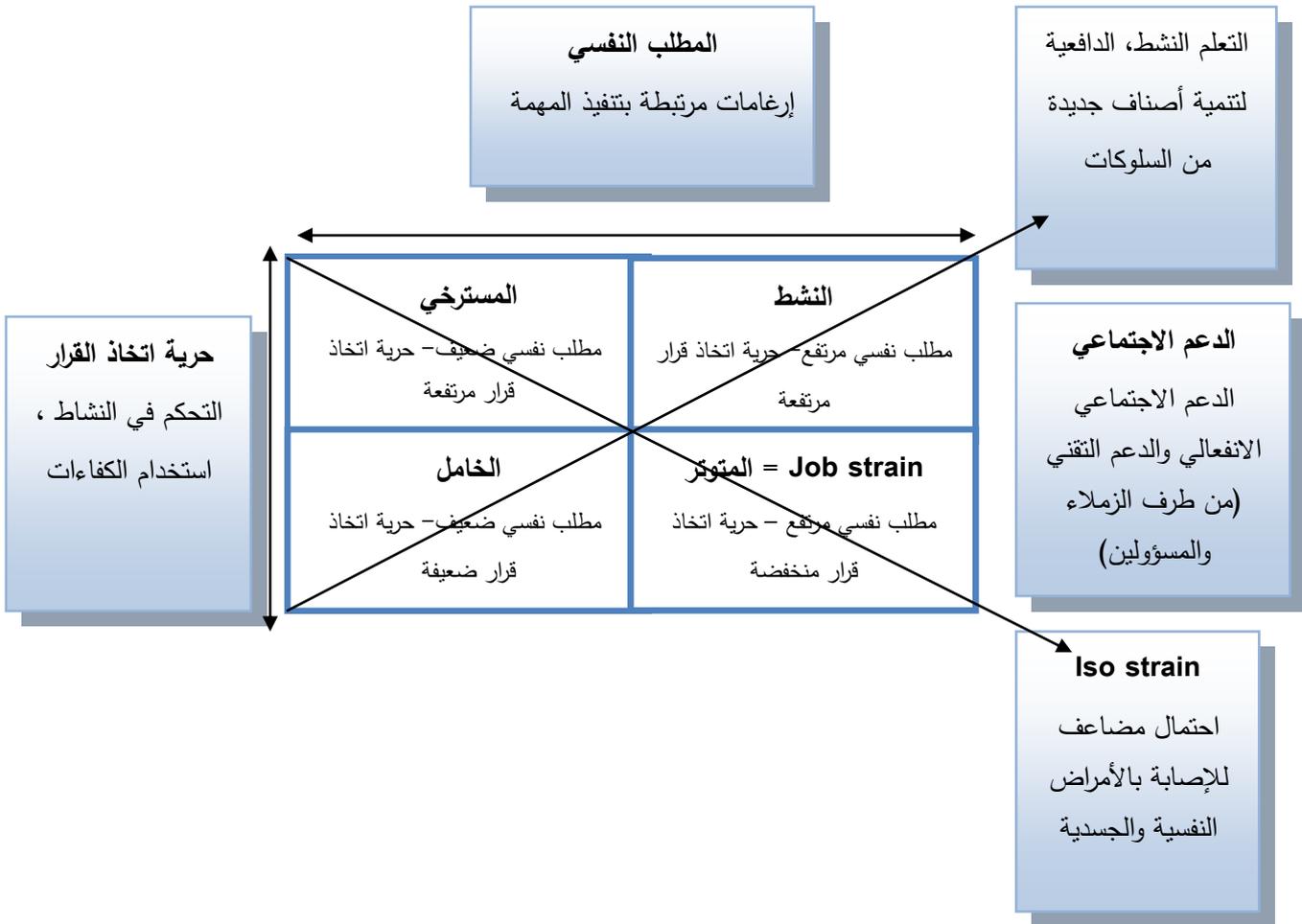
لقد غزى نموذج (Karasek) (The job strain model) الساحة العلمية منذ أواخر السبعينات ولا يزال واسع الانتشار والاستعمال إلى يومنا هذا، خاصة في الأبحاث العلمية الوبائية حول الصحة في العمل، إذ أثبتت الدراسات القدرة التنبؤية التي يتحلى بها هذا النموذج فيما يخص أمراض القلب والشرايين وكذا الصحة النفسية في العمل، ويقترح هذا النموذج أن كل موقف عمل بإمكانه أن يولد الضغط المهني إذا اشتمل حرية اتخاذ قرار ضعيفة ومطلبا نفسيا مرتفعا ودعما اجتماعيا ضعيفا سواء من قبل زملاء العمل أو المسؤولين .

في البداية، كان النموذج متكونا من بعدين هما: المطلب النفسي الذي يخضع له العامل والمتمثل في العبء النفسي المرتبط بتنفيذ المهام (كمية وتعقد المهام، إرغامات الوقت...) وحرية اتخاذ القرار المتاحة والمتمثلة في المرونة التي يتصرف بها العامل للتأثير في القرارات داخل المنظمة وإمكانية استخدام كفاءاته وترقيتها.

يفترض (Karasek) أن الجمع بين المطلب النفسي المرتفع وحرية اتخاذ القرار الضعيفة يؤدي إلى الضغط في العمل (job strain)، وهو موقف يزيد فيه احتمال التعرض لمشاكل صحية في العمل، كما أن التركيبات المختلفة لمستويات المطلب النفسي وحرية اتخاذ القرار تؤدي إلى أربعة مواقف للعمل، أكثرها خطورة هي المذكورة آنفاً، وأقلها خطورة هي التي تجمع بين المطلب النفسي الضعيف وحرية اتخاذ القرار القوية.

بعد ذلك، أضاف (Karasek & Theorell (1990) بعداً ثالثاً يتمثل في الدعم الاجتماعي حيث عرفه (Karasek) بأنه مجموع العلاقات والتفاعلات الاجتماعية (مثل المساعدة والتقدير والتعاون) التي تربط الفرد بزملائه ومسؤوليه خلال إنجاز عمله. فإذا توفر الدعم الاجتماعي بقوة وارتبط بحرية اتخاذ القرار المرتفعة والمطلب النفسي المرتفع، تعتبر هذه ظروف عمل ملائمة وصحية بالنسبة للفرد، أما إذا اقترن الضغط في العمل (job strain) بالدعم الاجتماعي الضعيف أو العزلة الاجتماعية فهذا يعرض صحة الفرد لخطر مضاعف، وتسمى هذه الحالة بالضغط المضاعف (iso strain) (Langevin, François, Boini, & Riou, 2011).

لقد أسفرت الدراسات أن التعرض لموقف الضغط في العمل (job strain) يزيد من احتمال الإصابة بأمراض القلب والشرابين بنسبة (40%)، والإصابة باضطرابات الصحة النفسية بنسبة (80%)، كما تبين من خلال الدراسات وجود ارتباطات بين أبعاد النموذج ومشاكل صحية أخرى كالاضطرابات العضلية الهيكلية (Rugulies & Krause, 2005)، مرض السكري من النوع (2) (Heraclides et al., 2009)، اضطرابات النوم (Ota et al., 2009) وزيادة الوزن أو فقدانه (Kivimäki et al., 2006) (cité par l'Institut national de la santé et de la recherche) (médicale [Inserm], 2011). وفيما يلي نموذج (Karasek) للضغط المهني كما يبينه الشكل الموالي:



شكل(3): نموذج (Karazek) للضغط المهني (Rasclé et al., 2012).

5.6. نموذج (1996) Siegrist :

ويطلق عليه تسمية "Effort- Reward- Imbalance" أو نموذج (ERI)، وهو نموذج اللاتوازن بين الجهد والمكافأة، ويعتمد أساساً على مفهومي المبادلة والإنصاف في عملية التبادلات الاجتماعية في المنظمة.

يقترح هذا النموذج أن الضغط المهني ينتج عن اللاتوازن بين عنصرين من المحيط النفسي الاجتماعي للعمل: الجهود المبذولة والتي يقيمها العامل بأنها معتبرة والمكافآت الضعيفة التي يتحصل عليها بالمقابل. وبضم النموذج ثلاثة مصادر للمكافآت: النقدية، الاجتماعية- الانفعالية وتلك المتعلقة بفرص الترقية وديمومة العمل، ويشير إلى مصدرين للجهد هما: المصدر الخارجي والمصدر الداخلي.

تتمثل الجهود الخارجية في الإرغامات المهنية (إرغامات الوقت، مقاطعة المهام، الساعات الإضافية، الجهود البدنية...)، أما الجهود الداخلية أو ما يسمى بالاستثمار الزائد، فهي الخصائص الفردية في الإطار المهني كالدافعية والحاجة إلى التقدير، والتي بإمكانها أن تزيد من اللاتوازن بين الجهد والمكافأة، فهي تشكل لوحدها خطراً على الصحة.

ويرى (Siegrist) أن التعرض لحالة اللاتوازن بين الجهود المرتفعة والمكافآت الضعيفة يمثل خطراً على صحة العامل خاصة صحة القلب والشرابين. ويعتبر التعرض لموقف يجمع بين اللاتوازن والاستثمار الزائد أكثر خطورة بما أن الاستثمار الزائد يضاعف من آثار اللاتوازن في الصحة (Ndjaboué, Vézina & Brisson, 2012). لقد أثبتت الدراسات القدرة التنبؤية التي يتحلى بها هذا النموذج فيما يخص أمراض القلب والشرابين وكذا الصحة النفسية في العمل، كما بينت ارتباطات بين أبعاده وجوانب أخرى من الصحة مثل التغيب بسبب المرض (Ala- Musula, 2005)، اضطرابات النوم (Ota et al., 2009) الإدمان على الكحوليات (Head et al., 2004)، الصداع النصفي (Maki et al., 2008) وداء السكري من النوع (2) (Kumari et al., 2004) (cité par Inserm, 2011).

7. مصادر ومسببات الضغط المهني:

تمس ظاهرة الضغط المهني كل الفاعلين في المنظمة، من العامل البسيط إلى المدير مروراً بالتأطير. تتعدد مصادر ومسببات الضغط وتختلف تبعاً لقطاع التشغيل وكذا لوظائف الفرد داخل المنظمة. قام Simbron & Légeron (1997) بتقسيم مصادر الضغط المهني إلى ثلاث مجموعات رئيسية تتمثل في المصادر المتعلقة بالمهمة الواجب تنفيذها، المصادر المتعلقة بسياق المنظمة والمصادر المتعلقة بعلاقات العمل (cité par Lôo et al., 2003).

1.7 المصادر المتعلقة بالمهمة الواجب تنفيذها :

وتشتمل متطلبات العمل أي تطور ونمو المهنة ومستويات العمل المهني المختلفة (سلم الترقية)، زيادة كمية العمل بحيث تشكل عبئاً زائداً لدى الفرد، العبء الناقص للعمل، خطورة ونتائج الأخطاء المحتملة، التحديد السيئ لمركز العمل ونقص الكفاءة المهنية أو زيادة الكفاءة المهنية، تعليمات متناقضة أو متعارضة وعدم توقع النشاط، عدم وضوح العمل والأدوار: أي عدم تأكد الفرد من تعريف واختصاصات عمله، بالتالي

عدم تأكده من التصرفات الواجب أن يسلكها ويؤدي الأمر إلى شعوره بعدم السيطرة على عمله مما يزيد من الشعور بالضغط النفسي (عكاشة، 1999).

2.7. المصادر المتعلقة بسياق المنظمة:

✓ عدم توافق شخصية الفرد مع متطلبات التنظيم: تميل المنظمات كبيرة الحجم إلى التقيد بلوائح وإجراءات رسمية والاعتماد على نظم إشراف متشددة وسياسات رشيدة وموضوعية لا تأخذ في الحسبان الاعتبارات الشخصية ويتعارض ذلك عادة مع رغبة العاملين في التصرف بحرية ومع حاجتهم للنمو وتأكيد الذات. ويلقى التعارض ضغوطاً نفسية على العاملين.

✓ اختلال ظروف العمل المادية: إن اختلال ظروف العمل المادية من إضاءة وحرارة ورطوبة وتهوية وضوضاء وترتيب مكان العمل وغيرها من الظروف يمكن أن يؤدي إلى شعور الفرد بعدم مناسبة العمل وظروفه وبالتالي إلى زيادة الشعور بالتوتر والضغوط النفسية (المشعان، 1994).

إضافة إلى ذلك عدم الاستقرار التنظيمي، الصراع بين قيم المنظمة وقيم الفرد، الشعور بنقص التحكم، عدم الرضا على المسيرة المهنية، الصورة السيئة للمنظمة (Lôo et al., 2003).

3.7. المصادر المتعلقة بعلاقات العمل:

✓ اختلال علاقات العمل: قد تتميز علاقات العمل بالعدوانية أو الصراعات وقد تؤدي بعض العلاقات إلى الإساءة إلى الحرية الشخصية أو عدم الحفاظ على سرية المعلومات الشخصية، وقد يزيد حجم العلاقات الشخصية بدرجة عالية إلى الحد الذي يمثل إثارة عالية لا يمكن تحملها، وقد تقل هذه العلاقات بدرجة كبيرة إلى الحد الذي يمثل انفصال وإغتراب من قبل الفرد.

✓ التنافس على الموارد: ينظر دائماً إلى الموارد على أنها نادرة أو محدودة. تتنافس الأقسام والإدارات في الحصول على أكبر قدر من هذه الموارد، ويتطلب ذلك اللجوء إلى المساومة والمناورة، وهي أمور تؤدي إلى الشعور بالضغط النفسي.

✓ مشاكل الخضوع للسلطة: تتميز المنظمات بوجود هيكل متدرج من السلطة الرسمية، فكل رئيس يمارس نفوذه وسلطته على مرؤوسيه. ويختلف المرؤوسون في قبولهم لنفوذ وسلطة

الرؤساء وعادة ما يطلب من المرؤوسين الامتثال لسلطة الرؤساء، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالتوتر لدى البعض.

✓ **صراع الأدوار:** يلعب الفرد عدة أدوار، وأحيانا تكون هذه الأدوار (أو التوقعات) متعارضة فطلبات وتوقعات الرؤساء المختلفين لمرؤوس واحد قد تكون متعارضة، ولو أضفت إلى هذا رغبة المرؤوس في الالتزام بمعايير الجماعة ورغبته في تحقيق طموحاته الشخصية فإن الأمر يزداد تعقيدا، ويلقى هذا مزيدا من الضغط النفسي على الأفراد (المشعان، 1994).

إضافة إلى ذلك، الاتصال السيئ ما بين الأفراد، المناخ التنظيمي السيئ، القيادة غير المناسبة وفقدان الدعم من الزملاء والمشرفين (Lôo et al., 2003).

فيما يرى Ferreri & Légeron (2002) أن أكثر العوامل الضاغطة شيوعا ومصدر العديد من الصعوبات والشقاء بالنسبة للأفراد، تتمثل في:

✓ **عبء العمل:** ويشمل كمية العمل الهامة الواجب إنجازها تحت إرغامه الوقت الشديدة وانقطاعات العمل المتكررة، الأهداف المسطرة والواجب تحقيقها وتقديس الأداء، وكلها عوامل قد تؤدي إلى ظهور الضغط لدى الفرد وتفاقمه.

✓ **الارتياح:** غالبا ما يرتبط تسارع وتيرة التغيير بالارتياح وعدم اليقين واستحالة التنبؤ والتنظيم، مثل التغيير الذي يخص تنظيم المؤسسة (اندماج، إعادة هيكلة) أو التكنولوجيات الجديدة، فعلى الإنسان أن يتكيف باستمرار مع كل ما هو جديد ومجهول.

✓ **الإحباط:** غالبا ما تكون توقعات الأفراد مخيبة للأمال. إن التغيير يؤدي إلى التخلي عن المشاريع والاستثمارات الوجدانية وغياب المساندة ونقص تقدير العاملين قد تزيد من ظاهرة الإحباط.

✓ **العلاقات:** يسبب الإنسان الضغط لأخيه الإنسان، إن الاتصال مع زبائن أو عملاء متطلبين، قلبي الصبر أو عدوانيين هو مشكل يعيشه العديد من العاملين، كما يمكن أن تعرف العلاقات بين أفراد نفس المنظمة نزاعات أو صراعات يصعب حلها قد تصل حتى إلى العنف النفسي، خاصة إذا شبت في ظل أنماط تسييرية لا تشجع احترام الآخر (cité par Lôo et al., 2003).

8. الاستجابات إزاء الضغط المهني:

صنف (Levi, 1983) المظاهر المرضية للضغط إلى ثلاث مجموعات كبرى: الاستجابات الفسيولوجية، الاستجابات الانفعالية والاستجابات السلوكية. بالرغم من أن هذا التمييز مقبول من الناحية المنهجية إلا أنه يجب الاعتراف، في الواقع، بأن الاستجابات الملاحظة تمثل في الغالب تشابك وتداخل كل هذه العناصر مجتمعة (cité par Crespi, 1984). بين (Karnas, 1997) أنه، وبالمثل، يمكن تقسيم نتائج الضغط إلى ثلاث مجموعات (الأعراض ذات الطبيعة النفسية، الأعراض ذات الطبيعة السلوكية والأعراض ذات الطبيعة الفسيولوجية). وينوه الباحث إلى ضرورة التمييز بين استجابات المدى القريب واستجابات المدى البعيد إذ تشكل هذه الأخيرة مظاهر مرضية للضغط.

1.8. الاستجابات الفسيولوجية:

يتدخل نوعان مختلفان من الهرمونات في سيرورة الضغط وهما الكاتيكولامينات وهرمونات القشرة الكظرية:

تتدخل الكاتيكولامينات (الأدرينالين والنورادرينالين) بالخصوص في الاستجابات قريبة المدى أي في الحالات الاستعجالية، فعند الاستثارة العصبية تفرز (médullo-surrénale) الأدرينالين والنورادرينالين، كما يقوم الجهاز السمبثاوي بإفراز هذه الأخيرة، ومن المعتاد التمييز بين نسبة وتأثير كل من هذين الهرمونين: إذ يتم إفراز الأدرينالين تبعاً لشدة الانفعالات وهي بذلك تؤثر على الوظائف السلوكية، أما النورادرينالين فهي ترتبط بالتعديلات التي تطرأ على القلب والأوعية والتي هي على صلة بالحدث والطلب، ويظهر تأثيرها جلياً في انقباض وانبساط الأوعية (Rivolier, 1989).

تفرز القشرة الكظرية هرمونات بما فيها الجلوكورتيكويدات (glucocorticoïdes) التي تنشط وتؤثر على الأيض الجلوكوبروتيني فهي متورطة في حدوث الضغط والتوتر، تتدخل الجلوكورتيكويدات على مستوى مغاير للكاتيكولامينات، في ردود الفعل الدفاعية، ويمتد مفعولها في الزمان كما يعتبر نشاطها المضاد للالتهابات مهماً جداً لحياة الفرد لكن إذا زاد عن حده تحول مفعولها إلى هدام للأنسجة الليفية، فتزداد سرعة الترسيب مسببة أمراض ارتفاع الضغط الشرياني وداء المفاصل (Stora, 1991).

إن محاولة التعرف على قائمة الأمراض المرتبطة بالضغط سيكون أمراً صعباً، فتقريباً معظم الأمراض يمكنها أن تنتج من الضغط، أو يتفاقم وضعها أو يصعب علاجها في ظل وجود مقدار عالٍ من ضغوط العمل. ومن أمثلة هذه الأمراض: الصداع، القرحة، صعوبة الهضم، صعوبة التنفس، ارتفاع ضغط الدم، الفشل الجنسي، الجلطة الدموية، تصلب الشرايين مرض السكري، وغيرها من الأمراض (المشعان، 1994).
فالعديد من الأعراض البيولوجية والفيسيولوجية (المدى القريب) والاضطرابات النفسية الجسمية (المدى المتوسط أو البعيد) تعتبر نتائج الضغط المهني، وتبين أن نسبة الكورتيزول (الدموي، اللعابي أو البولي) من أحسن المؤشرات البيولوجية للكشف عن وجود هذه الاضطرابات، أما أمراض القلب والشرايين (مثل ارتفاع ضغط الدم والجلطة القلبية) وأمراض الجهاز الهضمي (مثل القرحة المعدية والأمراض المعوية)، فهي غالباً ما تحدث على المدى البعيد (Rasclé, 2001).

كما أسفرت دراسة (Haynes et al (1978) أن ممارسي المهن الواقعة وسط سلم الأجور (عمال الوظيف العمومي والتجار) قل ما يصابون بداء القلب والشرايين مقارنة بذوي المهن الواقعة في أسفل سلم الأجور (العمال البسطاء) والواقعة في الأعلى (الإطارات) (cité par Rasclé, 2001).

2.8. الاستجابات الانفعالية:

تكمن الاضطرابات الانفعالية المرتبطة بالضغط المهني في انخفاض مستوى كل من الرضا والولاء في العمل وكذا انخفاض تقدير الذات، هذا ما يؤدي إلى ظهور حالات الاكتئاب والقلق والملل والتعب. وحسب (Caplan et al (1980)، تتفاقم هذه الأعراض لدى العمال غير المؤهلين والمنفذين لمهام متكررة. فضلاً عن ذلك، دائماً ما تسبق الاضطرابات النفسية والانفعالية ظهور الأعراض العضوية الجسدية (Schuler, 1980 ; Sommers & Vodanovich, 2000 cité par Rasclé, 2001).

3.8. الاستجابات السلوكية:

تظهر الاستجابات السلوكية بالخصوص في السلوكات التعويضية، تغيير النشاط المعرفي ونقص الأداء والتغيب.

• السلوكات التعويضية:

قد تكون للاستجابات الانفعالية المولدة من الضغط آثار في السلوك كالزيادة في التدخين وشرب الكحوليات، تعاطي المخدرات والاستهلاك المفرط للأدوية المهدئة والمضادة للاكتئاب كما يمكن مشاهدة ردود أفعال عدوانية وعنيفة والتي قد تؤول إلى محاولات الانتحار (Crespy, 1984).

أما في إطار النشاط المهني، قد نلاحظ سلوكات نشطة مثل الإضرابات، المطالبات والدوران الوظيفي ورفض تنفيذ بعض المهام،... أو بالعكس، سلوكات سلبية خاملة مثل الخضوع والاستسلام، التغيب واللامبالاة.

• تعديل النشاط المعرفي:

لقد قام Lhuillier & Grosdeva (1992) بتقييم أثر الضغط في دينامية نشاط العاملين وذلك أثناء قيامهم بمحاكاة لحالة حادث. واسترشدا في استكشاف اختلالات السير الوظيفي للعاملين المرتبطة بإرغامات ومتطلبات العمل، بأعمال كل من Wisner, Daniellou & Dejours (1986).

اتضح حسب هؤلاء الباحثين، أنه أثناء موقف الحادث، حيث يشعر الفرد بالعجز وأنه محل اختبار، يبدأ هذا الأخير بوضع استراتيجيات المواءمة والتكيف والتي تظهر من خلال تغيرات وتعديلات على الصعيد المعرفي وتتمثل في:

✓ تعديل تصور الإطار الفضائي - الزمني للعمل.

✓ تقلص الحقل الإدراكي.

✓ تحول الإدراك إلى إدراك انتقائي وانسحاب الاستثمار الشخصي.

✓ تقاوم النزاعات العلائقية أثناء اتخاذ القرارات.

✓ التحضير النفسي بواسطة الاستباق.

فمثل هذه الاستراتيجيات التي يطورها الفرد في تلك الحالات (حالة الحادث أو المواقف الضاغطة)

يمكنها أن تشكل خطرا على أمنه وسلامته و كذا الآلات والمعدات التي يتعامل معها (cité par

(Banyasz, 1998).

• نقص الأداء:

لقد زاد اهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة بدراسة العلاقة بين ضغوط العمل ومستوى الأداء، يعتقد الكثير من الباحثين أن الضغوط ليست جميعها ضارة بل يؤكدون على أن تعرض الفرد لضغوط معتدلة يشكل تحدياً له يحفز، يثير نشاطه وحماسه للعمل على مواجهة التحدي فالضغوط المعتدلة تساعد على ارتفاع وتحسين مستوى الأداء لأن هذه الضغوط تستوجب من الفرد حشد طاقاته وجهده لمواجهة متطلبات العمل، فيظهر ذلك في حلول مبتكرة للمشاكل وارتفاع في الدافعية، وتحسن في الانضباط والمواظبة والسلوك العام.

والضغط هنا بمثابة مثير صحي يشجع الفرد على الاستجابة للتحديات، ويستمر الأداء في الارتفاع حتى يبلغ ذروته، وفي هذه الحالة فإن تزايد الضغط واستمراره والعكس أي انخفاضه عن المقدار المناسب للضغط، يؤدي إلى تدهور في أداء العاملين والذي يبرز في سوء الحكم والتقدير، وعدم القدرة على التركيز، والميل للحوادث وارتفاع معدل النزاع والخلافات مع الآخرين، وارتفاع معدل التأخير والغياب، وعدم الانضباط للسلوك العام (المشعان، 1994).

• التغيب:

يؤدي الضغط الذي تمارسه متطلبات بيئة العمل غير الموضوعية إلى تفشي ظاهرتي التغيب وما يسمى بـ"الحضور المرضي"، وهما آليتان يستعملهما العامل كطرق للتكيف قصد الوصول إلى المفاوضة والمعاملة مع الضغط المدرك.

يشير الباحثان (Dolan & Arsenault 1980) من خلال نموذج تنبؤ التغيب في العمل، إلى أن الضغط يرتبط بالتغيب الإرادي ولا يرتبط بالتغيب اللاإرادي. فالتغيب الإرادي يسمح للفرد بتقليص توتر الضغط الذي يشعر به في عمله، ويمكن تفسير تزايد نسبة التغيب المرتبطة بمحيط عمل ضاغط أو مزعج بميل الفرد إلى تجنب وتفادي المواقف التي يسودها الصراع والغموض وعدم الإنصاف والتي تحول دون إنجاز مهامه (cité par Banyasz, 1998).

ومن جهة أخرى، تصاعدت في الآونة الأخيرة ظاهرة جديدة وهي مرشحة للنماء تدعى بالحضور المرضي: فالشخص الذي يعاني، لا يجرؤ على التغيب خوفاً منه أن يخسر عمله كما أفادت به دراسة جرت

في سويسرا، لكنه يأخذ إجازات مرضية أكثر من ذي قبل. ومن بين القطاعات التي مستها هذه الظاهرة: صناعة الآلات، قطاع المبيعات، العمران، المصالح الاستشفائية، القطاع العمومي والبنوك (Thévenoz, 1998).

9. الاستراتيجيات الفردية والتنظيمية في مواجهة الضغوط المهنية

1.9. الاستراتيجيات الفردية:

- ✓ **الكشف الطبي:** يمثل الكشف الطبي الذي يجريه الطبيب مطلبا أساسيا لأي برنامج لإدارة أو تخفيف وطأة الضغط، إذ أن معرفة الحالة البدنية، وعادات التدخين والسجل الطبي لمرضى القلب والشرابين، والوراثة، تساعد في معرفة الأسباب والآثار المحتملة للضغط.
- ✓ **التمارين الرياضية:** من الثابت أن للكفاءة البدنية للفرد دور في مواجهة الآثار الجانبية السيئة لضغوط العمل إذ تؤدي ممارسة الرياضة إلى رفع فعالية أعضاء الجسم ومستوى مقاومتها للإجهاد، فالشخص المصاب بإرهاق تكون قدرته منخفضة في تحمل أي أعباء جسمانية أو نفسية للعمل. زيادة على ذلك، تعتبر التمارين الرياضية وسيلة للتركيز والاسترخاء وصرف العقل عن أي متاعب أو توتر.
- ✓ **التركيز:** إن قيام الفرد بالتركيز في أداء نشاط ذو معنى و أهمية ولمدة (30) دقيقة يمكنه أن يساعد في تخفيف حدة الضغوط النفسية للعمل. فالتركيز يصرف الفرد عن التفكير في مصادر الضغوط و ذلك بشحن وتنشيط عضلاته وحواسه ودماعه وتوجيهها في شيء محدد بعيدا عن موضوعات التوتر والضغوط النفسية.
- ✓ **الراحة والاسترخاء:** من الممكن أن تكون طرق الاسترخاء البسيطة حتى لو كانت في شكل متابعة أنماط التنفس لدى الفرد، فعالة في تخفيف وطأة الضغط وبعض طرق الاسترخاء قد تصل إلى أخذ وضع بسيط من الاستلقاء على الأرض وإغماض العينين ثم أخذ شهيق وزفير في هدوء تام مع ارتخاء العضلات. ويصل البعض إلى حالة الاسترخاء من خلال التسبيح وقراءة القرآن (عكاشة، 1999).
- ✓ **التأمل:** هناك طرق عديدة من التأمل، وتشارك في كونها تسعى إلى تحقيق حالة من الهدوء والراحة الجسمية العميقة، وتستند كثير من هذه الطرق على بعض تمارينات "اليوغا" والهدف من وراء ذلك تفرغ الذهن وتحقيق الاسترخاء للجهاز العصبي اللاإرادي. وتوفر هذه التمارينات الفرصة للفرد كي يوقف

أنشطته اليومية، وأن يمارس درجة عالية من الانتباه والوعي على مشاعره ووجدانه، مما يؤدي إلى إعداد الذهن وتدريبه على تحمل ضغوط العمل.

✓ **النظام الغذائي:** ويقصد بذلك أنواع وكميات الغذاء التي تدخل إلى الجسم. فالغذاء المتكامل ضروري لوظائف أعضاء الجسم ولإعطاء الطاقة والحيوية اللازمة لأداء العمل. ويتضمن النظام الغذائي السليم بعض الجوانب التالية:

- كمية الطعام المعتدلة.
- نوع الطعام يضمن تغطية كاملة لكل المكونات الغذائية من بروتينات ونشويات، وفيتامينات، وأملاح ومعادن، وغيرها من المكونات اللازمة للفرد.
- عادات حسنة في الأكل مثل الأكل ببطء ومضغ الطعام جيدا وغيرها.

وعندما يتفاعل نظام الغذاء الجيد مع التمارين الرياضية، تكون لكل منها آثار حسنة على الآخر، فمثلا الغذاء الجيد يمكن من أداء التمارين الرياضية بكفاءة، كما أن التمارين الرياضية تحرق السعرات الحرارية الزائدة في الجسم، وتزيد من قدرة الجسم في التمثيل الغذائي وكذا في أنشطته الحيوية والبنائية. وكلا من الغذاء والتمارين الرياضية يؤثران معا على رفع كفاءة الفرد في الاسترخاء والتركيز (المشعان، 1994).

2.9. الاستراتيجيات التنظيمية:

تتضمن التدخلات التنظيمية للتعامل مع الضغط نشاطات تنظيمية عديدة، من بينها:

✓ **التطبيق الجيد لمبادئ الإدارة والتنظيم:** إن المخالفات التي يقع فيها كثير من المديرين في ممارستهم اليومية بسبب عدم إتباعهم المبادئ المتعارف عليها في الإدارة والتنظيم تسبب كثيرا من الضغوط النفسية لمرؤوسيه، فتحميل الآخرين مسؤولية الخطأ في أداء العمل دون إعطاءهم السلطة المناسبة للقيام بهذا العمل هو مثل شائع في أوساط الأعمال المختلفة.

ولذلك فإن تعهد المستويات الإدارية العليا بممارسة مبادئ الإدارة والتنظيم بشكل جيد يمكن أن يشيع حالة من الانضباط الإداري والتنظيمي بين المستويات الإدارية الأدنى.

✓ **تصميم وظائف ذات معنى:** تفقد كثير من الوظائف معناها وقيمتها للعديد من الأسباب منها زيادة حدة التخصص بالقدر الذي يفقد العامل أي لذة ومتعة في أداء عمله، وينقلب العمل إلى روتيني ممل، كما

تفقد الوظائف معناها وأهميتها من انعدام حرية التصرف فيها، أو عدم القدرة على أداء عمل متكامل في الوظيفة، أو عدم القدرة على التأثير في عمل الآخرين، أو عدم الحصول على معلومات كاملة عن الأداء والإنجاز في العمل، أو عدم احتياج الوظيفة إلى خبرات ومهارات متنوعة. وعليه يكون العلاج أو الوقاية متمثلة في تصميم أو إعادة تصميم الوظائف بالشكل الذي يجعلها ذات معنى وأهمية، ويتحقق ذلك من خلال ضمان أن الوظيفة تقوم بالعديد من الأنشطة والمهام، كما تتيح مقداراً مناسباً من السلطة للأداء.

✓ **إعادة تصميم هيكل التنظيم:** إن التغييرات في هياكل الوظائف والعلاقات والسياسات في المنظمات تؤدي إلى إلقاء المزيد من الضغوط النفسية على العاملين. ويمكن إعادة تصميم هيكل التنظيم بعدة طرق لعلاج مشاكل الضغوط مثل إضافة مستوى تنظيمي جديد، أو تخفيض مستوى الإشراف، أو دمج وظائف، أو تقسيم إدارة كبيرة إلى إدارتين أصغر في الحجم، ويضاف إلى ذلك إعادة تصميم إجراءات العمل وتبسيطها والنظر في حجم أعباء العمل الملقاة على عاتق الأقسام والوظائف، والنظر في هيكل المقررات الوظيفية التي يتناسب مع حجم عبء العمل في كل وحدة تنظيمية.

✓ **نظم المشاركة في اتخاذ القرارات:** يؤدي عدم المشاركة في اتخاذ القرارات إلى الشعور بالغرابة وضغوط العمل. ومن أمثلة نظم المشاركة: اللجان، وبرامج الشكاوي، وبرامج المشاركة في الأرباح، والملكية المشتركة، وتشجيع الرؤساء على تفويض جزء من سلطاتهم لمروسيهم.

✓ **الكشف عن مسببات ضغوط العمل:** يمكن للمدير وأخصائي شؤون العمال من خلال تيقظهم للعمل أن يكتشفوا وجود بعض مسببات ضغوط العمل سواء كانت مادية، إنسانية، اجتماعية أو كيميائية موجودة في العمل، وبالتالي إيجاد حلول لها.

✓ **الأنشطة العلاجية في مناخ العمل:** تعني المنظمات التي تعترف بتأثير ضغوط العمل على سلوك عاملها بإنشاء أنظمة علاجية لتخفيف هذه الضغوط عن كاهل العاملين. ومن بين هذه الأنظمة تعيين مستشار نفسي واجتماعي للعمل، وتخصيص حجرات للتركيز والاسترخاء وحجرات لممارسة التمارين الرياضية (المشعان، 1994).

القسم الثاني: العنف النفسي في العمل

يحتوي القسم الثاني من فصل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل على موضوع العنف النفسي في العمل باعتباره أفنك الأخطار النفسية الاجتماعية على الإطلاق، وهو ظاهرة نفسية منتشرة تمس الرفاهية البدنية والنفسية والمالية ليس فقط لضحاياها بل تؤثر أيضا في عائلاتهم وفي المجتمع ككل. بداية، سوف نتطرق إلى العنف بصفة عامة، ثم العنف في العمل، بعد ذلك سنستعرض بالتفصيل كل ما يخص بالعنف النفسي في العمل.

1. تعريف العنف:

في اللغة العربية، عنف عنفا وعنافة بالرجل وعليه: لم يرفق به وعامله بشدة، والعنف ضد الرفق ويعني الشدة والقساوة (المنجد في اللغة والإعلام، 1986).

ويعرف العنف، باللغة الفرنسية (Violence) أنه سمة الشيء الذي يظهر بقوة شديدة أو وحشية وهو استعمال القوة من أجل القهر والإكراه (Le Petit Larousse illustré, 2013).

ويشير Frappat (2000) إلى أن أصل كلمة العنف "violence" يوناني ينحدر من كلمة يونانية "violencia" وتعني صفة التوحش والشراسة، والفعل "violare" يعني المعاملة والعمل بالخشونة، الانتهاك والمخالفة وهو وسيلة جسدية لاستخدام القوة والسلطة (أورد في: بن كرو، 2013).

ويعرف محمد خضر (1998) العنف بأنه كل فعل ظاهر أو مستتر مباشر أو غير مباشر مادي أو معنوي موجه لإلحاق الأذى بالذات أو بآخر أو جماعة أو ملكية أي واحد منهم. ويعرف العنف أيضا في جانب آخر بأنه استجابة في شكل فعل عنيف تكون مشحونة بانفعالات الغضب والضيق والهييج والثوران والتي تنتج عن عملية إعاقة أو إحباط تحول دون تحقيق الهدف الذي يسعى إليه الفرد (أورد في: حسين، 2007).

كما عرفته منظمة الصحة العالمية (2002) بأنه الاستعمال المتعمد للقوة الفيزيائية (المادية) أو القدرة، سواء بالتهديد أو الاستعمال المادي الحقيقي ضد الذات أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو ضد

مجتمع، بحيث يؤدي إلى حدوث إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان (أورد في عياش، 2009).

2. نظريات العنف:

قامت الباحثة (Kuenzli-Monard, 2001) بتلخيص أهم نظريات العنف الأكثر تداولاً في الأدبيات العلمية وذلك في مقال لها تحت عنوان: "تفكيك الأفكار المسبقة حول العنف"، وقد تناولت فيه النظريات التالية:

1.2. نظرية الحاوية (Storr, 1970):

وتمثل أحد التفسيرات الشائعة للعنف، حيث يقارن الأفراد بأوعية كبيرة يمكنها تحمل قدرة معينة من الإحباط أو عدم الرضا أو الغضب، وعندما يتم تجاوز عتبة معينة تحت وطأة الضغوط، يفقد الشخص توازنه ويحرر الفائض بتفريغ الطاقة والذي يعبر عنه بالفعل العنيف. يتم ملئ الحاوية بسبب عوامل خارجية تتمثل في الضغط، العمل، الظروف الاقتصادية، النزاعات الزوجية... وكنتيجة محتملة لهذه النظرية أن الإنسان لديه إمكانيات ضئيلة في ضبط هذه التوترات ومسؤولية جد محدودة في امتلاء الحاوية.

2.2. التفسير الاجتماعي الثقافي:

يرى أن العنف مصدره البنية الاجتماعية، فالتقاليد والأعراف والإيديولوجيات الخاصة بثقافتنا هي التي تؤسس العنف وتحافظ عليه. إنه من غير الممكن فهم تنظيم الأسرة في المجتمع الحديث بشكل مستقل عن العوامل الاجتماعية مثل الضغط والفقير والعزلة. الكثير من العوامل المبنية اجتماعياً والتي يبدو وكأنها تهيئ الفرد للتصرف بعنف. يتم تفهم العنف والسلوك العدواني وتفضيلهما بل ويتم تشجيعهما من خلال الأداء الاجتماعي. كما تجدر الإشارة أيضاً إلى ظاهرة اللامساواة في السلطة بين الرجال والنساء وأن الامتياز والمكانة الممنوحة للرجال في مجتمعاتنا هي أحد الأسباب الرئيسية لعنف الذكور (Dobash, 1979 ; Klein, 1981 ; Schechter, 1982) حيث يتم تنشئة الذكر بشكل منهجي لتنمية قدرات عنف. ويستخدم العنف كوسيلة للحفاظ على الامتياز في مجتمع متحيز جنسياً. ونظراً لتأثير المجتمع على تكرار عملية الإيذاء، يذهب بعض الباحثين إلى حد القول أن المسؤولية الفردية ليس لها أي معنى أمام قوة تأثير المجتمع التي تبرمج الرجال على التصرف بعنف.

3.2. النظريات التنموية للعنف ونظريات التعلم:

وتفسر العنف على أنه تكرار السلوكيات المرضية داخل الأسرة. تتمثل الآليات النفسية المدعمة لهذا التكرار في النمذجة modeling (تكرار دور الوالدين أو الشخص القدوة) وتعزيز السلوك العنيف. تركز هذه النظريات على أبحاث ودراسات تبين من خلالها أن نسبة الأشخاص الذين يتصرفون بعنف تكون أكبر لدى فئة الأشخاص الذين عانوا من العنف فيما مضى (Gelles 1980, 1985, Rosenbaum, 1986). تكتسي هذه النظريات أهمية أكيدة لكن في بعض الحالات، قد يدعو التفسير إلى اتخاذ السبب كحتمية لا مفر منها، وفي بعض الأحيان كمبرر للسلوك العنيف.

4.2. نظرية الإحباط والعدوان (Deschner, 1984 ; Segal & Marshall, 1985):

وتفترض نظرية الإحباط والعدوان أن العدوان والعنف نتاج للإحباط الذي يتعرض له الفرد وأن وجود السلوك العدواني يفترض دائما وجود حالة من الإحباط. ويشير دولار وزملائه إلى أن شدة الدوافع العدوانية تتباين بشكل مباشر مع درجة الإحباط وهناك ثلاثة عوامل حاسمة بهذا الصدد وهي: القيمة التدعيمية أي أهمية الهدف الذي تم إحباطه، درجة التدخل بالاستجابة المحبطة، وعدد الاستجابات المحبطة والمتتالية. أي كلما زادت أهمية الهدف الذي أحبط، زادت درجة إعاقة الاستجابة، وكلما زاد عدد الاستجابات المعاقبة، زادت درجة الإغواء للسلوك العدواني.

5.2. نظريات الجمود (Finkelhor & Araji, 1986 ; Gondolf, 1987):

✓ **الجمود النفسي الجنسي:** تفترض هذه النظرية أن العنف يعود إلى النمو النفسي الجنسي. يكون الشخص عالقا في مرحلة نمو ما أو يحدث له نكوص إلى مرحلة نمو قبلية.

✓ **الجمود في الاتصال:** كما ترى نظرية الجمود أن عمليات الاتصال معقدة وغير وظيفية لدى الأشخاص ذوي السلوك العدواني، وفقا للأبحاث فإن الشخص العدواني يجد صعوبة في التعبير عن مشاعره ويفتقر للمهارات الاجتماعية والعلائقية، لهذا تقترح نظرية الجمود أساسا كعلاج، تعليم الصفات الاجتماعية المفقودة، نظرية مفيدة لكنها تحمل في طياتها خطر منع الشخص المعتدي من تحمل مسؤولية أفعاله.

6.2. نظرية العنف القائم على اضطراب في الصحة العقلية (Levin & Stava, 1987):

وهي نظرية تفسر العنف على أنه نتاج المرض العقلي وفي حالة وقوع العنف فهي تلقي كل اللوم على المعالج النفسي الذي فشل في تحرير الفرد المعني من شره وعنفه. كما وصفت خصائص وسمات المعتدي والتي تصف شخصيته، لكنها لا تفسر بصفة منهجية إحصائية سبب العنف.

7.2. نظرية عدم ضبط النفس، نظرية الاندفاع (اللجنة الوطنية للعنف، الولايات المتحدة الأمريكية، 1990):

ترى هذه النظرية أن الشخص الذي يتصرف بعنف ليس لديه سيطرة تذكر على أفعاله. إذا كان الإنسان لا يتحكم في اندفاعه، فكيف يتحمل مسؤولية أفعاله وكيف يغيرها؟

3. تعريف العنف في العمل:

تعرف اللجنة الأوروبية (1995) العنف في العمل على أنه كل حدث يقع من خلاله الأفراد ضحايا لسلوكيات تعسفية، تهديدات أو تهجمات في ظروف مرتبطة بعملهم مشكلا بذلك خطرا صريحا أو كامنا على أمنهم وسلامتهم وصحتهم (cité par la Fédération des Syndicats de l'Enseignement [FSE], 2003).

كما تعرفه فيدرالية نقابات التعليم الكندية (2003) على أنه أفعال (سلوكيات، حركات، أقوال، طرق تسييرية...) مقصودة أم لا، يقوم بها شخص أو عدة أشخاص في ظروف مرتبطة بالعمل وتلحق أضرارا بالصحة والأمن والكرامة والسلامة البدنية أو النفسية لفرد أو مجموعة من الأفراد والتي قد تؤدي إلى تدهور ظروف العمل (FSE, 2003).

أما المكتب الدولي للعمل (BIT) فيقترح تعريفا واسعا للعنف في العمل: هو كل فعل، كل حدث أو كل سلوك يبتعد عن السلوك العقلاني، والذي من خلاله، يتعرض الفرد للتهجم والتهديد والأذى في إطار عمله أو بفعل عمله (cité par Maître & Servant, 2012).

عموما، ما يمكن استنتاجه من هذه التعريفات، أن العنف في العمل هو مجموعة من السلوكيات المنبوذة والمؤذية التي تمس الفرد في بيئة عمله والتي تلحق به أضرارا بصحته البدنية والنفسية والاجتماعية.

4. أشكال العنف في العمل:

من بين التصنيفات الشائعة للعنف في العمل ذلك الذي يقسم العنف إلى: العنف البدني والعنف النفسي والعنف الجنسي. إذ يعتبر **العنف البدني** الجزء المرئي للعنف في العمل ويتميز باستعمال أطراف من الجسم أو أشياء أو أسلحة لإيذاء الضحية وتحقيرها وتذليلها وفي بعض الأحيان لقتلها. ويظهر في سلوكيات مثل دفع الضحية، شد الشعر أو الملابس، تمزيق الثياب البصق على الضحية، التهديد بالسلاح، الضرب، العض... أما **العنف الجنسي**، وهو موضوع حظي بالكثير من الدراسات والتدخلات، فيعرف أنه سلوك يظهر في أقوال، حركات، إهانات وملاحظات ذات نبرة جنسية، يهدف إلى إجبار الضحية، من خلال عدة طرق، على إقامة علاقات جنسية غير مرغوبة. فيما يمثل **العنف النفسي** - سنتطرق إليه بالتفصيل في العنصر التالي - في أقوال، حركات، نظرات، طرق تسييرية، لها ميزة إلحاق الأذى بالجانب النفسي الانفعالي للفرد. يظهر هذا النوع من العنف في التهديدات الصراخ، الإهانات، الشتائم، التحقير السخرية والكلام البذيء، كما يمكنه أن يأخذ شكل النميمة، العزلة وتشويه السمعة. يمكن أن يكون العنف النفسي من فعل أشخاص خارجين عن المنظمة مثل الزبائن أو المرضى، لكن تجدر الإشارة أنه وفي أغلب الأحيان، يكون من قبل زملاء العمل أو المسؤولين (FSE, 2003)، كما يعتبر أكثر أنواع العنف انتشارا في مجال العمل وأكثره صعوبة من حيث إثباته بالمقارنة مع العنف البدني والجنسي (أيت وارس، 2015).

وتوجد تصنيفات أخرى للعنف في العمل إذ نميز **العنف الداخلي** وهو العنف الذي يقوم به زملاء العمل أو المسؤول الهرمي في المنظمة، أما **العنف الخارجي** فهو ذلك العنف الذي يتعرض إليه الفرد في المنظمة وفي إطار عمله والممارس من قبل شخص غريب عن المنظمة. كما يمكن تمييز العنف ضد الذات مثل محاولات الانتحار في مكان العمل (Maître & Servant, 2012).

5. مفهوم العنف النفسي في العمل:

قبل التطرق إلى مفهوم العنف النفسي في العمل، ورفعا لكل التباس، لا بأس أن نشير إلى أن للعنف النفسي عدة مرادفات، وباللغة الانجليزية نتحدث عن "bullying" "mobbing"، أو "harassment"، وباللغة الفرنسية "harcèlement moral" أو "violence psychologique"، في حين نجده تحت تسمية

"psychoterror" باللغة الألمانية و"pesten" أو "psychische terreur" أو "systematisch-pestgedrag" بالنيرلندية.

ويعتبر مصطلح "mobbing" الأكثر شيوعاً، حيث استعمل لأول مرة لوصف السلوك العدواني الذي تتخذه مجموعة من الحيوانات تجاه حيوان واحد، ثم بعد ذلك استعمل للإشارة إلى أفعال العنف ما بين الأطفال في المدارس. واستعمل (Heinz Leymann) هذا المصطلح لأول مرة في الثمانينات إذ كان رائداً في مجال الأبحاث الأوروبية حول العنف النفسي في العمل.

ونجد أن المصطلح "mobbing" أكثر انتشاراً في البلدان الشمالية (فنلندا، النرويج، السويد والدانمارك) والبلدان الجرمانية (ألمانيا، النمسا وسويسرا)، بينما يتمتع مصطلح "bullying" بشعبية أكبر في المملكة المتحدة وفي البلدان الناطقة بالإنجليزية كأستراليا مثلاً. كما يرى بعض الباحثين أن الفرق بين المصطلحين يتمثل في كون الأول يعكس الجماعة والعنف بمظهره الجماعي، بينما يعكس الثاني السلوك العدواني الفردي للمسؤولين والمستخدمين (Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique [cgsib], 2009).

أما في الآونة الأخيرة وبسبب اهتمام الباحثين العرب بهذا الموضوع، فنجد أكثر المرادفات انتشاراً في البحوث والدراسات مصطلح التمر الوظيفي ومصطلح المضايقة في مكان العمل.

لقد اختلفت وتعددت تعريفات العنف النفسي باختلاف وتعدد الدراسات والبحوث، وفيما يلي سنقدم أهمها:

لقد عرف (Leymann 1996) العنف النفسي في العمل على أنه سيرورة تدميرية، تتكون من سلسلة من الأقوال والأفعال العدائية التي إذا ما أخذت على حدا، قد تبدو تافهة، لكن بالتردد المستمر، لها آثار وخيمة على الفرد.

كما وصفه في مقام آخر أنه اتصال عدائي وغير أخلاقي موجه بطريقة منهجية من قبل شخص أو عدة أشخاص نحو فرد واحد (في أغلب الأحيان)، بحيث يدفع به إلى موقع عجز وهشاشة ليبقى فيه تحت تأثير سلوكيات اضطهادية متواصلة ومتكررة ولمدة طويلة، ويترتب عن هذا التعرض حالة من المحنة النفسية، (cité par Soares, 2002).

كما عرفه (Drida, Engel & Litzenberger (1999) على أنه معاناة مفروضة في موقع العمل بطريقة دائمة متكررة ومنهجية من قبل فرد أو مجموعة من الأفراد على فرد آخر، وذلك باستعمال كل الوسائل المتصلة سواء بالعلاقات، التنظيم، محتوى وظروف العمل، بإزاحتها عن الهدف المسطر لها، فتظهر بذلك شعوريا أو لا شعوريا النية في إيقاع الضرر أو التدمير.

أما (Hirigoyen (2001 فترى أن العنف النفسي في العمل هو كل سلوك تعسفي (حركات، كلمات، سلوكيات تصرفات...) يلحق أضرارا، بفعل تكراره ومنهجيته، بكرامة وسلامة الفرد النفسية والبدنية معرضا بذلك عمله للخطر أو مفسدا مناخ العمل (cité par Soares, 2002).

ويعرفه المجلس الوطني السويدي للأمن والصحة في العمل بأنه أفعال متكررة ذات طبيعة منبوذة وسلبية مرتكبة ضد عمال عزل بطريقة جارحة، والتي قد تؤدي إلى إقصاء العمال المستهدفين من جماعة العمل. أما المنظمة الدولية للعمل فترى أن الشخص الذي يتصرف بهذه الطريقة، يسعى إلى تصغير الآخر باستعمال وسائل انتقامية، وحشية، مؤذية ومذلة تجاه فرد أو مجموعة من الأفراد (Lorho & Hilp, 2001).

نستنتج مما سبق ذكره من تعريفات، أن العنف النفسي في العمل هو ذلك الموقف الذي يتعرض فيه العامل إلى مجموعة من الأقوال والسلوكيات العدائية والمذلة في بيئة عمله بصفة مستمرة ومتصاعدة وعلى مدى فترة طويلة من الزمن من قبل شخص أو عدة أشخاص، بحيث تسبب له معاناة وأضرارا نفسية.

6. خصائص العنف النفسي في العمل:

نلاحظ أن هناك ثلاثة أبعاد حاضرة في كل التعريفات المقدمة آنفا وهي: تكرار سلوك العنف النفسي ومواظبته والآثار المدمرة للفرد المستهدف (Soares, 2002)، ويشير (Lorho & Hilp (2001 أنه لكي تتصف السلوكيات بالعنف النفسي، يجب أن تحدث بصفة متكررة، لمدة طويلة، دون إصابات جسدية وأن تجلب الإهانة والذل للمستهدف، ومن بين سلوكيات العنف النفسي الأكثر انتشارا في وسط العمل: منع العامل من إمكانية التواصل، عدم التحدث إليه، السخرية من حركاته أو مشيته، النميمة، عدم توكيله مهام أو توكيله مهام تافهة (Lorho & Hilp, 2001).

من جهتها، اقترحت (Poilpot-Rocaboy, 2010) أربع خصائص أساسية تسمح بالتعرف على العنف النفسي في المنظمة وهي:

✓ **تكرار السلوك:** وهو الميزة الأولى للعنف النفسي الذي يعرف أنه متتالية من الأفعال والسلوكيات السلبية المتكررة في الزمان.

✓ **طبيعة السلوك:** يعد العنف النفسي سلوكا سلبيا عدائيا غير مرغوب تجاه فرد مستهدف يفرضه شخص ذو نفوذ وسلطة، وتبين اليوم أن اختلال التوازن بين السلطات هو سبب تتابع الأفعال والممارسات السلبية. قد يكون هذا الاختلال مرتبطا بالبنية الهرمية للمنظمة (المسؤول والأمينة مثلا)، أو بالحالة الاجتماعية (المطلقات مثلا)، أو بالخصائص البدنية للفرد (المعوق مثلا أو امرأة وسط جماعة رجال)، أو بالخبرة (عامل شاب وسط جماعة من العمال المخضرمين)... ويتمحور الهدف من وراء هذه الأفعال في طعن كرامة المستهدف من خلال إهانته تحقيره وتصغيره.

✓ **تعيين المستهدف أو الضحية:** يتم تركيز العنف النفسي على فرد أو عدة أفراد مستهدفين، يكون سلوك المعتدي أو القائم بالعنف مختلفا عن باقي موظفي المنظمة، فبفعل هذا التركيز، تزداد الأمور صعوبة بالنسبة للضحية لأنها لا تفهم سبب ذلك، كما أنه يسمح للمعتدي أن يتبرأ في حال وجود شكوى ضده، بما أن المنظمة برمتها تستلطفه، ما عدا الضحية، فلا تؤخذ اتهاماتها على محمل الجدية.

✓ **نتائج السلوك:** ينتج عن العنف النفسي في العمل عدة آثار سلبية على الفرد والمنظمة والمجتمع عموما. يشير العديد من الباحثين إلى تدهور الصحة البدنية والنفسية للضحية إذ تم ذكر ازدياد القلق والحسرة والاكتئاب والمعاناة في العمل، كما لوحظ ارتفاع معتبر للتكاليف وذلك بالنسبة للمنظمة والمجتمع على حد سواء (Poilpot-Rocaboy, 2010).

7. أنواع العنف النفسي في العمل:

تبرز الدراسات المختلفة تعدد أشكال العنف النفسي في العمل والتي يمكن تصنيفها وفقا لعدد الأفراد، المكانة الهرمية ودوافع الأشخاص المتورطين.

إذا اعتبرنا العنف النفسي من زاوية عدد الأفراد والمكانة الهرمية فنجد:

✓ **العنف النفسي العمودي النازل:** ويحدث من قبل مسؤول تجاه تابعيه.

- ✓ **العنف النفسي العمودي الصاعد:** وهو الذي يحدث من قبل عامل أو عدة عمال تجاه المسؤول الهرمي.
- ✓ **العنف النفسي الأفقي البسيط:** وهو العنف الذي يلحقه الفرد بزميله في العمل.
- ✓ **العنف النفسي الأفقي الجماعي:** وهو العنف الذي تحدثه مجموعة من العمال تجاه زميل في العمل. أما إذا نظرنا إلى العنف النفسي من زاوية دوافع القائمين به، فنجد:
- ✓ **العنف النفسي الإستراتيجي:** ويعبر عن إرادة المستخدم التخلي عن خدمات عامل معين دون أي "تكلفة مالية".
- ✓ **العنف النفسي التنافسي:** وهو الذي يخلقه الخوف من الآخر ومن كفاءاته مثلاً.
- ✓ **العنف النفسي السلوكي:** ويتعلق بعدم القدرة على الاستماع والتعاون وتكوين علاقات مع الآخر.
- ✓ **العنف النفسي الجنسي:** ويحدث نتيجة رفض العلاقة الحميمة مع الآخر (إرادة الانتقام).
- ✓ **العنف النفسي الفسيولوجي:** ويتمثل في غياب التحكم الانفعالي، تعدد النوبات المزاجية والحاجة إلى السيطرة والتسلط (Poilpot-Rocaboy, 2000).

8. مراحل العنف النفسي في العمل:

يعتبر العنف النفسي في العمل النتيجة النهائية لسيرورة اقصائية ممنهجة تختبئ وراء ستار من الأكاذيب والتبريرات مما يجعله صعب الإثبات والبرهان. وما يميزه عن باقي الأخطار النفسية الاجتماعية هو طول مدته واستنزاف الضحية نفسياً وبدنياً (Khoo, 2010).

ويتبع العنف النفسي سيرورة نمطية معروفة يمكن التنبؤ بها. ولقد أشار Davenport, Schwartz & Elliot (1999) أنه عندما تبدأ مراحل السيرورة، فإنها تنمي قوتها وذروتها الخاصة، وتلعب المرحلة الثالثة دور الدارة المستقصرة بالنسبة للسيرورة. ولسوء الحظ، عندما يقرر الفرد الضحية أخيراً البحث عن المساعدة، ينعتة الآخرون بتسمية "مسبب المشاكل" أو "المريض العقلي" وذلك استناداً للأقاويل والإشاعات المروجة على حسابه. وقد وصف Leymann (1990) المراحل الخمس للعنف النفسي في العمل كما يلي:

✓ المرحلة الأولى: الحدث الحرج الأصلي

إذا استمر نزاع تنظيمي ولم يتم تسويته، قد يتأزم ليصل إلى الحدث الحرج. فيُتهم الفرد الضحية بأي شيء، من ملاحظة في غير محلها إلى ارتكاب جنحة أو سلوك غير أخلاقي. هذه الاتهامات سواء كانت حقيقية أو مبتذلة، تقدم تبريراً للمعتدي من أجل القيام بإجراءات إدارية ضد الضحية، ونظرياً، تكون هذه المرحلة قصيرة جداً.

✓ المرحلة الثانية: العنف النفسي وتشويه السمعة

تتمثل هذه المرحلة في الأفعال العدوانية والتهجمات النفسية ضد الضحية قصد القضاء عليها أو معاقبتها. وتتجسد مظاهر العنف النفسي في هذه المرحلة في الانتقادات، التعليقات المذلة والمهينة، الوشوشة وسلوكيات مأكرة أخرى، مما يؤدي إلى احتقار الضحية لنفسها التخويف والذل وتسلل الرعب والفرع إلى ذاتها.

✓ المرحلة الثالثة: إدارة الموظفين

تمثل هذه المرحلة الفترة التي تتدخل فيها الإدارة في العنف النفسي غالباً بعد تجاهل المراحل الأولى أو التقليل من شأنها. وبسبب ما آلت إليه سمعة الضحية من تشويه فمن السهل للإدارة أن تسيء الحكم وأن تضع كل اللوم عليها.

✓ المرحلة الرابعة: التشخيص الخاطئ

وهي المرحلة التي تتحالف فيها الإدارة مع المعتدي لبناء ملمح للفرد الضحية بأنه "صعب المراس"، "تحت ضغط كبير" أو "معتل نفسياً". فالعمال الذين يفصحون عن وجود سلوكيات غير مناسبة وغير أخلاقية في عملهم يتهمون في أغلبية الحالات باتجاهاتهم السلبية والاضطهادية. وإذا بحث المستهدف عن مخرج يتمثل في مراجعة طبيب نفسي أو مختص الأمراض النفسية والعقلية، يحتمل بشدة أن يفاجأ بتشخيص خاطئ كاضطراب الشخصية أو اضطراب التكيف أو الاضطهاد القسري، ومثل هذا الحكم يمكنه أن يدمر مسيرته المهنية ناهيك عن ثقته بنفسه.

✓ المرحلة الخامسة: الطرد

إنها المرحلة التي تقوم فيها الإدارة بفصل الضحية وطردها من المنظمة. وغالباً ما يرى الفرد الضحية أنه قد تم إقصاءه كلياً من سوق العمل لأنه لم يعد قادراً على إيجاد عمل آخر بسبب تبادل المعلومات والتوصيات بين المستخدمين (Leymann, 1990).

9. محددات العنف النفسي في العمل:

يربط (2008) Dejours تصاعد العنف النفسي في العمل بعلاقات العمل الحديثة التي تتميز بهشاشة جماعات العمل وضعف التعاون بين أفراد المنظمة، ففي نظره، يعود إلى الأشكال التنظيمية الجديدة للعمل. والعنف النفسي ليس ظاهرة منعزلة أو حدث عرضي، لكنه نتاج تفاعل عدة نزعات تمس قلب التنظيم. وهذه النزعات لا تحمل بذور العنف فقط بل تؤدي إلى تدهور العلاقات الاجتماعية في العمل وخارج العمل (Dejours, 2008).

أما (2000) Le Goff فهو يركز على دور الظروف الاجتماعية في تكثيف هذا النوع من العنف. بينما ترى (2000) Poilpot-Rocaboy أن العنف النفسي ظاهرة معقدة تنشأ من التقاء وتفاعل ثلاثة أنواع من العوامل تتمثل في صفات المستهدف، صفات المعتدي وصفات المنظمة.

1.9. صفات المستهدف أو الضحية:

هل يوجد ملمح خاص بضحية العنف النفسي في العمل أو المستهدف؟ يجيب البعض أن سمة خاصة في الفرد مثل شخصيته (الشخصية العصابية مثلا) تفسر استهدافه من قبل العنف النفسي في العمل (Coyne et al., 2000)، فيما يرى (2003) Zapf & Einarsen أنه يمكن التعرف على ضحايا العنف النفسي في العمل عن طريق صفات مميزة كضعف تقدير الذات، ومستوى عال من القلق، والميل إلى الانطواء، والاستقامة والنزاهة في العمل (cités par Poilpot- Rocaboy, 2010).

ويرى البعض الآخر من الباحثين أن هذه السمات السالفة الذكر ليست محددات أو أسباب العنف النفسي في العمل بل هي نتاج هذا العنف (Di Martino, Hoel & Cooper, 2003).

كما كتب (1993) Leymann أن القلق وضعف تقدير الذات هي استجابات عادية لموقف غير عادي، وبالتالي يتمتع العديد من الباحثين من جعل مسؤولية العنف النفسي في العمل على عاتق الضحايا أو المستهدفين ويدافعون عن فكرة أن الفرد أيا كان، يمكنه أن يصبح ضحية العنف النفسي في أي فترة من حياته المهنية (Poilpot-Rocaboy, 2010).

ويشير (2005) Westhues إلى أن المستهدف لديه مرتبة علمية عالية، متفان في عمله يتمتع بشعبية بين زملائه في العمل وغير متسامح مع المنافقين، كما أن الفرد النشط تنظيميا هو الأكثر عرضة

للعنف النفسي في العمل. فيبدو أن مستهدفي العنف النفسي في العمل هم أشخاص يحبون عملهم، يسيطرون أهدافا ويستمتعون بذلك، ولأنهم يميلون إلى المسامحة، إنه لمن الصعب أن يصدقوا أنه يوجد على الأرض بشر من دم ولحم مثلهم قادرون على ارتكاب مثل هذه الأفعال القاسية والمدمرة عن قصد، ويعانون في صمت من هذا الظلم لسنوات طويلة دون الاعتراف بأنه عنف نفسي ضدهم (cité par Khoo, 2010).

2.9. صفات المعتدي أو القائم بالعنف:

هل يوجد ملمح خاص بالمعتدي أو القائم بالعنف؟ فيما يرى بعض الباحثين أن المعتدي مضطرب نفسياً ومنحرف (Hirigoyen, 1998)، يرى البعض الآخر أن المعتدي لم يكن دائماً ذلك المعتل النفسي، بل سياق العمل وظروفه هو الذي دفعه إلى تطوير وتنمية أفعال العنف النفسي في العمل (cité par Poilpot- Rocaboy, 2010).

ومن المتفق عليه، أن المعتدي أناني بطبعه، ينقصه الإحساس بالأمان، مراوغ ولديه القدرة على الإقناع، كما أنه غير قادر على أداء واجباته ومهامه لكنه لا يتردد في قبول أجره غير المستحق. ويعتبر الحقد والغيرة (من كفاءات ومواهب وفرص وممتلكات الغير) دوافع قوية للعنف النفسي في العمل (cité par Khoo, 2010).

يُميز Zapf & Einarsen (2003) بين ثلاثة أنواع من المعتدين: المعتدي الذي يسعى إلى حماية تقديره لذاته، المعتدي الذي تنقصه الكفاءات الاجتماعية والعلائقية والمعتدي الذي يسعى إلى حماية مكانته في المنظمة (cité par Poilpot- Rocaboy, 2010).

✓ النوع الأول: المعتدي الذي يسعى إلى حماية تقديره لذاته

يبدو أن المستوى المرتفع لتقدير الذات يزيد من احتمال ارتكاب سلوك عدواني مقارنة بالمستوى المنخفض لتقدير الذات، بالإضافة إلى ذلك يرى (Baumeister et al (1996 أن الانفعالات السلبية كالإحباط، الغضب والقلق تلعب دور الوسيط بين تقدير الذات والعدوان.

✓ النوع الثاني: المعتدي الذي تنقصه الكفاءات الاجتماعية والعلائقية

إن نقص التحكم الانفعالي ونقص النقد الذاتي يمكنه أن يؤدي إلى العنف النفسي في العمل، ومثال على ذلك المسؤول الذي يفرغ وينفس عن غضبه وكل عواطفه السلبية بالصراخ على مرؤوسيه دون إعارة أي اهتمام لآثار مثل هذا السلوك عليهم.

✓ النوع الثالث: المعتدي الذي يسعى إلى حماية مكانته في المنظمة

يلجأ المعتدي إلى حسابات وتلاعبات سياسية لحماية مكانته ومصالحته في المنظمة. وتنتشر هذه الظاهرة في المستويات الهرمية الوسطى والعالية ويفسره بعض الباحثين أن المعتدين هم غالباً مسؤولون أو مسيروون يحتقرون ويستصغرون العمال الذين يملكون المهارات لأداء العمل أفضل منهم، إذ ينقصون من ثقة وكرامة الآخرين لهدف إبعاد التركيز على نقائصهم وعدم كفاءتهم.

ويحلل (O'leary-Kelly, Griffin & Glew (1996) العنف النفسي في العمل أنه سلوك متعلم عن طريق الملاحظة، التجربة والتقليد بواسطة مصادر متنوعة كالأسرة، المدرسة، الخدمة العسكرية، التلفزة، المؤسسة... بالتالي يعاد تشكيل وإنتاج السلوكات الملاحظة في المنظمة (cité par Poilpot- Rocaboy,) (2010)، ويجدر التنويه إلى أن العنف النفسي في العمل لا يمكنه أن ينمو أو يتفاقم إلا إذا تسامحت المنظمة وثقافتها وتساهلت مع هذه السلوكات وكافأتها (Brodsky, 1976).

3.9. خصائص المنظمة

تؤكد العديد من الدراسات مسؤولية المنظمة في تفاقم العنف النفسي فيها، فيرى البعض من الباحثين أن العنف النفسي يحدث نتيجة لإستراتيجية تنظيمية قسدية أو لخلل تنظيمي بحت. وفي نفس السياق، يعتبر (Dejours (2008) أن التسيير المنحرف والمرضي للمنظمة هو الذي يؤدي إلى العنف النفسي.

ومن جهته، يرى (Faulx (2009) أن العنف النفسي يتفاقم وينمو في ظل الحقائق والتغيرات الجديدة التي تطرأ على العمل، إذ تطورت ظروف العمل خلال الثلاثين سنة الماضية مما سمح بانفجار مواقف العنف النفسي.

لقد قدم (Hoel & Salin, 2003) خصائص المنظمة على أنها المحددات الرئيسية للعنف النفسي في العمل وتتمثل في: التغيير عموماً، وتغيير طبيعة العمل بالخصوص؛ تنظيم العمل؛ ثقافة المنظمة؛ ونمط الإدارة والتسيير.

✓ **التغيير التنظيمي:** يرتبط التغيير التنظيمي بصفة وطيدة بالعنف النفسي في العمل، فموجب العولمة وقصد الحفاظ على المستوى التنافسي، تقوم المنظمات بإجراء تغييرات كإعادة الهيكلة مثلاً مما يؤدي في أغلب الأحيان إلى زيادة الضغوط والتنافسية بين المسيرين، تكثيف العمل، تدهور العلاقات بين العمال وبروز النزاعات وبالتالي ازدياد احتمالية ظهور العنف النفسي في العمل (Hoel & Salin, 2003).

✓ **تنظيم العمل:** يعود العنف النفسي في العمل إلى تنظيم العمل (Dejours, 2008)، بيئة العمل السلبية والضاغطة (Leymann, 1996)، تكثيف العمل، مستويات الضغط العالية، مركز العمل الغامض وغير المضمون (De Gaulejac & Léonetti, 1994)، وكذا جماعات العمل المفروضة، الأدوار غير الواضحة، قواعد العمل غير الدقيقة وظروف العمل الصعبة كالضوضاء، الحرارة والبرودة (cité par Poilpot- Rocaboy, 2010).

ويتحدث (Le Goff, 2008) عن التحول الذي شهده تنظيم العمل التقليدي لفائدة أشكال تنظيمية جديدة أكثر ليونة ومرونة والتي تثنى تعدد الكفاءات وإثراء المهام والاستقلالية، فمن جهة تضاعفت المسؤولية والالتزام من قبل العمال، ومن جهة أخرى بقي الإطار العام للعمل غير مؤمن وغير مهياً لمراقبة هذا التغيير، فنتج عنه انهيار معالم الانتماء الجماعي وغرس الارتباب والشك في النفوس وخلق ظروف مواتية للنزاعات والاختلالات النفسية (Le Goff, 2008).

✓ **ثقافة المنظمة:** تلعب ثقافة المنظمة دوراً غير هين في تفاقم وانتشار العنف النفسي في العمل إذ تتميز الثقافة بالقيم والطقوس والعادات والرموز والمعايير... بحيث توجه سلوكيات مجموعة من الأفراد. ويذكر (Hoel & Salin, 2003) أن العمال الجدد في أي منظمة كانت، عليهم أن يتكيفوا رويداً رويداً لمعايير المنظمة والجماعة وذلك عن طريق سيرورة التطبع الاجتماعي. قد تكون النكت المذلة والشتم

والإهانات جزءا من هذه السيرورة. ومثل هذه "الدعابات السوداء" يمكنها أن تتحول إلى عنف نفسي إذا لم يكن بمقدور الفرد الضحية الدفاع عن نفسه، أو لم يأخذ هذا السلوك على نحو لعب أو دعابة.

إضافة إلى ذلك، يهيمن العنف النفسي في المنظمات التي يشعر فيها عمالها ومسيروها بالتأييد والدعم وتقبل سلوكياتهم وتصرفاتهم التعسفية من قبل المسؤولين. إن الثقافة التي تركز على التنافسية ما بين الأفراد وغياب التعاون الجماعي، تسهم في زيادة احتمال ظهور العنف النفسي في العمل وذلك يعود إلى انحلال الآليات الجماعية الدفاعية كضعف البنى النقابية (Hoel & Salin, 2003).

✓ **نمط الإدارة والتسيير:** لقد بينت الدراسات أنه يوجد نمطان للإدارة والتسيير لهما علاقة وطيدة بالعنف النفسي في العمل وهما: النمط الديكتاتوري المتسلط، والنمط المتساهل الفوضوي (Shahbazi, Naami & Aligholizadeh, 2013).

يثير النمط الديكتاتوري علاقات "مسيطر - مسيطر عليه" في المنظمة ويسمح باختلال التوازن ما بين السلطات فاتحا بذلك المجال لمختلف الانحرافات والإسراف. أما النمط المتساهل وجمود المسؤولين أمام مسألة العنف النفسي فهو أيضا يساهم في نمائه وانتشاره لأنه يفهم على أنه رسالة قبول وموافقة. زيادة على ذلك، يعد عدم رضا العمال تجاه أنماط الإدارة والتسيير والتعليمات المقدمة لهم عاملا مشجعا للعنف النفسي في العمل (Hoel & Salin, 2003).

كما ذكر (Faulx, 2009) أن تحول آليات السلطة هو الذي يسبب العنف النفسي في العمل إذ تتميز الممارسات الإدارية الجديدة برفضها للتسلسل الهرمي وآليات "المسيطر - المسيطر عليه"، فتؤدي بالمنظمة إلى تنمية وسائل لينة ومرنة لإرغام وعقاب القرارات الفردية التي تراها غير منسجمة مع حاجياتها، والتي تدعى بالهيمنة الرقيقة حيث يحل التأثير مكان السلطة ويستبدل الرئيس بالقائد، والإطارات بالمسيرين. في خضم هذا التحول، يغير الانحراف السلوكي من شكله: "فيما مضى، الرئيس يأمر، وعندما ينحرف، يبالغ في سلطته أما الآن، المدير أو الزميل يؤثر، وعندما ينحرف، يقوم بالعنف النفسي" (Faulx, 2009).

10. عواقب العنف النفسي في العمل:

لقد أثبتت دراسات عديدة والمتنوعة أن للعنف النفسي في العمل آثار مدمرة للفرد والمنظمة والمجتمع على حد سواء.

1.10. بالنسبة للفرد:

توجد ثلاثة أنواع من النتائج السلبية التي تعود على الفرد وهي:

✓ **تدهور الصحة البدنية والنفسية:** ويظهر جليا في ارتفاع مستوى الضغط النفسي، تراجع الإحساس بالراحة النفسية فالبدنية وما ينجر عنه من شعور بالخوف، وازدياد مستوى القلق والاكتئاب، وتنامي الأعراض النفسية الجسدية (تقهقر النظام المناعي وظهور أمراض مثل حالات السرطان)، والأعراض المعرفية (فقدان الذاكرة، الحساسية المفرطة للشعور بالاضطهاد، عدم القدرة على التركيز وتصفية الذهن وحل المشاكل...)، زيادة على ذلك العزلة، الإحساس بالوحدة، تدهور العلاقات الاجتماعية، التعب المزمن ومشاكل النوم... كما شوهد في حالات العنف النفسي الخطيرة إصابة الضحايا باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أبعد من هذا لقد اعتبره كل من (Leymann, 1996) و (Hirigoyen, 2001) سببا للانتحار.

✓ **بروز مخلفات اقتصادية بالنسبة للفرد الضحية:** وتتمثل في تزايد التكاليف وفقدان الدخل نتيجة المرض والتغيب الذي يصاحبه، عدم القدرة على العمل، انخفاض الأداء، قرار الاستقالة أو الطرد... إن فقدان الثقة بسبب العنف النفسي يترك بعض الأفراد عاجزين عن أداء مقابلات التوظيف، فقد يصل الدمار النفسي لديهم إلى درجة أنهم يخشون تقديم أنفسهم أو خبراتهم وكفاءاتهم لنيل رضا وإعجاب المؤسسة الموظفة.

✓ **تضرر الحياة العائلية والاجتماعية للفرد الضحية:** إن تعرض الفرد للعنف النفسي غالبا ما يضر حياته الشخصية والعائلية بما فيها العلاقات والواجبات العائلية وعلاقات الصداقة وحياته الزوجية (Einarsen & Mikkelsen, 2003 cité par Poilpot- Rocaboy, 2010).

إن هذه الآثار لا تعني الفرد الضحية فقط، إذ بينت الدراسات أن الشاهد على العنف النفسي في العمل قد يتضرر تقريبا بنفس الشدة مقارنة بالضحية (Niedhammer, David & Degioanni, 2006).

ويذكر (2001) Dejours أن اضطهاد عضو من أعضاء المنظمة يترك آثارا تخويفية قوية في نفسية زملائه في العمل الذين يكتشفون أن المعتدي يبقى دون عقاب، مما يضاعف لديهم الشعور بالخوف خاصة إذا كانت جماعة العمل غير متماسكة ولا تتحلى بالتعاون (cité par Soares, 2002). إذن، يؤثر العنف النفسي سلبا في الضحايا والشهود معا ويسهم في خلق بيئة عمل تعسفية، مما يعود سلبا لا محالة على المنظمة (Branch, Ramsay & Barker, 2013).

2.10. بالنسبة للمنظمة

يولد العنف النفسي في العمل تكاليف معتبرة للمنظمة:

ترتبط التكاليف المباشرة بالتغيب، العطل بسبب المرض أو العجز، الدوران الوظيفي (تكلفة التوظيف لتعويض العامل الراحل، لتكوينه...)، تكلفة انخفاض الإنتاجية والأداء، الامتناع الجماعي عن العمل (إضراب في مصلحة ما أو في كل المنظمة...).

كما تجدر الإشارة أيضا إلى التكاليف المتصلة بالطعون في المحاكم (مصاريف الدفاع المدة اللازمة لتكوين الملف، الحكم بذاته...)، وأخيرا التكاليف المتصلة بتثويته صورة وسمعة المنظمة (Djurkovic, McCormack & Casimir, 2004).

3.10. بالنسبة للمجتمع:

يظهر ما يكلفه العنف النفسي في العمل بالنسبة للمجتمع من حيث نظام التعويض الاجتماعي (التبعية للضمان الاجتماعي، التأمين على البطالة، التقاعد المبكر لأسباب صحية تكاليف التغيب...). كما أن فقدان عمال نشطين ومنتجين بصورة مفاجئة يعني فقدان كفاءات ومهارات تعود سلبا على مجمل الإنتاجية الوطنية (Di Martino et al., 2003).

يؤثر انحطاط نوعية وجودة الخدمات - بالخصوص بسبب الخوف- وانخفاض الإنتاجية سلبا على صورة البلد، مما يحد من جاذبيته في نظر المستثمرين المحتملين، كما أن إصابة الدائرة الشخصية للفرد الضحية قد تعرض توازن واستقرار العائلة إلى الخطر. فقد ذكر (O'moore 2000) أن (28%) من الحالات تتأثر حياتهم سلبا من جراء العنف النفسي في العمل، ووفقا لدراسة ألمانية، (20%) من المستجوبين

يرجعون أسباب النزاعات والمشاكل مع الأزواج أو العائلة إلى العنف النفسي في العمل، من بينهم (8.1%) بلغوا مرحلة الطلاق (cité par Di Martino et al., 2003).

11. الوقاية من العنف النفسي في العمل:

إن العنف النفسي، وعكس الأشكال الأخرى للعنف في العمل، سيرورة أو عملية تتكون من سلوكات مختلفة ومتعددة تتفاقم بمرور الوقت، لهذا السبب، بإمكاننا إيقافه والتنبؤ به إذا تم التدخل مبكراً لأن الإجراءات الوقائية تكون أنجع حينئذ (Soares, 2002). تنظم عملية الوقاية من العنف النفسي في العمل في أربع مراحل:

❖ تدوين سياسة "لا للعنف النفسي في العمل":

تتمثل المرحلة الأولى في توضيح موقف المنظمة إزاء العنف النفسي في العمل وذلك بترسيمه عن طريق تدوين سياسة لمكافحة العنف بصفة عامة والعنف النفسي بصفة خاصة كما فعلت كل من شركة الطيران الفرنسية، بلدية لوزان بسويسرا، شركة (Volkswagen) الألمانية... تعرف هذه المنظمات مفهوم العنف النفسي، تقدم أمثلة من الواقع عن مواقف وأفعال العنف النفسي كما أنها تقوم بإعلام جميع أعضائها أن مثل هذه الممارسات غير مقبولة وأن المعتدين سوف ينالون جزاءهم (عقوبات، طرد...). يهدف هذا المسعى إلى تحديد القيم والسلوكات المتوقعة في المنظمة، ففي فرنسا وبموجب قانون العصرية الاجتماعية (2002) يتحتم على كل مستخدم ذكر منع العنف النفسي في القانون الداخلي للمنظمة.

❖ نشر هذه السياسة:

ولنجاعة أكبر، ينبغي نشر هذه السياسة وإعلام أعضاء المنظمة بمختلف الوسائل:

- وضع منشورات في مدخل المؤسسة، في قاعات الاستراحة، في ورشات العمل...

- إضافة وثائق إعلامية لكشف أجور العمال، بعث بريد خاص بالعنف للعمال...

وأبعد من ذلك، يضمن المسيرين الجواريون تذكير قيم احترام الأشخاص، بصفتهم في تواصل دائم مع أعضاء جماعتهم، يكمن دورهم في التدخل في حالات السلوكات المذلة والاحتقارية... قصد التذكير أن هاته التصرفات غير مسموحة في المنظمة. ويعد هذا البث في غاية الأهمية سواء كان عن طريق التدخل أو عن طريق السلوك المثالي للمسيرين.

❖ تحديد الإجراءات في حالة الشكوى:

يجب تحديد إجراءات رسمية للتعامل مع العنف النفسي في العمل، الأمر الذي يسمح بخلق بيئة تجعل الأفراد يشعرون بالراحة والاطمئنان للتعبير عما يخالجهم، وتجاوز ما يصنف إلى حد اليوم ضمن الطابوهات. تؤدي هذه الإجراءات إلى تعيين شخص أو عدة أشخاص مرجعيين يمكن اللجوء إليهم للإبلاغ عن العنف النفسي في العمل، من داخل أو من خارج المنظمة.

❖ تنمية الوسائل لإدارة الموارد البشرية

تساهم تنمية الوسائل لإدارة الموارد البشرية في الوقاية من العنف النفسي في العمل. كلما كانت القواعد واضحة ومقررة، كلما قل احتمال وجود العنف النفسي.

وعلى سبيل المثال، يعمل كل من وصف وتحليل مراكز العمل على كشف الاحتياجات في التوظيف وتحديد المعارف والخبرات وآداب السلوك المتوقعة لجميع أفراد المنظمة. إن توضيح هذه التوقعات يسمح بوضع الحدود في حالة السلوكات غير المرغوبة. إن آليات التوظيف اختبارات الشخصية ومقابلات الاختيار هي كلها مناسبات وفرص للتعرف على قيم، مشاريع تجارب، المواقف العسيرة التي واجهها المترشح والسلوكات التي تبناها للتغلب عليها، إدراكه لمهنته، لدوره ووظيفته... إن هذه التبادلات تسمح بتقييم مدى انسجام القيم والسلوكات بين الفرد والمنظمة.

كما أن التكوين يعمل على إعلام الأفراد، تحسيسهم وتوعيتهم بخطورة العنف النفسي في العمل، تحسين فهمهم له ومساعدتهم على الكشف عنه وإدارته، بواسطة محتوى التعليم المقدم (تعريف العنف النفسي، أمثلة عن حالات العنف النفسي، تقديم سيرورة العنف الإجراءات المتبعة لإيداع الشكوى، إجراءات إدارة الشكاوي...) (Poilpot- Rocaboy, 2000).

خلاصة الفصل:

إن الأخطار النفسية الاجتماعية هي أخطار صاعدة، صعبة التحديد، ومتواجدة بشكل ملفت في عالم الشغل، تنشأ من أنماط التنظيم والتسيير وظروف تنفيذ النشاط المهني، ودينامية العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسة مُشكّلة أخطارا على صحة الأفراد، ولقد تم الاهتمام في بحثنا هذا بالضغط المهني والعنف النفسي في العمل.

إن موضوع الضغط المهني، رغم قدم تناوله من قبل الباحثين إلا أنه لا يزال لحد الساعة موضوع العصر لما ينجم عنه من آثار وخيمة تمس الأفراد والمنظمات على حد سواء. لقد تطور مفهوم الضغط بالموازاة مع تطور المعارف العلمية، فبعد أن كان محدودا في بداياته في نطاق التفاعلات البيولوجية والفسولوجية، تغير هذا المفهوم بصفة مذهلة بفضل النظريات العديدة التي حاولت تطويره ليصبح اليوم أول الأخطار النفسية الاجتماعية ومن المفاهيم الأكثر انتشارا وغموضا في آن واحد. وبذلك يتجلى دور دراسة ضغوط العمل في أطر تنظيمية وما لها من انعكاسات على مردودية المنظمات من جهة وعلى العاملين من جهة أخرى، ليس فقط من أجل فهم هذه الظاهرة بل للكشف عن العوامل والأسباب المسؤولة عنها لهدف الحد منها أو القضاء عليها.

كما عرف موضوع العنف النفسي اهتماما كبيرا ومتزايدا في العالم بأسره لكونه سيرة تدميرية تهدد حياة العديد من العمال، ويظهر جليا مما سبق دور دراسة العنف النفسي في العمل لما له من آثار خطيرة وانعكاسات سلبية على العاملين والمنظمات معاً، كما تتبين ضرورة إدانة العنف بكل أشكاله واتخاذ التدابير الوقائية اللازمة وتطبيق إجراءات قانونية صارمة ضد المعتدين لحماية كرامة العمال وسلامتهم وترقية صحتهم النفسية في العمل.

وعليه، تعتبر الوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية، من التحديات والرهانات العظمى للصحة العمومية، وتظهر جليا حتمية العمل على كشف مواقف العمل المولدة لهاته الأخطار وانتقاء الاستراتيجيات والإجراءات التي ترمي إلى تحسين وترقية الصحة في العمل لتحقيق الرفاهية والأداء في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية.

الفصل الثالث: الصحة النفسية في العمل

القسم الأول: القلق

القسم الثاني: الاكتئاب

تمهيد

يعالج هذا البحث موضوع الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل، حيث يحتوي هذا الفصل على موضوع الصحة النفسية في العمل بقسميه القلق والاكتئاب. يكتسي هذا الموضوع أهمية كبيرة سواء من الناحية الاقتصادية أو الإنسانية، والصحة النفسية تلعب دوراً هاماً مثل الذي تلعبه الصحة البدنية بالنسبة لحياة الأفراد والمجتمعات، وهي مفهوم نسبي تحكمه عوامل عديدة سواء ذاتية متعلقة بشخصية الفرد أو محيطه متعلقة بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. بداية سوف نتطرق في هذا الفصل باختصار إلى مفهوم الصحة عامة، ثم مفهوم الصحة النفسية، بعدها سنستعرض بالتفصيل ما يخدم بحثنا من اضطرابات الصحة النفسية والمتمثلة في القلق والاكتئاب.

1. مفهوم الصحة:

يشترك اسم الصحة في اللغة العربية من الفعل صَحَّ، صَحَّاً وِصِحَّاً وِصِحَّاحاً: ذهب مرضه، وصَحَّ الشيء يعني برئ وسلم من كل عيب والصحة هي عدم اعتلال الجسم وسلامته (المنجد في اللغة والإعلام، 1986).

أما ما يقابل الصحة في اللغة الفرنسية (Santé) فهي تدل على حالة الشخص الذي يعمل جسمه بشكل جيد ومتناغم في ظل غياب المرض (Le Petit Larousse illustré, 2013).

لقد اعتبرت الصحة، ولمدة طويلة، أنها حالة ثابتة أين يكون الأفراد خاليين من المرض والعاهات، لكن في عام (1946) عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست فقط حالة الخلو من المرض والعاهة". وقد تعرض هذا التعريف لكثير من الانتقادات بسبب الطبيعة المثالية والمعيارية التي يتضمنها، غير أنه يمكن اعتباره إطار توجه عام لتعريف وتحديد معنى الصحة (عبد الله، 2010).

وإذا تفحصنا هذا التعريف فإننا نلاحظ فيه نقطتين هامتين:

الأولى: أن الصحة لا تشمل الجانب البدني فقط وإنما تمتد لتشمل الجانبين النفسي والاجتماعي.

الثانية: الصحة ليست مجرد غياب المرض أو الضعف وإنما هناك شروط أخرى يجب أن تتوفر حتى يتمتع الشخص بصحة كاملة.

وهناك تعريفات كثيرة تستند بشكل عام إلى هذا التعريف في الصحة كتعريف (Hurrelmann 1995) حيث يرى أن الصحة هي حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما، وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة.

واستناداً إلى هذا التعريف، تكون الصحة متضررة عندما تواجه الفرد في مجال أو أكثر من هذه المجالات متطلبات لا يتمكن الفرد من تذييلها والتغلب عليها ضمن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه وضمن المرحلة الحياتية التي يمر بها، ويمكن لهذا التضرر أن يتجلى على شكل أعراض من الشذوذ النفسي والاجتماعي والجسدي.

ويتمتع الإنسان بالصحة عندما يتمكن من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، وعندما يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط، وعندما يتمكن بالإضافة إلى ذلك من تقرير مصيره وتحقيق التوازن بين إمكانياته البيولوجية والوراثية والنفسية والجسدية (أورد في: أبو دلو، 2009).

والصحة حالة من الإحساس الإيجابي، أي أن الصحة لا تتحقق بصورة آلية دون سعي الفرد نحو تحقيقها، وإنما تتوفر كمحصلة فعلية ولموسة لما يقوم به الفرد خلال رحلة حياته كلها من خلال محافظته على القدرات الاجتماعية والنفسية والجسدية وترميمها.

وتشكل الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والثقافية إطاراً لإمكانيات تنمية الصحة عند الأفراد، ومن هنا فإن الحالة الصحية تعكس قدرة الإنسان على تمثل هذه الظروف وتطويعها لمصلحته، أي أن حالة الصحة تعبر عن الكيفية التي يواجه من خلالها الظروف الاجتماعية التي يعيشها ويتغلب فيها على متطلبات تلك الظروف (رضوان، 2009).

وينظر إلى الصحة في المبادئ النظرية الحديثة على أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادراً على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة. ويرى كل من (Schroeder & Schech 1990) الصحة من منظور التوازن المثبت للمنظومة المخفف دائماً للتناقضات في علاقة الإنسان والمحيط، وتعتبر الصحة عن نوعية تنظيم العلاقة المتناقضة بين الفرد والمحيط.

ويشمل مفهوم الصحة المظاهر الفسيولوجية الجسدية والنفسية الاجتماعية للحالة الفردية للشخص، ووجود ذخيرة معرفية وسلوكية كافية للتصميم الفردي الصحي للحياة من أجل مواجهة أزمات الحياة الراهنة. ومن هنا يتبين أن مفهوم الصحة يعكس التكيف الناجح للفرد على المستويات البيولوجية والفسيولوجية والمناعية والاجتماعية والنفسية والثقافية (Beutel, 1989 ; Haisch & Zeitler, 1991) (أورد في: رضوان، 2009).

2. مفهوم الصحة النفسية:

اختلفت وجهات النظر في وضع تعريف محدد للصحة النفسية وذلك لاختلاف الاتجاه النظري الذي ينتمي إليه كل باحث، فهناك تعريفات متعددة للصحة النفسية، نعرض البعض منها كالآتي:

يعرف عبد الخالق (1983) الصحة النفسية أنها حالة عقلية انفعالية مركبة، دائمة نسبياً من الشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن والسلامة العقلية والإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط والقوة، ويتحقق بذلك أعلى درجة من التكيف النفسي والاجتماعي. ويتسم الشخص ذو الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية بسمات عدة منها: الكفاءة، الخلق القويم، الاتزان الانفعالي، السلوك السوي، تكامل الشخصية والقدرة على مواجهة الأزمات.

وفي تعريف آخر، يعرف آدم (2005) الصحة النفسية أنها قدرة الفرد على إزالة العقبات التي تواجهه بسلوك سوي يتميز بالمرونة التي تكفل له التكيف مع هذه العقبات في حالة عجزه عن إزالتها نهائياً، والنتيجة التلقائية لذلك هي الاتزان النفسي والذي يعتبر المؤشر الجيد للصحة النفسية.

فيما يرى (1985) Reben أن الصحة النفسية هي أعلى مستوى من التكيف السلوكي والانفعالي، وليس مجرد الخلو من المرض أو الاضطراب (أورد في: عبد الله، 2010)

ويعرفها عبد الله (2010) أنها حالة عقلية انفعالية سلوكية إيجابية دائمة نسبياً، تبدو في أعلى مستوى من التكيف النفسي والاجتماعي والبيولوجي حين يتفاعل الفرد مع محيطه الداخلي (ذاته) ومحيطه الخارجي (الاجتماعي والفيزيقي الطبيعي)، وحين تقوم وظائفه النفسية بمهامها بشكل متناسق ومنكامل ضمن وحدة الشخصية.

نستنتج مما سبق ذكره أن الصحة النفسية هي حالة نفسية نسبية يعيشها الفرد، من سماتها السلامة النفسية المتمثلة في الخلو من الاضطرابات والأمراض النفسية والاندماج الكلي والإيجابي للفرد في جميع مناحي الحياة اليومية للمجتمع الذي يعيش فيه.

3. خصائص الصحة النفسية:

- تبعاً لكل البحوث التي أجريت حول موضوع الصحة النفسية، اتفق معظم الباحثين على بعض الخصائص التي منها ما يلي:
- ✓ أنها نسبية وغير مطلقة وذات دوام نسبي.
 - ✓ أن مؤشراتها كثيرة ومتغيرة تبعاً لعدد من المتغيرات.
 - ✓ مستوى الصحة النفسية يختلف بين الأفراد، وحتى لدى الفرد الواحد من وقت إلى آخر ويتغير كذلك تبعاً لاختلاف الزمان والمكان والمجتمع.
 - ✓ كمالها التام غير موجود، أي أن الفرد لا يشعر بالسعادة أو النشوة والاطمئنان والتوافق النفسي في كل لحظة من لحظات حياته.
 - ✓ مجردة وغير ملموسة، لذلك تصعب عملية دراسة الصحة النفسية.
 - ✓ إنسانية حيث أن رغم دراسة علم النفس للسلوك الحيواني، إلا أن الصحة النفسية تمتاز بصفة الإنسانية.
 - ✓ ذاتية ملتزمة بالذات الفردية فهي داخلية كالتفكير والتخيل.
 - ✓ فردية فهي شخصية أي تتجلى في شخصية الفرد (مبروك وطيب، 2009).

4. الصحة النفسية في العمل:

استناداً إلى تعريفات الصحة النفسية، يمكن تعريف الصحة النفسية في العمل على أنها حالة من التوازن المعرفي والانفعالي والسلوكي والتي تمكن الفرد من أداء مهامه والحفاظ على علاقاته المهنية والمشاركة في مختلف النشاطات في مكان عمله والشعور بالرضا عنها، وتمثل الصحة النفسية للعمال أهمية كبيرة من الناحية الاقتصادية والإنسانية على حد سواء ولذلك فإن ما ينفق على رعاية العامل صحياً واجتماعياً وترفيهياً، لا يمكن أن يعد من قبيل الخدمات، ولكنه من أعظم وسائل الاستثمار ومجالاته، ذلك لأنه على

قدر ما يتمتع به العمال من الصحة البدنية والنفسية، على قدر ما يزداد إنتاجهم كميًا وكيفيًا، وعلى ذلك فمن الحكيم توفير جو صحي من الناحية النفسية والعقلية للعمال (العيصوي، 2009).

هناك علاقة وثيقة بين صحة العامل النفسية وكفائته الإنتاجية، وعلاقاته الاجتماعية بزملائه في العمل، فهي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمثابرتة على عمله وتحمسه له واستقراره فيه وتعرضه للحوادث، فالصحة النفسية المعتلة هي نواة الاضطراب والتمرد والصراع والشكوى من العمل ومن الناس (راجح، 1980).

5. مظاهر الصحة النفسية في العمل:

ويقصد بمظاهر الصحة النفسية أشكال السلوك التي يقوم بها الشخص ويعبر وجودها عن درجة صحته النفسية وتكيفه، والصحة النفسية، حسب ما ورد في التعريفات المختلفة، تحمل جانبيين: إيجابي ويتمثل في اندماج ومشاركة الفرد في جميع مجالات الحياة، وسلبى يتمثل في الخلو من الاضطرابات النفسية، ومن هذا المنطلق حددت العديد من العلامات التي تدل على طبيعة ووضع الصحة النفسية لأي فرد، وقسمت إلى مظاهر إيجابية وأخرى سلبية.

1.5. المظاهر الإيجابية للصحة النفسية في العمل:

يرى الخالدي (2009) أن الصحة النفسية السليمة عامة تتميز بمظاهر تتسم بالإيجابية ومن أهمها:

- ✓ التكيف بأشكاله المختلفة: النفسي والبيولوجي والاجتماعي (الزواجي، الأسري، المهني،...)
- ✓ الشعور بالسعادة مع النفس والآخرين: الشعور بالطمأنينة والسعادة والابتهاج والفرح إزاء الذات والآخرين كوجود اتجاه متسامح نحو الذات واحترام النفس وتقبلها وتقديرها، وحب الآخرين والثقة بهم واحترامهم، وتكوين علاقات اجتماعية مرضية، والسعادة الأسرية والاستقلال الاجتماعي، وتحمل المسؤولية.
- ✓ فهم الذات وتحقيقها: على الفرد أن يعي قدراته وسماته بصورة واقعية، وأن يدرك نواحي القوة والضعف فيه. فمن مظاهر الصحة النفسية تناسب وتجانس مستوى الطموح مع قدرات الفرد وإمكاناته الذاتية، والعمل على استثمارها.

- ✓ مواجهة مطالب الحياة وأزماتها وإحباطاتها: إن الحياة لا تخلو من مطالب وصعوبات وأزمات يجب على الفرد مواجهتها والتغلب عليها، وكلما كان معدل تحملها عالياً، كان ذلك دليلاً ومؤشراً على درجة عالية من الصحة النفسية.
 - ✓ النجاح في العمل: فنجاح الفرد في عمله ورضاه عنه وميله له دليل على توفر الصحة النفسية.
 - ✓ الاتزان الانفعالي والحفاظ على مستوى مناسب من الحساسية الانفعالية: أي النضج الانفعالي والثبات الانفعالي، وتكافؤ انفعالات الشخص مع مثيراتها، ويعد عدم التجانس أو الاتزان بين نوع المثير أو الموقف والاستجابة الانفعالية للفرد من أهم مظاهر اختلال الصحة النفسية وظهور الاضطرابات النفسية.
 - ✓ الإقبال على الحياة والمشاركة المناسبة في حياة المجتمع وتقديمه: بما أن الفرد عضو في مجتمع، فعليه أن يشارك ويعمل من أجله، ويرافق ذلك، الإقبال على الحياة والاستمتاع بالجمال. فمن علامات اعتلال الصحة النفسية أو اضطرابها، الإحجام عن الحياة والتشاؤم واليأس.
- وتتمثل مظاهر الصحة النفسية للعمال كما يراها (عوض، 1985) و(الهابط، 1987) فيما يلي:
- ✓ زيادة معدلات الإنتاج وتحسين الإنتاجية وقدرة العمال على الإنتاج المعقول في حدود ذكاءهم وحيويتهم واستعدادهم إذ كثيراً ما يكون الكسل والخمول دلائل على شخصيات هدتها الصراعات واستنفذت الكبت حيويتها.
 - ✓ قلة عدد الشكاوي والتظلمات من العمال.
 - ✓ تمسك العمال بأعمالهم وعدم رغبتهم في ترك هذا العمل.
 - ✓ قلة الأخطاء في العمل وقلة الفاقد في الخامات والتالف في الإنتاج.
 - ✓ انخفاض معدلات الغياب.
 - ✓ انخفاض السلوك العدواني.
 - ✓ انخفاض عدد إصابات العمل التي كثيراً ما يكون سببها اضطراب العامل وقلقه وعدم قدرته على التركيز.
 - ✓ سيادة الاتجاهات الموجبة والمرغوب فيها بين العمال نحو المؤسسة والإدارة.
 - ✓ عدم الإكثار من استخدام الحيل الاجتماعية من قبل العمال (مثل التمارض من أجل التغيب).

✓ قدرة الفرد على عقد صلات اجتماعية تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار لا يشوبها التحدي والعدوان والشك والاعتماد المسرف على الغير وعدم الاكتراث لمشاعرهم.

2.5. المظاهر السلبية للصحة النفسية في العمل:

إن بيئة العمل السلبية تولد العديد من الأمراض وأهمها فقدان الرغبة في العمل واختفاء دوافع الابتكار والتطوير وقد يصاب بحالة من العزوف عن المبادرة والاستسلام لنمطية العمل وآلياته، وكذلك الإحساس بالإحباط والعدوان وهذا يقوده إلى الاكتئاب والإتكالية والقلق والشعور بالإغتراب عن العمل ومثل هذه الأمور تؤدي إلى تراجع معدلات الأداء وظهور النزاعات والبطء في الإنجاز (الهيجان، 1998، أورد في: الجعافرة، 2003).

يسبب العمل الاضطرابات النفسية بطرق متعددة، فساعات العمل الطويلة وطبيعته ذات الوتيرة المتكرر وضغط الوقت والضوضاء والحرارة والمسؤولية على الآخرين والصراع معهم، كلها مصادر للاضطرابات النفسية (آرجايل، 1993 أورد في: الجعافرة، 2003).

لقد أصبح أصحاب العمل مدركين أن الصحة الجيدة للقوى العاملة لديهم هي من أولى اهتماماتهم، فالعمال الذين لا يتمتعون بصحة نفسية جيدة هم أقل إنتاجاً ولديهم معدلات غياب أعلى وكذلك تكلفتهم العلاجية واستخدام التأمين الصحي أعلى، ولهذا جاء الاهتمام بجوانب الصحة النفسية لتأثيرها في أداء الأفراد لأعمالهم لذلك فقد تم توظيف مختصين في تقييم الصحة النفسية للعمال (White, 1983).

فقد كان الاهتمام سابقاً بالإنتاج وبمصلحة المؤسسة دون الاهتمام بالعمال وصحتهم النفسية لكن بعد العديد من الدراسات والبحوث، تبين أن الصحة النفسية للعمال هي من مفاتيح الإنتاج الجيد، هذا ما قاد المؤسسة إلى الاهتمام بها (Perlmutter, 1982) ومن بين هذه الدراسات نذكر: الدراسات الكمية لبعض المهن التي توضح الآثار الوظيفية المختلفة مثل معدلات الانتحار بين الأطباء ومعدلات الإدمان بين رجال الشرطة، خصائص وظيفية معينة تؤثر على الصحة النفسية والجسمية مثلاً الأعمال التي يكون فيها القليل من الضبط والتحكم تؤدي إلى حدوث الضغط في العمل، كذلك الأبحاث في مجال العلاقة بين الرضا المهني والرضا عن الحياة والتي أظهرت علاقة واضحة بين الضغط في العمل ونوعية الحياة المنخفضة، ويتضح

من ذلك أن العمل قد يسبب الاضطرابات النفسية كون أن الأفراد يستخدمون بيئة العمل كمسرح ليظهروا ويعبروا عن دوافعهم فيها.

6. اضطرابات الصحة النفسية:

ارتبط مفهوم الصحة النفسية في بدايات علم النفس بالاضطرابات النفسية واعتبر الخلو من أعراض هذه الاضطرابات دلالة قوية على صحة نفسية سليمة، وبعد التطور الذي حصل في نظرية علماء النفس لموضوع الصحة النفسية بحيث أصبحت تحمل المعنى الشامل، لكن رغم ذلك ظلت أعراض الاضطرابات النفسية من المظاهر السلبية للصحة النفسية.

1.6. تعريف الاضطراب النفسي:

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الاضطراب النفسي بأنه نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة. ومصطلح الاضطراب يستخدم للتعبير عن وجود جملة من الأعراض أو التصرفات التي يمكن تمييزها سريريا والتي تكون مصحوبة في معظم الحالات بضيق وتشوش في الوظائف الشخصية، تمثل الاضطرابات النفسية إذن مجموعة من الأعراض والأنماط السلوكية والنفسية والعقلية غير السوية والتي تؤثر في حياة الفرد وتسبب له الآلام والضيق مما يؤثر على صحته النفسية والعقلية والشعور بالنقص وعدم الرضا وقد تؤدي إلى التدهور في بعض المهارات الحياتية على صعيد العمل والإنجاز والعلاقات الاجتماعية، ولا ينبغي إدراج الانحراف أو النزاع الاجتماعي الذي لا يصاحبه خلل أدائي في الشخصية ضمن الاضطرابات النفسية (ميهوب وميهوب، 2020).

2.6. أنواع الاضطرابات النفسية:

تنقسم الاضطرابات النفسية التي قد تهدد صحة وسلامة الفرد إلى:

❖ الأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية:

تشير التقارير الطبية إلى أن ما نسبته (60%) من المرضى الذين يترددون على الأطباء عالمياً يعانون من أعراض سيكوسوماتية وتوضح لنا الأبحاث في ميدان طب العمل أن نسبة كبيرة وصلت ما بين (70- 75%) من حالات التغيب من العمل ترجع إلى شكاوي سيكوسوماتية.

ويعرفها Davison & Neale (1998) بأنها عبارة عن "أمراض جسدية (كالربو وقرحة المعدة وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب...) ليس لها تفسير أو سبب فسيولوجي وليست تحت التحكم الإرادي ولكنها مرتبطة بعوامل نفسية كالقلق". ويعرفها عبد المعطي (2003) بأنها "مجموعة من الأعراض والشكاوي التي تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماماً ويدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة في جسم المريض، ولكنها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمتغيرات وعوامل نفسية أبرزها الدافعية والعوامل الانفعالية والوجدانية والضغوط البيئية".

وهناك أسباب كثيرة للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية مثل: الإحباط، ونمط الشخصية، والعوامل الانفعالية، والضعف التكويني، والأمراض العضوية، وعوامل ذات صلة بطبيعة الوظيفة (الزرد، 2000).

❖ اضطراب الوظائف الاجتماعية:

وهو ضعف المقدرة على التفاعل الاجتماعي وتكوين الصداقات والعلاقات المتوافقة مع الآخرين، حيث يشعر الفرد بنقص الحماس للعمل والإنتاج، والعجز عن مواجهة بعض المشاكل والتهرب منها لعدم امتلاكه المهارات الاجتماعية اللازمة لحلها، وهو أيضاً عدم قدرة الفرد على تحمل المسؤولية الفردية والاجتماعية وضعف التكيف مع التغيرات. ومن أهم أسباب الإصابة باضطراب الوظائف الاجتماعية هو معاناة الفرد من القلق والاكتئاب، حيث لا يعود الفرد قادراً على أداء واجباته وأدواره الاجتماعية بالشكل الطبيعي، ويفقد قدرته على التواصل مع الآخرين والتعامل معهم، وهو ما يزيد المشكلة سوءاً إذ يجعلهم يبتعدون عنه، ويبدأ هو بالمعاناة من الوحدة (الخطيب والزيادي، 2001 أورد في: الشخانية، 2005).

❖ **الذهان:**

وهو من الاضطرابات النفسية الشديدة التي تؤدي إلى خلل عقلي خطير وشخصية مفككة، وتكمن أبرز صفات الذهان الذي تميزه عن الأمراض النفسية الأخرى في: تشويه الحقائق، نقص البصيرة، الفوضى الشديدة والحادة في السلوك العام للشخصية. كما يمكن للمريض الذهاني أن يطور اعتقادات عن سلوك الآخرين ليس لها أساس من الصحة، ويمكن أن يسمع أصوات ويشم روائح غير موجودة أصلاً، وقد يتصرف بطريقة غريبة وشاذة، وتضعف قدرته على تحمل وظائف ومتطلبات الحياة المعتادة.

❖ **العصاب:**

وهو شكل من أشكال سوء التكيف بلغ درجة واضحة من الشدة يؤثر في سلوك الفرد ويؤذي صحته وكفايته الإنتاجية، وفائدته في المحيط الذي يعيش فيه، من غير أن يجعله عاجزاً عن الإنتاج، أو عدواً للمجتمع أو فاقداً لصلته مع المحيط (الرفاعي، 1987). والعصاب يشمل أنواعاً من اضطرابات السلوك الناشئة عن فشل الأفراد في التوافق مع أنفسهم ومع البيئة المحيطة بهم، وهو عبارة عن مشكلات نفسية وانفعالية ومحاولات غير ناجحة للتوافق مع التوترات والصراعات الداخلية (أحمد، 1999). كما يعتبر العصاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعاً، إذ نسبة (60%) من المرضى النفسيين هم مرضى عصاب إلا أن من يدخل منهم مستشفيات الأمراض العقلية لا يتجاوز (7%) فقط، ويعود ذلك إلى التفاوت الشاسع في شدة الأعراض ومدى تأثيرها في حياة المريض ومن حوله أو لقلة الوعي بطبيعة المرض النفسي ومدى فاعلية العلاج في إنهاء الحالة (جبريل، 1992). وتشمل فئة العصاب عدة أمراض أهمها القلق والاكتئاب.

القسم الأول: القلق

يحتوي القسم الأول من فصل الصحة النفسية في العمل على موضوع القلق، باعتباره من المؤشرات والمظاهر السلبية للصحة النفسية. يعد القلق واحدا من المشاعر الأساسية الطبيعية لدى الإنسان مثله مثل الغضب والفرح والحزن، التي ترافق الإنسان منذ لحظات الولادة حتى نهاية الحياة. ويظهر القلق في المواقف التي يقيمها الفرد على أنها مهددة وغير مضمونة ويصعب السيطرة عليها، لكن عندما يتجاوز القلق مقدارا معيناً فإنه يسبب الضرر أكثر من الفائدة. سوف نتطرق في هذا القسم إلى ذكر مفهوم القلق، وأوجه التشابه والاختلاف ما بين القلق والخوف والضغط، وكذا أنواعه وأهم تصنيفاته، وأعراضه، ثم سنستعرض مصادره وأسبابه ونظرياته وأخيرا القلق المهني وطرق العلاج.

1. مفهوم القلق:

في اللغة العربية، قلق الشيء قلقاً: حرّكه، قلقَ قلقاً: اضطرب وانزعج (المنجد في اللغة والإعلام، 1986).

ويعرف القلق (Anxiété) في اللغة الفرنسية بأنه خوف شديد ينشأ من حالة عدم اليقين في موقف ما، أو من خشية حدث ما، ومن الناحية النفسية فهو حالة انفعالية من التوتر العصبي، والخوف أما من وجهة نظر الطب النفسي، فيعرف القلق أنه حالة نفسية تتميز بتوقع خطر وشيك غير محدد، يكون مصحوبا بعدم الارتياح والخوف والإحساس بالعجز (Le Petit Larousse illustré, 2013).

وعرفه عكاشة (1982) بأنه شعور دائم بالخوف والتوتر عادة ما يصاحبه أعراض تنبيه في الجهاز العصبي اللاإرادي من جفاف الحلق وسرعة دقات القلب وارتعاش الأطراف.

ويعد القلق بمثابة القاعدة الأساسية والمحور الدينامي في جميع الاضطرابات النفسية والعقلية، والنفسجسمية والانحرافات السلوكية، فهو القاسم المشترك فيما بينها جميعا، كما أنه غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا (أورد في: زهران، 1997).

كما عرفه زهران (1997) أنه حالة من التوتر الشامل والمستمر الذي يحدث للفرد نتيجة توقعه لخطر يهدده سواء كان هذا الخطر حقيقيا أو رمزيا يصاحبه خوف غامض بالإضافة إلى بعض الأعراض النفسية والجسمية.

حيث يعتبر القلق خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر. وينشأ القلق شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة، ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن (أحمد، 1999).

أما فرويد، فيعتبر القلق بمثابة منبه عن خطر داخلي ومجهول، حيث يشعر به وعي الفرد، يكون مصدره الذات، يريد من خلال هذه الرسالة الوصول إلى الأنا على أمل أن يتم تجنيد كل الموارد الداخلية من أجل إعادة التوازن الذي تم تهديده. فإذا فشل الوعي في هذه المهمة، تعم وتستمر الفوضى، وهذا ما يفسر حالة التهيج القسوى. وهكذا يتمكن القلق من الفرد إلى أن يتم التعرف على الخطر والتحكم فيه (Braconnier, 2004).

فيما يرى جوزف ولبي أن القلق من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي والصادرة عن الجملة العصبية اللاإرادية بسبب منبه أو مثير يهدد الكائن الحي، ويعتبر القلق مثل الخوف كرد فعل طبيعي لاستجابة الفرد نحو الإثارة الضارة، والإثارة الضارة هي كل حدث يسبب اضطرابا وظيفيا في الأنسجة العضوية، ويدفع الفرد نحو استجابة تجنبية (أورد في: الزراد، 2008).

في حين يعرف (Trouillet, Bourgey, Brouillet & Leroy-Viémon (2012) القلق على أنه حالة ذاتية خاصة من المعاناة، وهو إحساس مرهق وشاق من الانتظار والترقب لخطر وشيك ومبهم في آن واحد، وهو مظهر إنساني انفعالي يمكن ملاحظته في جميع مراحل الحياة، يكون للقلق درجات متفاوتة من الشدة وغالبا ما يكون مصحوبا بمجموعة من الأعراض الجسمية.

ويمكننا استنتاج مما سبق ذكره من تعريفات أن القلق هو عبارة عن حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل مزيجا من مشاعر الخوف المستمر والفرع والتوجس والتوتر نتيجة توقع شر وشيك الحدوث، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما مبهم وغامض، حيث تؤثر سلبا في مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي، والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة ويكون مصحوبا بمجموعة من الأعراض الجسمية.

2. أوجه التشابه والاختلاف ما بين القلق والخوف والضغط:

1.2. القلق والخوف:

لقد تطور القلق والخوف أثناء تطورنا التاريخي كمخلوقات بشرية بوصفه ردة فعل ذات قيمة عالية من أجل البقاء، فعندما كان الإنسان يعيش في الطبيعة، كان الخوف ضروريا من أجل الحياة، حيث كان يهيء الجسد من أجل النزال أو الهروب عندما يواجه الإنسان خطرا مهددا. وما يزال الخوف والقلق إلى يومنا هذا أمرا طبيعيا وضروريا بوصفه إشارة إنذار تحذر العضوية وترفع من الانتباه (رضوان، 2007).

ويرى القريطي (2003) أن القلق يتشابه مع انفعال الخوف في كثير من الأعراض، ويرتبط به ارتباطا وثيقا، ويرى بعض الباحثين أن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة ظاهرة حقيقية وواقعية يدركها الفرد ويعي بخوفه منها، بينما ينظرون إلى القلق على أنه شعور مبهم وغامض، أو خوف مستمر من مجهول، وأن هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر حيث يتوقع الشخص أن شيئا ما سيهدد أمنه واستقراره يوشك أن يحدث، وأن هذا الشيء لا يمكن تفاديه، كما يعجز عن تحديده تحديدا واضحا.

أما (Trouillet et al., 2012) فيعتبرون أن القلق استجابة مثله مثل الفرح والحزن والغضب وهو جزء من الحياة اليومية، يحدث عندما يعتقد الفرد أن حدثا خطيرا أو بائسا على وشك الحدوث، فيستبقه. القلق إذن استجابة لخطر أو تهديد غامض أو مجهول، ويختلف القلق عن الخوف كون القلق يحدث في غياب تهديد موضوعي أو هو حالة مبالغ فيها ولا تتناسب مع حقيقة هذا التهديد، بينما الخوف هو استجابة لخطر أو تهديد خارجي واقعي معروف ومحدد الملامح.

2.2. القلق والضغط:

يعرف الضغط على أنه استجابة عادية لموقف يستدعي التكيف. إنه ظاهرة تسمح للفرد بالتكيف لمختلف الأحداث السلبية أو الإيجابية التي يعيشها كمناسبة الزواج أو فقدان منصب عمل... الخ، ويتجسد الضغط من خلال ردود أفعال على المستوى الجسدي، المعرفي والانفعالي، وتعتمد قدرة الفرد على التكيف للمواقف الجديدة أساسا على شخصيته، معتقداته، خبراته الماضية وشبكة الدعم التي يحظى بها.

ويتفق القلق والضغط في مواطن كثيرة، فالقلق هو نتيجة فورية وشائعة للضغط، وعلى غرار الضغط، يمكن للقلق أن يتجسد على شكل أعراض على المستوى الجسدي، المعرفي والانفعالي (LÔo, LÔo & Galinowski, 2003).

3. أنواع القلق:

يمكن تصنيف القلق تبعاً لأسس مختلفة:

- من حيث مدى وعي الفرد به: ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد أسبابه ويمكنه تحديدها والتصدي لها، وغالباً ما يزول بزوال تلك الأسباب، وقلق لا شعوري لا يفطن الفرد إلى مبرراته ودواعيه رغم سيطرته على سلوكه.
- من حيث درجة شدته: ينقسم القلق إلى قلق بسيط، وقلق حاد وقلق مزمن.
- من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته ومهامه: هناك قلق ميسر ومنشط للأداء وقلق مثبط أو معطل (القريطي، 2003).

كما قسمه (Trouillet et al., 2012) إلى نوعين:

- **القلق الأساسي:** يكون القلق أساسياً عندما يكون منعزلاً، وفي هذه الحالة تسمح خصائصه التطورية وظروف ظهوره بإجراء وصف دقيق وتصنيف منهجي للاضطراب.
- **القلق الثانوي:** يصاحب القلق معظم الحالات المرضية النفسية والجسمية بالإضافة إلى المواقف البيئية غير السارة، يسمى في هذه الحالة قلق ثانوي.

وقد ميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق هي: القلق الواقعي الموضوعي، القلق العصابي والقلق الخلقى أو الضميري.

- **القلق الموضوعي:** هو إدراك الفرد للمثيرات أو المواقف التي تشكل خطراً عليه أو تسبب له الخوف، أو إدراكه لنوع من الخطر الذي يتوقعه إذا ما اختبر مواقف معينة كشعور الفرد بالقلق حيال امتحان أو عند الإقدام على الزواج، وهذا النوع هو أقرب إلى الخوف الطبيعي ذلك لمعرفة الفرد لمصدره، وينتهي هذا القلق بزوال المصدر الذي أثاره.

- **القلق العصابي:** ويتميز عن القلق الموضوعي بأنه أكثر حدة وشدة وأنه عرض مرضي يعوق التوافق السوي والسلوك العادي للفرد ينشأ هذا النوع من القلق كنتيجة لتخوف الفرد من أخطار تهدد الذات بحيث لا يعرف الفرد مصادرها (القريطي، 2003).
 - يتمثل هذا القلق في الشكاوي الدائمة والشعور بالخوف الدائم من موضوعات أو مثيرات خارجية، ولكن هذا الخوف لا يتناسب مع الخطر المتوقع من هذه الموضوعات، مثلاً خوف الفرد من الحشرات والدم ويتخذ القلق العصابي صورة الهوس حيث يظهر الفرد المصاب بهذا النوع من القلق سلوكاً لا مبرر له، أو يحدث ثورة لا أساس لها (إسماعيل، 2001).
 - **القلق الخلقي:** يتمثل القلق الخلقي في شعور الفرد بالذنب، وهو ينشأ أساساً من الخوف من الوالدين وعقابهما، ويظهر على شكل قلق عام دون وعي بالظروف التي أدت إليه أو في صورة مخاوف مرضية كما يرى فرويد أن القلق مجهول المصدر (القلق العصابي والخلقي) هو الذي يهدد سلامة وصحة الفرد النفسية، بخلاف القلق معروف المصدر الذي ينتهي بزوال المصدر (إسماعيل، 2001).
- أما (Spielberger, 1970) فقد قسم القلق إلى حالة وسمة:
- **حالة القلق:** هي حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي، وتعرف بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هنالك ما يهدده، هذا وتكون استجابة طارئة تزول بزوال المثير المقلق وتؤدي إلى حدوث تغير في اتزان الحالة النفسية عند الفرد مما يؤثر سلباً على مختلف نشاطاته اليومية.
 - **سمة القلق:** هي استعداد سلوكي مكتسب في معظمه وغالباً ما يستمد أصوله من خبرات الطفولة المبكرة والمؤلمة كما تعرف بأنها استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد، يتصف بقدر أكبر من الاستمرارية بالمقارنة مع حالة القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم.
- إذ وجد أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلاً، يميلون إلى إدراك أغلب المواقف من حولهم على أنها خطيرة ومهددة لذواتهم حتى لو لم تكن خطيرة موضوعياً، لذا فهم يستجيبون

لنتلك المواقف بدرجة توتر زائدة ومبالغ فيها تفوق درجة خطورتها الحقيقية أو لا تتكافأ معها من حيث الشدة (أورد في: القريطي، 2003)

4. تصنيف اضطرابات القلق:

يصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) للجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association [APA], 2000/2003) اضطرابات القلق وفقا لمعايير تشخيصية إكلينيكية إلى ما يلي:

1.4. اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة Panic disorder without agoraphobia: يتميز بحدوث نوبات مفاجئة وعنيفة من الهلع (الفرع والخوف الشديد) المتكرر، وعادة ما يرتبط بمظاهر فسيولوجية كضيق التنفس وسرعة ضربات القلب والعرق والارتجاف وألم الصدر، والغثيان والدوخة واضطراب الإدراك، كما قد يرتبط بأفكار غير مبررة كالخوف من الجنون أو فقدان الوعي، الخوف من الموت أو الهلاك المحتوم، تكون مدة النوبات قصيرة والأعراض مذهلة ومقلقة بالنسبة للمعني وكذلك لمن حوله لكنها في الواقع دون خطورة.

2.4. اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة Panic disorder with agoraphobia: يشتمل على نفس الأعراض المشار إليها في النوع السابق، إلا أنه أيضا يرتبط بالخوف من الأماكن المتسعة والمفتوحة.

3.4. رهاب الأماكن المتسعة بدون تاريخ من الهلع Agoraphobia without history of panic: يرتبط بالخوف الشديد من التواجد في أماكن أو مواقف يصعب الهروب منها أو يكون من الصعب التدخل في حالة حدوث مشكلة. هذا النوع من الرهاب يؤدي بالفرد إلى تجنب المتاجر الكبرى، دور السينما، ووسائل النقل العام، والحشود... في أشد الحالات، يكون المريض حبيسا في بيته، وفكرة الخروج منه للتنزه مثلا، تسبب له قلقا عظيما. وتتمثل أهم أعراض الرهاب في الدوخة واختلال الإدراك والقيء وقد تصل الأعراض إلى فقدان السيطرة على عمليات الإخراج.

4.4. الرهاب المحدد Specific phobia: يعرف أيضا في النسخ السابقة بالخوف البسيط، وهو خوف من مثير محدد مثل الخوف من بعض الحيوانات والحشرات أو الدم والأماكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة وما إلى ذلك، وهو أكثر انتشارا خاصة لدى الإناث إلا أنه أقل إعاقة لنشاطات الفرد.

5.4. الرهاب الاجتماعي Social phobia: وهو خوف من المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يتعرض فيها الفرد إلى النقد من الآخرين، وهو الخوف المرتبط بنظرة وحكم الآخرين، ويصاحبه الإحساس بالخزي. وتتنوع أعراضه وعلاماته، إذ نجد مثلا أن المصاب بهذا الاضطراب لا يمكنه التعبير عن الرفض، أو الدفاع عن وجهة نظره أو إيصال مشاعره أو حتى تقديم طلب ما، وفي أوقات أخرى، نلاحظ الخوف من الاحمرار، صعوبات في الأكل والشرب في الأماكن العامة، والخوف من جعل الشخص الذي يتحدث معه غير مرتاح، فهذا القصور في المهارات العلائقية يسبب في معاناة هامة وملحوظة لدى الفرد. قد يكون الرهاب الاجتماعي سببا في ظهور الاكتئاب من خلال نقص التعزيز الإيجابي، فهو يقود الفرد إلى رفض الأنشطة الجماعية، والنزهات والدعوات من قبل العائلة والأصدقاء مما يزيد من خطر الانسحاب والعزلة. كما تتأثر الحياة المهنية للمصاب بشكل كبير إذ من الشائع أن تجده يرفض الترقية المهنية حتى لا يتحمل مسؤوليات إدارية أو لتجنب التحدث في جمع عام.

6.4. اضطراب الوسواس والأفعال القهرية Obsessive-Compulsive disorder: يتميز هذا الاضطراب بسيطرة الوسواس القهرية على تفكير الفرد بدرجة تسبب له الكرب وتعيق حياته ونشاطاته المختلفة منها المهنية والاجتماعية وحتى الشخصية إذ لا يقتصر أثرها على وجود الوسواس بل ترتبط في العادة بأفعال قهرية، ومن أمثلة الوسواس والأفعال القهرية كثرة غسل اليدين خوفا من التلوث.

7.4. اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic stress disorder: يحدث هذا النوع من الاضطراب بعد الحوادث والصدمات الشديدة المؤلمة التي تسببت في خوف شديد وطويل الأمد. بعيدا عن هذا الحوادث، يتشكل جدول إكلينيكي يربط بين كل من القلق الشديد، التخدير العاطفي، تكرار التعايش مع الحادث والاستغراق في التفكير فيه، مع كوابيس تعيد تمثيل الحدث الصادم، والميل للعزلة، واضطراب النوم، اضطرابات الانتباه والذاكرة التركيز، والشعور بالذنب. ووجد أن (50 إلى 80%) ممن يتعرضون لصدمات قوية يمكن أن يقعوا ضحية لهذا الاضطراب، إلا أن انتشاره عامة بين الناس لا يتجاوز (5%).

ويمكن أن يقسم أيضا إلى حاد إذا استمر لمدة أقل من ثلاثة أشهر، كما يمكن أن لا تظهر الأعراض إلا بعد ستة أشهر من وقوع الحادث، وفي هذه الحالة يصنف على أنه اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع تأخر بدايته.

8.4. اضطراب الضغوط الحادة Acute stress disorder: نوع من اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة ويمكن الفرق بدرجة أساسية في مدة حدوثها واستمراريتها حيث تحدث خلال الشهر الأول من وقوع الحادث وتحل في حدود الشهر.

9.4. اضطراب القلق المعمم Generalized anxiety disorder: إنه اضطراب مزمن يصيب (5%) من المجتمع غالبا ما يخص الإناث. يتميز بتوتر دائم وطويل الأمد ولا يمكن السيطرة عليه (Willard, 2013). ويمثل هذا الاضطراب في خوف عام غير محدد يرتبط بتوقع مكروه ويستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر. وتتمثل أهم أعراضه في الاضطرابات العضلية ومنها الارتجاف والرعشة والتوتر العضلي وسرعة الإجهاد، كما يزداد نشاط الجهاز العصبي المستقل ويظهر ذلك من خلال زيادة دقات القلب وسرعة التنفس وبرودة الأطراف والشعور بالاختناق أو ضيق التنفس وجفاف الحلق والدوخة والغثيان والإسهال. إضافة إلى ما سبق، قد تظهر على الفرد علامات اضطراب نفسي وعقلي مثل الحذر الشديد وصعوبة التركيز والأرق، وقد تصاحب هذه الأعراض أعراض اكتئابية (تونسي، 2002).

10.4. اضطراب القلق المرتبط بالوضع الصحي العام Anxiety due to general medical condition: ويظهر القلق كنتيجة ناجمة عن الحالة الصحية السيئة. يتميز بهيمنة أعراض القلق، ويمكن اعتباره نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية المباشرة لحالة طبية عامة مثل أمراض الغدد الصماء (قصور الغدة الدرقية)، أمراض القلب (عدم انتظام ضربات القلب)، أمراض الجهاز التنفسي (الرئة)، أمراض الجهاز العصبي... الخ (Trouillet et al., 2012).

11.4. اضطراب القلق المحدث بمادة Substance induced anxiety disorder: يظهر القلق كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية والمواد الكيميائية كالمخدرات أو المنبهات أو الانقطاع عنها (الانسحاب).

12.4. القلق غير المحدد في مكان آخر Anxiety disorder not otherwise specified: تتضمن هذه الفئة الاضطرابات التي يكون فيها القلق أو التجنب الرهابي بارزين والتي لا تحقق معايير أي من اضطرابات القلق النوعية أو اضطراب التأقلم مع قلق، أو اضطراب التأقلم مع قلق مختلط بمزاج اكتئابي. ومن بين الأمثلة على ذلك اضطراب القلق الاكتئابي المختلط (تونسي، 2002).

5. أعراض القلق:

1.5. الأعراض الجسمية:

- ✓ **الجهاز الدوري:** آلام عضلية فوق عضلة القلب والناحية اليسرى من الصدر، سرعة ضربات القلب والإحساس بالنبضات في كل مكان من الجسم، ارتفاع ضغط الدم، الشعور بالسخونة والحرارة وحرقان خصوصا في الأطراف العلوية والسفلية.
- ✓ **الجهاز الهضمي:** صعوبة في البلع والشعور بغصة في الحلق، سوء الهضم أو الانتفاخ وأحيانا الغثيان أو التقيؤ، الإسهال أو الإمساك.
- ✓ **الجهاز التنفسي:** سرعة التنفس، ضيق التنفس والتهديدات المتكررة، آلام في الصدر والإحساس بثقل في منطقة الصدر والرقبة والكتفين.
- ✓ **الجهاز العصبي:** اتساع حدقة العين، ارتجاج الأطراف خصوصا الأيدي، شعور بالدوار والدوخة، فقدان الاتزان.
- ✓ **الجهاز البولي التناسلي:** كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، فقدان الرغبة الجنسية، اضطراب الطمث وانقطاعه أو الألم الشديد.
- ✓ **الجهاز العضلي:** آلام عضلية متعددة بالساقين والذراعين والظهر ومنطقة الصدر.
- ✓ **الجلد:** حب الشباب، الأكزيما، الأرتكيزيا، الصدفية، البهاق، سقوط الشعر.

2.5. الأعراض النفسية

- ✓ **الخوف والرهاب:** خوف غامض مجهول المصدر، والخوف من المستقبل والخوف من أشياء عادية لا تثير الخوف، والخوف من الموت، والخوف من الإصابة بأمراض خطيرة كالسرطان، والخوف من الجنون وفقدان العقل.

- ✓ التوتر أو التهيج العصبي: الشعور بالتوتر الداخلي، عدم القدرة على الاسترخاء والحساسية الشديدة لأي ضوضاء أو صوت مرتفع كأن يقفز الفرد من مكانه عند سماع صوت الهاتف أو جرس الباب أو يفقد أعصابه لأتفه الأسباب.
- ✓ اضطراب الانتباه والتركيز: عدم الاستقرار نتيجة ضغط الأفكار المقلقة إلى جانب فقدان الثقة بالنفس، واضطراب التركيز الذي يؤدي إلى سرعة النسيان وتشتت الانتباه، وتجنب مواقف التنافس، التردد وعدم الحسم.
- ✓ فقدان أو ضعف الشهية للطعام: مع فقدان ملحوظ في الوزن، واضطراب النوم مع صعوبة الدخول فيه.
- ✓ شرب الخمر أو تناول الأدوية المهدئة أو المنومة: كمحاولة لتخفيف أعراض القلق مما يؤدي أحيانا إلى الإدمان (الإسي، 2014).

6. مصادر القلق وأسبابه:

- لقد حدد (Jerome & Ernest, 1986) خمسة مصادر رئيسية للقلق على النحو التالي:
- ✓ الأذى أو الضرر الجسدي: فالعديد من الناس يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى الجسدي.
 - ✓ الرفض أو النبذ: فالخوف من رفض الآخر، ومن أن لن يبادلته مشاعر المودة والحب يجعل الفرد غير مطمئنا أو مستريحا في المواقف الاجتماعية.
 - ✓ عدم الثقة: حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في النفس أو في الآخرين عند خوض التجارب والمواقف والخبرات الجديدة مصدرا للقلق.
 - ✓ التنافر المعرفي: يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار والمعلومات كل منها مع الآخر، أو عدم اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق والشعور بعدم الارتياح.
 - ✓ الإحباط والصراع: يعد التوتر والقلق محصلة طبيعية للفشل سواء في إرضاء الرغبات والدوافع والطموحات أو فض المواقف الصراعية.
- كما أضاف (زهرا، 1997) بعض الأسباب الأخرى للقلق من بينها ما يلي:

- ✓ الاستعداد الوراثي في بعض الحالات.
- ✓ الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) والإحباطات والصراعات بين الدوافع والاتجاهات، والتوتر النفسي الشديد، والخسائر والأزمات المفاجئة والصدمات النفسية، والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، ومشاعر الذنب والنقص والعجز، والكبت والفشل في مواجهة التهديدات والضغط الداخلي التي تسببها الرغبات الملحة.
- ✓ مواقف الحياة الضاغطة، والضغط الحضارية والثقافية الناجمة عن التغيرات المتتابة والبيئة المشبعة بعوامل الخوف والحرمان وعدم الأمن، وعوامل أسرية كالتفكك والاضطراب الأسري وعدوى القلق من الوالدين.
- ✓ مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر وخبراته وذكريات الصراعات في الماضي، وأساليب المعاملة الوالدية غير السوية كالتسلط والتسلط والحماية الزائدة والحرمان، واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- ✓ التعرض للخبرات الحادة المادية أو العاطفية أو التربوية، والخبرات الجنسية الصادمة لا سيما في الطفولة والمراهقة، الإرهاق البدني والتعب والمرض.
- ✓ عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية، وعدم تحقيق الذات (القريطي، 2003).

7. النظريات المفسرة للقلق:

1.7. التفسير الفسيولوجي للقلق:

يذكر عكاشة (1992) أن أعراض القلق تنشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، فمن علامات تنبيه الجهاز السمبثاوي أن ترتفع نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم فيرتفع ضغط الدم وتزداد ضربات القلب، وتجحظ العينان، ويتحرك الجلوكوز من الكبد وتزيد نسبته في الدم مع شحوب في الجلد، وزيادة إفراز العرق وجفاف الحلق وأحياناً الأطراف. ومن علامات تنبيه الجهاز الباراسمبثاوي التبول والإسهال، وقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم.

وقد كان لاكتشاف المستقبلات (G.A.B.A) التي تثبت البنزوديازيبين (أي مضادات القلق) دور أساسي في فهم الآلية البيوكيميائية للقلق، فالجهاز اللمبي يظهر أنه يلعب دوراً هاماً في انطلاق نوبات الهلع،

كما تلعب الوراثة دوراً هاماً فكثيراً ما نلاحظ أن والدي المريض وأحياناً أقاربه يعانون من نفس القلق، وهذا يدل على اضطراب البيئة التي نشأ فيها المريض بقدر ما يدل على أهمية عامل الوراثة، وبالرغم من أن (25%) من أقارب الدرجة الأولى للمرضى يصابون بالقلق مما يشير إلى دور الجينات الوراثية، إلا أن دراسات التوائم لم تؤكد ذلك (أورد في: الساسي، 2010).

2.7. التفسير التحليلي للقلق:

أكد فرويد أن القلق يعتبر مفهوماً جوهرياً في فهم المشكلات الشخصية حيث عرف القلق العصابي على أنه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد (الزباد، 1984)، ولا ترجع نشأة هذا النوع إلى مصدر خارجي، فهو قلق ينشأ من ضغط الغرائز المكبوتة للتعبير عن نفسها وكسر حواجز الكبت. بعبارة أخرى ينشأ القلق العصابي كميكانيزم داخلي غير مدرك عندما يهدد الهو بالتغلب على دفاعات الأنا وإشباع تلك الحفزات الغريزية التي لا يوافق المجتمع على إشباعها والتي جاهد الأنا في سبيل كبتها. فالقلق إشارة إنذار تطلق للأنا لتحفيزها على العمل على كبت تلك الرغبات، وغالباً ما يلجأ الأنا إلى في سبيل ذلك إلى الحيل الدفاعية كالتبرير والإسقاط والنكوص وغيره، إلا أن هذا يحقق راحة محدودة ومؤقتة، ويشد القلق، ويلجأ الأنا إلى وسيلة أخرى في محاولة أخيرة للتنويه لتحقيق استمرارية عملية الكبت. ويرى فرويد أن القلق العصابي يمكن أن يظهر في صورة قلق عام لا يرتبط بموضوع محدد، يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف العام غير المحدد، كما يمكن أن يظهر في صورة قلق مصاحب لاضطرابات أشد كالهستيريا (أورد في: تونسي، 2002).

3.7. التفسير السلوكي للقلق:

يركز السلوكيون الراديكاليون إجمالاً أمثال واطسون على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق والخوف والسلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي. وأن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المثير الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الفرد أن يخاف أو يقلق منها والأكثر شبيهاً بها هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف (تونسي، 2002).

ومع تطور النظرة إلى مفهوم القلق وفقا للتطور في المدرسة السلوكية، حاول السلوكيون الجدد الخروج من الدائرة الضيقة لفكر واطسون آخذين بعين الاعتبار العمليات العقلية كعوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، حيث أشار دولارد أن اضطراب القلق يرجع إلى تعلم سلوكيات خاطئة في البيئة التي يعيش فيها الفرد وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشأ فيها إلى تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها (القاضي، 2009).

4.7. التفسير المعرفي للقلق:

ويرى أن معظم الاضطرابات النفسية تنتج عن الأخطاء أو التحيزات في التفكير بمعنى أن الأفكار التي تقود إلى المرض النفسي تنجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك بها المعلومات ومن ثم نفسر، لذا الأفراد القلقون يقيمون الأمور بطريقة غير منطقية غير طبيعية والتي بدورها تؤدي إلى الاستجابات الانفعالية والسلوكية للفرد القلق والتي تكون غير متكيفة لأن التقييم مشوه ومحرف أو مبالغ فيه (Clive & Adele, 1993).

نتطرق في هذه النظرية إلى نموذجين:

❖ النموذج المعرفي للقلق لدى بيك

يرى بيك أن الطريقة التي يفسر بها الفرد أو يقدر بها موقفا معينا، تعتمد على خبراته السابقة. هذه الخبرات والتجارب تؤثر على طرق التفكير لديه وعلى تفسيره للأحداث وبالتالي تؤثر على الانفعالات التي تثيرها هذه الأحداث (Trouillet et al., 2012).

إن توقع الفرد للأخطار هي المكونات الأساسية التي تميز مرضى القلق، فالقلق يتوقف أساسا على كيفية إدراكه لتلك الأخطار وتقديره لها ، فالمبالغة في تقدير الأخطار المحتمل حدوثها للفرد في المستقبل تجعله دائم الشك في قدرته على المواجهة والمقاومة، مما يسبب له قلقا مستمرا. ويشير بيك إلى أن الأفكار الملازمة لمرضى القلق تتضمن عدم الكفاءة والأهلية للإنجاز، نقص ضبط الذات والسيطرة عليها والرفض الاجتماعي (القاضي، 2009).

❖ النموذج المعرفي للقلق لدى لازاروس

يتميز لازاروس بين عمليتين أساسيتين :

التقييم الأولي: وهو عبارة عن تقدير الفرد لمدى تهديد الموقف من حيث شدته واقترابه وضرره... وهذا التقييم يتأثر بشخصية الفرد ومعتقداته وكذا عوامل لها علاقة بطبيعة الموقف من حيث طبيعة الحدث. التقييم الثانوي: ويقصد به تقدير الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتعامل مع الموقف، ويتأثر هذا التقييم بالقدرات التالية: قدرات نفسية (تقديره لذاته والروح المعنوية لديه)، قدرات جسمية (صحة الفرد وطاقته)، قدرات اجتماعية (علاقاته وحجم الدعم والمساندة المقدمة له)، قدرات مادية (المال والأدوات والتجهيزات...).

5.7. التفسير الوجودي والإنساني للقلق:

شغل القلق فكر جميع الفلاسفة الوجوديين على اعتبار أنه جزء من الحياة، كما استمر هذا الاهتمام لدى علماء النفس الوجودي من أمثال Rolo May.

ويرى May أن الاضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بوجوده في ظروف يكون الإحساس بالوجود فيها بالشكل السوي معاقا. ويرى أن القلق جزء من وجود الإنسان، والقلق ليس خوفا من شيء موضوعي بل يعبر عن شعور غامض وخوف عام من مهددات الوجود، ويرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعوقة للنمو، وقد يدفع الفرد لكتبها أو تجاهلها لتحقيق الاستقرار، إلا أن الاستقرار الفعلي لا يتحقق إلا بقبول المهددات المثيرة للقلق لأنها جزء من الوجود (تونسي، 2002).

تمثل المدرسة الإنسانية امتدادا للفكر الوجودي لذا يرى الإنسان أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر به من أحداث تهدد وجود الإنسان فهو قلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث فالمثير الأساسي لقلق الإنسان هو الموت، لذلك فإن القلق ليس مجرد خبرة انفعالية يمر بها الإنسان تحت ظروف خاصة أو استجابة يكتسبها الفرد أثناء عملية التعلم وإنما هو طبيعة النفس البشرية، فالإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يستشعر القلق كخبرة يومية مستمرة تبدأ من بداية حياته ولا تنتهي إلا مع آخر أنفاسه، فمصدر القلق ليس الماضي والحاضر والمستقبل بينما الحياة برمتها (فوزي، 1996).

ويضيف كارل روجرز أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الاتساق والتناقض بين مفهوم الذات لديه والخبرات التي يمر بها في حياته علما أن روجرز أشار إلى أن نشوء القلق لا يشترط الوعي الكامل بالتناقض بين الذات والخبرة (حمزة، 2005)، فكلما اتسقت الخبرات مع مفهوم الذات كلما أدى ذلك إلى التوافق النفسي

في حين أن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرات التي يعيشها الفرد والتي لا تتسق مع مفهومه عن ذاته يدركها الفرد على أنها تمثل تهديدا له ومن ثم يعمل على تحريفها أو تجاهلها ويشعر عندئذ بالقلق والتوتر (حسين، 2007).

8. القلق المهني أو الوظيفي:

بالرغم من أنه أجريت دراسات على نطاق واسع في مجال القلق المهني إلا أن المفهوم مازال معقدا ولم تتم دراسته بشكل منهجي (Muschalla, Linden & Olbrich, 2010)، وظاهرة القلق المهني هي نوع من أنواع قلق الحالة يرتبط بمثيرات تحدث في مكان العمل.

من الخصائص المهمة للقلق أنه يعتمد على خبرات التعلم والتأهب والتي تكون ذات صلة بالمثيرات المعقدة أو البسيطة، وبالتالي لا يمكن النظر إلى القلق المهني فقط في ضوء شدته أو تكراره ولكن أيضا من زاوية المنبهات التي تسبب حدوثه في أماكن العمل (Sanderson & Andrews, 2006) (أورد في شعبان: 2014).

1.8. عوامل القلق المهني:

قد تشكل بيئة العمل وتنظيم العمل عوامل موقفية مثيرة للقلق المهني وتندرج هذه العوامل فيما يلي:

✓ **الفشل في إنجاز المهام المطلوبة:** كل موقف في مكان العمل له متطلبات يجب إنجازها، وهذا يتضمن دائما احتمال الفشل، وتشكل تجربة الفشل أو فقدان القدرة على التعامل مع مواقف العمل مثيرات مسببة للقلق المهني (Muschalla, 2009).

✓ **الصراع الاجتماعي والمواجهة:** غالبا ما يشير العمال المصابون باضطرابات القلق إلى تعرضهم للعنف النفسي في أماكن عملهم (Muschalla, 2008)، حيث كشفت عدة دراسات عن العلاقة بين الصحة النفسية والعنف النفسي من بينها دراسة (Bilgel, Aytac & Bayram, 2006) التي توصلت إلى ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب لدى الأشخاص الذين أبلغوا عن تعرضهم لمحاولات تخويف وعنف نفسي في أماكن عملهم وأن هناك ارتباط دال إحصائيا بين ممارسات العنف النفسي في العمل وبين اختلال المنظمات وظيفيا.

- ✓ الحوادث والأخطار الفيزيائية: توصل (Nicholson & Vincenti, 1994) إلى وجود ارتباط إيجابي بين القلق وعدم القدرة على شم رائحة السيانيد الناتجة عن عملية التشغيل، كذلك وجود ارتباط إيجابي بين وجود المواد الخطرة في مكان العمل والاضطرابات النفسية وما يصاحبها من غثيان وصداع.
- ✓ احتمال فقدان الوظيفة: تشير (Muschalla, 2008) إلى أن العديد من العمال لا يملكون مصدرا آخر للرزق عدى مكان عملهم، لذا فإن فقدانهم لوظيفتهم يعرض وجودهم للخطر. كما ينظر بعض الأفراد لأنفسهم ووضعهم الاجتماعي من خلال هويتهم المهنية، ومن ثم فإن فقدان العمل أو الخوف من عدم تمديد عقد العمل قد يؤدي إلى ازدياد القلق لديهم.

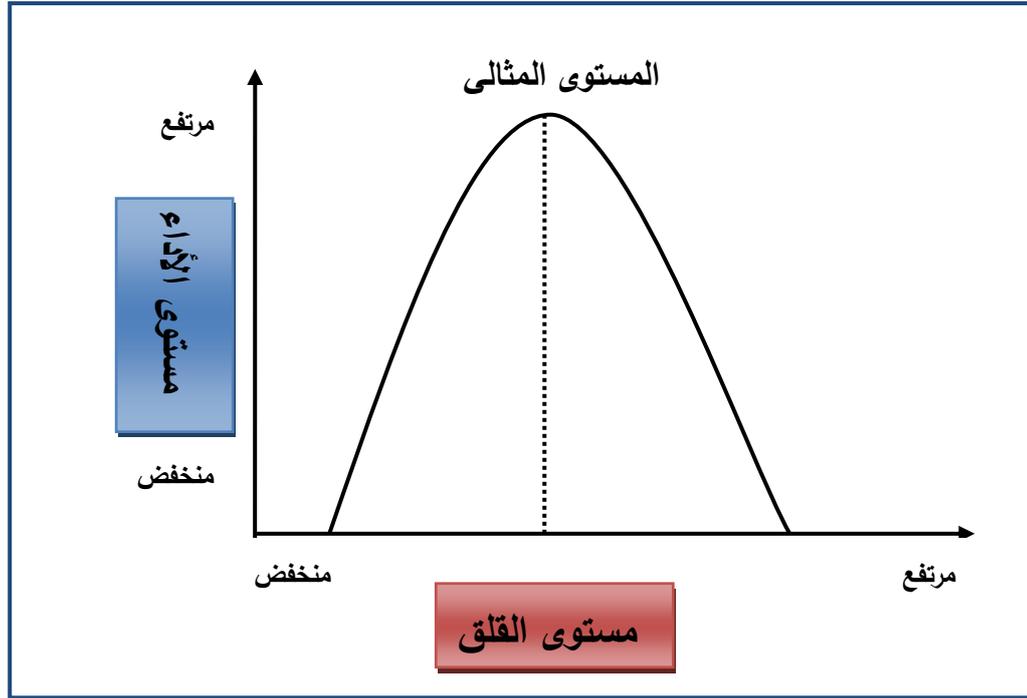
2.8. العلاقة بين القلق والأداء:

لقد سعى المجتمع العلمي، ولمدة طويلة، لفهم الروابط الموجودة بين الانفعالات والأداء، حيث ركز الباحثون اهتمامهم بشكل خاص على العلاقة بين القلق والأداء بالاعتماد على نظرية "U" المقلوب المستوحاة من أعمال (Yerkes & Dodson (1908) (Debois, 2003).

ويؤكد علماء النفس أمثال (ساراسون، مندler، أتكينسون...الخ) أن هناك مستوى مقبول ومعتدل من القلق مفيد في مجال دفع الفرد نحو القيام بسلوك ما (الزrاد، 2008).

فالقلق يعمل بمثابة علامة على وجود خطر ما يهدد الأنا، ومن ثم يمكن أن يكون نافعا لها عندما يساعدها في أن تأخذ حذرها، وأن تقدر بصفة موضوعية لدرجة الخطر الذي يهددها، وأن تركز جهدها وطاققتها بالقدر المناسب لمواجهة بنجاح، إلا أن هذه الوظائف الدفاعية الإيجابية للقلق في سلوك الفرد ترتبط بالدرجة المعتدلة أو المتوسطة منه، فعندما يتجاوز القلق هذا الحد المعتدل سواء بالنقصان أو بالزيادة، تكون له آثار سلبية على الأداء.

وأكد (Yerkes & Dodson (1908) أن العلاقة بين القلق والأداء علاقة منحنية تأخذ شكل "n"، وتعني أن القلق حتى حد معين يكون دافعا للأداء الجيد، وعندما يتجاوز هذا الحد يكون له تأثير سلبي على الأداء كما هو موضح في الشكل الموالي:



شكل رقم (4): منحني Yerkes & Dodson للعلاقة بين القلق والأداء (القريطي، 2003)

ويلاحظ أن مستوى القلق عندما يكون معدوماً أو منخفضاً يؤدي إلى تثبيط الأداء وضعفه، حيث لا تتوفر الطاقة الدافعة بالقدر اللازم، وعندما يبلغ مستوى القلق حداً معيناً - معتدلاً أو متوسطاً - فإنه يعد دافعاً للأداء الجيد وميسراً له، إلا أنه عندما يتجاوز هذا الحد المعين، فإنه يكون معوقاً للأداء (القريطي، 2003).

فالقلق المفرط أو الشديد تترتب عليه آثار عكسية تتمثل في اضطراب الأداء وتدهوره، لأنه يؤدي إلى تشتيت الانتباه وقلة التركيز وعدم القدرة على تذكر المعلومات والعجز في تسجيل الانطباعات والصور الذهنية في الذاكرة (الزراد، 2008)، ومن ثم التورط في الأخطاء، كما يؤدي إلى تشويه الإدراك واضطراب التفكير وعدم التروي في حل المشكلات التي تواجه الفرد والتصرف السليم إزاءها (القريطي، 2003).

وفي نفس السياق، اقترح Hanin (1986) نموذج المنطقة المثلى للأداء الذي مفاده أن الفرد يحقق أفضل أداء له عندما يكون مستوى قلقه يتأرجح في حدود منطقة ذات مستويات من الشدة والتي تكون خاصة به، وتختلف من شخص لآخر، قد تكون مرتفعة بالنسبة للبعض وقد تكون منخفضة بالنسبة للبعض الآخر.

تبدو هذه النظرية كأنها استمرار لنظرية "U" المقلوب لكنها في الحقيقة تختلف عنها كون المستوى الأمثل للقلق لا يتوافق مع مستوى معين من الشدة ولكن مع منطقة واسعة إلى حد معين، أين تتأرجح فيها شدة القلق مع المحافظة إلى حد ما على المستوى الجيد للأداء.

من جانبه، يصف (Hardy & Fazey (1987) نموذج الكارثة ثلاثي الأبعاد الذي يأخذ بعين الاعتبار القلق المعرفي واليقظة الفسيولوجية والأداء. يوضح هذا النموذج أن في ظل ظروف القلق المعرفي المنخفض، تكون زيادة اليقظة الفسيولوجية مفيدة للأداء إلى أن تصل إلى مستوى معين حيث يتناقص بعد ذلك الأداء تدريجياً، ومن ناحية أخرى، وفي ظروف القلق المعرفي المرتفع، فإن الزيادة المستمرة في اليقظة الفسيولوجية، تكون مصحوبة في البداية بتحسن في الأداء (حالة القلق المعرفي المنخفض)، لكن كل زيادة تفوق مستوى معين من اليقظة سوف تكون مصحوبة بانخفاض حاد (كارثي) في الأداء. وفي هذه الحالة من الضروري تقليص اليقظة الفسيولوجية من أجل الوصول مجدداً إلى تحقيق الأداء المثالي.

وفي الأخير، بعيداً عن نظرية "U" المقلوب، اقترح (Jones (1991) نموذج التفسير الاتجاهي للقلق الذي مفاده أن تأثير القلق على الأداء لا يعتمد كثيراً على مستوى شدة القلق بقدر ما يعتمد على كيفية إدراك الفرد لهذا القلق. يمكن إدراك القلق بمثابة ميسر (facilitateur) وفي هذه الحالة سيكون الأداء عالياً، كما يمكن إدراكه بمثابة معطل (perturbateur) بالتالي سيكون الأداء منخفضاً (Debois, 2003).

ومن أهم ما أسفرت عنه نتائج معظم البحوث المتعلقة بتأثير القلق على الأداء والتعلم ما يلي:

- ✓ يؤدي القلق الزائد لدى بعض الأفراد إلى صعوبات في تخزين المعلومات واسترجاعها، حيث يستقبل ذوو القلق المرتفع أجزاء من المعلومات أقل مما يستقبله نظراؤهم ذوو القلق المنخفض، كما يستخدمون خطأ أقل فاعلية منهم في تنظيم هذه المعلومات، ويكونون أكثر عرضة لإعاقة المعلومات في مواقف الامتحان، والتشويش والاضطراب والتداخل المعرفي، بينما يسترجعون معلوماتهم ببسر وسهولة في المواقف التي تبتعد عن هلع الامتحانات.
- ✓ توجد علاقة ارتباطية سالبة بين القلق وكل من التحصيل الدراسي، والتذكر، وأداء العمليات الحسابية.

✓ يؤدي القلق إلى تيسير النجاح في أداء المهام البسيطة، بينما يعوق أداء المهام والأعمال الصعبة والمركبة، حيث إن أداء الأفراد ذوي القلق المرتفع للأعمال السهلة أو البسيطة أفضل من أداء ذوي القلق المنخفض للأعمال ذاتها، بينما أداء الأفراد ذوي القلق المنخفض أفضل من أداء أقرانهم مرتفعي القلق بالنسبة للأعمال المعقدة والصعبة (القريطي، 2003).

9. علاج القلق:

❖ العلاج الدوائي أو العقاقيري

يستخدم في حالات القلق الشديد والمزمن، حيث يتم إعطاء المريض أدوية مهدئة ومنومة حتى يرتاح جسدياً ومن ثم يتم البدء بالعلاج النفسي، ومن الأدوية التي يمكن إعطائها للمريض في حالة التوتر الشديد والقلق مجموعة البنزوديازيبين مثل: الفاليوم والليبريم وأتيفان وزاناكس وترانكسان، وهي تعمل على مستقبلات الجابا مما يعطي إحساساً بالهدوء والراحة والاسترخاء. وكذلك يعطى في حالات القلق مضادات الاكتئاب مثل: بارنيت وديرينيل وتوفرانيل وأنفرانيل وبروزاك ولسترال، كلها تعمل على زيادة نسبة الموصلات العصبية في المشابك العصبية. (عكاشة، 2003 أورد في: الإسي، 2014).

❖ العلاج التحليلي:

يساعد على تقوية أنا المريض باعتباره الجزء المسيطر على شهوات الهو والمنسق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى كما يساعد المريض على الاستبصار بصراعاته اللاشعورية مع محاولة التكيف وتعديل الأهداف وتنمية القدرات، يعتمد على عمليات التفريغ النفسي طويل الأمد حيث يحتاج إلى وقت طويل وجهد كبير ومال وفير، لذا يستحسن استخدامه مع الحالات الشديدة والمزمنة التي يتطلب علاجها وقت وإعادة تأهيل للمريض.

❖ العلاج الجشطالتي:

هو نظام إدراكي قائم على عدم التفسير العقلي للأسباب أو الأعراض، وهو بعيد عن الجانب التاريخي للفرد ومحور اهتمامه هو الوعي المباشر الحالي للشخص، وتستعمل فيه عدة تقنيات لعلاج الاضطرابات

النفسية أهمها تقنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض ويضع مقعدا أمامه ويتخيل أن شخصا ما يجلس عليه ويدخل في حوار معه، كما يعتمد على تقنية الاسترخاء والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي للفرد (الإسي، 2014).

❖ العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي تقنية علاج نفسي معترف بها لعلاج العديد من الاضطرابات والأمراض النفسية، يهدف إلى تعليم المريض كيفية تصحيح أفكاره الخاطئة والتحكم في الأعراض وإدارة مرضه في حياته اليومية. نظريا ومثاليا، ينبغي في نهاية العلاج أن يصبح المريض قادرا على استخدام هذه الاستراتيجيات بشكل مستقل من أجل إدارة تطور أعراض المرض أو الاضطراب الذي يعاني منه، فالمصاب بالقلق قليلا ما يسيطر على الاختراقات المعرفية والمتمثلة في تخيل المستقبل المفعم بالأخطار، فيصبح الانشغال والقلق وسيلة يراها فعالة للوقاية من الخطر أو القضاء عليه، وبهذه الطريقة يتوهم أنه يسيطر على بيئته.

وفي هذا الصدد، نجد من بين التقنيات الأكثر استخداما في علاج اضطرابات القلق، العلاج السلوكي بما في ذلك التعريض، العلاج المعرفي وتأكيد الذات:

✓ **التعريض:** يتمثل في مواجهة المريض بالموقف الذي يسبب له الخوف حتى يتعلم تدريجيا السيطرة على مخاوفه وبالتالي نسفها بشكل نهائي. تعتمد هذه التقنية على مبدأ التعود وملاحظة أن القلق يبدأ بالانخفاض في الشدة أثناء التعريض المتكرر، وبالفعل، فإن مقاومة الفرد للقلق إلى أن يختفي، تسمح له بالتعود على المواقف المثيرة للقلق ومن ثم إدراكه بأن مخاوفه لا أساس لها من الصحة. ولغرض التخلص من الاستجابات المقلقة، على المريض أن يستعين بتقنيات الاسترخاء والتحكم في التنفس، وإقناع ذاته بأنه يجب أن يواجه مخاوفه حتى النهاية.

✓ **العلاج المعرفي:** يعتمد العلاج المعرفي على مبدأ أن تغيير أنماط التفكير لدى الفرد سيؤدي إلى تطور في طريقته في تفسير المواقف والذي سيسمح بدوره بتغيير انفعالي وسلوكي تجاه هذه المواقف. يتمثل في إبراز الأفكار التلقائية وغير الوظيفية والتي تعكس معتقدات خاطئة، ثم العمل على تعديل هذه الأفكار

المشوهة لتصبح أفكارا ومسلّمات سوية وأكثر توافقا. يمكن استخدام تقنيات مختلفة في العلاج المعرفي أهمها: تقنية الاستجواب، وتقنية التميز أو التماثل، وتقنية فحص محتوى الفكر، وتقنية لعب الأدوار، وتقنيات موجهة نحو حل المشكل.

✓ **توكيد الذات:** يشمل توكيد الذات مجموعة من التقنيات ذات أهداف معرفية وسلوكية في آن واحد. هي طرق لتوكيد الذات، وتنمية التواصل والكفاءة في العلاقات الاجتماعية. يهدف التدريب على الكفاءات الاجتماعية إلى تطوير كفاءات أفضل في المهارات الاجتماعية من خلال التعلم الملائم. قد نلاحظ لدى بعض المرضى قصورا ونقصا في المهارات الاجتماعية. ترتبط هذه المهارات بسلوكيات اجتماعية بما في ذلك مجموع المظاهر اللفظية (محتوى الخطاب)، وغير اللفظية (مثل التواصل البصري، نبرة الصوت والإيماءات) التي يستعملها الفرد في تفاعلاته الاجتماعية. يجب أن يساهم توكيد الذات في تطوير نظام معتقدات جازم والذي ينبغي أن ينمي سلوكيات تسمح للمريض من التعبير عن مشاعره بكل يسر وصدق (Trouillet et al., 2012).

القسم الثاني: الاكتئاب

يحتوي القسم الثاني من فصل الصحة النفسية في العمل على موضوع الاكتئاب، باعتباره إلى جانب القلق، أحد المؤشرات الهامة والمظاهر السلبية للصحة النفسية. يختلف الاكتئاب عن تقلبات المزاج المعتادة والانفعالات العابرة إزاء تحديات الحياة اليومية، فهو من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، ويسبب الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام ويؤثر على شعور الشخص وسلوكه ويمكن أن يؤدي إلى مجموعة من المشاكل الانفعالية والجسدية، وقد يتحول الاكتئاب إلى حالة صحية خطيرة تنتهي بالانتحار. سوف نتطرق في هذا القسم إلى ذكر مفهوم الاكتئاب، وأوجه التشابه والاختلاف بينه وبين القلق، وكذا أنواعه وأهم تصنيفاته، كما سنشير إلى أعراضه، ثم سنستعرض عوامله ونظرياته وأخيراً الاكتئاب المهني وطرق العلاج.

1. مفهوم الاكتئاب:

يشترك اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كَأَب، كَأَبٌ أو كَيْبٌ كَأَباً وكَأَبَةً وكَأَبَةً: كان في غمٍّ وسوء حال وانكسار من حزن، ويقال على المجاز "أرض كئيبة الوجه" أي ضاربة إلى السواد كما يكون وجه المكتئب (المنجد في اللغة والإعلام، 1986).

ويعرف الاكتئاب (Dépression) في اللغة الفرنسية بأنه حالة مرضية تتسم بالحزن، فقدان الثقة بالنفس وبطء نفسي حركي (Le Petit Larousse illustré, 2013). وتستخدم هذه الكلمة على نطاق واسع للتعبير عن معانٍ أخرى غير اضطراب الاكتئاب النفسي، فهي تحمل معانٍ أخرى عند استخدامها في علم الاقتصاد وعلوم الأرصاد الجوية وعلم وظائف الأعضاء، أما في الطب النفسي، فإن لمصطلح الاكتئاب أكثر من معنى ربما تشابهت ولكنها لا تتطابق تماماً، فالإكتئاب أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابةً للمواقف الأليمة التي نصادفها، وهو أحياناً علامة من علامات مرض ما (بشرى، 2007). وفيما يلي نستعرض أهم تعريفات الاكتئاب النفسي:

استخدم هذا المصطلح لوصف خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو انفعالا، والتي قد تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسدي أو عقلي أو اجتماعي، وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوعية وسلوكية وفسولوجية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية، كما أن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشار مفهوم المرض ليصبح "اضطراباً وظيفياً في الشخصية" (Becker, 1974 cité par Coles,) (1982/1991, p.9).

كما عرف (Beck 1979) الاكتئاب بأنه: "اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراب في الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل وينتج من جراء ذلك التشويه ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية السالبة وهي ليست أعراض وجدانية فقط وإنما أيضا معرفية ودافعية وجسدية" (cité par Coles, 1982/1991, p.15).

ويرى (Coles 1982/1991) أن الاكتئاب خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض من الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وقلة الرضا والرغبة في إيذاء الذات واحتقارها والإرهاق ومشاعر الذنب وفقدان الشهية وبطء الاستجابة وعدم الرغبة في بذل أي جهد.

ويذكر عكاشة (1992) أن الاكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تشتد تدريجيا، فيعاني من عدم القدرة على التمتع بالأحداث التي كان يتمتع بها سابقا ومن هبوط الروح المعنوية، وتغير نظرتة إلى الحياة والتساؤل عن أهميتها، وتتابه مشاعر اليأس والانقباض والجزع، ويصاب بنوبات من البكاء، كما يشعر بفقدان الأمل، والخوف والارتباك الشديدين ويعاني من اضطرابات سلوكية وتتأثر الوظائف العقلية بشكل سلبي، ويشعر بالنقص واحتقار الذات ولومها وبتأنيب الضمير وتراوده أفكار انتحارية، كذلك يتوهم إصابته بأمراض جسدية وتظهر عليه عدة أعراض فسيولوجية كاضطراب النوم والأرق والكوابيس، وفقدان الشهية واضطرابات جنسية والكسل البدني أو الذهني أو على العكس، تحدث لديه إثارة وتهيج وإفراط حركي (أورد في: الأجر، 2010).

ويعرف إبراهيم (1998) الاكتئاب على أنه استجابة تثيرها حادثة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل أو وفاة شخص غالٍ، وهو عبارة عن مجموعة من الأعراض المترابطة، بعضها مادي (عضوي) وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي) وبعضها الثالث اجتماعي، وهذه الأعراض تسمى الزملة الاكتئابية، وهي تشمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة بعضها أو أغلبها، والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه.

ومن جهة أخرى، أضاف Selye الاكتئاب العصابي إلى قائمة أمراض التكيف، كونه وفي الأغلب نتيجة من نتائج الضغط. حيث يعتبر العصاب آلية دفاعية تتدخل عندما تتجاوز ظروف الحياة القدرة على التكيف، يؤدي الضغط الشديد الذي يصعب التحكم فيه، إلى اختلالات بيوكيميائية والتي قد تكون السبب

الأساس في القصور السلوكي لدى الفرد، مثل الانسحاب والاستسلام، والسلبية وهو ما يذكر بالأعراض الاكتئابية (cité par Lño, Lño, Galinowski, 2003).

أما (Maroy, 2011) فقد عرف الاكتئاب على أنه زملة أو تناذر عصبي بيوكيميائي غالبا ما يكون سببه الطاعي جينيا وراثيا، يجمع بين مظاهر ترتبط فيما بينها بآلية مشتركة، عكس المرض الذي يتميز بوحداوية السبب كمرض السل مثلا.

ويمكننا استنتاج مما سبق ذكره من تعريفات أن الاكتئاب هو عبارة عن حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة والميول التشاؤمية تصل أحيانا إلى درجة الميول الانتحارية، تثيرها حادثة مؤلمة كالفشل، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل أو وفاة شخص غالٍ.

2. أوجه التشابه والاختلاف ما بين الاكتئاب والقلق:

اختلفت الآراء حول العلاقة بين الاكتئاب والقلق فقد ذهب البعض إلى أن الاكتئاب والقلق اضطرابان مختلفان يتقاسمان بعض الأعراض العامة (Ingram, 1994)، وذهب بعض الباحثين إلى أن القلق هو الاستجابة المبدئية لمواقف الضغط، وإذا حدث أن تعقد الموقف لدرجة لا يمكن التحكم فيه، فإن القلق يستبدل بالاكتئاب (Strongman, 1996) (أورد في: القرالة، 2007).

يكون الشخص القلق في حالة تأهب دائم ترقبا لوقوع كارثة محتملة، يجد صعوبة في الثبات في مكانه ولا يعيش اللحظة، حيث يخطط دائما للمستقبل ويستحضر ويفكر في العقبات التي قد تواجهه، فهذا يكون القلق أحد المعايير التشخيصية للاكتئاب، لكن بإمكان الفرد أن يعاني من اضطرابات القلق دون المعاناة من الاكتئاب.

يعد القلق والاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية الشائعة، في معظم الحالات، يسبق القلق الاكتئاب وكثيرا ما يرتبط القلق بأعراض الاكتئاب. وأظهرت دراسات عديدة أن كل منهما ينبئ بالآخر وأن ارتباطهما يزيد من احتمال تحولهما إلى أمراض مزمنة (Ragab, 1998).

لكن رغم ذلك يجب الفصل فيما بينهما. ففي الواقع، وفي أكثر من 60% من الحالات، تظهر على المصاب بالاكتئاب أعراض القلق والتي قد تشوش وتعرقل تشخيص الاكتئاب (Willard, 2013)، ووفقا لرأي علماء النفس الإكلينيكي، فإن ما يميز الاكتئاب عن القلق هو أنه عند التعرض لموقف ضاغط أو

سيء، يظل الانفعال الإيجابي موجودا في القلق دون الاكتئاب، ويتسم القلق باستثارة فسيولوجية مرتفعة تميزه عن الاكتئاب، وهكذا فإن الغياب النسبي للانفعال الإيجابي أو وجود استثارة فسيولوجية يسمح للباحثين بالتمييز بين الاضطراب الاكتئابي واضطراب القلق (Ingram, 1994) (أورد في القرالة، 2007). وفيما يلي الجدول رقم () يلخص أهم الفروق الاكلينيكية الموجودة بين الاكتئاب والقلق.

جدول رقم (1): الفرق بين الاكتئاب والقلق

الأعراض	الاكتئاب	القلق
السلوك العام	انفصال وقطع صريح في السلوكيات.	يكون الفرد دائم التوتر. ويتغير قلقه وتوتره حسب الظروف.
النشاطات	توقف الأنشطة المعتادة، الانسحاب والانتواء على الذات.	يقوم بممارسة أنشطته المختلفة بأفضل ما في وسعه، لكن يميل إلى ممارستها بسهولة ويسر عندما يكون مستوى القلق منخفضا.
تصور المستقبل	غياب تصور المستقبل الذي يبدو ميوؤسا منه، الأفكار تتجه أكثر إلى الماضي.	يخطط بشكل دائم للمستقبل باستحضار الصعوبات والحوازر المحتملة.
المخاوف	المظاهر الممكنة للخوف (مثل الخوف من المساحات المتسعة أو من الآخرين)، لكن الفرد دائما ما يظل حزينا وبدون هدف.	قد تظهر عليه مظاهر الخوف (مثل الخوف من المساحات المتسعة أو من الآخرين)، لكن بعيدا عن هذه المواقف الضاغطة والدقيقة، يشعر الفرد أنه يمتلك كامل قدراته.
اضطرابات النوم	الاستيقاظ المتكرر في منتصف الليل أو حتى عند الفجر، دون أن يتمكن الفرد من العودة إلى النوم. عند الاستيقاظ، يبقى التعب موجودا ويظل مستواه مستقرا.	يواجه الفرد صعوبة كبيرة في النوم، حيث يسترجع ويفكر في كل هموم النهار صغيرة كانت أم كبيرة.

(Mirabel-Sarron & Docteur, 20013).

3. أنواع الاكتئاب:

هناك محاولات عديدة لتصنيف الاضطرابات النفسية، ويذكر (Corsini, 1994) بأن النظم التصنيفية تختلف باختلاف التوجهات النظرية والإكلينيكية التي يتبناها القائمون بالتصنيف. بعض هذه الأنظمة تتبنى النظرة الأحادية أو الثنائية أو التعددية في الافتراضات التصنيفية والتشخيصية.

فالمنحى الأحادي يزعم بوجود نوع واحد أساسي من الاكتئاب ويكون الاختلاف في الشدة، ويصنف الاكتئاب في هذا الإطار على أنه خفيف أو متوسط أو شديد.

أما المنحى الثنائي فيفترض وجود نوعين من الاكتئاب، يشار إلى اكتئاب تفاعلي مقابل ذاتي المنشأ، أو عصابي في مقابل ذهاني، خارجي في مقابل داخلي المنشأ، أما النظام التصنيفي التعددي فيتضمن أنواعا عديدة من الاضطرابات الاكتئابية، وتتمثل في الاكتئاب الغاضب، والاكتئاب الخالي، والاكتئاب الفلق واكتئاب التوهم المرضي (أورد في: الأجر، 2010).

كما يصنف زهران (1997) الاكتئاب إلى: الاكتئاب الخفيف، الاكتئاب البسيط، الاكتئاب الحاد، الاكتئاب المزمن، الاكتئاب التفاعلي (الموقفي)، الاكتئاب الشرطي، اكتئاب سن القعود، الاكتئاب العصابي، الاكتئاب الذهاني.

ما يميز الاكتئاب العادي عن الاكتئاب المرضي هو كون الأول يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد على أسبوعين، كما أنه عادة ما يكون مرتبطا بالموقف الذي أثاره، أما الثاني فيتميز بأربع خصائص: فهو أكثر حدة، ويستمر لفترات طويلة، ويعيق الفرد عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، وتكون الأسباب التي تثيره غير واضحة (الأجر، 2010).

4. تصنيف الاضطرابات الاكتئابية:

إضافة إلى أنواع الاكتئاب المذكورة آنفا، سنتطرق فيما يلي إلى تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association [APA], 2000/2003) وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والمعدل والذي يصنف الاضطرابات الاكتئابية ضمن الاضطرابات المزاجية (Mood disorders). تنقسم الاضطرابات المزاجية إلى ثلاث فئات:

الاضطرابات الاكتئابية، اضطرابات ثنائية القطب، واضطرابين آخرين وهما: اضطراب المزاج المحدث بمادة، واضطراب المزاج الناجم عن الوضع الصحي العام.

وتنقسم الاضطرابات الاكتئابية إلى الاضطراب الاكتئابي الجسيم، واضطراب عسر المزاج، والاضطراب الاكتئابي غير المحدد في مكان آخر:

1.4. الاضطراب الاكتئابي الجسيم Major depressive disorder: يتسم بوجود نوبة اكتئابية أو عدة نوبات اكتئابية والتي تتميز بخمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية لمدة أسبوعين أو أكثر، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق، على أن يكون واحد من الأعراض على الأقل إما مزاج منخفض أو فقدان الاهتمام أو المتعة وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة:

مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو الفراغ)، أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو حزينا دامعا)، انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، فقد وزن بارز بغياب الحمية، أو بالعكس كسب وزن (التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً، أرق أو فرط في النوم كل يوم تقريباً، هياج نفسي حركي أو تباطؤ، تعب أو فقد طاقة، الشعور بانعدام القيمة أو شعور مفرط بالذنب، انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، سيطرة أفكار الموت والانتحار بدون خطة، وأحياناً محاولة الانتحار.

2.4. اضطراب عسر المزاج Dysthymic disorder: وهي حالة اضطرابية تتسم بمزاج اكتئابي مستمر معظم اليوم، أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب، فإن الفرد يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام، أو بالعكس الشراهة في الأكل، ضعف الطاقة والوهن وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا تحدث فيه نوبات اكتئابية عظمى أو حالات من الهوس، كما أن الأعراض لا تتقطع أكثر من شهرين.

3.4. الاضطراب الاكتئابي غير المحدد في مكان آخر Depressive disorder not otherwise specified: تتضمن هذه الفئة الاضطرابات ذات المظاهر الاكتئابية والتي لا تتحقق فيها معايير

الاضطراب الاكتئابي الجسيم أو اضطراب عسر المزاج أو اضطراب التأقلم مع مزاج اكتئابي أو اضطراب التأقلم مع مزاج اكتئابي وقلق مختلط. وفيما يلي أمثلة عن الاضطراب الاكتئابي غير المحدد في مكان آخر:

• **الاضطراب المزعج السابق للحيض Premenstrual dysphoric disorder:**

حيث تحدث الأعراض في معظم الدورات الطمثية وأثناء السنة الماضية (مزاج مكتئب بوضوح، قلق واضح، انخفاض الاهتمام بالأنشطة) بصورة منتظمة، كما يجب أن تكون هذه الأعراض بقدر من الشدة بحيث تؤثر بوضوح في العمل أو الدراسة أو الأنشطة المعتادة وأن تكون غائبة بالكامل لمدة أسبوع بعد الدورات الطمثية.

• **الاضطراب الاكتئابي الأصغر:** عبارة عن نوبات من أعراض اكتئابية تستمر لمدة أسبوعين على الأقل، وهذه الأعراض تقل عن البنود الخمسة المطلوبة للاضطراب الاكتئابي الجسيم.

• **الاضطراب الاكتئابي الوجيز المعاود:** نوبات اكتئابية تمتد من يومين إلى أسبوعين، تحدث مرة واحدة في الشهر على الأقل وذلك على مدار سنة (ليس له علاقة بالدورة الشهرية).

• **الاضطراب الاكتئابي ما بعد الذهاني في الفصام:** نوبة اكتئابية جسيمة تحدث أثناء الطور المتبقي من الفصام.

• حالات يصل فيها الطبيب إلى نتيجة مؤداها أن الاضطراب الاكتئابي موجود، لكنه غير قادر على تحديد ما إذا كان هذا الاضطراب ثانويًا أو ناجمًا عن حالة طبية عامة أو محدثًا بمادة.

5. أعراض الاكتئاب:

تختلف أعراض الاكتئاب تبعًا لأنواعه (ذهاني، عصابي...) وتبعًا لدرجاته (بسيط، شديد...). كما تختلف باختلاف الجنس (ذكر وأنثى) وتختلف حسب المرحلة العمرية للمريض (طفولة، مراهقة، شباب...)، إلا أنه توجد أعراض عامة في معظم تلك الحالات وفيما يلي أهمها:

1.5. الأعراض العامة للاكتئاب:

- ✓ يبدو المكتئب مهمومًا خاملًا حزينًا.
- ✓ تنقلص استجاباته إلى حدها الأدنى ويبدو عليه الحيرة والتردد.
- ✓ حركاته بسيطة وترهقه أبسط الأعمال.

- ✓ يظهر عليه الهزال، ويعاني من الأرق والملل.
- ✓ يعاني المكتئب من وجع في الرأس باستمرار وهبوط في ضغط الدم، وقد تنتابه رعشة مع شعور بالتعب والإجهاد.
- ✓ قد تسيطر عليه الوسواس، ويتعذر عليه التركيز، ويصاب بحالة من الوهن النفسي حيث يبدو فارغ الفكر ليس له وجهة محددة ولا هدف واضح.
- ✓ يصاب بضعف الإرادة ويخيم على أفكاره السلبية والتشاؤم.

2.5. أعراض الاكتئاب من الناحية النفسية والانفعالية:

- ✓ الحزن، وهو من الأعراض الانفعالية المشتركة في جميع حالات الاكتئاب.
- ✓ هبوط الروح المعنوية معظم الوقت.
- ✓ الشعور بعدم الفائدة من أي شيء.
- ✓ ضعف الثقة بالنفس وعدم الرضا وعدم الكفاية.
- ✓ اتهام الذات وعدم تقديرها، وتصيد أخطائها وتضخيمها.
- ✓ الشعور بالذنب والانشغال بأفكار سلبية من أخطرها التفكير في الموت.
- ✓ التشاؤم والبؤس والقنوط والتبرم.
- ✓ اليأس من المستقبل والشعور بالعجز.
- ✓ اضطراب الانفعالات، إما فتور أو سرعة استئثاره بلا مبرر (إبراهيم، 2009).

كما أن هذه الأفكار السلبية والكئيبة تغذي الحالة المزاجية الحزينة وتقود المصاب إلى تبني سلوك الانطواء والخمول، لا يحس باللذة ولا الرغبة في أي شيء، لا يشعر بالمتعة عند مزاوله الأنشطة المألوفة التي كان يحبها من قبل، ويبدو له من المستحيل التغلب على المصاعب فينتابه الشعور بالحزن ويرى السوداوية في كل الأمور (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013).

3.5. أعراض الاكتئاب من الناحية العقلية:

- ✓ نقص التركيز والدافعية وقلة الاهتمامات.
- ✓ التفكير السلبي وسيطرة الأفكار السوداء، وخمود النشاط العقلي.
- ✓ بطء التفكير وقلة الكلام وبطئه.
- ✓ نقص التعبير وقصر الجمل.
- ✓ التردد وبطء الاستجابة.

4.5. أعراض الاكتئاب من الناحية العضوية الجسمية:

- ✓ آلام نفسجسمية مثل آلام الظهر والبطن والرأس.
- ✓ ضعف عام وإرهاق من أي مجهود.
- ✓ فقدان الطاقة الحيوية وقلة النشاط والحركة.
- ✓ اضطرابات الشهية والنوم (إبراهيم، 2009).

وتضيف الباحثتان (Mirabel-Sarron & Docteur (2013) إلى هذه الأعراض: شحوب الوجه وانخفاض نبرة الصوت، إيماءات نادرة ومشية ثقيلة وخالية من المبادرة. يكون النشاط العام متباطئ، كل شيء يتطلب من المكتئب بذل مجهود جبار لأنه يواجه التعب، واضطرابات النوم، والآلام الجسدية ومشاعر القهر وذلك بشكل يومي ومستمر. كما يلاحظ انخفاض الرغبة الجنسية لدى الأزواج، وقد ينقطع الطمث عن النساء وهن في سن الشباب.

5.5. أعراض الاكتئاب من الناحية السلوكية:

- ✓ ضعف القدرة على التواصل، والابتعاد عن الآخرين.
- ✓ عدم القدرة على التكيف أو التوافق داخل الأسرة وخارجها.
- ✓ إهمال النظافة الشخصية وعدم الاهتمام بالمظهر الشخصي.
- ✓ نقص الإنتاج وكثرة أخطاء العمل والتغيب عن العمل دون مبرر.
- ✓ الانسحاب والانعزال من أي اجتماعات عائلية أو أسرية وإهمال الأصدقاء (إبراهيم، 2009).

6. تشخيص الاكتئاب:

اتفق معظم المعالجين النفسيين على ضرورة ظهور خمسة أعراض على الأقل من الأعراض العامة للاكتئاب قبل الحكم على شخص ما بأنه مريض بالاكتئاب وأن تستمر هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل، وأن لا تغيب بقية الأعراض لمدة تزيد على الشهرين، وأن تؤثر الأعراض على أمرين هاميين في حياة الإنسان وهي:

- العمل أو الدراسة.

- الحياة الاجتماعية والعلاقات الأسرية.

أما الأعراض التي اتفق عليها فهي:

- ✓ المزاج الكئيب والحزن أغلب الوقت يشعر به المريض ويلاحظه الآخرون.
- ✓ فقد الاهتمام بالأمور المفرحة، وعدم الرغبة في الهوايات والأنشطة التي كان يستمتع بها من قبل.
- ✓ اضطراب ملحوظ في الشهية، فقد يفقد الرغبة في الأكل، وإذا أكل لا يتلذذ بطعامه، حتى عندما تقدم له وجباته المفضلة.
- ✓ اضطراب النوم، حيث يجد الشخص صعوبة في الخلود للنوم، وإذا نام لا يستطيع الاستمرار.
- ✓ التدهور النفسي الحركي، حيث يتناقل المريض في حركاته ويلاحظ عليه الخمول والكسل، ويجد صعوبة في قضاء حاجاته الشخصية وصعوبة في النهوض من فراشه، وعندما ينهض يشكو كأن كل أعضائه تؤلمه.
- ✓ الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، وتذكر تصرفات خاطئة من فترة ماضية فيجسمها المريض ليجعلها كبائر ويستصغر نفسه استصغارا مرضيا، ويسيطر عليه تفكير سلبي بأنه لن يستطيع أن يغير هذا الوضع.
- ✓ ضعف التركيز وتشتت الانتباه وكثرة النسيان ويلاحظ على المريض إذا جلس وسط أعضاء أسرته وهم يتحدثون، أنه لا يدري عما يتكلمون ولا يشارك في أي قرار.
- ✓ كثرة التفكير بالموت وكف الفرد عن العمل الايجابي بما أنه لا فائدة من أي عمل ولا قيمة له.
- ✓ عدم الثقة بالنفس والإحساس بقلّة الشأن وعدم أهمية الذات والحياة، وقد يدخل البعض في حالة من القنوط واليأس الشديد.

وتنتج عن هذه الأعراض آلام ذات دلالة عيادية أو تشوهات في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو ميادين أخرى. كما أنه لا يمكن عزو الأعراض الاكتئابية إلى سبب فسيولوجي أو تناول مواد معينة أو التهاب جسيمي عام، كذلك لا يجب أن تفسر الأعراض الاكتئابية بالحزن لوفاة شخص عزيز (APA, 2000/2003).

7. عوامل الاكتئاب:

وللاكتئاب، مثله مثل كثير من الاضطرابات النفسية الأخرى، ثلاثة مصادر هي:

- **العوامل البيولوجية**، وهي تشمل كل ما يتعلق بالاستعدادات العضوية، والتي من أهمها: الوراثة، الجوانب المتعلقة ببناء الجهاز العصبي ووظائفه، وكذا الجانب المتعلق بالتغيرات الكيميائية الحيوية و ما يرتبط بها من عناصر التحكم في وظائف المخ والبدن.
- **التعلم الاجتماعي** وما يؤدي إليه من اكتساب أنماط شخصية خاصة. فبفضل التعلم وأنماط الشخصية تكتسب الاستعدادات العضوية مذاقها المرضي أو الصحي، وتشتمل أساليب التنشئة المبكرة، والطرق الوالدية في التعامل مع الأطفال، والأوضاع الأسرية.
- **الضغوط والأزمات البيئية** أي العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها إحساس بالمعاناة، أو اكتساب اليأس، فالأزمات البيئية كالكوارث، والأمراض المستعصية، والطلاق والانفصال عن الأحبة (بالموت مثلا)، تعتبر ذات أهمية بالغة في زيادة الاكتئاب (إبراهيم، 1998).

8. نظريات الاكتئاب:

اختلفت التفسيرات المقدمة فيما يخص نشأة الاكتئاب وتطوره عند الفرد، واختلفت النظريات، كل نظرية قدمت إسهاما ملحوظا في فهم جوانب متعددة من الاضطراب الاكتئابي، وفيما يلي نستعرض بعضا من تلك الرؤى:

1.8. النظرية الوراثة:

ويرى أصحابها أن الوراثة تلعب دورا كبيرا بالنسبة للاكتئاب الذهاني، وقد يصل مدى تأثيرها إلى حوالي (80%) لدى المرضى، أما في الاكتئاب العصبي فيكاد يكون تأثيرها ضعيفا إذ أن التأثير الأكبر يكون للعوامل البيئية الأخرى (El Garem, 1978) (أورد في: أبو زيد، 2000).

وهناك من يقول أن الظهور المبكر لمرض الاكتئاب يعني أنه مشبع بالعامل الوراثي، بينما يكون هذا التشبع الوراثي ضعيفا إذا ما ظهر الاكتئاب بعد سن الخمسين (محمد الحجار، 1989 أورد في: الساسي، 2010).

2.8. النظرية البيولوجية:

يعود الاهتمام بمعرفة دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب إلى زمن بعيد، فقد تحدث عنه أبوقراط، وافترض أطباء القرن الثاني أن زيادة المادة السوداوية تسبب الملانخوليا.

يرى أصحاب النظرية البيولوجية للاكتئاب أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للمخ، وفي المقابل فإن الأفكار والمشاعر والسلوك يمكن أن تتبدل نتيجة تغيرات كيميائية طفيفة في المخ. قد يحدث خلل عند انتقال الرسائل الكهربائية عبر الخلايا العصبية في المخ مثل خلل وظيفي في عمل عصبونات الاستقبال، مما يسهم في الإصابة بالاكتئاب.

يركز أرباب هذه النظرية على الكاتيكولامينات وهي مواد من عائلة الأمينات مثل: الأدرينالين، النورأدرينالين، الدوبامين، السيروتونين تلعب دور الناقلات العصبية أو الهرمونات. ويتم تركيز هذه المواد بقوة وكثافة في عنق المخ، ولقد أثبتت دراسات كل من (Schildkraut, 1970)

و (Dekirmenjian, 1972) أن هناك ارتباط بين انخفاض مستوى الكاتيكولامينات وبين حالات الاكتئاب.

ويذكر Thase مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب، وهي:

- ✓ وجود مجموعة من الأعراض، والتي توحى بوجود اضطراب في العمليات الحيوية، مثل اضطرابات النوم والشهية، وتباين يومي في المزاج، واضطرابات حسية حركية.
- ✓ أدلة على وجود عوامل وراثية.

✓ استجابة جسمية للأدوية العلاجية، خاصة عند الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الحيوية.

وبذلك ترى النظرية البيولوجية أن أسباب نشوء مرض الاكتئاب تأتي نتيجة إصابة أو اضطراب في الوظائف الفسيولوجية والكيميائية للدماغ (أورد في: أبو زيد، 2000).

3.8. النظرية السيكودينامية:

يعرف (Abraham 1911) حالة الاكتئاب التي يشعر بها الراشد بأنها تفعيل لخبرة مشابهة (أي خبرة حزن أو اكتئاب سابقة) قد اختبرها الشخص عندما كان طفلاً. وهو يرى أن أهم أسباب الاكتئاب هو فقدان الحب وهو بمثابة الاستجابة المؤلمة لهذا الفقدان أو الحرمان.

ويرى (Freud 1917) صاحب النظرية التحليلية الاكتئاب على أنه نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء كان هذا الفقدان حقيقياً أو رمزياً، وينتج عن هذا الفقدان غضب يوجه للذات ويهددها ويشكل هذا التهديد خبرة حزينة اكتئابية، ويتطور موضوع الإحساس بالفقد فينتج عنه نوع من معاقبة الذات مصحوباً بخبرة اكتئابية تكون غالباً لاشعورية وسببها الرغبة في استعادة الحب والتأييد والدعم الأبوي المفقود، والتي قد تظهر عند حدوث أي أحداث مؤلمة أو ضغوط، فينكس الفرد إلى المرحلة الفمية بما تحتويه من مشاعر الفقد، فالشخص المكتئب تصبح لديه مشاعر عدوانية تجاه ذاته بدلاً من توجيهها نحو الموضوع الذي تسبب له في حالة الاكتئاب، أو تسبب له في خلق تلك المشاعر العدائية، وتحريك شحنتها الانفعالية.

كما يرجع (Gero 1936) الاكتئاب إلى ثلاثة عوامل: الجوع النرجسي، عدم تحمل الإحباط، والخبرات الصدمية والخاصة بعلاقات الحب غير الناجحة. وأن الاكتئاب يتعلق بعملية تثبيت في مرحلة اللذة الفمية بالإضافة إلى المقلقات الجنسية والتناسلية التي أحياناً ما تكون مصبوغة ببعض من العدوان والشعور بالذنب. أما (Bibring 1953) فيقرر أن كل أنماط الاكتئاب لها جذور وأصول في تقدير الذات، والاكتئاب يعد تعبيراً ذاتياً وانفعالياً عن الضعف وخبرة العجز في مرحلة الطفولة المبكرة التي ترجع بدورها إلى فشل في إشباع الحاجات الحيوية، وأنه إذا لم تشبع الحاجات النرجسية المهمة بالنسبة للطفل والراشد، فإن هذا مدعاة لنشأة حالة الاكتئاب (أورد في: أبو زيد، 2000).

4.8. النظرية السلوكية:

يرى Protopopov أن هناك أعراضاً جسمانية واضحة توجد سواء في حالة الاكتئاب أو الهوس مما يجعل هاتين الحالتين مظهرين لمرض واحد. ويعزو هذه الأعراض لتأثير الجهاز الودي إذ يصاحب المرض ارتفاع في ضغط الدم. وافترض أنه يتم تكوين بؤرة للاستثارة في طبقات ما تحت القشرة (الهيبيوتالاموس) تؤدي إلى حدة كل الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت القشرة.

ولقد أدت بحوثه إلى إثبات زيادة حساسية المرضى بالاكتئاب للمنبهات الكهربائية، والحرارية، والبرودة.. إذ يشعر المرضى بإحساسات غير سارة في الجسم، وإذا حاولوا التحكم إراديا في هذه المنبهات فهذا يؤدي إلى آلام مبرحة.

بينما يؤكد Ullman & Krasner (1969) أن حالة الاكتئاب تحدث من جراء خبرة فقدان التدعيم أو الإثابة الإيجابية مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي أو العقاب.

أما Liberman & Raskin (1971) فيعتقدان أن الاكتئاب ما هو إلا مسألة تدعيم اجتماعي وأن الناس يتعرضون للاكتئاب نتيجة شعورهم بالنبذ من قبل الآخرين، أي أن المكتئب في حاجة إلى انتباه الآخرين، واهتمامهم ومشاركتهم الوجدانية.

ويفسر Forrest & Hokanson (1975) الاكتئاب أنه راجع إلى نقص في حالة الضبط أو التحكم، كما أن المكتئب يستشعر كراهية ونفورا وتهديدات من الآخرين من جراء سلوك العقاب الذاتي داخله، لأنه يجد من السهل أن يوجه عدوانه إلى ذاته بدلا من توجيهه إلى الآخرين.

ويقرر Coyne (1976) أن الشخص حينما يتعرض لضغط ما، فإنه يكون في حاجة إلى تأييد، ودعم وصدق من الآخرين، وقد يستشعر ضيقا منهم نتيجة لذلك وبالتالي تزداد لديه نسبة نفوره منهم، ويصبح مزاجه غير معتدل، إضافة إلى شعوره بالعدوان تجاههم (أورد في: إبراهيم، 2009).

5.8. النظرية المعرفية:

ترى النظرية المعرفية أن الاكتئاب ينتج من ميل الفرد للنظر إلى نفسه والمستقبل والعالم بنظرة تشاؤمية غير معقولة. وهذه النظرة المشوهة للنفس والمستقبل والعالم يطلق عليها التلوث السلبي.

تستند النظرية المعرفية في تفسير الاكتئاب إلى أن أفكار الأفراد تؤثر في مشاعرهم وسلوكهم بالسلب أو بالإيجاب، وأن هناك تفاعل دائم الحدوث بين المعرفة والانفعال والسلوك، ونتيجة لهذا التفاعل، فإن المعارف الخاطئة أو التصورات الخاطئة من شأنها أن تسبب انفعالات سلبية وسلوكيات مضطربة، هذه المعارف الخاطئة تؤدي إلى التشويه المعرفي cognitive distortion الذي يعد المسؤول الأول عن حدوث الاكتئاب (أبو زيد، 2000).

يفترض المعرفيون أن لدى المكتئب تنظيم معرفي ناتج عن خبراته الشخصية، يعمل على تثبيت تفكيره التشاؤمي السلبي وتأكيد، يظل هذا التنظيم المستهدف للاكتئاب في حالة كمن حتى يتم استنارته بالضغوط المختلفة، أو ما يسمى بالعوامل المعجلة والتي يكون الشخص حساسا تجاهها. وعلى الرغم من أن النظرية المعرفية تعطي أهمية للعوامل النفسية والمعرفية في نشأة الاكتئاب وتطوره، إلا أنها تعترف بدور العوامل التفاعلية للعلاقات بين الأشخاص من حيث تأثيرها على تطور حالة الاكتئاب وثباتها.

أما (Seligman et al., 1976) فيرون أن مصدر الاكتئاب هو حالة فقدان للضبط أو التحكم من خلال وسائل التدعيم السلبي أو الإيجابي المكتسب وأطلق على ذلك اسم العجز المتعلم، وفيه يشعر الفرد بالضعف والاستكانة والنظرة الكئيبة المتشائمة للمستقبل (أورد في: الساسي، 2010).

فيما يعتقد Beck أن الشخص المكتئب لديه وجهة نظر سلبية بالنسبة لذاته، وللعالم وللمستقبل... وهذا ما يؤدي إلى حدوث الاكتئاب. ويقرر أن العامل الأولي للاكتئاب هو الإحساس بالضياع نتيجة التوقعات الكثيرة والأهداف الكبيرة التي تتسم باللاواقعية، فيكون الشخص المكتئب دائم اللوم لذاته نظرا لوعيه وإدراكه لنقائصه والتي تعطي له مفهوما سالباً عن ذاته، كما أنه يميل دوماً إلى مقارنة نفسه بالآخرين، وهذه المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديره لذاته (Willard, 2013).

6.8. نظرية التعلم الاجتماعي:

يرى (Paykel (1969 وكل من Myers، و Dienes، و Klerman، و Kindenthal، و Repper أن الاكتئاب يعود إلى البيئة المحيطة بالفرد وإلى الأحداث التي يختبرها مثل حالات الوفاة وفقدان الأعراف، وفقدان الأشياء... وهكذا فالبيئة تلعب دوراً في أحداث الاكتئاب.

ويقترح (Bart (1974 أن هناك عدة عوامل اجتماعية مسؤولة عن الاكتئاب لدى الأشخاص، منها:

مستوى التعليم، الطبقة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي، بالإضافة إلى التدعيم السالب الناتج من البيئة المحيطة والذي من شأنه أن يخلق لدى الفرد الأعراض التالية:

الشعور بالعجز، الشعور باليأس، عدم إشباع التوقعات الخاصة بالفرد، فقدان تقدير الذات، وبطلق على جل هذه الأعراض تسمية الاكتئاب.

أما بالنسبة لـ Bandura (1977) فتدور فحوى وجهة نظره حول ما يسميه بالفعالية الذاتية والتي تتمثل في الشعور بمدى كفاءة الذات في مقاومة الأفكار اللاعقلانية والانهازمية والخاطئة وإبقائها بعيدة عنها، ويحدث الاكتئاب نتيجة المفهوم السالب عن تلك الفعالية الذاتية (أورد في: أبو زيد، 2000).

9. الاكتئاب المهني:

لقد تغيرت البيئة المهنية بشكل كبير في السنوات الأخيرة، مما تسبب في تحولات كبيرة في العمل والتوظيف، وأصبح الاتجاه أكثر نحو اقتصاد الخدمات الذي يقتضي مهارات وكفاءات كبيرة، بدلا من اقتصاد الإنتاج، وبات من الضروري معرفة كيفية التواصل وإدارة مهام متعددة في آن واحد، ما يستلزم اكتساب خبرات ومهارات على المستويات المعرفية والعلائقية والانفعالية.

أصبح العمل وسيلة لتحقيق الذات، وفي الوقت الراهن يكمن الخوف الرئيسي في الفشل والشعور بعدم الكفاءة وهو أساس الانهيارات الاكتئابية. فالمكتئب مرعوب من مدى عيوبه وعدم قدرته على التكيف مع العالم المتغير.

1.9. أعراضه:

لا تختلف أعراض الاكتئاب المهني عن التعبير الإكلينيكي الكلاسيكي للاكتئاب، إذ نجد العناصر التشخيصية المعتادة للاكتئاب وهي: الألم النفسي، فقدان اللذة والمتعة، الأرق، ومع ذلك فإن هناك بعض العلامات المميزة والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في الوسط المهني (Raffaitin & Raffaitin-Bodin, 2008 cité par Willard, 2013)، فالتأخيرات التي تصبح أكثر تواترا، الإجازات المرضية المتكررة، الاستعداد لحوادث العمل، كلها تساؤلات ينبغي التمعن فيها. إن انخفاض الإنتاجية، والصعوبة في اتخاذ القرارات، وظهور اضطرابات التركيز، فقدان الموثوقية أو ارتفاع في نسبة الأخطاء، كلها عوامل تعبر عن اضطراب المزاج.

يرتبط الاكتئاب إلى حد كبير بالمعاناة في العمل والتي تظهر كنتيجة لتدهور ظروف العمل سواء كان هذا التدهور حقيقيا ملموسا أم كما يتصوره أو يدركه العامل. ويمكننا جمع الصعوبات التي تواجه العامل في بيئة عمله في أربع مجموعات:

- ✓ صعوبات متصلة بظروف العمل: الأعباء الزائدة للعمل، تنفيذ مهام روتينية ومنتكرة، عمليات النقل والتغييرات الوظيفية المفروضة، ظروف العمل السيئة أو السلامة المهنية المنعدمة، التعامل مع جمهور في حالة معاناة أوفي وضع غير مستقر.
- ✓ صعوبات متصلة بالعوامل العلائقية: العنف اللفظي، الصراعات، غياب التفاهم، غياب التقدير والاعتراف بجودة العمل المنجز، العزل، مشاكل في القيم والأخلاق.
- ✓ صعوبات متصلة بأساليب إدارة شؤون الموظفين: الافتقار إلى الاستقلالية أو حرية اتخاذ القرار، أهداف لا يمكن الوصول إليها، وتيرة عمل سريعة، الافتقار إلى التعبير أو الحوار، انعدام الأمن الوظيفي، إعادة الهيكلة.
- ✓ صعوبات متصلة بالمسيرين: إدارة تقوم على الإهانة، والتجريح، والعنف والضغط، أوامر متناقضة (غالبا ما تحدث هذه المشاكل بسبب اضطرابات في شخصيات المسيرين) (Willard, 2013).

2.9. عواقبه على الحياة المهنية:

يتأثر أداء الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب سلبا، بحيث تتدهور إنتاجيتهم وتتنخفض في حين تزداد النزاعات وتتفاقم مع زملاء العمل والمسؤولين. تشير مراجعة أدبيات أمريكية إلى أن (45%) من المصابين بالاكتئاب يعانون من صعوبات مهنية وأن أكثر من (10%) تم تسريحهم أثناء النوبة الاكتئابية (Boyer, Dardennes, Even, Gaillac, Gérard, Lecrubier, Le Pen & Weiller, 1999).

إن العواقب المهنية للاكتئاب مستديمة وتستمر حتى بعد شفاء طويل، إذ بينت متابعة لمدة خمس سنوات في إطار برنامج البحوث حول علم النفس البيولوجي للاكتئاب، أن الأشخاص المكتئبين هم أقل عددا للحصول على وظيفة وأقل عددا لزيادة دخلهم (46% من الحالات مقابل 69%) مقارنة مع الأشخاص غير المكتئبين، ومرتين أقل لتحسين وضعهم المهني (تم تسجيل تراجع في تطورهم المهني في حالة من كل حالتين مقارنة بحالة من كل ثلاث حالات إذا تعلق الأمر بغير المكتئبين) (Boyer et al., 1999).

وفيما يلي الجدول رقم () يلخص أهم عواقب الاكتئاب على الحياة المهنية.

جدول رقم (2): عواقب الاكتئاب على الحياة المهنية

بالنسبة للمؤسسة	بالنسبة للشخص المكتئب	
انخفاض مستتر غير واضح لروح التنافسية أو الإنتاجية في مركز العمل، الميل إلى تأجيل القرارات مما يكبح تقدم المؤسسة.	صعوبات في التكيف، الميل إلى إحباط الدافعية، غياب التفاؤل الإيجابي	ما قبل الاكتئاب
ارتفاع في نسبة التغيب أو التوقف عن العمل، حوادث العمل حسب نوع المهنة، انخفاض واضح وسريع في الإنتاجية، عواقب مادية ونفسية على الإنتاج، تفهقر مناخ العمل نتيجة القرارات الخاطئة.	تدهور المردودية في مركز العمل، أخطاء إستراتيجية أو أخطاء في القيادة، قرارات ازدرء وإساءة، نقص في البصيرة، انخفاض في اليقظة، أخطاء مهنية أو إهمال، استقالة مفاجئة .	الاكتئاب قائم
زيادة وتيرة حوادث العمل نتيجة الآثار الجانبية لبعض الأدوية المضادة للاكتئاب، إمكانية التواصل مع طبيب العمل، إمكانية استدعاء العامل لإبلاغه بالتوقف عن نشاطه (إن لم يفعل الطبيب ذلك)، انقطاع مطول وبالتراضي لكل نشاط مهني خاصة في بعض المهن مثل طاقم الطيران، طبيب جراح، سائق الشاحنات...	ضرورة الاختباء لتناول الأدوية. صعوبات في إخفاء الآثار الجانبية للعلاج وبذل جهد معتبر للتحكم فيها مثل الارتعاش، جفاف الفم، اضطرابات معرفية...، الحرص على الحفاظ على سرية الموقف، الشعور بالعزلة داخل المؤسسة.	في بداية العلاج
يواجه صاحب العمل صعوبات في إظهار ثقته مرة أخرى لذا من الضروري أن يكون مستوى الثقة بالحجم الكافي دون إفراط ولا زيادة: تكون المهام في بادئ الأمر خفيفة، من الصائب تسيير وإدارة تقدم المرونة التكيفية لدى المصاب.	عدم اليقين بشأن وتيرة استئناف الأنشطة المهنية والمسؤوليات، حيرة وتردد المكتئب بين الكشف عن اكتابه أو اصطناع مبررات، الخوف الدائم من الانتكاسة وعودة الأعراض.	ما بعد الاكتئاب
يضطر صاحب العمل إلى تعديل المسار الوظيفي لموظفه المصاب وذلك من خلال استبعاده من مراكز معينة، أو فصله عن العمل.	إن الخوف من الانتكاسات يغير بشكل كبير الإستراتيجية المهنية المعتمدة لدى المصاب، انخفاض المجازفة وروح المبادرة في العمل، الابتعاد عن المراكز ذات المسؤولية، ضياع فرص التكوين والترقية، الحرمان من استخدام المهارات والمؤهلات، تراجع الوضع المهني، احتمال الفصل ثم البطالة.	الانتكاسات

(Boyer et al.,1999).

10. علاج الاكتئاب:

❖ العلاج الدوائي:

يعتمد العلاج الدوائي بصفة عامة على مضادات الاكتئاب التي تعمل على زيادة نسبة بعض المواد الكيميائية في الدماغ والتي تؤثر مباشرة في كيميائية المخ، فتخفف من أعراض الاكتئاب الظاهرة وتحسن الحالة المزاجية للمريض. وإن كانت الأدوية المضادة للاكتئاب المتطورة تساعد المريض على الانتظام في عمله والقيام بأنشطته اليومية، إلا أنها لا تعالج جذور الاكتئاب ولا تتعامل مع أسبابه النفسية، كما أنها قد لا تتجح في كل الحالات أو مع كل شخص مصاب بالاكتئاب.

❖ العلاج التحليلي:

يساعد المريض على إخراج مكونات اللاشعور، والتعرف على الأسباب العميقة لمشكلاته الحالية، ويمكنه من التوصل إلى حلول لها والتخلص من مشاعر الذنب، فيتحقق الاستقرار النفسي، وتخفّي أعراض الاكتئاب (إبراهيم، 2009).

❖ العلاج السلوكي:

هو نوع من العلاج النفسي يهدف إلى تحقيق تغييرات في سلوك الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به والمتعاملين معه أكثر إيجابية وفعالية، ويعتمد في ذلك على نظريات التعلم ونظريات الشخصية والنظرية الاجتماعية. يبدأ العلاج السلوكي بتحديد السلوكيات المرضية والاستجابات الاكتئابية ثم تعد خطة علاجية تعتمد على تنمية السلوكيات المعارضة للسلوكيات المرضية، وتصحيح الاستجابات الاكتئابية الخاطئة لتحل محلها استجابات صحيحة إيجابية.

❖ العلاج المعرفي:

يهدف العلاج المعرفي إلى تخلص المريض من الاكتئاب، وتنمية مهاراته وتطويرها بطريقة منطقية وعقلانية.

والعلاج المعرفي للاكتئاب بفنياته وأساليبه يحاول مهاجمة المخططات المعرفية السلبية لدى المريض ليحرره منها ومن سيطرتها على تفكيره، ثم يعدل أفكاره وطرقه في التفكير، والمعتقدات المشوشة حول الذات

والعالم والمستقبل، وعن طريقه يتم مواجهة يأس المريض وقنوطه وشعوره بالتعاسة، وبمساعده على التغلب على كسله خموله.

يفكر المريض بأسلوب خاطئ تسوده أنماط تفكير سلبية حول الذات والعالم والمستقبل، تتشكل هذه الأنماط داخل المريض من خلال خبراته السلبية ورؤيته للعالم حوله تؤدي إلى إدراك سلبي للمواقف وتقييم سلبي للخبرات، فتتشتت لديه مخططات معرفية سلبية مشوهة تتطور لتصبح لا توافقية ولا تكيفية، وبالتالي يغلب على مضمون تفكير المريض التصلب والجمود وسوء التوظيف، فيصبح أسلوب تفكيره غير ملائم للواقع ولا لمقتضيات حل المشكلات (إبراهيم، 2009).

❖ العلاج بالواقع:

يعتبر العلاج بالواقع علاجاً إيجابياً وفعالاً وعملياً في نفس الوقت، فهو وسيلة مفيدة لأي شخص يرغب في إيقاف الاكتئاب واختيار سلوك أكثر إيجابية، وقد أشار نورث أن العلاج بالواقع مفيد أيضاً في علاج المخاوف، والاضطرابات الاستحواذية الإلزامية، مرض ضعف التركيز، والانطواء الذاتي، تخفيف القلق وفي اضطرابات نفسية أخرى.

وقد أكد الباحثون على أن استخدام العلاج بالواقع يساعد الأفراد على الشعور بأنهم أقوى وأصحاء ولديهم ثقة بالنفس أكثر، ويمكنهم أن يعيشوا حياة طبيعية (بشرى، 2007).

رغم كثرة الدراسات التي تناولت علاج الاكتئاب بمضادات الاكتئاب أو بالعلاج الدوائي فقط، فإن التيار الحديث لعلاج الاكتئاب يتوجه نحو التكامل العلاجي للاكتئاب وذلك باستخدام العلاج الدوائي إضافة إلى العلاجات النفسية، وعلى سبيل المثال لا الحصر، نذكر بعضاً من الدراسات التي أوضحت فعالية التكامل العلاجي في حالات الاكتئاب أياً كان نوعه، نمطه أو تصنيفه المرضي : دراسة (Bochereau & Corcos, 2000 ; De Rubies et al., 1999 ; Jarrett et al., 1999 ; Koeing, 1999 ; Oei, 1999 ; Sirey et al., 1999 ; Yeoh, 1999) (أبو زيد، 2000).

خلاصة الفصل:

إن الصحة النفسية في العمل هي نظام ديناميكي يظهر كمجموع من العوامل المحفزة المتداخلة فيما بينها، وظهور اضطرابات الصحة النفسية في العمل لا ينبغي إرجاعه فقط إلى الخصائص والعوامل الفردية، بل يعود أيضا إلى العمل وبيئة العمل القاسيين، فظروف العمل والعوامل التنظيمية تلعب دورا هاما في ترقية الصحة النفسية للعامل من خلال خلق بيئة إيجابية مريحة تساعد العامل على تحسين أدائه وإبراز مهاراته، وتساهم أيضا في تعزيز قدرة التواصل وتحقيق الرضا الوظيفي وزيادة الشعور بالولاء للمؤسسة.

تمثل اضطرابات القلق أشكالا مرضية وغير سوية للقلق والتي تسبب في تدهور نوعية وجودة الحياة للأفراد، وهي تؤدي إلى المعاناة والألم النفسي والجسدي وإلى عدم عيش الحاضر والاستمتاع بالحياة اليومية وكذا حصر النشاطات وتضييقها، وهي تستهلك طاقة الأفراد النفسية وتجعلهم أقل فعالية وإنتاجية في مختلف المجالات منها المهنية. وعليه لابد من تضافر الجهود الطبية والتربوية والنفسية لدراسة القلق والعمل على إيجاد أفضل الطرق العلاجية والوقائية لتحسين الصحة النفسية لمجتمعنا.

وكما أشرنا من خلال ما سبق ارتباط القلق بالاكتئاب في كثير من المواطن، فقد شهدت الحقبة الأخيرة زيادة هائلة في حدوث هذه الحالات في كل أرجاء العالم. والاكتئاب ليس مجرد اختلال مزاجي عابر ولا حالة يمكن تجاهلها أو الهرب منها لأن أعراضه قد تستمر أعواما وتشل حياة الفرد وتوقف نموه وتقدمه وتفسد حياة الأسر والأصدقاء وتعطل الإنتاج، فقد ثبت أن مرضى الاكتئاب النفسي خصوصا المزمن منه هم من أقل الفئات إنتاجية في العمل، وأكثرهم استهلاكا للخدمات الطبية، كما يشكل مريض الاكتئاب عبئا على كل من حوله حيث يؤثر سلبا في أفراد أسرته ويمتد تأثيره إلى أصدقائه وزملائه في العمل. وعلاوة على العبء الاقتصادي والاجتماعي والصحي، هناك السنوات الطويلة من المعاناة واليأس القاتل في ظل هذا المرض، بل إن الاكتئاب قد يكلف الإنسان حياته إذا أقدم على التخلص من معاناته بالانتحار.

وبما أن الصحة النفسية في العمل في تدهور متزايد وتمثل تكلفة عالية بالنسبة للمجتمعات، دعت منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية إلى اتخاذ إجراءات ملموسة لحماية العمال خاصة عمال القطاع الصحي من اضطرابات الصحة النفسية الأكثر شيوعا والمتمثلة في القلق والاكتئاب.

الفصل الرابع:
الإجراءات المنهجية للبحث
في جانبه التطبيقي

تمهيد

بعد إتمام عرض الأدبيات المتعلقة بمتغيرات البحث المتمثلة في الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية في العمل في الجانب النظري، سنتناول في هذا الفصل وصفا مفصلا للإجراءات التي تم إتباعها في إنجاز هذا البحث في جانبه التطبيقي، ومن ذلك وصف ميدان إجراء البحث، التعريف بمنهج البحث المتبع، ووصف الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الأساسية وكيفية تحديد عينتها، وتقديم أدوات البحث والتأكد من صدقها وثباتها، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة النتائج، وفيما يلي عرض لهذه الإجراءات.

1. وصف ميدان إجراء البحث:

يتألف المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو من وحدتين أساسيتين: وحدة ندير محمد الواقعة بوسط المدينة، ووحدة بالوى الواقعة على بعد 4 كم من مركز الولاية، إضافة إلى عيادة طب الأسنان وعيادة الولادة صبيحي تسعديت، عيادة الفحوصات المتخصصة ومركز طب العمل.

تقدر المساحة الإجمالية لوحدة ندير محمد بـ 42287.50 م²، بينما المساحة المشيدة فهي تقدر بـ 11587 م²، أما وحدة بالوى، تصل مساحتها الإجمالية 62500 م² منها 30300 مساحة مشيدة.

تم تدشين المستشفى يوم 28 جويلية 1955 على الساعة التاسعة صباحا، وفي سنة 1974، انتقل من تسمية المستشفى الجهوي إلى القطاع الصحي وذلك بفضل وحداته الطبية المختلفة.

شهد المستشفى عام 1982 تحولا جديدا، ليصبح القطاع الصحي الجامعي وذلك من خلال افتتاح تكوين بيوطبي متعدد الفروع.

حاليا، يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تابعة لوزارة الصحة طبقا للمرسوم رقم 25/86 الصادر بتاريخ 11 فيفري 1986 والمكمل والمعدل بالمرسوم رقم 294/86 الصادر بتاريخ 16 ديسمبر 1986، فيكون بذلك مؤسسة عمومية للعلاج والتكوين والبحث تتمثل مهامه أساسا في:

- ✓ التكفل بالعلاجات ذات التخصص العالي،
- ✓ ترقية التكوين الطبي وشبه الطبي، وما بعد التدرج،

✓ التأطير والبحث العلمي،

✓ المشاركة في إنجاز البرنامج الوطني للوقاية والصحة.

2. منهج البحث:

من أجل تحقيق أهداف البحث، تم إتباع خطوات المنهج الوصفي كونه الأكثر ملائمة للدراسات الارتباطية ولأنه يصف الظاهرة محل البحث كما هي في الواقع، ويهدف إلى جمع بيانات كافية ودقيقة وتحليلها بطريقة موضوعية ودراسة العلاقات بين المتغيرات المختلفة، والآثار التي تحدثها ليتم في النهاية الوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.

وهو ما يسعى بحثنا الحالي إلى تحقيقه من خلال دراسة العلاقات التي تجمع بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

3. الدراسة الاستطلاعية:

لقد تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية والتي بلغ قوامها (30) طبيبا وممرضا، من خارج عينة الدراسة، بالطريقة العشوائية البسيطة وتم توزيع المقاييس على أفرادها وذلك في شهر مارس 2021.

لقد كان الهدف من إجراء الدراسة الاستطلاعية الاحتكاك بميدان الدراسة والتأكد من مدى توفر متغيرات الدراسة والمتمثلة في الأخطار النفسية الاجتماعية والمؤشرات السلبية للصحة النفسية، كما سعت الدراسة الاستطلاعية إلى التحقق من البنود الواردة في أدوات القياس المعتمد عليها والتي تم ترجمتها من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ومدى وضوح عباراتها في البيئة الجزائرية.

كما هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على مدى توفر أدوات البحث على الخصائص السيكومترية أي الصدق والثبات - بالرغم من أنها أثبتت حيازتها على صدق وثبات عاليين بالطبعة الأصلية- وكذا تقصي أي قصور فيها وتداركه.

ومن نتائج الدراسة الاستطلاعية وضوح وسلامة بنود أدوات البحث واتسامها بالصدق والثبات العاليين، الشيء الذي أهلها وجعلها قابلة للتطبيق على أفراد عينة البحث، وهذا ما سنتطرق إليه لاحقا وبالتفصيل في عنصر أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية.

4. الدراسة الأساسية:

1.4. مجتمع البحث:

تألف مجتمع البحث من جميع الأطباء والمرضى العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وهذا بالدوام الكامل والموزعين حسب الفئة المهنية كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (3): توزيع مجتمع البحث حسب الفئة المهنية

العدد	الفئة المهنية
196	طبيب مختص
510	طبيب مقيم
128	طبيب عام
1100	ممرض
1934	المجموع

2.4. عينة البحث:

تبعاً لأهداف البحث، اعتمدت الباحثة على الأسلوب الاحتمالي العشوائي وتحديد العينة العشوائية البسيطة، حيث مثلت مختلف مصالح المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو. تم حساب حجم العينة المطلوب بالاعتماد على معادلة (Steven K. Thompson) والمتمثلة في الآتي:

$$n = \frac{N \times p(1 - p)}{\left[(N - 1) \left(\frac{d^2}{z^2} \right) \right] + p(1 - p)}$$

حيث:

n : حجم العينة الأدنى المطلوب.

N : حجم المجتمع ويساوي 1904 بعد حذف عينة الدراسة الاستطلاعية المتكونة من (30) مفردة وذلك لتفادي أثر التعلم.

P : القيمة الاحتمالية وتساوي 0.5

d : نسبة الخطأ المقبول في العينة وتساوي 0.05 عند مستوى الثقة 95%.

Z : الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الثقة 95% وتساوي 1.96.

وبالتعويض في المعادلة، نتحصل على ما يلي:

$$n = \frac{1904 \times 0.5(1 - 0.5)}{\left[(1904 - 1) \left(\frac{0.05^2}{1.96^2} \right) \right] + 0.5(1 - 0.5)}$$

$$n = \frac{476}{1.488}$$

$$n = 319.89 \sim 320$$

بعد حساب حجم العينة الأدنى المطلوب، تم اعتماد طريقة القرعة في اختيار أفراد العينة، حيث تم كتابة أرقام متسلسلة على قصاصات ورقية صغيرة متساوية في اللون والحجم وهذه الأرقام تقابلها أسماء كل أفراد المجتمع الأصلي. وضعت هذه القصاصات في إناء، تم خلطها جيدا ومن ثم تم سحب (350) قصاصة. وهكذا تحصلنا على أفراد عينتنا.

تم توزيع واسترجاع أدوات جمع البيانات - بعد التأكد من صدقها وثباتها- في الفترة الممتدة من 2021/05/30 إلى 2021/10/30 وذلك بمساعدة بعض الممرضين. تم استرجاع (260) استبياننا فقط ويعود السبب الرئيسي إلى أن هذه الفترة صادفت الموجة الثالثة لجائحة كورونا والتي أدت إلى إصابة العديد من الأطباء والممرضين بفيروس كوفيد 19 وبالتالي تم إعفاءهم من العمل خلال هذه الفترة، وقد استبعد (26) استبياننا من التحليل لعدم صلاحيتها، ويعود ذلك إلى عدة أسباب منها عدم الجدية في تعبئتها من قبل المبحوثين، حيث وجد أن بعضهم أجاب على عدد قليل من فقرات الاستبيانات، والبعض الآخر أجاب على جميع الفقرات بنفس المستوى من الإجابات، كما استبعدت إجابات المبحوثين الذين نقل أقداميتهم عن ستة أشهر، وعليه اقتصر حجم عينة البحث على (234) طبيبا وممرضا، والجدول رقم (4) يبين خصائصها:

جدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب الجنس، والسن، والحالة المدنية، والفئة المهنية والأقدمية في المركز.

المتغير	الفئات	عدد الأفراد	النسبة المئوية (%)
الجنس	أنثى	166	70.9
	ذكر	68	29.1
	المجموع	234	100
السن	من 21 إلى 30 سنة	107	45.7
	من 31 إلى 40 سنة	72	30.8
	من 41 إلى 50 سنة	40	17.1
	من 51 سنة فما فوق	15	6.4
	المجموع	234	100
الحالة المدنية	أعزب	102	43.6
	متزوج	128	54.7
	مطلق	4	1.7
	المجموع	234	100
الفئة المهنية	طبيب مختص	23	9.8
	طبيب مقيم	30	12.8
	طبيب عام	69	29.5
	ممرض	112	47.9
	المجموع	234	100
الأقدمية في المركز	من 1 إلى 10 سنوات	183	78.2
	من 11 إلى 20 سنة	35	15.0
	من 21 إلى 30 سنة	13	5.5
	من 31 سنة فما فوق	3	1.3
	المجموع	234	100

ويتضح من خلال الجدول السابق أن فئة الإناث تمثل أعلى نسبة وهي (70.9%) مقابل (29.1%) بالنسبة لفئة الذكور. كما أن (45.7%) من أفراد العينة قد تراوحت أعمارهم ما بين (21 - 30 سنة) و (30.8%) منهم انحصرت أعمارهم ما بين (31 - 40 سنة)، و(17.1%) منهم تراوحت أعمارهم ما بين (41 - 50 سنة)، بينما (6.4%) منهم فاقت أعمارهم 51 سنة.

كما بين الجدول رقم (4) أن (54.7%) من المبحوثين متزوجون، فيما بلغت نسبة العزاب (43.6%)، أما فئة المطلقين فقد مثلت أقل نسبة بواقع (1.7%). أما فيما يتعلق بالفئة المهنية، فقد أشارت النتائج إلى أن (52.1%) من أفراد عينة هذا البحث أطباء مقابل (47.9%) من الممرضين وشملت فئة الأطباء نسبة (29.5%) طبيبا عاما، (12.8%) طبيبا مقيما ونسبة (9.8%) طبيبا مختصا. وبخصوص الأقدمية في المركز فقد اتضح أن (78.2%) من المبحوثين لديهم سنوات أدمية تراوحت ما بين (1 - 10 سنوات)، في حين تبين أن (15%) منهم لديهم أدمية ما بين (11 - 20 سنة)، و(5.5%) منهم لديهم سنوات أدمية تراوحت بين (21 - 30 سنة)، بينما (1.3%) منهم فاقت أدميتهم 31 سنة.

نستنتج من خلال عرضنا للجدول السابق أن أغلبية أفراد عينة البحث إناث متزوجات وصغيرات في السن تنحصر أعمارهن بين 21 إلى 30 سنة، تمارسن مهنة التمريض منذ سنوات قليلة لا تتجاوز العشر سنوات.

5. أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية:

لتحقيق أهداف بحثنا، تم الاعتماد على ثلاث أدوات بحثية تتمتع بخصائص سيكومترية عالية وتتمثل في:

- ✓ مقياس الضغط المدرك لقياس الضغط المهني من إعداد (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983)،
- ✓ استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة- لقياس التعرض للعنف النفسي في العمل من تصميم (Einarsen, Hoel & Norelaers, 2009)،
- ✓ ومقياس قلق واكتئاب المستشفى لقياس المؤشرات السلبية للصحة النفسية في العمل والذي أعده (Zigmond & Snaith, 1983).

لكن قبل التطرق لوصف وحساب صدق وثبات الأدوات، وجب التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات المتحصل عليها من الدراسة الاستطلاعية.

اختبار التوزيع الطبيعي شابيرو- ويلك:

نستعرض فيما يلي اختبار شابيرو- ويلك لمعرفة هل البيانات تتبع توزيع طبيعي أم غير طبيعي وهو شرط أساسي قبل الشروع في تطبيق أي اختبار معلمي، ولقد تم اختياره على أساس أن حجم العينة الاستطلاعية أصغر من (50) مفردة، ولقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (5): اختبار شابيرو- ويلك للتوزيع الطبيعي للبيانات

اختبار كولموغوروف- سميرنوف			اختبار شابيرو- ويلك			المتغيرات المراد اختبارها
القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة الاختبار	
0.200	30	0.127	0.731	30	0.977	الضغط المهني
0.200	30	0.111	0.122	30	0.945	العنف النفسي في العمل
0.112	30	0.144	0.178	30	0.951	القلق
0.200	30	0.087	0.432	30	0.966	الاكتئاب
0.200	30	0.094	0.513	30	0.969	الصحة النفسية

يتضح من الجدول (5) أن جميع القيم الاحتمالية أكبر من (0.05)، وعليه نقرر أن البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي، وهكذا يمكننا تطبيق الاختبارات المعلمية مثل اختبار (t) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

أولاً: مقياس الضغط المدرك :

تم اختيار مقياس الضغط المدرك (Perceived stress scale, Pss 14) لتطبيقه في هذا البحث لأن بنوده سهلة الفهم، ذات طابع عام أي ليست خاصة بمجموعة معينة أو ثقافة محددة، ولأنه يتمتع بخصائص سيكومترية عالية، ولقد تم إعادة صياغته إلى اللغة العربية كما تم إعادة حساب صدقه وثباته في بحثنا هذا للتأكد أكثر من إمكانية تطبيقه على البيئة الجزائرية.

يعد مقياس الضغط المدرك الأداة النفسية الأكثر استخداماً على نطاق واسع لقياس مفهوم الضغط، وقد تم إعداده من قبل (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) لقياس الضغط المدرك الذي يعاني منه الفرد خلال الشهر المنصرم.

يرتكز مقياس الضغط المدرك على نموذج (Lazarus & Folkman, 1984) الذي يسعى إلى فهم الآليات النفسية المعرفية للضغط النفسي. حسب هذا النموذج، يولد الموقف الضاغط نوعين من التقييم: التقييم الأولي: يشير إلى الكيفية التي يدرك بها الفرد متطلبات موقف معين (حالة طارئة، وجود خطر ما، طبيعة التهديد...).

التقييم الثانوي: يتمثل في تقدير الفرد لموارده الذاتية وقدرته على التحكم أم لا في الموقف. تم ترجمته إلى أكثر من (20) لغة، وتتوفر ثلاثة نسخ من هذا المقياس وهي: PSS14: تضم (14) بنداً.

PSS10: تضم (10) بنود من 1-3، من 6-11 و14.

PSS4: تضم البنود 2، 6، 7 و14 من النسخة الأولى أي PSS14.

بالرغم من أن المقياس في الأصل أحادي البعد، إلا أن العديد من الباحثين، وعلى أساس التحليل العاملي، استخرجوا بعدين فرعيين وهما:

- العجز المدرك (perceived helplessness) ويضم سبعة بنود: 1، 2، 3، 8، 11، 12 و14 تعبر عن إحساسات وأفكار سلبية، تنقط حسب ترتيب البدائل الخمسة على سلم ليكرت في اتجاه واحد من (0) إلى (4).

- الفعالية الذاتية المدركة (perceived self-efficacy) ويضم سبعة بنود: 4، 5، 6، 7، 9، 10 و13 تعبر عن إحساسات وأفكار إيجابية تنقط عكس الاتجاه أي من (4) إلى (0) حسب ترتيب البدائل الخمسة على سلم ليكرت، ويكون بذلك المجموع الكلي للإجابات محصوراً بين (0-56).

يتمتع مقياس الضغط المدرك بخصائص سيكومترية جد مرضية نستدل على ذلك ببعض الدراسات والبحوث الجزائرية منها:

دراسة (فيصل وبحري، 2021) حيث قام الباحثان بحساب صدق وثبات الأداة على عينة استطلاعية قوامها (100) فرد، بينت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق التمييزي وصدق البناء الداخلي (وجود معاملات ارتباط قوية بين كل بنود المقياس مع الدرجة الكلية)، كما يتمتع المقياس بثبات عال، إذ بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.821)، وبلغت قيمة معامل سبيرمان- براون بطريقة التجزئة النصفية (0.864).

وأيضاً دراسة (جوهرى وشريفى، 2021) حيث بينت نتائج التحليل الإحصائى أن المقياس يتمتع بصدق تمييزى مرتفع وأن معامل ثبات المقياس ألفا كرونباخ قدر بـ (0.78). وكذلك دراسة (بوعزة وبلحسينى، 2018) حيث قامت الباحثتان بالتأكد من صدق وثبات المقياس على عينة استطلاعية قوامها (29) مستجوبة وقد بينت النتائج أن المقياس يتمتع بصدق تمييزى مرتفع وثبات عال إذ بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.85) فيما وصلت قيمة معامل سبيرمان- براون بطريقة التجزئة النصفية (0.98). وفيما يلى سنتطرق لحساب صدق وثبات الأداة.

1. صدق مقياس الضغط المدرك:

تم التأكد من صدق مقياس الضغط المدرك بطرق عديدة: صدق الاتساق الظاهرى، وصدق الاتساق الداخلى، والصدق البنائى لأبعاد المقياس، والصدق التمييزى.

1.1. صدق الاتساق الظاهرى أو صدق المحكمين:

وتعتمد هذه الطريقة على فكرة الصدق الظاهرى وصدق المحتوى معاً، أى وضوح البنود ومدى علاقتها بالقدرة أو البعد الذى يقيسه الاختبار (عبد الرحمن، 1998). لقد عرضت الباحثة المقياس مرفقاً بنسخته الأصلية، بعد ترجمته وموافقة الأستاذ المشرف عليه، على مجموعة من الأساتذة الجامعيين، وعددهم عشرة محكمين، من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري والمتكئين من اللغتين الانجليزية والعربية معاً، أغلبيتهم متخصصين فى علم النفس عمل وتنظيم، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة البنود المترجمة ووضوح صياغتها اللغوية، ومدى علاقتها بالأبعاد التى يقيسها المقياس، وقد استجابت الباحثة لآراء المحكمين، فتم تعديل ما لم يوافق عليه الأغلبية، وتم الاحتفاظ بالبنود التى حصلت على موافقة المحكمين بنسبة لا تقل عن (85%)، حيث تم حساب الصدق الظاهرى وفق طريقة حساب نسبة القبول كما يلى:

$$\text{نسبة قبول البند (\%)} = \frac{\text{عدد الأساتذة الموافقين على البند}}{\text{مجموع الأساتذة المحكمين}} \times 100$$

2.1. صدق الاتساق الداخلي:

وقد جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي لبنود المقياس بحساب معامل ارتباط كل بند مع البعد الذي ينتمي إليه وكذا مع النتيجة الكلية للمقياس وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS 26)، وسنتناول كل بعد على حدة، كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (6): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد العجز المدرك مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك.

الرقم	نص بنود بعد العجز المدرك	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون بين البند والمقياس	مستوى الدلالة
1	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالانزعاج بسبب حدث غير متوقع؟	**0.799	دال عند 0.01	**0.704	دال عند 0.01
2	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بأنك غير قادر على التحكم في الأمور الهامة في حياتك؟	**0.798	دال عند 0.01	**0.733	دال عند 0.01
3	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالتوتر أو الضغط؟	**0.728	دال عند 0.01	*0.459	دال عند 0.05
8	في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت أنك لم تستطع التعامل مع كل الأشياء التي كان عليك القيام بها؟	**0.543	دال عند 0.01	**0.678	دال عند 0.01
11	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالاستياء والغضب بسبب الأحداث التي كانت خارجة عن سيطرتك؟	**0.689	دال عند 0.01	**0.691	دال عند 0.01
12	في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت نفسك تفكر في الأشياء التي يجب عليك إنجازها؟	**0.553	دال عند 0.01	*0.391	دال عند 0.05
14	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع التغلب عليها؟	**0.689	دال عند 0.01	**0.598	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

(*) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد العجز المدرك والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.543) فيما كان الحد الأعلى (0.799)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد العجز المدرك والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائية عند مستويي الدلالة (0.01) و(0.05)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.391) فيما بلغ الحد الأعلى (0.733).

كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للمقياس وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن المقياس الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعدا واحدا.

وعليه فإن جميع بنود بعد العجز المدرك متسقة داخليا مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع المقياس ككل من جهة أخرى، مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود البعد الأول، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (7): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة مع الدرجة الكلية للبعد

والدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك

الرقم	نص بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون بين البند والمقياس	مستوى الدلالة
4	في غضون الشهر الماضي، كم مرة وفقت في التعامل مع المشاكل والصعوبات اليومية؟	**0.858	دال عند 0.01	**0.702	دال عند 0.01
5	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تواجه بصفة فعالة التغيرات المهمة التي طرأت في حياتك؟	**0.938	دال عند 0.01	**0.760	دال عند 0.01
6	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالثقة في قدرتك على معالجة مشاكلك الشخصية؟	**0.680	دال عند 0.01	**0.605	دال عند 0.01
7	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الأمور تسير على الطريقة التي تريدها أنت؟	*0.440	دال عند 0.05	**0.548	دال عند 0.01
9	في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في المواقف المزعجة في حياتك؟	**0.938	دال عند 0.01	**0.760	دال عند 0.01
10	في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تسيطر على الوضع؟	**0.938	دال عند 0.01	**0.760	دال عند 0.01
13	في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في الطريقة التي تقضي بها وقتك؟	**0.648	دال عند 0.01	**0.663	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

(*) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستويي الدلالة (0.01) و(0.05)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.440) فيما كان الحد الأعلى (0.938)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.548) فيما بلغ الحد الأعلى (0.760).

كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للمقياس وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن المقياس الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعدا واحدا.

وعليه فإن جميع بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة متسقة داخليا مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع المقياس ككل من جهة أخرى مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات البعد الثاني، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

3.1. الصدق البنائي لبعدي مقياس الضغط المدرك:

ويتم حساب الصدق البنائي لبعدي مقياس الضغط المدرك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (8): معاملات الارتباط بين البعدين الفرعيين والدرجة الكلية لمقياس الضغط المدرك

الدرجة الكلية	الفعالية الذاتية المدركة	العجز المدرك	البعد
		1	العجز المدرك
	1	**0.539	الفعالية الذاتية المدركة
1	**0.882	**0.872	الدرجة الكلية للمقياس

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول السابق أن البعدين يرتبطان ببعضهما البعض رغم تباينهما وبالدرجة الكلية للمقياس ارتباطا قويا ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يبين أن محتوى كل بعد من أبعاد المقياس له علاقة قوية جدا بهدف الأداة.

4.1. الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):

للتحقق من الصدق التمييزي لمقياس الضغط المدرك، تم ترتيب الدرجات المتحصل عليها في الدراسة الاستطلاعية ترتيبا تنازليا، حيث أخذت نسبة (33.33%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا ونسبة (33.33%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وتمت بعد ذلك المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين

بواسطة الاختبار (t) لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين لعينتين مستقلتين، ويكون المقياس صادقا كلما كان قادرا على التمييز تمييزا دالا بين المجموعتين المتطرفتين.

ننطلق من الفرض الصفري القائل أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا و الدرجات الدنيا للعينتين.

أما الفرض البديل فهو ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا للعينتين. وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (9): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لمقياس

الضغط المدرك

المستوى	حجم العينتين المتطرفتين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الدرجات العليا	10	38.200	5.731	16.403	0.001	7.115	0.000	دال عند 0.01
الدرجات الدنيا	10	24.800	1.619					

يتضح من بيانات الجدول رقم (9) أن متوسط الدرجات العليا بلغ (38.200) بانحراف معياري (5.731) وهو أعلى من متوسط الدرجات الدنيا البالغ (24.800) بانحراف معياري (1.619)، وأن قيمة اختبار ليفين قد بلغت (16.403) والتي تقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعتين، ونلاحظ أن القيمة الاحتمالية (0.001) أصغر من (0.01) أي أن المجموعتين غير متساويتين في التباين، وبالتالي جاءت نتيجة اختبار (t) (7.115) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لمقياس الضغط المدرك، ونرفض الفرض الصفري القائل عكس ذلك. وننتهي بالقول أن مقياس الضغط المدرك يتمتع بصدق تمييزي مرتفع، وبذا يمكن تطبيقه على عينة البحث.

2. ثبات مقياس الضغط المدرك:

تم حساب ثبات مقياس الضغط المدرك الموزع على العينة الاستطلاعية البالغ عددها (30) مفردة، باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

1.2. طريقة ألفا كرونباخ:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب معاملات الثبات لمقياس الضغط المدرك وبعديه الفرعيين بطريقة ألفا كرونباخ كما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم (10): حساب ثبات مقياس الضغط المدرك وبعديه الفرعيين بطريقة ألفا كرونباخ

البعد	محتوى البعد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
الأول	العجز المدرك	7	0.811
الثاني	الفعالية الذاتية المدركة	7	0.886
جميع بنود مقياس الضغط المدرك			0.887

يتضح من الجدول رقم (10) أن معامل الثبات العام لمقياس الضغط المدرك مرتفع جدا حيث بلغ (0.887) لإجمالي بنود المقياس، فيما تراوحت معاملات ثبات البعدين الفرعيين ما بين (0.811) كحد أدنى و(0.886) كحد أعلى. وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات وهو ما طمأن الباحثة إلى الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للبحث.

2.2. طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية والتي تتمثل في تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين: البنود ذات الأرقام الفردية مقابل البنود ذات الأرقام الزوجية، ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معامل بيرسون، ثم إجراء تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان - براون، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (11): حساب ثبات مقياس الضغط المدرك بطريقة التجزئة النصفية

بنود المقياس	ألفا كرونباخ	التباين	معامل ارتباط بيرسون بين النصفين	معامل سبيرمان - براون	معامل جثمان
النصف الأول	0.785	12.079	0.837	0.912	0.911
النصف الثاني	0.793	11.513			

يتضح من الجدول رقم (11) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للنصف الأول للمقياس والذي بلغ (0.785) لا يساوي معامل الثبات ألفا كرونباخ للنصف الثاني البالغ (0.793)، كما أن تباين النصف الأول (12.079) يختلف عن تباين النصف الثاني (11.513)، إذن لم يتحقق شرط تساوي معاملات الثبات للنصفين ولم يتحقق شرط تساوي التباينات للنصفين أيضاً، بالتالي لا نختار معامل سبيرمان - براون، بل نعتمد معامل جثمان والذي بلغت قيمته (0.911) وهي قيمة عالية جداً، هذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن إثبات ذلك تطبيقه على عينة البحث.

3. تصحيح مقياس الضغط المدرك:

تم اعتماد التدرج الخماسي للإجابة على بنود المقياس والذي يتراوح من (0 - 4)، وتشير الدرجة (0) إلى عدم وجود الضغط المدرك ويعبر عنه بـ " إطلاقاً"، في حين تشير الدرجة (4) إلى وجود الضغط المدرك بشكل دائم، ويعبر عنه بـ " دوماً". وصنفت المتوسطات الحسابية حسب استجابات أفراد العينة إلى ثلاثة مستويات من خلال استخدام المعيار الإحصائي، حسب المعادلة التالية:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى (للتدرج)}}{\text{عدد الفئات المقترضة}} = \frac{4 - 0}{3} = \frac{4}{3} = 1.33$$

وبهذا تكون مستويات المتوسطات الحسابية مقسمة كما يلي:

- من 0 إلى 1.33: ضغط مدرك منخفض.
- من 1.34 إلى 2.66: ضغط مدرك متوسط.
- من 2.67 إلى 4: ضغط مدرك مرتفع.

كما يمكن تحديد مستويات الضغط المدرك بمقارنة المجموع الكلي لدرجات مقياس الضغط المدرك بما يلي:

- من 0 إلى 18: ضغط مدرك منخفض.
- من 19 إلى 37: ضغط مدرك متوسط.
- أكثر من 38: ضغط مدرك مرتفع.

ولمعرفة الاتجاه العام للإجابة وما يوازيها من المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الخماسي أو المتوسطات المرجحة، نقوم بحساب المدى أولاً، وهو أكبر رقم في مقياس ليكرت الخماسي ناقص أصغر رقم، فتصبح النتيجة كالتالي: $4 - 0 = 4$.

بعد ذلك يتم حساب طول الفئة وذلك من خلال تقسيم المدى على عدد الخيارات المتاحة، وبالتالي نجد أن طول الفئة يساوي $\frac{4}{5}$ ويساوي 0.80.

وهكذا نتحصل على المتوسطات الحسابية، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (12): قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الخماسي واتجاه الإجابات على بنود مقياس الضغط المدرك.

الاتجاه الإجابة	الدرجة	طول الفئة	الحد الأدنى للفئة	الحد الأعلى للفئة	المتوسط المرجح
إطلاقاً	0	0.8	0	0.80	من 0 إلى 0.80
نادراً	1	0.8	0.80	1.60	من 0.81 إلى 1.60
أحياناً	2	0.8	1.60	2.40	من 1.61 إلى 2.40
غالباً	3	0.8	2.40	3.20	من 2.41 إلى 3.20
دوماً	4	0.8	3.20	4.00	من 3.21 إلى 4.00

ثانيا: استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة -

تم الاعتماد على استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- (Negative Acts Questionnaire Revised, NAQ-R) في قياس التعرض للعنف النفسي في العمل والذي وضعه الباحثون (Einarsen, Hoel & Norelaers, 2009)، لأنه يتمتع بخصائص سيكومترية عالية، ولقد تم إعادة صياغته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية كما تم إعادة حساب صدقه وثباته في بحثنا هذا للتأكد أكثر من إمكانية تطبيقه في البيئة الجزائرية.

ويتكون الاستبيان من (22) بندا لقياس الأفعال السلبية التي يواجهها الفرد في مكان عمله مثل حجب المعلومات المهمة، التجاهل والإذلال، والتي تتوزع على ثلاثة أبعاد كما يلي:
العنف النفسي المرتبط بالعمل: يغطي الأفعال السلبية الموجهة نحو عمل الشخص المستهدف ويضم البنود: 1، 3، 14، 16، 18، 19 و21.

العنف النفسي المرتبط بالشخص: يغطي الأفعال السلبية الموجهة نحو الشخص المستهدف نفسه، ويضم البنود: 2، 4، 5، 6، 7، 10، 11، 12، 13، 15، 17 و20.
الترهيب الجسدي: ويتضمن ثلاث فقرات تتعلق بالعنف الجسدي أو التهديد بالعنف، وهي كالتالي: 8، 9، و22.

وتنقط البنود حسب ترتيب البدائل الخمسة على سلم ليكرت وتتراوح وتيرة التعرض لهذه السلوكيات من أبدا (1) إلى يوميا (5) ليكون المجموع الكلي للإجابات محصورا بين (22- 110).
إضافة إلى البنود المذكورة أعلاه، أثرى الباحثون استبيانهم بسؤالين هامين:

- السؤال رقم (23) ويتمثل فيما يلي: هل تعرضت للعنف النفسي في العمل؟ نعرف العنف النفسي على أنه الموقف الذي يدرك فيه الشخص أنه يتعرض لمعاملة سلبية باستمرار وعلى مدى فترة من الزمن من قبل شخص أو عدة أشخاص، بحيث يجد صعوبة في الدفاع عن نفسه ضد هذه الأفعال. ولن نشير إلى حادثة حصلت لمرة واحدة على أنها حالة عنف نفسي. باستخدام التعريف المذكور أعلاه يرجى ذكر ما إذا تعرضت للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية؟.

- والسؤال رقم (24) والذي يحدد الأشخاص المسؤولين على ارتكاب العنف النفسي في العمل.

وقد تم التأكد من صلاحية الاستبيان من خلال دراسة (Makarem, Tavitian-Elmadjian, Brome, Hamadh & Einarsen, 2018) حيث قام الباحثون بحساب صدق وثبات الأداة التي تم تطبيقها على عينة قوامها (447) فردا من وسط بيروت، وبينت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق البنائي والصدق التلازمي من خلال معاملات الارتباط الدالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) مع كل من الاكتئاب والرضا مع الحياة، كما يتمتع المقياس بثبات جد مرضي، إذ تراوحت قيم معامل ألفا كرونباخ لمختلف أبعاده بين (0.63 - 0.90).

وفي دراسة (ملال وآخرون، 2021) حيث تم تطبيقه على عينة استطلاعية قدرها (30) ممرضا، أسفرت النتائج أنه يتمتع بصدق تمييزي مرتفع وثبات جد مرضي إذ بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.74).

وكذا في دراسة (Erwandi, Kadir & Lestari, 2021) حيث قام الباحثون بالتأكد من صدق وثبات المقياس على عينة الدراسة البالغة (3140) فردا تم اختيارهم من مؤسسات صناعية مختلفة من أندونيسيا، إذ أسفرت نتائج التحليل الإحصائي أن المقياس يتمتع بصدق اتساق داخلي مرتفع وصدق تلازمي مقبول وتراوح معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس وأبعاده الثلاثة بين (0.721 - 0.897). وفيما يلي سنتطرق لحساب صدق وثبات الأداة.

1. صدق استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة -

تم التأكد من صدق استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة - بطرق عديدة: صدق الاتساق الظاهري، وصدق الاتساق الداخلي، والصدق البنائي لأبعاد الاستبيان، والصدق التمييزي.

1.1. صدق الاتساق الظاهري أو صدق المحكمين

عرضت الباحثة الاستبيان مرفقا بنسخته الأصلية، بعد ترجمته وموافقة الأستاذ المشرف عليه، على مجموعة من الأساتذة الجامعيين، وعددهم عشرة محكمين، من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري والتمكنين من اللغتين الانجليزية والعربية معا، أغلبيتهم متخصصين في علم النفس عمل وتنظيم، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة البنود المترجمة ووضوح صياغتها اللغوية،

ومدى علاقتها بالأبعاد التي يقيسها الاستبيان، وقد استجابت الباحثة لآراء المحكمين، فتم تعديل ما لم يوافق عليه الأغلبية، وتم الاحتفاظ بالبند التي حصلت على موافقة المحكمين بنسبة لا تقل عن (85%).

2.1. صدق الاتساق الداخلي:

وقد جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي لبند الاستبيان بحساب معامل ارتباط كل بند مع البعد الذي ينتمي إليه وكذا مع النتيجة الكلية للاستبيان وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS 26)، وسنتناول كل بعد على حدة، كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (13): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل مع الدرجة الكلية

للبعد والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-

الرقم	نص بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	معامل ارتباط بيرسون بين البند والاستبيان	مستوى الدلالة
1	شخص ما قام بحجب المعلومات عنك مما أثر سلباً على أدائك.	**0.590	**0.544	دال عند 0.01
3	يتم أمرك بالقيام بعمل أقل من مستوى كفاءتك.	**0.631	**0.556	دال عند 0.01
14	يتم تجاهل آرائك ووجهات نظرك.	**0.590	**0.561	دال عند 0.01
16	يتم إعطائك مهام ذات أهداف أو مواعيد تسليم غير معقولة أو مستحيلة.	**0.741	**0.701	دال عند 0.01
18	يتم مراقبة أو رصد عملك بإفراط.	**0.689	**0.749	دال عند 0.01
19	يتم الضغط عليك بعدم المطالبة بشيء يحق لك الحصول عليه (مثل الإجازة المرضية، أو عطلة مستحقة، أو نفقات السفر).	**0.782	**0.701	دال عند 0.01
21	تتعرض لعبء عمل لا يمكن إدارته أو التحكم فيه.	**0.796	**0.672	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.590)، فيما كان الحد الأعلى (0.796)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل والدرجة الكلية للاستبيان دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.544) فيما بلغ الحد الأعلى (0.749).

كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للاستبيان وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن الاستبيان الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعداً واحداً.

وعليه، فإن جميع بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل متسقة داخلياً مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع الاستبيان ككل من جهة أخرى مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود البعد الأول، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (14): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-

الرقم	نص بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	معامل ارتباط بيرسون بين البند والاستبيان	مستوى الدلالة
2	تتعرض للإذلال أو السخرية فيما يتعلق بعملك.	**0.664	**0.701	دال عند 0.01
4	يتم استبدال مسؤولياتك الرئيسية بمهام تافهة أو غير مريحة.	**0.548	**0.501	دال عند 0.01
5	يتم نشر الشائعات عنك.	**0.593	**0.530	دال عند 0.01
6	يتم تجاهلك أو استبعادك.	**0.625	**0.634	دال عند 0.01
7	يتم إصدار تصريحات مهينة أو مسيئة عن شخصك أو سلوكياتك أو حياتك الخاصة.	**0.593	**0.529	دال عند 0.01
10	يتم التلميح أو الإشارة من آخرين بأنه يجب أن تترك عملك.	**0.666	**0.658	دال عند 0.01
11	يتم تكرار تذكرك بأخطائك المتعلقة بالعمل.	**0.758	**0.698	دال عند 0.01
12	يتم تجاهلك أو تواجه رد فعل عدائي عندما تحاول التقرب.	**0.845	**0.798	دال عند 0.01
13	يتم انتقادك باستمرار فيما يتعلق بعملك وجهودك.	**0.758	**0.719	دال عند 0.01
15	تتعرض لنكت ومزاحات ثقيلة من قبل أشخاص لا تستلطفهم.	**0.694	**0.657	دال عند 0.01
17	يتم توجيه الادعاءات أو الاتهامات ضدك.	**0.609	**0.525	دال عند 0.01
20	يتم جعلك موضوعا لعملية إغابة وسخرية مفرطة.	**0.650	**0.656	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.548) فيما بلغ الحد الأعلى (0.845)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص والدرجة الكلية للاستبيان دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.501) فيما بلغ الحد الأعلى (0.798).

كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للاستبيان وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن الاستبيان الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعداً واحداً.

وعليه فإن جميع بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص متسقة داخلياً مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع الاستبيان ككل من جهة أخرى مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود البعد الثاني، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (15): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد التهريب الجسدي مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-

الرقم	نص بنود بعد التهريب الجسدي	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	معامل ارتباط بيرسون بين البند والاستبيان	مستوى الدلالة
8	يتم الصراخ عليك أو كنت ضحية لغضب عفوي أو نوبة انفعال.	**0.861	**0.696	دال عند 0.01
9	تتعرض لسلوك التخويف أو التهريب مثل الإشارة بالإصبع، التعدي على المساحة الشخصية، والدفع، والمنع/إعاقة الطريق.	**0.814	**0.666	دال عند 0.01
22	التهديد بالعنف أو الاعتداء الفعلي.	**0.815	**0.685	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد التهريب الجسدي والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.814) فيما كان الحد الأعلى (0.861)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد التهريب الجسدي والدرجة الكلية للاستبيان دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.666) فيما بلغ الحد الأعلى (0.696). كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للاستبيان وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن الاستبيان الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعداً واحداً.

وعليه فإن جميع بنود بعد التهريب الجسدي متسقة داخلياً مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع الاستبيان ككل من جهة أخرى مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود البعد الثالث، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

3.1. الصدق البنائي لأبعاد استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة-

ويتم حساب الصدق البنائي لأبعاد استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة- بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل بعد من أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية للاستبيان، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (16): معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان الأفعال السلبية-

نسخة معدلة-

الدرجة الكلية	التهريب الجسدي	العنف النفسي المرتبط بالشخص	العنف النفسي المرتبط بالعمل	البعد
			1	العنف النفسي المرتبط بالعمل
		1	**0.778	العنف النفسي المرتبط بالشخص
	1	**0.730	**0.707	التهريب الجسدي
1	**0.821	**0.950	**0.926	الدرجة الكلية للاستبيان

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول السابق أن جميع الأبعاد ترتبط بعضها ببعض رغم تباينها وبالدرجة الكلية للاستبيان ارتباطا قويا ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يبين أن محتوى كل بعد من أبعاد الاستبيان له علاقة قوية جدا بهدف الأداة.

4.1. الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):

للتحقق من الصدق التمييزي لاستبيان الأفعال السلبية-نسخة معدلة-، تم ترتيب الدرجات المتحصل عليها في الدراسة الاستطلاعية ترتيبا تنازليا، حيث أخذت نسبة (33.33%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا ونسبة (33.33%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وتمت بعد ذلك المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين بواسطة الاختبار (t) لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين لعينتين مستقلتين، ويكون المقياس صادقا كلما كان قادرا على التمييز تمييزا دالا بين المجموعتين المتطرفتين.

ننتقل من الفرض الصفري القائل أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا و الدرجات الدنيا للعينتين.

أما الفرض البديل فهو ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا للعينتين.

وقد كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (17): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لاستبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة-

المستوى	حجم العينتين المتطرفتين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الدرجات العليا	10	60.600	6.752	3.943	0.063	14.732	0.000	دال عند 0.01
الدرجات الدنيا	10	25.900	3.142					

يتضح من بيانات الجدول رقم (17) أن متوسط الدرجات العليا بلغ (60.600) بانحراف معياري (6.752) وهو أعلى من متوسط الدرجات الدنيا البالغ (25.900) بانحراف معياري (3.142)، وأن قيمة اختبار ليفين قد بلغت (3.943) والتي تقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعتين، ونلاحظ أن القيمة الاحتمالية (0.063) أكبر من (0.05) أي أن المجموعتين متجانستين أو متساويتين في التباين، وبالتالي جاءت نتيجة اختبار (t) (14.732) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لاستبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة-، ونرفض الفرض الصفري القائل عكس ذلك.

وننتهي بالقول أن استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة- يتمتع بصدق تمييزي مرتفع، وبذا يمكن تطبيقه على عينة البحث.

2. ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة-

ولقد تم حساب ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- الموزع على العينة الاستطلاعية البالغ عددها (30) مفردة، باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

1.2. طريقة ألفا كرونباخ:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب معاملات ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- وأبعاده الفرعية بطريقة ألفا كرونباخ كما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم (18): حساب ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- وأبعاده الفرعية بطريقة ألفا

كرونباخ

البعد	محتوى البعد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
الأول	العنف النفسي المرتبط بالعمل	7	0.813
الثاني	العنف النفسي المرتبط بالشخص	12	0.879
الثالث	الترهيب الجسدي	3	0.762
جميع بنود استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة-		22	0.926

يتضح من الجدول رقم (18) أن معامل الثبات العام لاستبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- مرتفع جدا حيث بلغ (0.926) لإجمالي بنود الاستبيان، فيما تراوحت معاملات ثبات الأبعاد الفرعية ما بين (0.762) كحد أدنى و(0.879) كحد أعلى. وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات وهو ما طمأن الباحثة إلى الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للبحث.

2.2. طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية والتي تتمثل في تجزئة الاستبيان إلى نصفين متكافئين: البنود ذات الأرقام الفردية مقابل البنود ذات الأرقام الزوجية، ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معامل بيرسون، ثم إجراء تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان- براون، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (19): حساب ثبات استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة- بطريقة التجزئة النصفية

بنود الاستبيان	ألفا كرونباخ	التباين	معامل ارتباط بيرسون بين النصفين	معامل سبيرمان- براون	معامل جثمان
النصف الأول	0.839	64.438	0.918	0.957	0.956
النصف الثاني	0.874	56.079			

يتضح من الجدول رقم (19) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للنصف الأول للاستبيان والذي بلغ (0.839) لا يساوي معامل الثبات ألفا كرونباخ للنصف الثاني البالغ (0.874)، كما أن تباين النصف الأول (64.438) يختلف عن تباين النصف الثاني (56.079)، إذن لم يتحقق شرط تساوي معاملات الثبات للنصفين ولم يتحقق شرط تساوي التباينات للنصفين أيضا، بالتالي لا نختار معامل سبيرمان - براون، بل نعتمد معامل جثمان والذي بلغت قيمته (0.956) وهي قيمة عالية جدا، هذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكننا إثر ذلك تطبيقه على عينة البحث.

3. تصحيح استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة-

تم اعتماد التدرج الخماسي للإجابة على بنود الاستبيان والذي يتراوح من (1- 5)، وتشير الدرجة (1) إلى عدم وجود العنف النفسي ويعبر عنه بـ " أبداً "، في حين تشير الدرجة (5) إلى وجود العنف النفسي بشكل دائم، ويعبر عنه بـ " يوماً ". وصنفت المتوسطات الحسابية حسب استجابات أفراد العينة إلى ثلاثة مستويات تم تقسيمها كما يلي:

- أقل من 1.5: عنف نفسي منخفض.

- من 1.5 إلى 2.5: عنف نفسي متوسط.

- أكبر من 2.5: عنف نفسي مرتفع.

ومن ناحية أخرى، ميز (2013) Notelears & Einarsen بين ثلاث مجموعات من المستجوبين ولهدف تحديد درجة وشدة التعرض للعنف النفسي، أوصى بمقارنة المجموع الكلي لدرجات العنف النفسي بما يلي:

- من 22 إلى 32: لا يتعرض للعنف النفسي أو نادراً ما يتعرض له.

- من 33 إلى 44: يتعرض للعنف النفسي أحياناً.

- أكثر من 45: ضحية للعنف النفسي الشديد.

ولمعرفة الاتجاه العام للإجابة وما يوازيها من المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الخماسي أو المتوسطات المرجحة، تم حساب المدى أولاً، وهو أكبر رقم في مقياس ليكرت الخماسي ناقص أصغر رقم، فتصبح النتيجة كالتالي: $5 - 1 = 4$.

بعد ذلك يتم حساب طول الفئة وذلك من خلال تقسيم المدى على عدد الخيارات المتاحة، وبالتالي

نجد أن طول الفئة يساوي $\frac{4}{5}$ ويساوي 0.80.

وهكذا نتحصل على المتوسطات الحسابية، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (20): قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الخماسي واتجاه الإجابات على بنود استبيان الأفعال السلبية- نسخة معدلة-

المتوسط المرجح	الحد الأعلى للفئة	الحد الأدنى للفئة	طول الفئة	الدرجة	اتجاه الإجابة
من 1 إلى 1.80	1.80	1	0.8	1	أبدا
من 1.81 إلى 2.60	2.60	1.80	0.8	2	بين الحين والآخر
من 2.61 إلى 3.40	3.40	2.60	0.8	3	مرة في الشهر
من 3.41 إلى 4.20	4.20	3.40	0.8	4	مرة في الأسبوع
من 4.21 إلى 5.00	5.00	4.20	0.8	5	يومية

ثالثا: مقياس قلق واكتئاب المستشفى

مقياس قلق واكتئاب المستشفى (Hospital Anxiety Depression Scale, HADS) والمعروف أيضا بمقياس الكرب النفسي أو الصحة النفسية المتدنية، هو من تصميم الباحثين (Zigmond & Snait, 1983)، وقد كان الهدف منه هو محاولة الكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية المتمثلة في القلق والاكتئاب والسيطرة عليها والتنبؤ بها لدى المرضى المصابين بأمراض عضوية والذين يخضعون للعلاج في المستشفيات. وقد تبين للباحثين أن هذا المقياس ذو ثبات وصدق عاليين يمكن استخدامه في جميع البيئات ولدى جميع الفئات، ولقد تم إعادة صياغته إلى اللغة العربية، كما تم إعادة حساب صدقه وثباته في بحثنا هذا للتأكد أكثر من إمكانية تطبيقه في البيئة الجزائرية.

ويتكون المقياس من (14) بندا، نصفها لقياس القلق (الأرقام الفردية) ونصفها الآخر لقياس الاكتئاب (الأرقام الزوجية). جاءت البنود على شكل عبارات تقريرية موجزة، تكون الإجابة عليها باختيار بديل من أربعة بدائل منقطعة من (0-3)، لذلك تتراوح الدرجات المحتملة من (0) إلى (21) لكل من المقياسين الفرعيين، والدرجات المرتفعة تعبر عن الحالات الشديدة للقلق أو الاكتئاب.

وقد ترجمه للعربية وطبقه على البيئة السعودية الرفاعي وأبو السعود (1995)، وتبين له من نتائج الدراسة أن ارتباط البنود للمقياسين الفرعيين ذات دلالة عالية عند مستوى (0.01)، كما وجد اتفاق بين

نتيجة المقياسين الفرعيين وتشخيص الباحث للقلق والاكتئاب، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.88) بالنسبة لمقياس القلق، أما الاكتئاب فقد كان معامل الارتباط (0.86)، وكلاهما دالان عند مستوى الدلالة (0.01). كما أعاد الرفاعي تطبيقه مرة أخرى على عينة أخرى من دولة الإمارات، وكانت نتائج الدراسة بالنسبة لمعامل ألفا كرونباخ (0.78) لمقياس القلق و(0.87) لمقياس الاكتئاب، وقد كان الصدق ذو دلالة عالية أيضا.

كما قام العيثان (1999) بدراسة لمعرفة مدى ملائمة هذا المقياس للعينة السعودية، وتبين من خلال الدراسة ثبات المقاييس الفرعية لهذا المقياس، حيث كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس القلق (0.77)، وللاكتئاب (0.89).

واستخدمه الزهراني في دراسته (2002)، وكانت قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس القلق (0.79)، وللاكتئاب (0.74)، كما ورد في دراسة أخرى لنفس الباحث الزهراني (2017) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس القلق (0.70)، وللاكتئاب (0.86) (أورد في: الزهراني، 2017). وفيما يلي سنتطرق لحساب صدق وثبات الأداة.

1. صدق مقياس قلق واكتئاب المستشفى:

تم التأكد من صدق مقياس قلق واكتئاب المستشفى بطرق عديدة: صدق الاتساق الظاهري، وصدق الاتساق الداخلي، والصدق البنائي لبعدي المقياس، والصدق التمييزي.

1.1 صدق الاتساق الظاهري أو صدق المحكمين:

عرضت الباحثة المقياس مرفقا بنسخته الأصلية، بعد ترجمته وموافقة الأستاذ المشرف عليه، على مجموعة من الأساتذة الجامعيين، وعددهم عشرة محكمين، من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري بولاية تيزي وزو والتمكنين من اللغتين الانجليزية والعربية معا، أغلبيتهم متخصصين في علم النفس عمل وتنظيم، حيث طلب منهم تحديد مدى انتماء البنود إلى البعد الذي تدرج تحته، ومدى علاقتها بالأبعاد التي يقيسها المقياس، ومدى وضوحها من حيث اللغة والصياغة، وما يروونه من إضافة أو حذف لأي بند، وقد استجابت الباحثة لآراء المحكمين، فتم تعديل ما لم يوافق عليه الأغلبية، وتم الاحتفاظ بالبنود التي حصلت على موافقة المحكمين بنسبة لا تقل عن (85%).

2.1. صدق الاتساق الداخلي

وقد جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي لبنود المقياس بحساب معامل ارتباط كل بند مع البعد الذي ينتمي إليه وكذا مع النتيجة الكلية للمقياس وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS 26)، وسنتناول كل بعد على حدة، كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (21): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد القلق مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية

لمقياس قلق واكتئاب المستشفى

الرقم	نص بنود بعد القلق	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون بين البند والمقياس	مستوى الدلالة
1	أشعر بالتوتر الشديد	**0.716	دال عند 0.01	**0.729	دال عند 0.01
3	أشعر بنوع من الخوف وكأن شيئاً مروعا على وشك الحدوث	**0.675	دال عند 0.01	**0.602	دال عند 0.01
5	تدور أفكار مقلقة في ذهني	**0.562	دال عند 0.01	**0.561	دال عند 0.01
7	يمكنني الجلوس براحة والشعور بالاسترخاء	**0.544	دال عند 0.01	**0.640	دال عند 0.01
9	ينتابني شعور بالخوف وكأن معدتي مقبوضة	**0.661	دال عند 0.01	**0.598	دال عند 0.01
11	أشعر بالضيق عندما نتوجب علي الحركة	**0.578	دال عند 0.01	**0.507	دال عند 0.01
13	ينتابني شعور مفاجئ بالهلع	**0.632	دال عند 0.01	**0.604	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد القلق والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.544) فيما بلغ الحد الأعلى (0.716)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين

كل بند من بعد القلق والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.507) فيما بلغ الحد الأعلى (0.729).

كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للمقياس وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن المقياس الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعداً واحداً.

وعليه فإن جميع بنود بعد القلق متسقة داخلياً مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع المقياس ككل من جهة أخرى مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود البعد الأول، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

جدول رقم (22): معاملات ارتباط كل بند من بنود بعد الاكتئاب مع الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية

لمقياس قلق واكتئاب المستشفى

الرقم	نص بنود بعد الاكتئاب	معامل ارتباط بيرسون بين البند والبعد	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون بين البند والمقياس	مستوى الدلالة
2	مازلت أستمتع بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها	**0.714	دال عند 0.01	**0.656	دال عند 0.01
4	أستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء	**0.740	دال عند 0.01	**0.706	دال عند 0.01
6	أشعر بالبهجة	**0.726	دال عند 0.01	**0.674	دال عند 0.01
8	أشعر كما لو أن شيئاً ما يبطئني	**0.552	دال عند 0.05	**0.517	دال عند 0.01
10	لقد فقدت الاهتمام بمظهري	**0.481	دال عند 0.01	**0.534	دال عند 0.01
12	أنتطلع للمستقبل مع الاستمتاع بالأشياء	**0.663	دال عند 0.01	**0.613	دال عند 0.01
14	يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو بمتابعة برنامج إذاعي أو تلفزيوني	**0.466	دال عند 0.01	**0.511	دال عند 0.01

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من نتائج الجدول السابق أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود بعد الاكتئاب والدرجة الكلية لهذا البعد دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.466) فيما بلغ الحد الأعلى (0.740)، كما يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل بند من بنود الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.511) فيما بلغ الحد الأعلى (0.706).

كما ويلاحظ أن ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه أكبر من ارتباطها مع النتيجة الكلية للمقياس وذلك لأن البند يكون أقرب إلى قياس البعد الذي يقع ضمنه، ولأن المقياس الكلي يقيس عدة أبعاد وليس بعداً واحداً.

وعليه فإن جميع بنود بعد الاكتئاب متسقة داخلياً مع البعد الذي تنتمي إليه من جهة ومع المقياس ككل من جهة أخرى مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لبنود البعد الثاني، وبذلك تعتبر صادقة لما وضعت لقياسه.

3.1. الصدق البنائي لبعد مقياس قلق واكتئاب المستشفى:

تم ذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات بعدي المقياس والدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): معاملات الارتباط بين البعدين الفرعيين والدرجة الكلية لمقياس قلق واكتئاب

المستشفى

الدرجة الكلية	الاكتئاب	القلق	البعد
		1	القلق
	1	**0.862	الاكتئاب
1	**0.966	**0.964	الدرجة الكلية للمقياس

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من الجدول السابق أن البعدين يرتبطان بعضهما مع بعض رغم تباينهما وبالدرجة الكلية للمقياس ارتباطا قويا ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، والذي يبين أن محتوى بعدي المقياس له علاقة قوية جدا بهدف الأداة.

4.1. الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية):

للتحقق من الصدق التمييزي لمقياس قلق واكتئاب المستشفى، تم ترتيب الدرجات المتحصل عليها في الدراسة الاستطلاعية ترتيبا تنازليا، حيث أخذت نسبة (33.33%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا ونسبة (33.33%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وتمت بعد ذلك المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين بواسطة الاختبار (t) لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين لعينتين مستقلتين، ويكون المقياس صادقا كلما كان قادرا على التمييز تمييزا دالا بين المجموعتين المتطرفتين.

ننتقل من الفرض الصفري القائل أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا و الدرجات الدنيا للعينتين.

أما الفرض البديل فهو ينص على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا للعينتين، وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (24): نتائج اختبار (t) للفروق بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لمقياس قلق

واكتئاب المستشفى

المستوى	حجم العينتين المتطرفتين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	قيمة t	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية
الدرجات العليا	10	28.200	4.685	1.284	0.272	9.451	0.000	دال عند 0.01
الدرجات الدنيا	10	11.200	3.224					

يتضح من بيانات الجدول رقم (24) أن متوسط الدرجات العليا بلغ (28.200) بانحراف معياري (4.685) وهو أعلى من متوسط الدرجات الدنيا البالغ (11.200) بانحراف معياري (3.224)، وأن قيمة

اختبار ليفين قد بلغت (1.284) والتي تقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعتين، ونلاحظ أن القيمة الاحتمالية (0.272) أكبر من (0.05) أي أن المجموعتين متجانستين أو متساويتين في التباين، وبالتالي جاءت نتيجة اختبار (t) (9.451) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطات الدرجات العليا والدرجات الدنيا لمقياس قلق واكتئاب المستشفى، ونرفض الفرض الصفري القائل عكس ذلك. ننتهي بالقول أن مقياس قلق واكتئاب المستشفى يتمتع بصدق تمييزي مرتفع، وبذا يمكن تطبيقه على عينة البحث.

2. ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى:

تم حساب ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى الموزع على العينة الاستطلاعية البالغ عددها (30) مفردة، باستخدام طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

1.2. طريقة ألفا كرونباخ:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب معاملات ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى وبعديه الفرعيين بطريقة ألفا كرونباخ كما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم (25): حساب ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى وبعديه الفرعيين بطريقة ألفا كرونباخ

البعد	محتوى البعد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
الأول	القلق	7	0.727
الثاني	الاكتئاب	7	0.734
جميع بنود مقياس قلق واكتئاب المستشفى			0.861

يتضح من الجدول رقم (25) أن معامل الثبات العام لمقياس قلق واكتئاب المستشفى مرتفع جداً، حيث بلغ (0.861) لإجمالي بنود المقياس، فيما تراوحت معاملات ثبات البعدين الفرعيين ما بين (0.727) كحد أدنى و (0.734) كحد أعلى. وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات وهو ما طمأن الباحثة إلى الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للبحث.

2.2. طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية والتي تتمثل في تجزئة المقياس إلى نصفين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معامل بيرسون، ثم إجراء تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان- براون، كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (26): حساب ثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى بطريقة التجزئة النصفية

بنود المقياس	ألفا كرونباخ	التباين	معامل ارتباط بيرسون بين النصفين	معامل سبيرمان- براون	معامل جثمان
النصف الأول	0.727	16.047	0.862	0.926	0.926
النصف الثاني	0.734	17.154			

يتضح من الجدول رقم (26) أن معامل الثبات ألفا كرونباخ للنصف الأول للمقياس والذي بلغ (0.727) لا يساوي معامل الثبات ألفا كرونباخ للنصف الثاني البالغ (0.734)، كما أن تباين النصف الأول (16.047) يختلف عن تباين النصف الثاني (17.154)، بالرغم من ذلك، يتساوى معامل سبيرمان - براون ومعامل جثمان، والذي بلغت قيمته (0.926) وهي قيمة عالية جداً، هذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ويمكن إثبات ذلك تطبيقه على عينة البحث.

3. تصحيح مقياس قلق واكتئاب المستشفى

تم اعتماد التدرج الرباعي للإجابة على بنود المقياس والذي يتراوح من (0 - 3)، وتشير الدرجة (0) إلى عدم وجود القلق أو الاكتئاب، في حين تشير الدرجة (3) إلى وجود القلق أو الاكتئاب الشديد. وصنفت المتوسطات الحسابية حسب استجابات أفراد العينة إلى ثلاثة مستويات من خلال استخدام المعيار الإحصائي، حسب المعادلة التالية:

$$1 = \frac{0 - 3}{3} = \frac{\text{الحد الأعلى} - \text{الحد الأدنى (للتدرج)}}{\text{عدد الفئات المفترضة}} = \text{طول الفئة}$$

وبهذا تكون مستويات المتوسطات الحسابية مقسمة كما يلي:

- من 0 إلى 1: قلق/اكتئاب منخفض.

- من 1.01 إلى 2: قلق/اكتئاب متوسط.

- من 2.01 إلى 3: قلق/اكتئاب شديد.

ومن جهة أخرى ووفقا للدليل الحديث لمقياس قلق واكتئاب المستشفى، ولهدف تحديد درجة وشدة

القلق والاكتئاب، يوصى بمقارنة مجموع درجات كل منهما بما يلي:

- من 0 إلى 7: حالة طبيعية لا يوجد قلق /اكتئاب.

- من 8 إلى 10: قلق /اكتئاب خفيف.

- من 11 إلى 14 : قلق /اكتئاب متوسط.

- من 15 إلى 21: قلق /اكتئاب شديد.

أما في ما يخص الدرجة الكلية للمقياس، وانطلاقا من دراسات (Ibbotson et al., 1994) فيتم

مقارنتها بما يلي:

- من 0 إلى 14: لا وجود لاضطراب القلق الاكتئابي المختلط.

- من 15 إلى 42: وجود لاضطراب القلق الاكتئابي المختلط

.(cité par Herbaut, Reich & Horner- Vallet 2003).

ولمعرفة الاتجاه العام للإجابة وما يوازيها من المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الرباعي

أو المتوسطات المرجحة، يتم حساب المدى أولا، وهو أكبر رقم في مقياس ليكرت ناقص أصغر رقم،

فتصبح النتيجة كالتالي: $3 - 0 = 3$.

بعد ذلك يتم حساب طول الفئة وذلك من خلال تقسيم المدى على عدد الخيارات المتاحة، وبالتالي

نجد أن طول الفئة يساوي $\frac{3}{4}$ ويساوي 0.75.

ونظراً لاختلاف صيغ الخيارات المقترحة لكل بند، يكون الاتجاه العام للإجابة أيضا مختلفا تبعا لكل

بند، ولهدف التوضيح، نأخذ على سبيل المثال البند الأول، ستكون المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس

ليكرت الرباعي وكذا الاتجاه العام للإجابة مبينة في الجدول الموالي:

جدول رقم (27): قيم المتوسطات الحسابية الخاصة بمقياس ليكرت الرباعي والاتجاه العام للإجابات على البند الأول لمقياس قلق واكتئاب المستشفى.

الاتجاه العام للإجابة	الدرجة	طول الفئة	الحد الأدنى للفئة	الحد الأعلى للفئة	المتوسط المرجح
إطلاقاً	0	0.75	0	0.75	من 0 إلى 0.75
بين الحين والآخر	1	0.75	0.76	1.49	من 0.76 إلى 1.49
عدة مرات	2	0.75	1.50	2.25	من 1.50 إلى 2.25
أكثر الوقت	3	0.75	2.26	3	من 2.26 إلى 3

بعد الانتهاء من إعداد أدوات الدراسة وإيجاد معاملات الصدق والثبات، تم توزيعها على أفراد العينة، مع توضيح أهمية الدراسة وأهدافها، وكيفية الإجابة على الأدوات البحثية مع التأكيد على أن الإجابات لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي، وأنها ستعامل بسرية تامة.

6. أدوات تحليل البيانات:

لقد تم تفريغ وتحليل البيانات من خلال الحزمة الإحصائية (SPSS version 26)، ومن أجل اختبار الفرضيات التي تمت صياغتها، قمنا بالاعتماد على مجموعة من الأدوات الإحصائية التي تتناسب معها وتتمثل في كل من الإحصاء الوصفي بما فيه النسب المئوية، الجداول التكرارية، العرض البياني للبيانات الوصفية (الدوائر البيانية وطريقة الأعمدة البيانية البسيطة)، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

كما تم الاعتماد في بحثنا الحالي على أدوات الإحصاء الاستدلالي والتي تتمثل في الاختبارات المعلمية مثل معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقات، اختبار (t) للعينات المستقلة لدلالة الفروق الإحصائية، اختبار الانحدار الخطي المتعدد والبسيط للتنبؤ بقيمة المتغير التابع من خلال معرفة المتغير المستقل، واختبار التباين الأحادي one way anova لدلالة الفروق الإحصائية، واختبار المقارنات المتعددة البعدية أقل فرق دال (LSD) لمعرفة اتجاه الفروق، كما تم الاعتماد على اختبارات حجم الأثر التي تقيس حجم الدلالة العملية للفروق الإحصائية أو العلاقات بين المتغيرات، وما إذا كانت تلك الدلالة كبيرة أم متوسطة أم صغيرة، و قد حددها (Cohen 1988) كما يلي:

• حجم الأثر لاختبار الانحدار الخطي البسيط والمتعدد (f^2)

ويتم حساب f^2 بالمعادلة التالية:

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$$

f^2 : حجم الأثر.

R^2 : معامل التحديد.

ويتم تفسير قيمة f^2 كما يلي:

حجم الأثر صغير: $0.02 \leq f^2 < 0.15$

حجم الأثر متوسط: $0.15 \leq f^2 < 0.35$

حجم الأثر كبير: $f^2 \geq 0.35$

• حجم الأثر لمعامل الارتباط بيرسون (r)

ويتم تفسيره كما يلي:

حجم الأثر صغير: $0.1 \leq r < 0.30$

حجم الأثر متوسط: $0.30 \leq r < 0.50$

حجم الأثر كبير: $r \geq 0.50$

• حجم الأثر لاختبار (t) للعينات المستقلة إيتا² (η^2)

ويتم حساب إيتا² بالمعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2+df}$$

η^2 : حجم الأثر.

t: قيمة ت

df: درجة الحرية

ويتم تفسير قيمة η^2 كما يلي:

حجم الأثر صغير: $0.01 \leq \eta^2 < 0.06$

حجم الأثر متوسط: $0.06 \leq \eta^2 < 0.14$

حجم الأثر كبير: $\eta^2 \geq 0.14$

خلاصة الفصل:

استعرضنا في هذا الفصل أهم الخطوات المنهجية المتبعة في البحث الميداني، تطرقنا بداية إلى وصف ميدان إجراء البحث، فمنهج البحث والدراسة الاستطلاعية والهدف منها، وبعد ذلك تطرقنا إلى الدراسة الأساسية وفيها عرّفنا مجتمع وعينة البحث وأهم خصائصها، واستعرضنا الأدوات البحثية المستعملة وذلك بعد تكييفها للبيئة الجزائرية وكيفية التأكد من صدقها وثباتها، وأخيرا، قدمنا الأساليب الإحصائية المعتمد عليها في هذا البحث، وعليه، سوف نقوم في الفصل التالي بعرض ومناقشة وتفسير النتائج التي تحصلنا عليها.

الفصل الخامس:
عرض ومناقشة وتفسير
النتائج

بعد الانتهاء من الإجراءات المنهجية للبحث الحالي، سيتم في هذا الفصل تقديم عرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات البحث المتمثلة في مقياس الضغط المدرك (PSS14) لقياس الضغط المهني، استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة - (NAQ-R) لقياس العنف النفسي في العمل ومقياس قلق واكتئاب المستشفى (HADS) لقياس الصحة النفسية في العمل لهدف التأكد من تحقق أو عدم تحقق فرضيات البحث، ويتضمن هذا الفصل مرحلتين أساسيتين: تتمثل المرحلة الأولى في عرض نتائج البحث وتتمثل المرحلة الثانية في مناقشة وتفسير هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة، يليها الاستنتاج العام.

أولاً: عرض النتائج

بعد تطبيق أدوات جمع البيانات المعتمد عليها في المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، وذلك على عينة تكونت من (234) طبيباً وممرضاً، سوف نتطرق إلى عرض النتائج المتوصل إليها من خلال البحث الميداني كما هو موضح في الجداول الإحصائية والأشكال البيانية التالية:

1. عرض النتائج المتعلقة بمستوى الضغط المهني لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة من خلال إجاباتهم على بنود مقياس الضغط المدرك، والجدول الموالي يوضح ذلك.

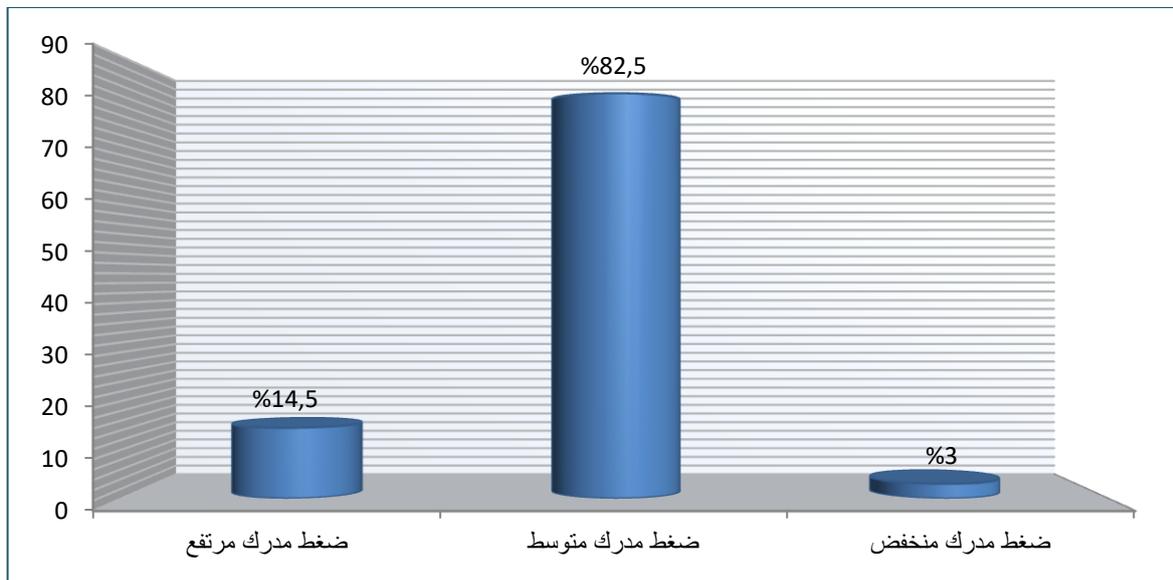
جدول رقم (28): مستويات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية

تيزي وزو.

المتغير	الدرجات الحدية	التفسير	تكرار	نسبة (%)	الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية للمقياس	18 - 0	ضغط مدرك منخفض	7	3	9	44	30.57	6.25
	37 - 19	ضغط مدرك متوسط	193	82.5				
	أكثر من 38	ضغط مدرك مرتفع	34	14.5				
	المجموع		234	100				

يتضح من بيانات الجدول رقم (28) أن (82.5%) من أفراد العينة يتعرضون لضغط مدرك متوسط الشدة، (14.5%) اختبروا ضغطا مدركا مرتفعا، أما نسبة المشاركين ذوي الضغط المدرك المنخفض فلم تتجاوز (3%). وتراوحت درجات الضغط المدرك بين (9) و(44) وبلغ المتوسط الحسابي للضغط المدرك لدى عينة الدراسة (30.57) بانحراف معياري قدره (6.25).

ويوضح الشكل البياني التالي مستويات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.



شكل رقم (5): مستويات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

ولمعرفة مستوى وترتيب بُعدي الضغط المدرك، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (29): مستوى وترتيب بعدي الضغط المدرك.

المرتبة	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	البعد الأول: العجز المدرك	2.542	0.594	متوسط
2	البعد الثاني: الفعالية الذاتية المدركة	1.825	0.522	متوسط
	الضغط المدرك	2.184	0.447	متوسط

يبين الجدول رقم (29) أن مستوى الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطاً، حيث كان المتوسط الحسابي للضغط المدرك (2.184) وانحراف معياري قدره (0.447)، وجاء بعد العجز المدرك بالمرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (2.542) وانحراف معياري قدره (0.594) وبمستوى تقدير متوسط، بينما جاء بعد الفعالية الذاتية المدركة في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (1.825) وانحراف معياري قدره (0.522) وبمستوى تقدير متوسط.

ولمعرفة الترتيب والاتجاه العام لإجابات أفراد عينة البحث وكذا مستوى تقديراتهم، تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك بالنسبة لبنود بعدي الضغط المدرك، حيث سنعرض نتائج كل بعد على حدة على النحو التالي:

❖ البعد الأول: العجز المدرك

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العجز المدرك، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (30): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العجز المدرك.

المستوى	الاتجاه	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	دوما	غالبا	أبدا	نادرا	إطلاقا	نص بنود بعد العجز المدرك	
متوسط	أحيانا	5	0.91	2.32	24	64	119	17	10	تكرار	1. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالانزعاج بسبب حدث غير متوقع؟
					10.2	27.4	50.8	7.3	4.3	نسبة	
متوسط	أحيانا	7	0.94	2.13	11	69	111	25	18	تكرار	2. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بأنك غير قادر على التحكم في الأمور الهامة في حياتك؟
					4.7	29.5	47.4	10.7	7.7	نسبة	
مرتفع	غالبا	2	0.88	3.02	85	76	67	5	1	تكرار	3. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالتوتر أو الضغط؟
					36.3	32.6	28.6	2.1	0.4	نسبة	
متوسط	أحيانا	6	0.94	2.28	26	59	111	30	8	تكرار	8. في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت أنك لم تستطع التعامل مع كل الأشياء التي كان عليك القيام بها؟
					11.2	25.2	47.4	12.8	3.4	نسبة	
متوسط	أحيانا	4	0.88	2.39	29	65	112	25	3	تكرار	11. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالاستياء والغضب بسبب الأحداث التي كانت خارجة عن سيطرتك؟
					12.4	27.7	47.9	10.7	1.3	نسبة	
مرتفع	غالبا	1	0.96	3.18	108	79	33	9	5	تكرار	12. في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت نفسك تفكر في الأشياء التي يجب عليك إنجازها؟
					46.2	33.8	14.1	3.8	2.1	نسبة	
متوسط	غالبا	3	0.92	2.48	28	93	81	27	5	تكرار	14. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع التغلب عليها؟
					12.1	39.7	34.6	11.5	2.1	نسبة	
متوسط	غالبا		0.59	2.54	جميع بنود البعد معاً						

يلاحظ من نتائج الجدول السابق أن مستوى بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضى المركز

الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطاً، وأن الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة كان "غالبا"

في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي، وقد تراوحت المتوسطات الحسابية للبنود بين (2.13-3.18)، وجاءت بمستويات متوسطة ومرتفعة. وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي:

احتلت البنود التالية المراتب العليا والتي تقابل الاتجاه " غالباً " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي:

- البند رقم (12) والذي ينص على: "في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت نفسك تفكر في الأشياء التي يجب عليك إنجازها؟" احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (3.18) وانحراف معياري قدره (0.96).

- البند رقم (3) والذي ينص على: " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالتوتر أو الضغط؟ " احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (3.02) وانحراف معياري قدره (0.88).

- البند رقم (14) والذي ينص على: " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع التغلب عليها؟ " احتل المرتبة الثالثة بمتوسط قيمته (2.48) وانحراف معياري قدره (0.92).

في حين احتلت البنود التالية المراتب الدنيا والتي تقابل الاتجاه " أحيانا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي:

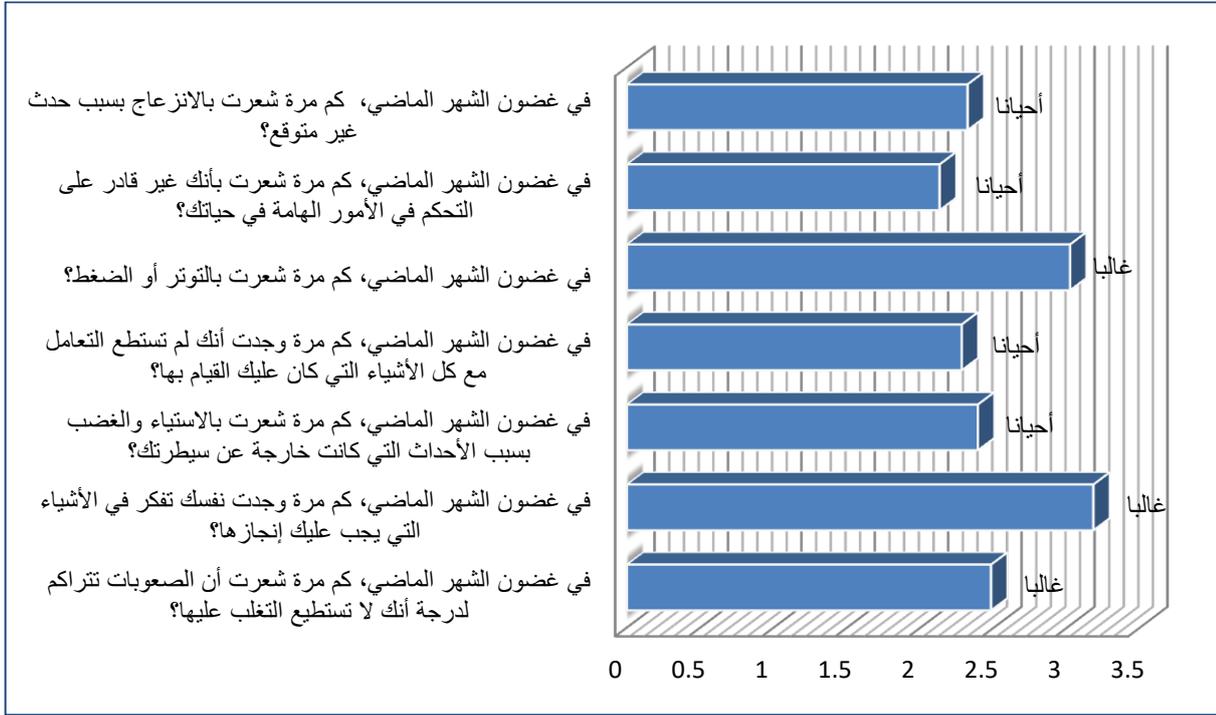
- البند رقم (11) والذي ينص على: " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالاستياء والغضب بسبب الأحداث التي كانت خارجة عن سيطرتك؟" احتل المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي قيمته (2.39) وانحراف معياري قدره (0.88).

- البند رقم (1) والذي ينص على: " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالانزعاج بسبب حدث غير متوقع؟" احتل المرتبة الخامسة بمتوسط قيمته (2.32) وانحراف معياري قدره (0.91).

- البند رقم (8) والذي ينص على: "في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت أنك لم تستطع التعامل مع كل الأشياء التي كان عليك القيام بها؟" احتل المرتبة السادسة بمتوسط قيمته (2.28) وانحراف معياري قدره (0.94).

- البند رقم (2) والذي ينص على: " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بأنك غير قادر على التحكم في الأمور الهامة في حياتك؟" احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط بلغت قيمته (2.13) وانحراف معياري قدره (0.94).

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العجز المدرك.



شكل رقم (6): الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

على بنود بعد العجز المدرك

❖ البعد الثاني: الفعالية الذاتية المدركة

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الفعالية الذاتية، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (31): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الفعالية

الذاتية المدركة

المستوى	الاتجاه العام	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	دوما	غالباً	أحياناً	نادراً	إطلاقاً	نص بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة	
										تكرار	نسبة
متوسط	أحياناً	6	0.83	1.68	8	21	105	89	11	تكرار	4. في غضون الشهر الماضي، كم مرة وفقت في التعامل مع المشاكل والصعوبات اليومية؟
					3.4	9.0	44.9	38.0	4.7	نسبة	
متوسط	أحياناً	3	0.91	1.90	15	32	112	65	10	تكرار	5. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تواجه بصفة فعالة التغيرات المهمة التي طرأت في حياتك؟
					6.4	13.7	47.8	27.8	4.3	نسبة	
متوسط	نادراً	7	0.96	1.44	8	21	71	100	34	تكرار	6. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالثقة في قدرتك على معالجة مشاكلك الشخصية؟
					3.4	9.1	30.3	42.7	14.5	نسبة	
متوسط	أحياناً	1	0.81	2.10	15	42	134	39	4	تكرار	7. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الأمور تسير على الطريقة التي تريدها أنت؟
					6.4	17.9	57.3	16.7	1.7	نسبة	
متوسط	أحياناً	5	0.79	1.75	8	20	121	77	8	تكرار	9. في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في المواقف المزعجة في حياتك؟
					3.4	8.5	51.8	32.9	3.4	نسبة	
متوسط	أحياناً	4	0.67	1.86	3	30	135	65	1	تكرار	10. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تسيطر على الوضع؟
					1.3	12.8	57.7	27.8	0.4	نسبة	
متوسط	أحياناً	2	0.89	2.02	13	45	121	44	11	تكرار	13. في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في الطريقة التي تقضي بها وقتك؟
					5.6	19.2	51.7	18.8	4.7	نسبة	
متوسط	أحياناً		0.52	1.82	جميع بنود البعد معاً						

يلاحظ من نتائج الجدول السابق أن مستوى بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضى المركز

الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطاً، وأن الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة كان "أحياناً"

في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي، وقد تراوحت المتوسطات الحسابية للبنود بين

(1.44 - 2.10)، وجاءت كلها بمستويات متوسطة. وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي:

احتلت البنود التالية المراتب العليا والتي تقابل الاتجاه " أحيانا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت

الخماسي:

- البند رقم (7) والذي ينص على " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الأمور تسير على الطريقة التي تريدها أنت؟" احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (2.10) وانحراف معياري قدره (0.81).

- البند رقم (13) والذي ينص على " في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في الطريقة التي تقضي بها وقتك؟" احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (2.02) وانحراف معياري قدره (0.89).

- البند رقم (5) والذي ينص على " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تواجه بصفة فعالة التغيرات المهمة التي طرأت في حياتك؟ " احتل المرتبة الثالثة بمتوسط قيمته (1.90) وانحراف معياري قدره (0.91).

في حين احتلت البنود التالية المراتب الدنيا :

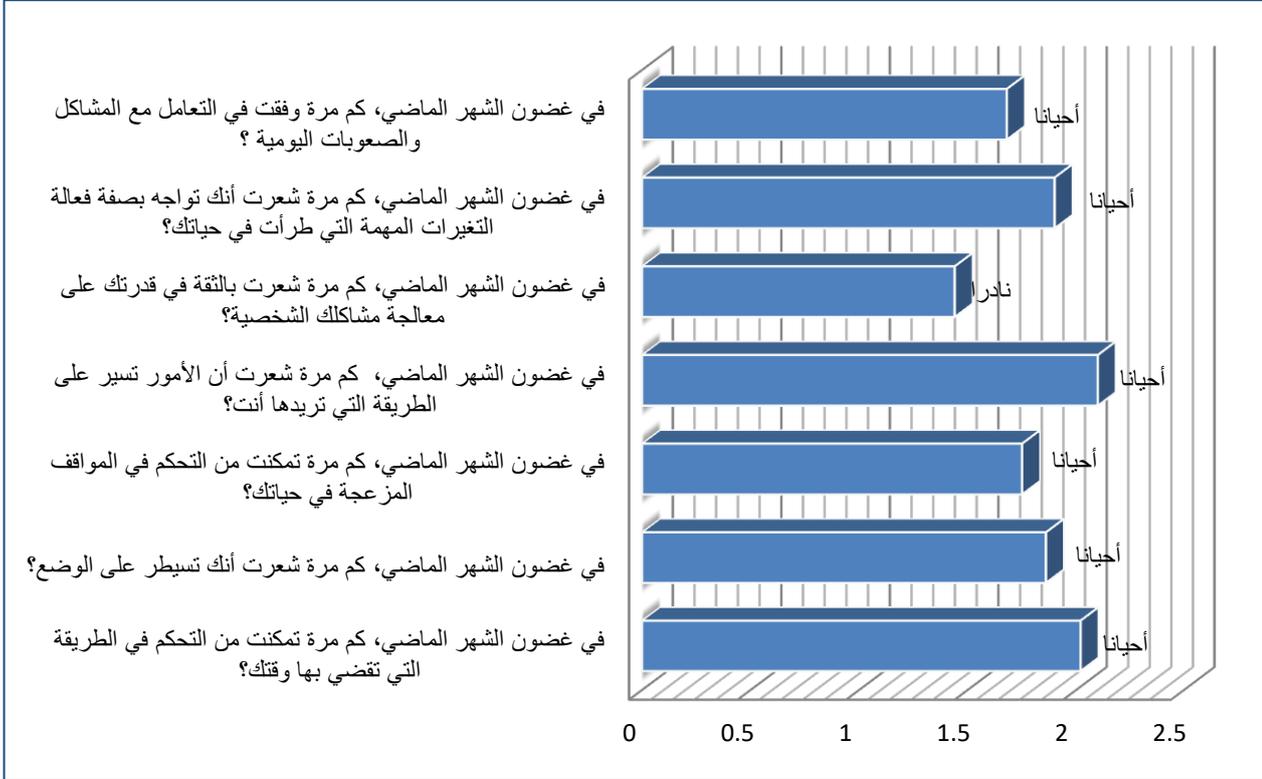
- البند رقم (10) والذي ينص على "في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تسيطر على الوضع؟ احتل المرتبة الرابعة بمتوسط قيمته (1.86) وانحراف معياري قدره (0.67) والذي يقابل الاتجاه " أحيانا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (9) والذي ينص على " في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في المواقف المزعجة في حياتك؟" احتل المرتبة الخامسة بمتوسط قيمته (1.75) وانحراف معياري قدره (0.81) والذي يقابل الاتجاه " أحيانا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (4) والذي ينص على " في غضون الشهر الماضي، كم مرة وفقت في التعامل مع المشاكل والصعوبات اليومية؟" احتل المرتبة السادسة بمتوسط قيمته (1.68) وانحراف معياري قدره (0.83) والذي يقابل الاتجاه " أحيانا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (6) والذي ينص على " في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالثقة في قدرتك على معالجة مشاكلك الشخصية؟" احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط بلغت قيمته (1.44) وانحراف معياري قدره (0.96) والذي يقابل الاتجاه " نادرا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة.



شكل رقم (7): الاتجاه العام لإجابات أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الفعالية الذاتية المدركة.

2. عرض النتائج المتعلقة بمستوى العنف النفسي في العمل لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

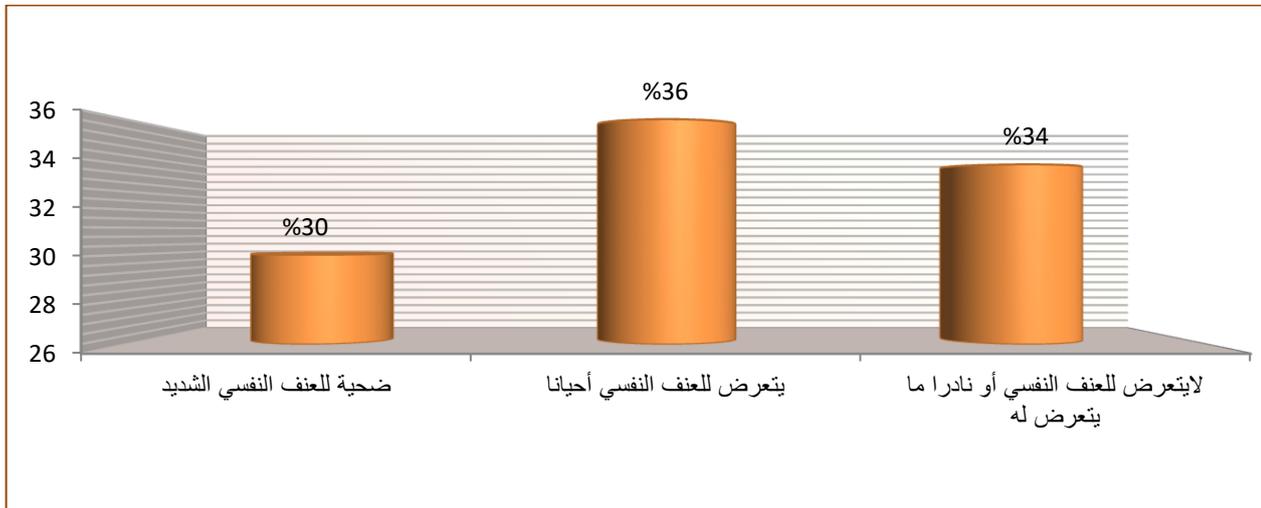
تم حساب التكرارات والنسب المئوية و المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة من خلال إجاباتهم على بنود استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة-، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (32): مدى تعرض أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو للعنف

النفسي في العمل

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الدرجة العليا	الدرجة الدنيا	نسبة (%)	تكرار	التفسير	الدرجات الحدية	المتغير
14.18	39.78	91	22	34	80	لا يتعرض للعنف النفسي أو نادرا ما يتعرض له	32 - 22	الدرجة الكلية للاستبيان
				36	84	يتعرض للعنف النفسي أحيانا	44 - 33	
				30	70	ضحية للعنف النفسي الشديد	أكثر من 45	
				100	234	المجموع		

يتضح من بيانات الجدول رقم (32) أن (36%) من أفراد العينة يعانون أحيانا من العنف النفسي في العمل، (34%) لم يختبروا، أو نادرا ما اختبروا السلوكيات السلبية للعنف النفسي، فيما بلغت نسبة ضحايا العنف النفسي الشديد في العمل (30%). وتراوحت درجات العنف النفسي من (22) إلى (91) وبلغ المتوسط الحسابي للعنف النفسي لدى عينة الدراسة (39.78) بانحراف معياري قدره (14.18). ويوضح الشكل البياني التالي توزيع أفراد العينة حسب تعرضهم للعنف النفسي في العمل.



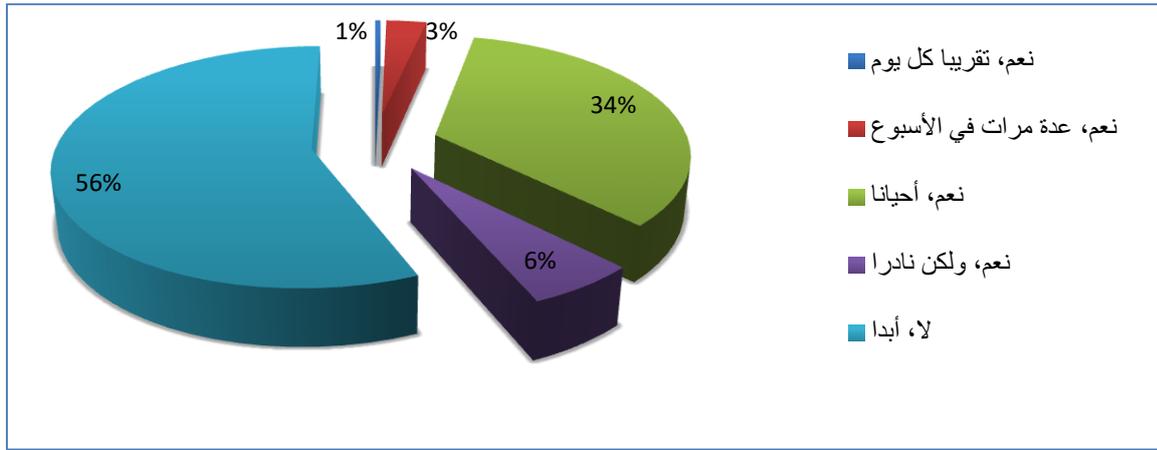
شكل رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب تعرضهم للعنف النفسي في العمل

كما تم تحليل إجابات أفراد العينة على البند رقم (23) من استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة- والذي يعتبر بمثابة تصريح ذاتي حول تعرضهم للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية كما يبينه الجدول الموالي:

جدول رقم (33): التصريح الذاتي لأطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو حول تعرضهم للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	نسبة (%)	تكرار	الخيارات	نص البند رقم (23)
1.018	1.824	56.4	132	لا، أبدا	هل تعرضت للعنف النفسي في العمل؟ نعرف العنف النفسي على أنه الموقف الذي يدرك فيه الشخص أنه يتعرض لمعاملة سلبية باستمرار وعلى مدى فترة من الزمن من قبل شخص أو عدة أشخاص، بحيث يجد صعوبة في الدفاع عن نفسه ضد هذه الأفعال. ولن نشير إلى حادثة حصلت لمرة واحدة على أنها حالة عنف نفسي.
		6.0	14	نعم، ولكن نادرا	
		34.2	80	نعم، أحيانا	
		3.0	7	نعم، عدة مرات في الأسبوع	
		0.4	1	نعم، تقريبا كل يوم	
		100	234	المجموع	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق، نلاحظ أن (56.4%) من المستجوبين صرحوا أنهم لم يتعرضوا أبدا للعنف النفسي، و(34.2%) تعرضوا للعنف النفسي أحيانا، و(6.0%) نادرا ما تعرضوا له، فيما كانت نسبة (3.0%) من أفراد العينة أجابوا بأنهم تعرضوا لهذه الأفعال السلبية عدة مرات في الأسبوع، وأقر فرد واحد فقط أنه تعرض للعنف النفسي في العمل تقريبا يوميا خلال الستة أشهر الماضية. والشكل الموالي يوضح توزيع أفراد العينة وفقا لتصريحهم الذاتي حول تعرضهم للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية.



شكل رقم (9): توزيع أفراد العينة وفقا لتصريحهم الذاتي حول تعرضهم للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية

ولمعرفة مستوى وترتيب أبعاد العنف النفسي في العمل، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (34): مستوى وترتيب أبعاد العنف النفسي في العمل

الرتبة	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	البعد الأول: العنف النفسي المرتبط بالعمل	2.152	0.844	متوسط
2	البعد الثاني: العنف النفسي المرتبط بالشخص	1.674	0.622	متوسط
3	البعد الثالث: الترهيب الجسدي	1.502	0.707	متوسط
العنف النفسي في العمل		1.803	0.641	متوسط

يبين الجدول رقم (34) أن مستوى العنف النفسي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطا، حيث كان المتوسط الحسابي للعنف النفسي (1.803) بانحراف معياري قدره (0.641)، وجاء بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل بالمرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (2.152) وانحراف معياري قدره (0.844) وبمستوى تقدير متوسط، بينما جاء بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (1.674) وانحراف معياري قدره (0.622) وبمستوى

تقدير متوسط، فيما احتل بعد الترهيب الجسدي المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (1.502) وانحراف معياري قدره (0.707) وبمستوى تقدير متوسط.

ولمعرفة الترتيب والاتجاه العام لإجابات أفراد عينة البحث وكذا مستوى تقديراتهم، تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك بالنسبة لبنود أبعاد العنف النفسي في العمل، حيث سنعرض نتائج كل بعد على حدة على النحو التالي:

❖ البعد الأول: العنف النفسي المرتبط بالعمل

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (35): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل.

المستوى	الاتجاه العام	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بومبا	مرة في الأسبوع	مرة في الشهر	بين الحين والآخر	أبداً	نص بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل
متوسط	بين الحين والآخر	5	1.27	2.04	19	13	40	49	113	1. تكرار ما قام بحجب المعلومات عنك مما أثر سلباً على أدائك.
					8.1	5.6	17.1	20.9	48.3	نسبة
متوسط	بين الحين	2	1.42	2.26	34	16	23	66	95	3. يتم أمرك بالقيام بعمل أقل من مستوى كفاءتك.
					14.5	6.8	9.8	28.3	40.6	نسبة
متوسط	بين الحين	6	1.00	1.90	5	12	41	74	102	14. يتم تجاهل آرائك ووجهات نظرك.
					2.1	5.1	17.5	31.7	43.6	نسبة
متوسط	بين الحين والآخر	7	1.00	1.83	6	10	36	69	113	16. يتم إعطائك مهام ذات أهداف أو مواعيد تسليم غير معقولة أو مستحيلة.
					2.6	4.3	15.4	29.4	48.3	نسبة
متوسط	بين الحين	3	1.34	2.19	25	16	37	57	99	18. يتم مراقبة أو رصد عملك بإفراط.
					10.7	6.8	15.8	24.4	42.3	نسبة
متوسط	بين الحين والآخر	4	1.37	2.08	27	13	30	47	117	19. يتم الضغط عليك بعدم المطالبة بشيء يحق لك الحصول عليه (مثل الإجازة المرضية، أو عطلة مستحقة، أو نفقات السفر).
					11.5	5.6	12.8	20.1	50.0	نسبة
مرتفع	مرة في الشهر	1	1.39	2.74	42	24	53	62	53	21. تتعرض لعبء عمل لا يمكن إدارته أو التحكم فيه.
					17.9	10.3	22.6	26.5	22.6	نسبة
متوسط	بين الحين والآخر	0.84	2.15	جميع بنود البعد معاً						

يلاحظ من نتائج الجدول رقم (35) أن مستوى بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطاً، وقد تراوحت المتوسطات الحسابية للفقرات بين (1.83 - 2.74)، وجاءت بمستويات متوسطة ومرتفعة. وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي:

احتلت البنود التالية المراتب العليا:

- البند رقم (21) والذي ينص على " تتعرض لعبء عمل لا يمكن إدارته أو التحكم فيه" احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (2.74) وانحراف معياري قدره (1.39) والذي يقابل الاتجاه " مرة في الشهر " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (3) والذي ينص على " يتم أمرك بالقيام بعمل أقل من مستوى كفاءتك" احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (2.26) وانحراف معياري قدره (1.42) والذي يقابل الاتجاه " بين الحين والآخر " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (18) والذي ينص على " يتم مراقبة أو رصد عملك بإفراط" احتل المرتبة الثالثة بمتوسط قيمته (2.19) وانحراف معياري قدره (1.34) والذي يقابل الاتجاه "بين الحين والآخر" في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

في حين احتلت البنود التالية المراتب الدنيا والتي تقابل الاتجاه " بين الحين والآخر " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي:

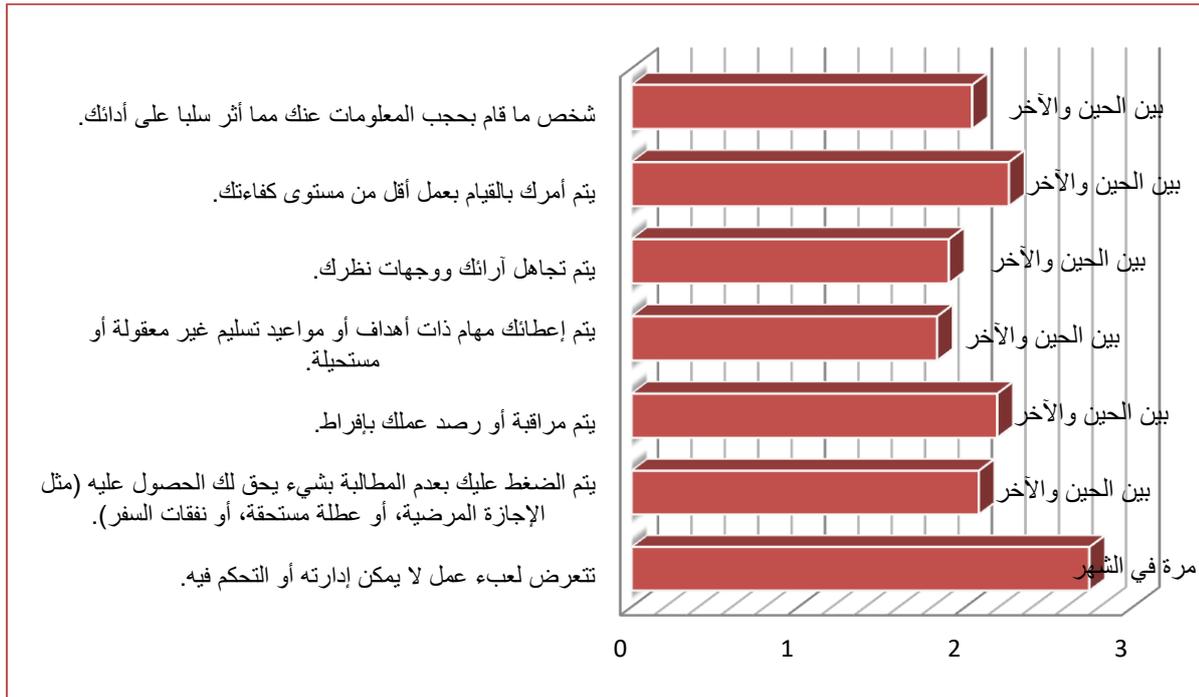
- البند رقم (19) والذي ينص على "يتم الضغط عليك بعدم المطالبة بشيء يحق لك الحصول عليه (مثل الإجازة المرضية، أو عطلة مستحقة، أو نفقات السفر)" احتل المرتبة الرابعة بمتوسط قيمته (20.8) وانحراف معياري قدره (1.37).

- البند رقم (1) والذي ينص على " شخص ما قام بحجب المعلومات عنك مما أثر سلبا على أدائك " احتل المرتبة الخامسة بمتوسط قيمته (2.04) وانحراف معياري قدره (1.27)،

- البند رقم (14) والذي ينص على " يتم تجاهل آرائك ووجهات نظرك" احتل المرتبة السادسة بمتوسط قيمته (1.90) وانحراف معياري قدره (1.00).

- البند رقم (16) والذي ينص على " يتم إعطائك مهام ذات أهداف أو مواعيد تسليم غير معقولة أو مستحيلة" احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط بلغت قيمته (1.83) وانحراف معياري قدره (1.00).

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل.



شكل رقم (10): الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل

❖ البعد الثاني: العنف النفسي المرتبط بالشخص

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (36): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العنف النفسي المرتبط

بالشخص

المستوى	الاتجاه العام	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	توجها	مرة في الأسبوع	مرة في الشهر	بين الجن والآخر	أبدا	نص بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص	
متوسط	أبدا	9	0.94	1.60	4	10	20	54	146	تكرار	2. تتعرض للإذلال أو السخرية فيما يتعلق بعملك.
					1.7	4.3	8.5	23.1	62.4	نسبة	
متوسط	بين الجن والآخر	1	1.27	1.93	19	15	22	53	125	تكرار	4. يتم استبدال مسؤولياتك الرئيسية بمهام تافهة أو غير مريحة.
					8.1	6.4	9.4	22.7	53.4	نسبة	
متوسط	أبدا	5	0.98	1.73	8	5	27	71	123	تكرار	5. يتم نشر الشائعات عنك.
					3.5	2.1	11.5	30.3	52.6	نسبة	
منخفض	أبدا	10	0.80	1.47	3	2	21	50	158	تكرار	6. يتم تجاهلك أو استبعادك.
					1.3	0.9	8.9	21.4	67.5	نسبة	
منخفض	أبدا	12	0.81	1.38	5	3	10	40	176	تكرار	7. يتم إصدار تصريحات مهينة أو مسيئة عن شخصك، أو سلوكياتك أو حياتك الخاصة.
					2.1	1.3	4.3	17.1	75.2	نسبة	
متوسط	أبدا	7	1.12	1.70	11	11	24	41	147	تكرار	10. يتم التلميح أو الإشارة من آخرين بأنه يجب أن تترك عملك.
					4.7	4.7	10.3	17.5	62.8	نسبة	
متوسط	أبدا	6	1.00	1.73	5	11	32	54	132	تكرار	11. يتم تكرار تذكيرك بأخطائك المتعلقة بالعمل.
					2.1	4.7	13.7	23.1	56.4	نسبة	
متوسط	أبدا	8	0.98	1.62	7	3	33	44	147	تكرار	12. يتم تجاهلك أو تواجه رد فعل عدائي عندما تحاول التقرب.
					3.0	1.3	14.1	18.8	62.8	نسبة	
متوسط	أبدا	4	1.01	1.76	5	13	31	58	127	تكرار	13. يتم انتقادك باستمرار فيما يتعلق بعملك وجهودك.
					2.1	5.6	13.2	24.8	54.3	نسبة	
متوسط	أبدا	3	0.99	1.77	6	7	36	63	122	تكرار	15. تتعرض لنكت ومزاحات ثقيلة من قبل أشخاص لا تستلطفهم.
					2.6	3.0	15.4	26.9	52.1	نسبة	
متوسط	بين الجن	2	1.15	1.91	16	5	35	64	114	تكرار	17. يتم توجيه الادعاءات أو الاتهامات ضدك.
					6.8	2.1	15.0	27.4	48.7	نسبة	
منخفض	أبدا	11	0.85	1.46	4	6	13	49	162	تكرار	20. يتم جعلك موضوعا لعملية إغاضة وسخرية مفرطة.
					1.7	2.6	5.6	20.9	69.2	نسبة	
متوسط	أبدا		0.62	1.67	جميع بنود البعد معاً						

يلاحظ من نتائج الجدول رقم (36) أن مستوى بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي ببيزي وزو جاء متوسطا، وقد تراوحت المتوسطات الحسابية للبنود بين (1.38 - 1.93)، وجاءت بمستويات منخفضة ومتوسطة. وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي:
احتلت البنود التالية المراتب العليا:

- البند رقم (4) والذي ينص على " يتم استبدال مسؤولياتك الرئيسية بمهام تافهة أو غير مريحة " احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (1.93) وانحراف معياري قدره (1.27) والذي يقابل الاتجاه " بين الحين والآخر " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (17) والذي ينص على "يتم توجيه الادعاءات أو الاتهامات ضدك " احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (1.91) وانحراف معياري قدره (1.15) والذي يقابل الاتجاه " بين الحين والآخر " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (15) والذي ينص على " تتعرض لنكت ومزاحات ثقيلة من قبل أشخاص لا تستلطفهم " احتل المرتبة الثالثة بمتوسط قيمته (1.77) وانحراف معياري قدره (0.99) والذي يقابل الاتجاه " أبدا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

في حين احتلت البنود التالية المراتب الدنيا والتي تقابل الاتجاه " أبدا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي:

- البند رقم (13) والذي ينص على " يتم انتقادك باستمرار فيما يتعلق بعملك وجهودك " احتل المرتبة الرابعة بمتوسط قيمته (1.76) وانحراف معياري قدره (1.01).

- البند رقم (5) والذي ينص على " يتم نشر الشائعات عنك " احتل المرتبة الخامسة بمتوسط قيمته (1.73) وانحراف معياري قدره (0.98).

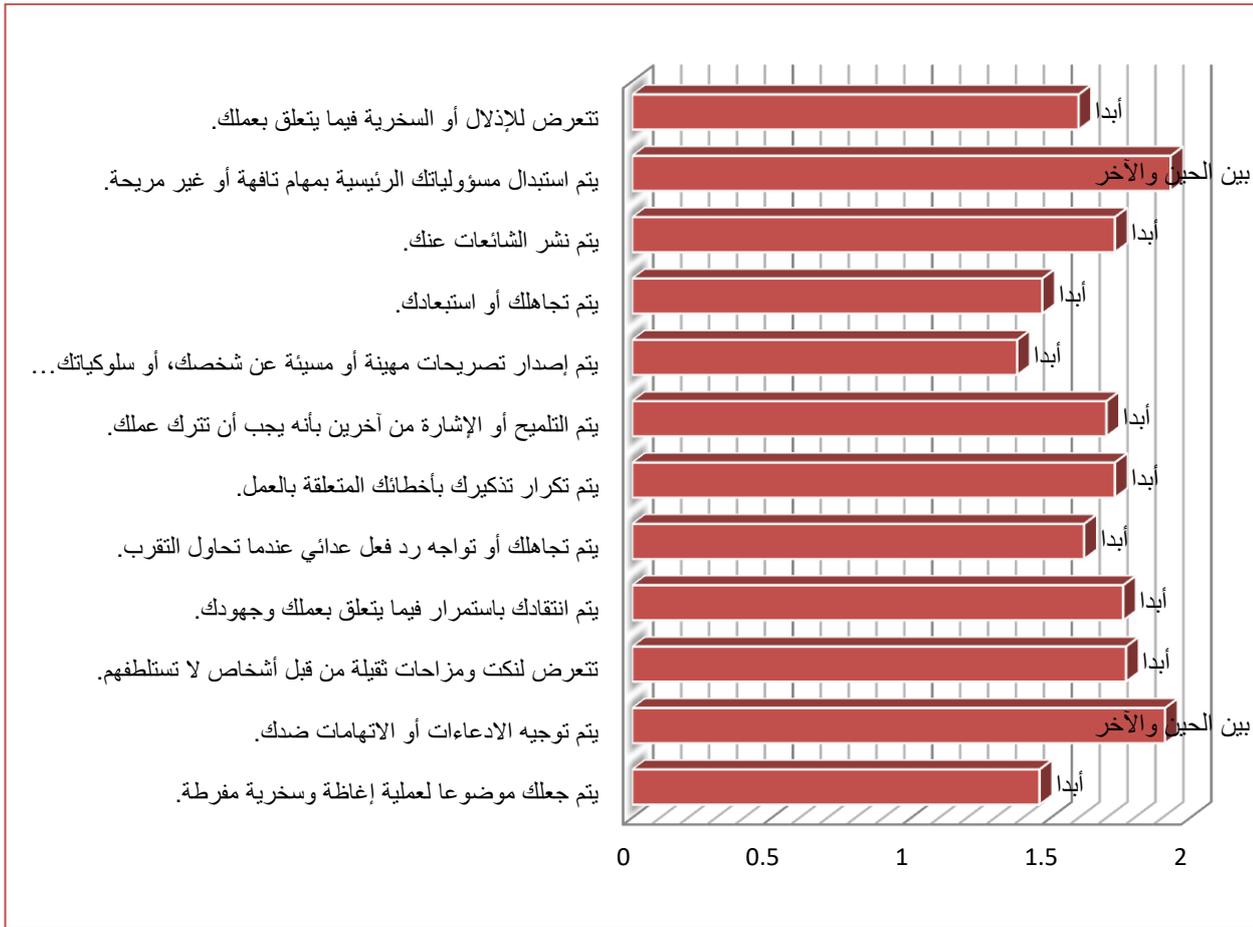
- البند رقم (11) والذي ينص على " يتم تكرار تذكيرك بأخطائك المتعلقة بالعمل " احتل المرتبة السادسة بمتوسط قيمته (1.73) وانحراف معياري قدره (1.00).

- البند رقم (10) والذي ينص على "يتم التلميح أو الإشارة من آخرين بأنه يجب أن تترك عملك " احتل المرتبة السابعة بمتوسط قيمته (1.70) وانحراف معياري قدره (1.12).

- البند رقم (12) والذي ينص على " يتم تجاهلك أو تواجه رد فعل عدائي عندما تحاول التقرب" احتل المرتبة الثامنة بمتوسط قيمته (1.62) وانحراف معياري قدره (0.98).
- البند رقم (2) والذي ينص على " تتعرض للإذلال أو السخرية فيما يتعلق بعملك " احتل المرتبة التاسعة بمتوسط قيمته (1.60) وانحراف معياري قدره (0.94).
- البند رقم (6) والذي ينص على " يتم تجاهلك أو استبعادك " احتل المرتبة العاشرة بمتوسط قيمته (1.47) وانحراف معياري قدره (0.80).
- البند رقم (20) والذي ينص على " يتم جعلك موضوعا لعملية إغاظة وسخرية مفرطة" احتل المرتبة الإحدى عشر بمتوسط قيمته (1.46) وانحراف معياري قدره (0.85).
- البند رقم (7) والذي ينص على " يتم إصدار تصريحات مهينة أو مسيئة عن شخصك، أو سلوكياتك أو حياتك الخاصة " احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط بلغت قيمته (1.38) وانحراف معياري قدره (0.81).

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد العنف النفسي

المرتبط بالشخص.



شكل رقم (11): الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص

❖ البعد الثالث: التهيب الجسدي

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد التهيب الجسدي، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (37): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الترهيب

الجسدي

المستوى	الاتجاه العام	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	بوميا	مرة في الأسبوع	مرة في الشهر	بين الحين والآخر	أبداً	نص بنود بعد الترهيب الجسدي	
متوسط	أبداً	1	0.97	1.61	6	6	29	43	150	تكرار	8. يتم الصراخ عليك أو كنت ضحية لغضب عفوي أو نوبة انفعال.
					2.6	2.6	12.4	18.3	64.1	نسبة (%)	
متوسط	أبداً	2	0.98	1.51	9	5	15	40	165	تكرار	9. تتعرض لسلوك التخويف أو الترهيب مثل الإشارة بالإصبع، التعدي على المساحة الشخصية، والدفع، والمنع/ إعاقة الطريق.
					3.9	2.1	6.4	17.1	70.5	نسبة (%)	
منخفض	أبداً	3	0.73	1.38	2	2	17	41	172	تكرار	22. التهديد بالعنف أو الاعتداء الفعلي.
					0.9	0.9	7.2	17.5	73.5	نسبة (%)	
متوسط	أبداً	0.70	1.50	جميع بنود البعد معاً							

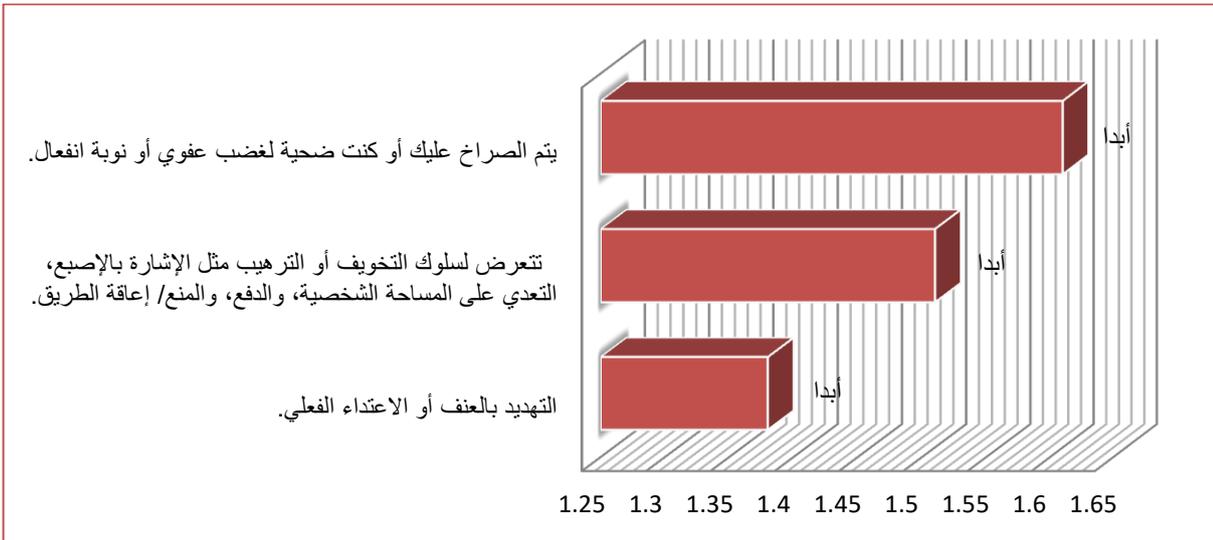
يلاحظ من نتائج الجدول رقم (37) أن مستوى بعد الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بتيزي وزو جاء متوسطاً، وأن الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة كان "أبداً" في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي، وقد تراوحت المتوسطات الحسابية للبنود بين (1.38 - 1.61)، وجاءت بمستويات منخفضة ومتوسطة. وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي:

- البند رقم (8) والذي ينص على " يتم الصراخ عليك أو كنت ضحية لغضب عفوي أو نوبة انفعال " احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (1.61) وانحراف معياري قدره (0.97).

- البند رقم (9) والذي ينص على "تتعرض لسلوك التخويف أو الترهيب مثل الإشارة بالإصبع، التعدي على المساحة الشخصية، والدفع، والمنع/ إعاقة الطريق" احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (1.51) وانحراف معياري قدره (0.98).

- البند رقم (22) والذي ينص على " التهديد بالعنف أو الاعتداء الفعلي " احتل المرتبة الأخيرة بمتوسط قيمته (1.38) وانحراف معياري قدره (0.73).

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الترهيب الجسدي:



شكل (12): الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الترهيب الجسدي

3. عرض النتائج المتعلقة بالقائمين بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

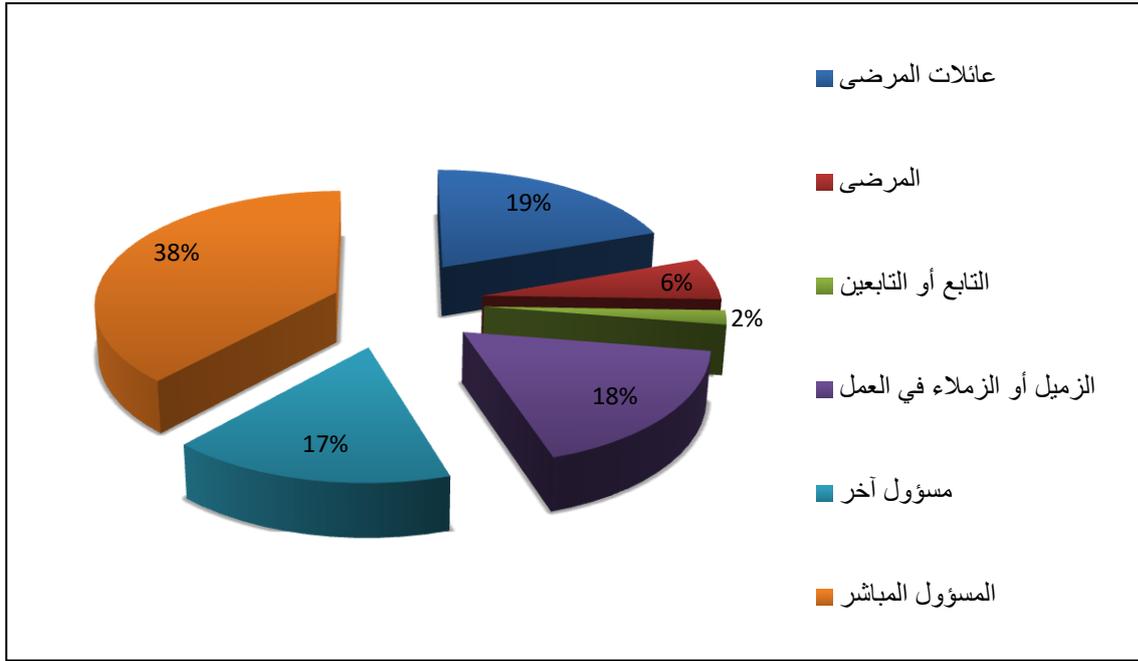
تم حساب التكرارات والنسب المئوية و المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة من خلال إجاباتهم على البند رقم (24) من استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة- والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (38): القائمون بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة الصحيحة (%)	تكرار	الخيارات	نص البند رقم (24)
1.926	2.794	38.2	39	المسؤول المباشر	إذا كانت إجابتك على السؤال السابق "نعم"، يرجى وضع علامة في الخانة أو الخانات المناسبة أدناه لذكر من هم الأشخاص المسؤولين على العنف النفسي الذي عانيت منه؟
		16.7	17	مسؤول آخر	
		17.6	18	الزميل أو الزملاء في العمل	
		2.0	2	التابع أو التابعين	
		5.9	6	المرضى	
		19.6	20	عائلات المرضى	
		100	102	المجموع	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق، نلاحظ أن (38.2%) من المستجوبين عانوا من العنف النفسي بسبب مسؤولهم المباشر، و(19.6%) تعرضوا للعنف النفسي من طرف عائلات المرضى، و(17.6%) منهم تعرضوا له من قبل زملاءهم في العمل، فيما كانت نسبة (16.7%) من أفراد العينة أجابوا بأنهم تعرضوا لهذه الأفعال السلبية بسبب مسؤولين آخرين، وأقر (5.9%) أنهم تعرضوا للعنف النفسي من طرف المرضى بينما (2%) عانوا من العنف النفسي الذي يصدر من التابعين لهم. والشكل الموالي يوضح القائمين بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.



شكل رقم (13): القائمون بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

4. عرض النتائج المتعلقة بمستوى القلق والاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

تم حساب التكرارات والنسب المئوية و المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد العينة من خلال إجاباتهم على بنود مقياس قلق واكتئاب المستشفى، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (39): مستويات الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو

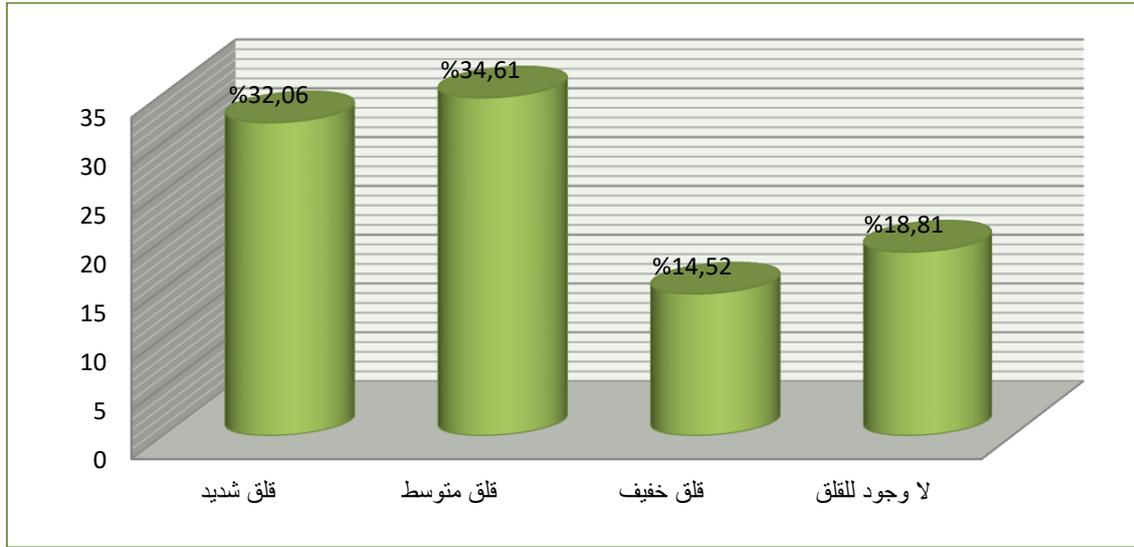
المتغير	الدرجات الحدية	التفسير	تكرار	نسبة (%)	الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	7 - 0	لا وجود للقلق	44	18.81	0	20	11.953	4.194
	10 - 8	قلق خفيف	34	14.52				
	14 - 11	قلق متوسط	81	34.61				
	21 - 15	قلق شديد	75	32.06				
	المجموع		234	100				
الاكتئاب	7 - 0	لا وجود للاكتئاب	36	15.39	0	20	11.470	4.029
	10 - 8	اكتئاب خفيف	54	23.08				
	14 - 11	اكتئاب متوسط	78	33.33				
	21 - 15	اكتئاب شديد	66	28.20				
	المجموع		234	100				
الصحة النفسية	14 - 0	لا وجود لاضطراب القلق الاكتئابي المختلط	31	13.25	20	37	23.423	7.648
	42 - 15	وجود لاضطراب القلق الاكتئابي المختلط	203	86.75				
	المجموع		234	100				

يتضح من بيانات الجدول رقم (39) ما يلي:

1. بالنسبة لبعد القلق: يعاني (34.61%) من أفراد العينة من قلق متوسط الشدة فيما يعاني (32.06%) من اضطراب القلق الشديد، ومن جهة أخرى، (18.81%) من المستجوبين لا يعانون من أعراض القلق

فيما يعاني (14.52%) من المستجوبين من قلق خفيف. وتراوحت درجات القلق بين (0) و(20) وبلغ المتوسط الحسابي للقلق لدى عينة الدراسة (11.953) بانحراف معياري قدره (4.194).

نستنتج إذن أن أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو يعانون من اضطراب القلق متوسط الشدة. ويوضح الشكل البياني التالي مستوى القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

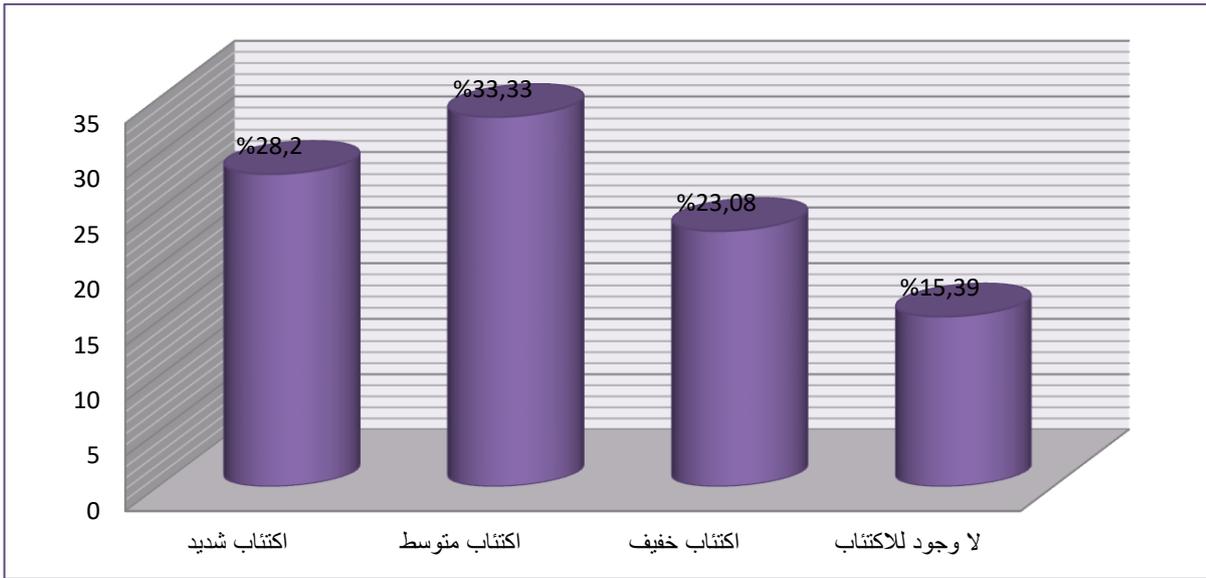


شكل رقم (14): مستوى القلق لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

2. بالنسبة لبعد الاكتئاب: يعاني (33.33%) من أفراد العينة من اكتئاب متوسط الشدة فيما يعاني (28.20%) من الأطباء والمرضى من اضطراب الاكتئاب الشديد، ومن جهة أخرى، يعاني (23.08%) من المستجوبين من اكتئاب خفيف، أما (15.39%) من أفراد العينة فلا يعانون من أعراض الاكتئاب. وتراوحت درجات الاكتئاب بين (0) و(20) وبلغ المتوسط الحسابي للاكتئاب لدى عينة الدراسة (11.470) بانحراف معياري قدره (4.029).

نستنتج إذن أن أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو يعانون من اضطراب الاكتئاب متوسط الشدة.

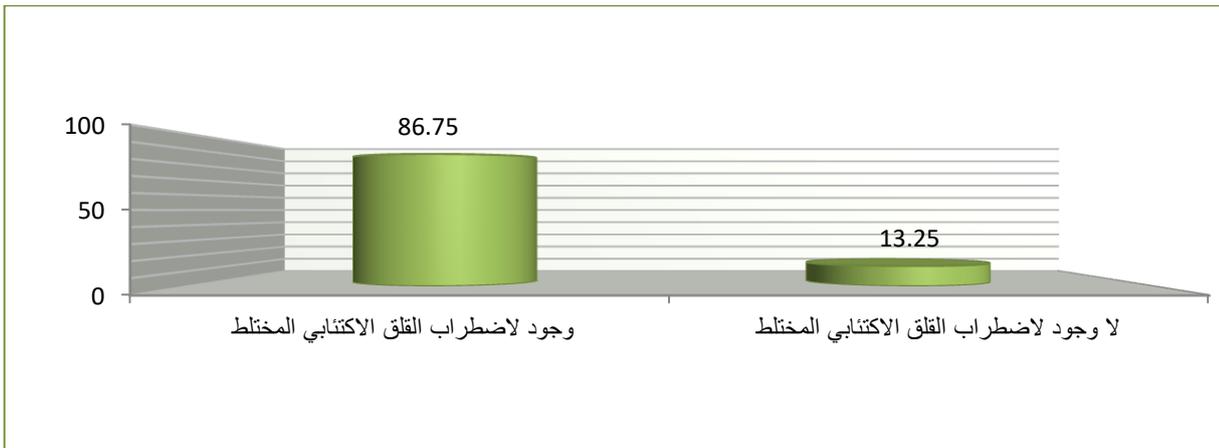
ويوضح الشكل البياني التالي مستوى الاكتئاب لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.



شكل رقم (15): مستوى الاكتئاب لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

3. بالنسبة للصحة النفسية : يعاني (86.75%) من الأطباء والمرضى من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط، بينما (13.25%) من أفراد العينة لا يعانون من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط. وتراوح المجموع الكلي للصحة النفسية بين (20) و(37) وبلغ المتوسط الحسابي للصحة النفسية لدى عينة الدراسة (23.423) بانحراف معياري قدره (7.648).

نستنتج إذن أن أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو يعانون من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط. ويوضح الشكل البياني التالي توزيع أفراد العينة وفقا لمعاناتهم من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط.



شكل رقم (16): توزيع أفراد العينة حسب معاناتهم من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط.

ولمعرفة مستوى وترتيب بعدي الصحة النفسية، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (40): مستوى وترتيب بعدي الصحة النفسية

الرتبة	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1	البعد الأول: القلق	1.707	0.599	متوسط
2	البعد الثاني: الاكتئاب	1.638	0.575	متوسط
الصحة النفسية		1.673	0.546	متوسط

يبين الجدول رقم (40) أن مستوى اضطراب الصحة النفسية لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطاً، حيث كان المتوسط الحسابي لمقياس الصحة النفسية (1.673) بانحراف معياري قدره (0.546)، وجاء بعد القلق بالمرتبة الأولى بأعلى متوسط حسابي بلغ (1.707) وانحراف معياري قدره (0.599) وبمستوى تقدير متوسط، بينما جاء بعد الاكتئاب في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (1.638) وانحراف معياري قدره (0.575) وبمستوى تقدير متوسط.

ولمعرفة الترتيب والاتجاه العام لإجابات أفراد عينة البحث وكذا مستوى تقديراتهم، تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك بالنسبة لبنود بعدي الصحة النفسية، حيث سنعرض نتائج كل بعد على حدة على النحو التالي:

❖ **البعد الأول: القلق**

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد القلق، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (41): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد القلق

المستوى	الاتجاه العام	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	نسبة (%)	تكرار	الخيارات	نص بنود بعد القلق
متوسط	عدة مرات	3	0.85	1.79	3.8	9	إطلاقا	1. أشعر بالتوتر الشديد
					36.8	86	بين الحين والآخر	
					35.5	83	عدة مرات	
					23.9	56	أكثر الوقت	
متوسط	نعم، ولكن أقل سوء	4	1.09	1.63	19.2	45	إطلاقا	3. أشعر بنوع من الخوف وكأن شيئا مروعا على وشك الحدوث
					26.9	63	قليلا، لكنه لا يقلقني	
					24.8	58	نعم، ولكن أقل سوءا	
					29.1	68	بالتأكيد	
متوسط	في كثير من الأحيان	2	0.84	1.96	5.6	13	نادرا	5. تدور أفكار مقلقة في ذهني
					20.5	48	بين الحين والآخر	
					45.7	107	في كثير من الأحيان	
					28.2	66	أغلب الأوقات	
متوسط	ليس كثيرا	1	0.84	2.00	3.8	9	بكل تأكيد	7. يمكنني الجلوس براحة والشعور بالاسترخاء
					23.5	55	عادة	
					40.6	95	ليس كثيرا	
					32.1	75	إطلاقا	
متوسط	أحيانا	6	0.92	1.46	17.1	40	إطلاقا	9. ينتابني شعور بالخوف وكأن معدتي مقبوضة
					32.1	75	أحيانا	
					38.0	89	كثيرا	
					12.8	30	في أغلب الأوقات	
متوسط	أغلب الأوقات	5	0.99	1.62	17.5	41	إطلاقا	11. أشعر بالضيق عندما تتوجب علي الحركة
					22.2	52	بين الحين والآخر	
					40.2	94	أغلب الأوقات	
					20.1	47	دوما	
متوسط	ليس كثيرا	7	0.93	1.45	15.8	37	إطلاقا	13. ينتابني شعور مفاجئ بالهلع
					38.5	90	ليس كثيرا	
					30.3	71	غالبا	
					15.4	36	في الواقع، في كثير من الأحيان	
متوسط	0.59		1.70	جميع فقرات البعد معا				

وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي: احتلت البنود التالية المراتب العليا:

- البند رقم (7) والذي ينص على " يمكنني الجلوس براحة والشعور بالاسترخاء " احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (2.00) وانحراف معياري قدره (0.84)، والذي يقابل الاتجاه " ليس كثيرا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (5) والذي ينص على " تدور أفكار مقلقة في ذهني " احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (1.96) وانحراف معياري قدره (0.84)، والذي يقابل الاتجاه " في كثير من الأحيان " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (1) والتي تنص على " أشعر بالتوتر الشديد " احتل المرتبة الثالثة بمتوسط قيمته (1.79) وانحراف معياري قدره (0.85)، والذي يقابل الاتجاه " عدة مرات " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

في حين احتلت البنود التالية المراتب الدنيا:

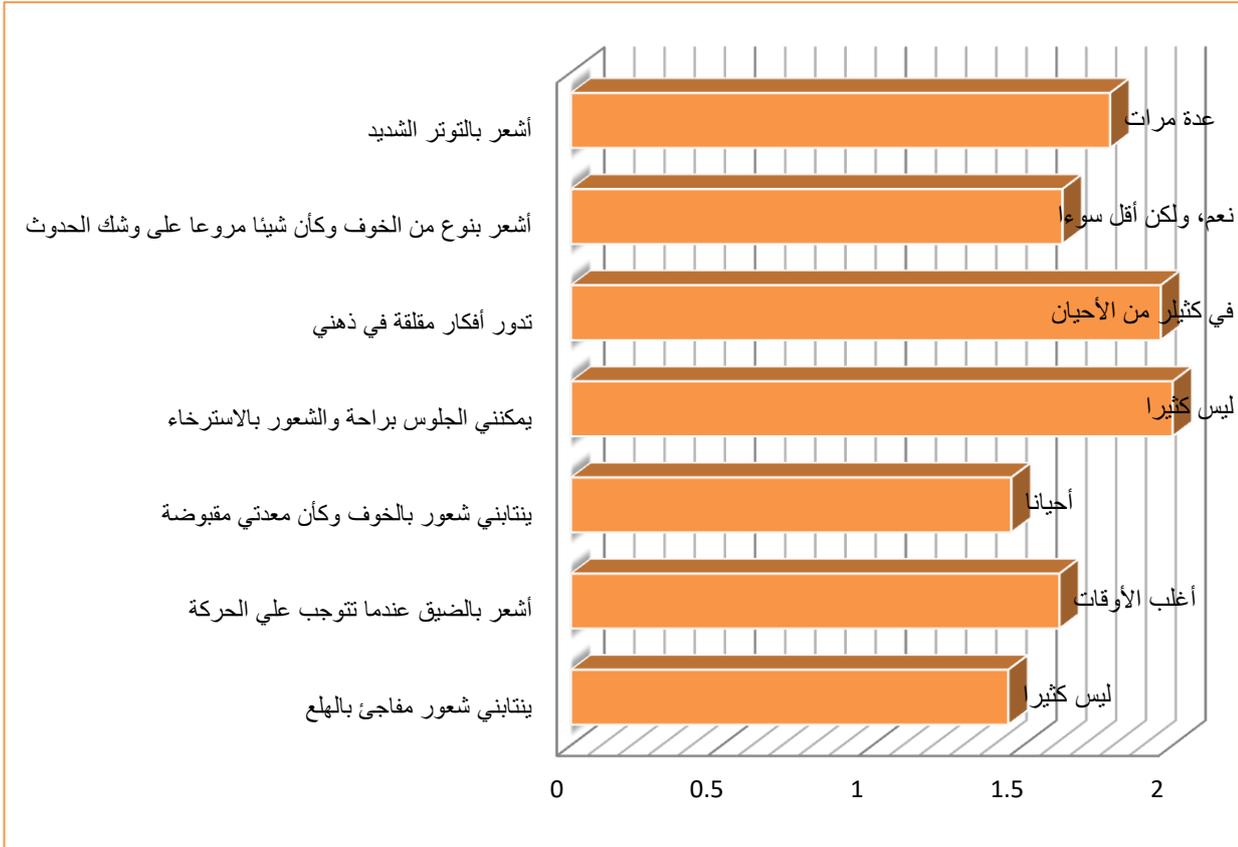
- البند رقم (3) والذي ينص على " أشعر بنوع من الخوف وكأن شيئا مروعا على وشك الحدوث " احتل المرتبة الرابعة بمتوسط قيمته (1.63) وانحراف معياري قدره (1.09)، والذي يقابل الاتجاه " نعم ولكن أقل سوء " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (11) والذي ينص على " أشعر بالضيق عندما تتوجب علي الحركة " احتل المرتبة الخامسة بمتوسط قيمته (1.62) وانحراف معياري قدره (0.99)، والذي يقابل الاتجاه " أغلب الأوقات " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (9) والذي ينص على " ينتابني شعور بالخوف وكأن معدتي مقبوضة " احتل المرتبة السادسة بمتوسط قيمته (1.46) وانحراف معياري قدره (0.92)، والذي يقابل الاتجاه " أحيانا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (13) والذي ينص على " ينتابني شعور مفاجئ بالهلع " احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط بلغت قيمته (1.45) وانحراف معياري قدره (0.93)، والذي يقابل الاتجاه " ليس كثيرا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد القلق.



شكل رقم (17): الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد القلق

❖ البعد الثاني: الاكتئاب

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الاكتئاب، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (42): الترتيب والاتجاه العام ومستوى التقدير لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الاككتاب

المستوى	الاتجاه العام	الترتيب	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	نسبة (%)	التردد	الخيارات	نص بنود بعد الاككتاب
متوسط	قليلا	4	0.84	1.61	10.3	24	بالتأكيد، كما كنت	2. ما زلت أستمتع بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها
					31.6	74	ليس تماما	
					44.4	104	قليلا	
					13.7	32	بالكاد، على الإطلاق	
متوسط	بالتأكيد ليس كثيرا الآن	3	0.92	1.62	14.5	34	كما كنت سابقا	4. أستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء
					25.6	60	أقل مما كنت في السابق	
					43.2	101	بالتأكيد ليس كثيرا الآن	
					16.7	39	إطلاقا	
متوسط	ليس كثيرا	6	0.88	1.55	13.7	32	في أغلب الأوقات	6. أشعر بالبهجة
					29.9	70	في بعض الأحيان	
					43.6	102	ليس كثيرا	
					12.8	30	إطلاقا	
متوسط	في كثير من الأحيان	5	0.86	1.59	11.5	27	إطلاقا	8. أشعر كما لو أن شيئاً ما يبطئني
					31.2	73	في بعض الأوقات	
					43.6	102	في كثير من الأحيان	
					13.7	32	تقريبا في كل وقت	
متوسط	كما ينبغي علي كما ينبغي لمظهري	1	1.13	1.92	18.4	43	أعتني بمظهري كما كنت في السابق	10. لقد فقدت الاهتمام بمظهري
					13.7	32	قد لا أعتني بمظهري كما يجب	
					25.2	59	لا أهتم بمظهري كما ينبغي علي فعله	
					42.7	100	بالتأكيد	
متوسط	بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله	7	0.93	1.53	15.8	37	بقدر ما يمكنني فعله	12. أتطلع للمستقبل مع الاستمتاع بالأشياء
					29.9	70	نوعا ما أقل مما اعتدت على فعله	
					39.3	92	بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله	
					15.0	35	إطلاقا	
متوسط	ليس كثيرا	2	0.98	1.62	15.4	36	غالبا	14. يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو بمتابعة برنامج إذاعي أو تلفزيوني نادرا جدا
					27.4	64	في بعض الأحيان	
					36.3	85	ليس كثيرا	
					20.9	49	نادرا جدا	
متوسط	0.57		1.63	جميع بنود البعد معا				

وباستقراء الجدول السابق، يتضح ما يلي: احتلت البنود التالية المراتب العليا:

- البند رقم (10) والذي ينص على " لقد فقدت الاهتمام بمظهري " احتل المرتبة الأولى بأعلى متوسط بلغت قيمته (1.92) وانحراف معياري قدره (1.13)، والذي يقابل الاتجاه " لا أهتم بمظهري كما ينبغي علي فعله " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (14) والذي ينص على " يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو بمتابعة برنامج إذاعي أو تلفزيوني " احتل المرتبة الثانية بمتوسط قيمته (1.62) وانحراف معياري قدره (0.98)، والذي يقابل الاتجاه " ليس كثيرا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (4) والذي ينص على " أستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء " احتل المرتبة الثالثة بمتوسط قيمته (1.62) وانحراف معياري قدره (0.93)، والذي يقابل الاتجاه " بالتأكيد ليس كثيرا الآن " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

في حين احتلت البنود التالية المراتب الدنيا:

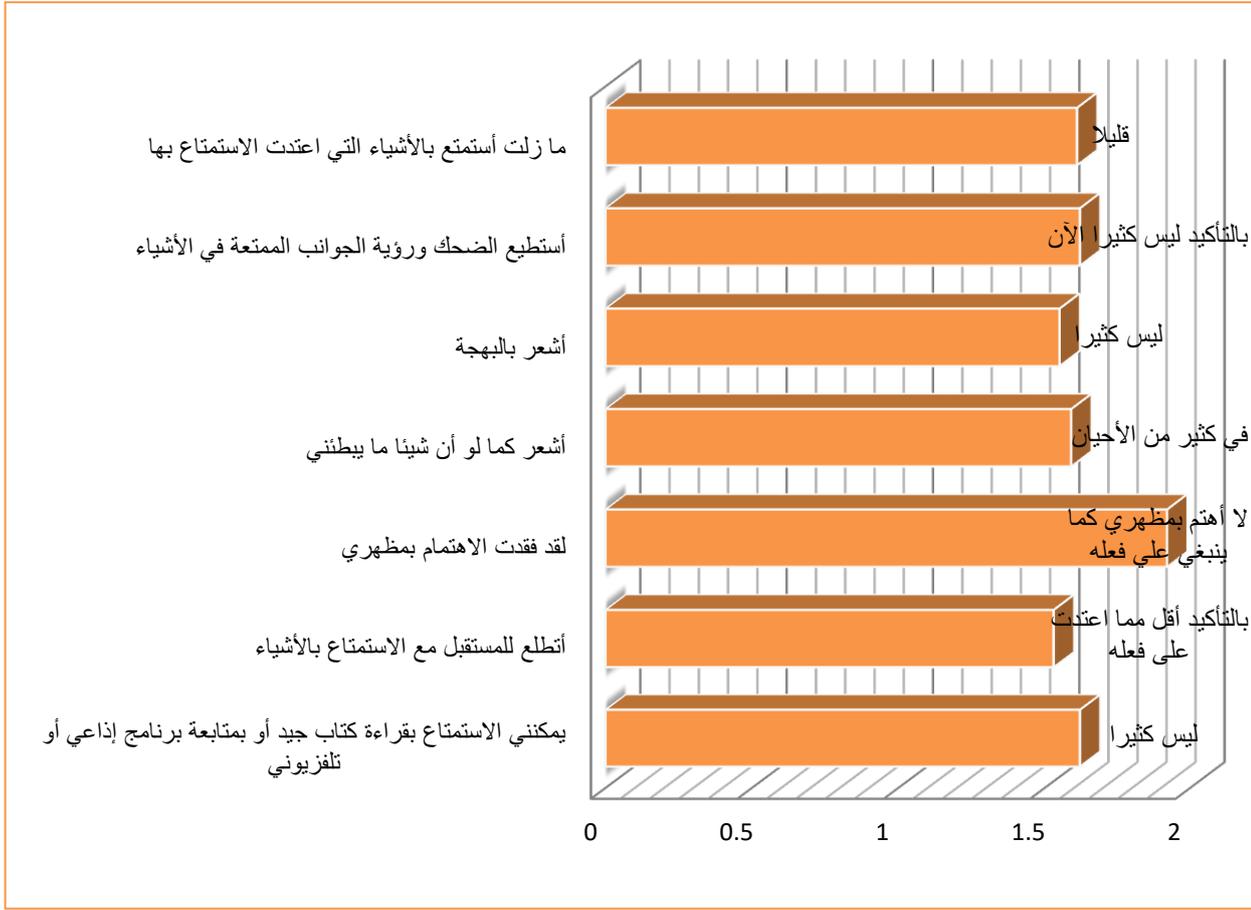
- البند رقم (2) والذي ينص على " ما زلت أستمتع بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها " احتل المرتبة الرابعة بمتوسط قيمته (1.59) وانحراف معياري قدره (0.86)، والذي يقابل الاتجاه " قليلا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (8) والذي ينص على " أشعر كما لو أن شيئا ما يبطئني " احتل المرتبة الخامسة بمتوسط قيمته (1.59) وانحراف معياري قدره (0.86)، والذي يقابل الاتجاه " في كثير من الأحيان " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (6) والذي ينص على " أشعر بالبهجة " احتل المرتبة السادسة بمتوسط قيمته (1.55) وانحراف معياري قدره (0.88)، والذي يقابل الاتجاه " ليس كثيرا " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

- البند رقم (12) والذي ينص على " أتطلع للمستقبل مع الاستمتاع بالأشياء " احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط بلغت قيمته (1.53) وانحراف معياري قدره (0.93)، والذي يقابل الاتجاه " بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله " في الميزان التقديري لمقياس ليكرت الخماسي.

ويوضح الشكل البياني التالي الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة على بنود بعد الاكتئاب.



شكل رقم (18):الاتجاه العام لإجابات أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو على بنود بعد الاكتتاب.

5. عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية لدى

أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

لدراسة العلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية في العمل، نقوم أولاً بدراسة العلاقة

بين الضغط المدرك والصحة النفسية، ثم دراسة العلاقة بين العنف النفسي في العمل والصحة النفسية.

1.5. عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين الضغط المدرك والصحة النفسية في العمل:

لدراسة العلاقة بين الضغط المدرك والصحة النفسية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين الضغط

المدرك ببعديه والصحة النفسية ببعديها، وذلك بعد التأكد من شروط الاختبار، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (43): العلاقة بين الضغط المدرك ببعديه والصحة النفسية ببعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

القيمة الاحتمالية	الدرجة الكلية للصحة النفسية	القيمة الاحتمالية	الاكتئاب	القيمة الاحتمالية	القلق	الصحة النفسية / الضغط المدرك
0.000	**0.317	0.000	**0.279	0.000	**0.309	العجز المدرك
0.000	**0.253	0.000	**0.288	0.004	**0.185	الفعالية الذاتية المدركة
0.000	**0.358	0.000	**0.354	0.000	**0.314	الدرجة الكلية للضغط المدرك

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

من نتائج الجدول رقم (43)، يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل من الضغط المدرك وبعديه والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.185) وكان ذلك بين بعد الفعالية الذاتية المدركة وبعد القلق، فيما بلغ الحد الأعلى (0.358) وكان ذلك بين الدرجة الكلية للضغط المدرك والدرجة الكلية للصحة النفسية. واعتماداً على محك (Cohen, 1988)، نستنتج وجود علاقة طردية متوسطة بين الضغط المدرك واضطراب الصحة النفسية.

$$r(232) = 0.358, p < 0.001$$

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، توجد علاقة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الضغط المدرك وبعديه والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

2.5. عرض النتائج الخاصة بالعلاقة بين العنف النفسي والصحة النفسية في العمل

لدراسة العلاقة بين العنف النفسي في العمل والصحة النفسية، تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين العنف النفسي بأبعاده والصحة النفسية ببعديها، وذلك بعد التأكد من شروط الاختبار، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (44): العلاقة بين العنف النفسي بأبعاده والصحة النفسية ببعديها لدى أطباء وممرضى

المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

الصحة النفسية العنف النفسي	القلق	القيمة الاحتمالية	الاكتئاب	القيمة الاحتمالية	الدرجة الكلية للصحة النفسية	القيمة الاحتمالية
العنف النفسي المرتبط بالعمل	**0.327	0.000	**0.337	0.000	**0.357	0.000
العنف النفسي المرتبط بالشخص	**0.284	0.000	**0.344	0.000	**0.337	0.000
الترهيب الجسدي	**0.299	0.000	**0.320	0.000	**0.332	0.000
الدرجة الكلية للعنف النفسي	**0.330	0.000	**0.375	0.000	**0.378	0.000

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

من نتائج الجدول رقم (44)، يتضح أن جميع معاملات ارتباط بيرسون بين كل من العنف النفسي وأبعاده والصحة النفسية وأبعاده لدى أطباء وممرضى المستشفى الجامعي بولاية تيزي وزو جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$)، حيث كان الحد الأدنى لمعاملات الارتباط (0.284) وكان ذلك بين بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص وبعد القلق، فيما بلغ الحد الأعلى (0.378) وكان ذلك بين الدرجة الكلية للعنف النفسي والدرجة الكلية للصحة النفسية.

واعتماداً على محك (Cohen, 1988)، نستنتج وجود علاقة طردية متوسطة بين العنف النفسي واضطراب الصحة النفسية.

$$r(232) = 0.378, p < 0.001$$

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، توجد علاقة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العنف النفسي وأبعاده والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

تم تقسيم دراسة أثر الأخطار النفسية الاجتماعية (الضغط المدرك والعنف النفسي) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو إلى عنصرين: يضم العنصر الأول أثر الأخطار النفسية الاجتماعية منفصلة أي أثر كل من الضغط المدرك والعنف النفسي في الصحة النفسية وبعديها كل واحد على حدة، بينما يضم العنصر الثاني أثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية وأبعاده.

1.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية منفصلة في الصحة النفسية وبعديها:

1.1.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الضغط المدرك في الصحة النفسية وبعديها:

تم استخدام نموذج الانحدار الخطي البسيط حيث حددت فيه الصحة النفسية وبعديها كمتغير تابع، واعتبر الضغط المدرك كمتغير مستقل تفسيري، كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (45): أثر الضغط المدرك في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز

الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

القيمة الاحتمالية Sig	قيمة t	بيتا المعيارية βS	بيتا اللامعيارية βNS	ثابت الانحدار b_0	القيمة الاحتمالية Sig	قيمة F	R^2	R	المتغير التابع	المتغير المستقل
0.000	5.031	0.314	0.210	5.528	0.000	25.308	0.098	0.314	القلق	الضغط المدرك
0.000	5.757	0.354	0.228	4.512	0.000	33.143	0.125	0.354	الاكتئاب	
0.000	5.844	0.358	0.438	10.039	0.000	33.150	0.128	0.358	الصحة النفسية	

❖ عرض النتائج المتعلقة بأثر الضغط المدرك في القلق:

يتبين من نتائج الجدول رقم (45) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (25.308) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي يوجد أثر للمتغير المستقل في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذا المتغير المستقل المختار.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون بين المتغير التابع (القلق) والمتغير المستقل (الضغط المدرك) حيث بلغت قيمته (0.314)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.098) أي أن الضغط المدرك يفسر نسبة (9.80%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في القلق. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير الضغط المدرك بقيمة (0.210) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة القلق بمقدار (0.210) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{القلق (المتوقع)} = 0.210 * \text{الضغط المدرك} + 5.528$$

ولمعرفة حجم أثر الضغط المدرك في القلق، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار الخطي ونستعرض معادلته

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.098}{1-0.098} = \frac{0.098}{0.902} = 0.11 \quad \text{بالتعويض في المعادلة، نتحصل على:}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للضغط المدرك أثر صغير الحجم في القلق.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للضغط المدرك في القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

❖ عرض النتائج المتعلقة بأثر الضغط المدرك في الاكتئاب:

يتبين من نتائج الجدول رقم (45) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (33.143) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي يوجد أثر للمتغير المستقل في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذا المتغير المستقل المختار.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون بين المتغير التابع (الاكتئاب) والمتغير المستقل (الضغط المدرك) حيث بلغت قيمته (0.354)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.125) أي أن الضغط المدرك يفسر نسبة (12.5%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الاكتئاب. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير الضغط المدرك بقيمة (0.228) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة الاكتئاب بمقدار (0.228) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{الاكتئاب (المتوقع)} = 4.512 + 0.228 * \text{الضغط المدرك}$$

ولمعرفة حجم أثر الضغط المدرك في الاكتئاب، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار الخطي ونستعرض

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{معادلته فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.125}{1-0.125} = \frac{0.125}{0.875} = 0.143 \quad \text{: بالتعويض في المعادلة، نتحصل على}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للضغط المدرك أثر صغير الحجم في الاكتئاب.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للضغط المدرك في الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

❖ عرض النتائج المتعلقة بأثر الضغط المدرك في الصحة النفسية:

يتبين من نتائج الجدول رقم (45) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (33.150) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي يوجد أثر للمتغير المستقل في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذا المتغير المستقل المختار.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون بين المتغير التابع (الصحة النفسية) والمتغير المستقل (الضغط المدرك) حيث بلغت قيمته (0.358)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.128) أي أن الضغط المدرك يفسر نسبة (12.80%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الصحة النفسية. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير الضغط المدرك بقيمة (0.438) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت الصحة النفسية سوءاً بمقدار (0.438) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{الصحة النفسية (المتوقعة)} = 10.039 + 0.438 * \text{الضغط المدرك}$$

ولمعرفة حجم أثر الضغط المدرك في الصحة النفسية، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار الخطي

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.128}{1-0.128} = \frac{0.128}{0.872} = 0.147 \quad \text{: بالتعويض في المعادلة، نتحصل على}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للضغط المدرك أثر صغير الحجم في الصحة النفسية.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للضغط المدرك في الصحة النفسية لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

وبالتالي، وكخلاصة، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للضغط المدرك في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

2.1.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر العنف النفسي في الصحة النفسية وبعديها:

تم استخدام نموذج الانحدار الخطي البسيط حيث حددت فيه الصحة النفسية وبعديها كمتغير تابع، واعتبر العنف النفسي كمتغير مستقل تفسيري، كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (46): أثر العنف النفسي في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء ومرضى المركز

الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

المتغير المستقل	المتغير التابع	R	R ²	قيمة F	القيمة الاحتمالية Sig	ثابت الانحدار b ₀	بيتا اللامعيارية β NS	بيتا المعيارية β S	قيمة t	القيمة الاحتمالية Sig
العنف النفسي	القلق	0.330	0.109	28.349	0.000	8.072	0.098	0.330	5.324	0.000
	الاكتئاب	0.375	0.140	37.880	0.000	7.238	0.106	0.375	6.155	0.000
	الصحة النفسية	0.378	0.143	38.744	0.000	15.310	0.204	0.378	6.224	0.000

❖ عرض النتائج المتعلقة بأثر العنف النفسي في القلق:

يتبين من نتائج الجدول (46) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (28.349) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي يوجد للمتغير المستقل في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذا المتغير المستقل المختار.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون بين المتغير التابع (القلق) والمتغير المستقل (العنف النفسي) حيث بلغت قيمته (0.330)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.109) أي أن العنف النفسي يفسر نسبة (10.9%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في القلق . كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير العنف النفسي بقيمة (0.098) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة القلق بمقدار (0.098) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالاتي:

$$\text{القلق (المتوقع)} = 8.072 + 0.098 * \text{العنف النفسي}$$

ولمعرفة حجم أثر العنف النفسي في القلق، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار الخطي ونستعرض

$$\text{معادلته فيما يلي: } f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$$

$$f^2 = \frac{0.109}{1-0.109} = \frac{0.109}{0.891} = 0.122 \quad \text{: بالتعويض في المعادلة، نتحصل على}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للعنف النفسي أثر صغير الحجم في القلق.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

للعنف النفسي في القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

❖ عرض النتائج المتعلقة بأثر العنف النفسي في الاكتئاب:

يتبين من نتائج الجدول رقم (46) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (37.880) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، وبالتالي يوجد أثر للمتغير المستقل في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذا المتغير المستقل المختار.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون بين المتغير التابع (الاكتئاب) والمتغير المستقل (العنف النفسي) حيث بلغت قيمته (0.375)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.140) أي أن العنف النفسي يفسر نسبة (14%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الاكتئاب. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير العنف النفسي بقيمة (0.106) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة الاكتئاب بمقدار (0.106) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{الاكتئاب (المتوقع)} = 7.238 + 0.106 * \text{العنف النفسي}$$

ولمعرفة حجم أثر العنف النفسي في الاكتئاب، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار الخطي ونستعرض

$$\text{معادلته فيما يلي: } f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$$

$$f^2 = \frac{0.140}{1-0.140} = \frac{0.140}{0.86} = 0.163 \quad \text{: بالتعويض في المعادلة، نتحصل على}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للعنف النفسي أثر متوسط الحجم في الاكتئاب.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

للعنف النفسي في الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

❖ عرض النتائج المتعلقة بأثر العنف النفسي في الصحة النفسية:

يتبين من نتائج الجدول رقم (46) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (38.744) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي يوجد أثر للمتغير المستقل في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذا المتغير المستقل المختار.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون بين المتغير التابع (الصحة النفسية) والمتغير المستقل (العنف النفسي) حيث بلغت قيمته (0.378)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.143) أي أن العنف النفسي يفسر نسبة (14.3%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الصحة النفسية. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير العنف النفسي بقيمة (0.204) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت الصحة النفسية سوءاً بمقدار (0.204) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{الصحة النفسية (المتوقعة)} = 15.310 + 0.204 * \text{العنف النفسي}$$

ولمعرفة حجم أثر العنف النفسي في الصحة النفسية، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار الخطي

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.143}{1-0.143} = \frac{0.143}{0.857} = 0.167 \quad \text{بالتعويض في المعادلة، نتحصل على:}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للعنف النفسي أثر متوسط الحجم في الصحة النفسية.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

للعنف النفسي في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

وبالتالي، وكخلاصة، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للعنف النفسي في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

2.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية وبعديها:

تم الاعتماد على تحليل الانحدار المتعدد القياسي، للتنبؤ بقيمة المتغير التابع من خلال معرفة المتغير المستقل. وقبل البدء في تطبيق نموذج الانحدار المتعدد القياسي، تم التأكد من شروط الاختبار كما يلي:

- للتأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات، تم الاعتماد على اختبار كولموغوروف-سميرنوف لمعرفة هل البيانات تتبع توزيع طبيعي أم غير طبيعي، ولقد تم اختياره على أساس أن حجم العينة أكبر من 50 مفردة، ولقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (47): اختبار كولموغوروف-سميرنوف للتوزيع الطبيعي لبيانات نموذج الانحدار المتعدد

القياسي

اختبار كولموغوروف-سميرنوف		اختبار شابيرو-ويلك		المتغيرات
القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	
0.200	234	0.030	234	الضغط المدرك
0.200	234	0.039	234	العنف النفسي
0.200	234	0.047	234	القلق
0.200	234	0.046	234	الاكتئاب
0.200	234	0.034	234	الصحة النفسية

يتضح من الجدول (47) أن جميع القيم الاحتمالية أكبر من (0.05)، وعليه نقرر أن البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي.

- كما تم التأكد من تجمع البيانات حول الخط المستقيم، ومن أن بيانات المتغيرات التابعة المنتبأ بها والبواقي تتبع التوزيع الطبيعي (أنظر الملحق رقم (6)). كما تم تفحص عدم وجود ازدواجية خطية أو علاقات متداخلة (multicollinearity) بين المتغيرات المستقلة عن طريق حساب معامل تضخم التباين

(VIF : variance inflation factory) إذ كشف الجدول التالي (48) نتائج اختبار التعددية الخطية حيث بلغت قيمة معامل تضخم التباين (1.139) وهي أصغر من (3) مما يشير إلى عدم وجود مشكلة التعددية الخطية بين المتغيرات المستقلة للنموذج. وبهذا تأكدنا من شروط صحة إجراء اختبار الانحدار الخطي المتعدد القياسي.

بعد أن تأكدنا من شروط الاختبار، تم تطبيق نموذج الانحدار الخطي المتعدد القياسي حيث حددت فيه الصحة النفسية وبعديها كمتغير تابع، واعتبر الضغط المدرك والعنف النفسي كمتغيرين مستقلين تفسيريين، كما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (48): أثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	R	R ²	قيمة F	القيمة الاحتمالية Sig	ثابت الانحدار b ₀	بيتا اللامعيارية β NS	بيتا المعيارية β S	قيمة t	القيمة الاحتمالية Sig	معامل تضخم التباين VIF
القلق	الضغط المدرك	0.392	0.154	20.973	0.000	4.373	0.151	0.226	3.496	0.001	1.139
	العنف النفسي						0.074	0.251	3.886	0.000	1.139
الاكتئاب	الضغط المدرك	0.444	0.197	28.302	0.000	3.248	0.163	0.254	4.029	0.000	1.139
	العنف النفسي						0.081	0.286	4.545	0.000	1.139
الصحة النفسية	الضغط المدرك	0.449	0.201	29.107	0.000	7.621	0.315	0.257	4.102	0.000	1.139
	العنف النفسي						0.155	0.288	4.594	0.000	1.139

1.2.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في القلق:

يتبين من نتائج الجدول رقم (48) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (20.973) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي يوجد أثر للمتغيرين المستقلين في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذين المتغيرين المستقلين.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون المتعدد بين المتغير التابع (القلق) والأخطار النفسية الاجتماعية حيث بلغت قيمته (0.392)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.154) أي أن الأخطار النفسية الاجتماعية تفسر نسبة (15.4%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في القلق. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير الضغط المدرك بقيمة (0.151) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة القلق بمقدار (0.151) وحدة. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير العنف النفسي بقيمة (0.074) ذات دلالة إحصائية وذلك بالاعتماد على قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة القلق بمقدار (0.074) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{القلق (المتوقع)} = 4.373 + 0.151 * \text{الضغط المدرك} + 0.074 * \text{العنف النفسي} + \text{خطأ التنبؤ}$$

لمعرفة حجم أثر الضغط المدرك والعنف النفسي معاً في القلق، نلجأ إلى معامل كوهين للانحدار

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{الخطي ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.154}{1-0.154} = \frac{0.154}{0.846} = 0.182 \quad \text{بالتعويض في المعادلة، نتحصل على:}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة أثر متوسط الحجم في القلق.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

2.2.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الاكتئاب:

يتبين من نتائج الجدول رقم (48) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (28.302) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، وبالتالي يوجد أثر للمتغيرين المستقلين في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذين المتغيرين المستقلين.

كما يوضح الجدول السابق معامل ارتباط بيرسون المتعدد بين المتغير التابع (الاكتئاب) والأخطار النفسية الاجتماعية، حيث بلغت قيمته (0.444)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.197) أي أن الأخطار النفسية الاجتماعية تفسر نسبة (19.7%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الاكتئاب. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير الضغط المدرك بقيمة (0.163) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة الاكتئاب بمقدار (0.163) وحدة. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير العنف النفسي بقيمة (0.081) ذات دلالة إحصائية وذلك بالاعتماد على قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة الاكتئاب بمقدار (0.081) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالتالي:

$$\text{الاكتئاب (المتوقع)} = 3.248 + 0.163 * \text{الضغط المدرك} + 0.081 * \text{العنف النفسي} + \text{خطأ التنبؤ}$$

ولمعرفة حجم أثر الضغط المدرك والعنف النفسي معاً في الاكتئاب، نلجأ إلى معامل كوهين

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{للانحدار الخطي ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.197}{1-0.197} = \frac{0.197}{0.803} = 0.245 \quad \text{بالتعويض في المعادلة، نتحصل على:}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة أثر متوسط الحجم في الاكتئاب.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار الاجتماعية مجتمعة في الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

3.2.6. عرض النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية:

يتبين من نتائج الجدول رقم (48) أن الانحدار معنوي أي ذو دلالة إحصائية وذلك من خلال قيمة اختبار تحليل التباين (ف) البالغة (29.107) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، وبالتالي يوجد أثر للمتغيرين المستقلين في المتغير التابع أي نستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال هذين المتغيرين المستقلين.

كما يوضح الجدول رقم (48) معامل ارتباط بيرسون المتعدد بين المتغير التابع (الصحة النفسية) والأخطار النفسية الاجتماعية، حيث بلغت قيمته (0.449)، بينما بلغت قيمة معامل التحديد R^2 (0.201) أي أن الأخطار النفسية مجتمعة تفسر نسبة (20.1%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الصحة النفسية. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير الضغط المدرك بقيمة (0.315) ذات دلالة إحصائية حيث تم استنتاج ذلك من قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت الصحة النفسية سوءاً بمقدار (0.315) وحدة. كما جاءت قيمة بيتا اللامعيارية لمتغير العنف النفسي بقيمة (0.155) ذات دلالة إحصائية وذلك بالاعتماد على قيمة (ت) والدلالة المرتبطة بها، وهذا يعني أن كلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت الصحة النفسية سوءاً بمقدار (0.155) وحدة. نستطيع إذن كتابة معادلة الانحدار كالاتي:

$$\text{الصحة النفسية (المتوقعة)} = 7.621 + 0.315 * \text{الضغط المدرك} + 0.155 * \text{العنف النفسي} + \text{خطأ}$$

التنبؤ

ولمعرفة حجم أثر الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية، نلجأ إلى معامل كوهين

$$f^2 = \frac{R^2}{1-R^2} \quad \text{للانحدار الخطي المتعدد ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$f^2 = \frac{0.201}{1-0.201} = \frac{0.201}{0.799} = 0.251 \quad \text{بالتعويض في المعادلة، نتحصل على:}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن للأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة أثر متوسط الحجم في الصحة النفسية.

وبناءً على النتائج المتوصل إليها، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

وكنتيجة عامة، يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

ومن أجل معرفة أكثر المتغيرات المستقلة تأثيراً في المتغير التابع، نستعين بقيمة اختبار (ت) وكذا قيمة بيتا المعيارية، فالمتغير المستقل الذي تقابله أكبر قيمة للاختبار (ت) و أكبر قيمة لبيتا المعيارية يكون هو المتغير الأكثر تأثيراً عن باقي المتغيرات، وبالعودة إلى الجدول رقم (48) يتبين أن العنف النفسي هو الأكثر تأثيراً في الصحة النفسية.

7. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي

المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

1.7. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز

الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاعتماد على اختبار (ت) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطات الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس، وذلك بعد التأكد من شروط الاختبار، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (49): الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس

القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة ت	القيمة الاحتمالية	اختبار ليفين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	الجنس	الضغط المدرك وبعديه
0.747	232	0.323	0.190	1.727	4.311	17.855	166	أنثى	العجز المدرك
					3.795	17.661	68	ذكر	
0.822	232	-0.226	0.049	3.902	3.497	12.741	166	أنثى	الفعالية الذاتية المدركة
					4.047	12.867	68	ذكر	
0.941	232	0.074	0.330	0.951	6.226	30.596	166	أنثى	الضغط المدرك
					6.386	30.529	68	ذكر	

يتضح من بيانات الجدول رقم (49) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العجز المدرك: بلغ متوسط درجات بعد العجز المدرك لدى الإناث (17.855) بانحراف معياري (4.311) وهو قريب جدا من المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (17.661) بانحراف معياري (3.795)، فجاءت نتيجة اختبار ت (0.323) بقيمة احتمالية (0.747) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 0.323, p = 0.747$$

2. بالنسبة لبعء الفعالية الذاتية المدركة: بلغ متوسط درجات بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى الإناث (12.741) بانحراف معياري (3.497) وهو قريب جدا من المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (12.867) بانحراف معياري (4.047)، فجاءت نتيجة اختبار ت (-0.226) بقيمة احتمالية (0.822) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = -0.226, p = 0.822$$

3. بالنسبة للضغط المدرك: بلغ متوسط درجات الضغط المدرك لدى الإناث (30.596) بانحراف معياري (6.226) وهو قريب جدا من المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (30.529) بانحراف معياري (6.387)، فجاءت نتيجة اختبار ت (0.074) بقيمة احتمالية (0.941) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 0.074, p = 0.941$$

وبالتالي وبناءً على النتائج المتوصل إليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

2.7. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (50): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	فئات السن	الضغط المدرك وبعديه
3.994	17.831	107	من 21 إلى 30 سنة	العجز المدرك
4.470	18.111	72	من 31 إلى 40 سنة	
4.279	17.200	40	من 41 إلى 50 سنة	
3.658	17.666	15	من 51 سنة فما فوق	
4.160	17.799	234	المجموع	
3.564	13.308	107	من 21 إلى 30 سنة	الفعالية الذاتية المدركة
3.718	13.125	72	من 31 إلى 40 سنة	
3.381	11.525	40	من 41 إلى 50 سنة	
3.518	10.666	15	من 51 سنة فما فوق	
3.657	12.777	234	المجموع	
6.212	31.140	107	من 21 إلى 30 سنة	الضغط المدرك
6.003	31.236	72	من 31 إلى 40 سنة	
6.492	28.725	40	من 41 إلى 50 سنة	
6.309	28.333	15	من 51 سنة فما فوق	
6.259	30.577	234	المجموع	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروط الاختبار، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (51): الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن

القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية	اختبار ليفين	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الضغط المدرك وبعديه
0.742	0.416	0.696	0.481	7.248	3	21.743	ما بين المجموعات	العجز المدرك
				17.443	230	4011.816	داخل المجموعات	
				233	4033.560	المجموع		
**0.005	4.380	0.982	0.057	56.146	3	168.439	ما بين المجموعات	الفعالية الذاتية المدركة
				12.817	230	2948.006	داخل المجموعات	
				233	3116.444	المجموع		
0.068	2.407	0.967	0.087	92.641	3	277.924	ما بين المجموعات	الضغط المدرك
				38.483	230	8851.192	داخل المجموعات	
				233	9129.115	المجموع		

(**) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$).

يتضح من بيانات الجدول رقم (51) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العجز المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.416) بقيمة احتمالية (0.742) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العجز المدرك لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 0.416, p = 0.742$$

2. بالنسبة لبعده الفعالية الذاتية المدركة: جاءت قيمة الاختبار (F) (4.380) بقيمة احتمالية (0.005) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.01)، نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 4.380, p < 0.05$$

3. بالنسبة للضغط المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.407) بقيمة احتمالية (0.068) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 2.407, p = 0.068$$

الاختبار البعدي :

بما أن الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة دالة إحصائيا ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (0.057) بقيمة احتمالية (0.982)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق. قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (52): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير السن

الفروق في المجموعات					
السن (سنة)		الفروق في المتوسطات	القيمة الاحتمالية	مجال الثقة عند 95%	
				الحد الأدنى	الحد الأعلى
من 21 إلى 30	من 31 إلى 40	0.183	0.737	-0.891	1.258
من 21 إلى 30	من 41 إلى 50	1.783	*0.008	0.476	3.090
من 21 إلى 30	من 51 فما فوق	2.641	*0.008	0.696	4.586
من 31 إلى 40	من 41 إلى 50	1.600	*0.024	0.208	2.990
من 31 إلى 40	من 51 فما فوق	2.458	*0.016	0.456	4.460
من 41 إلى 50	من 51 فما فوق	0.858	0.429	-1.277	2.994

(* دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)).

يتضح لنا من الجدول (52) أن الفروق الدالة إحصائياً في بعد الفعالية الذاتية المدركة تبعاً للسن تعود إلى الفروق بين:

1. متوسط درجات الفئة العمرية الأصغر (من 21 إلى 30 سنة) مع متوسطات درجات الفئات العمرية الأكبر منها (من 41 إلى 50 سنة) و(من 51 سنة فما فوق) بفارق معنوي (1.783 - 2.641) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.008) أقل من (0.05)، لصالح الفئة العمرية (من 21 إلى 30 سنة) الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (50).

2. متوسط درجات الفئة العمرية (من 31 إلى 40 سنة) مع متوسطات درجات الفئات العمرية الأكبر منها (من 41 إلى 50 سنة) و(من 51 سنة فما فوق) بفارق معنوي (1.600 - 2.458) على التوالي حيث جاءت القيم الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.024 - 0.016) أقل من (0.05)، لصالح الفئة العمرية (من 31 إلى 40 سنة) الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (50).

بينما لم تكن الفروق بين متوسطات درجات الفئتين العمريتين (من 21 إلى 30 سنة) و(من 31 إلى 40 سنة) دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.737) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، كذلك لم تكن الفروق بين متوسطات درجات الفئتين العمريتين (من 41 إلى 50 سنة) و(من 51 سنة فما فوق) دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.429) أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

3.7. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (53): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء

وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	الحالة المدنية	الضغط المدرك وبعديه
3.941	18.078	102	أعزب	العجز المدرك
4.319	17.484	128	متزوج	
3.593	20.750	4	مطلق	
4.160	17.799	234	المجموع	
3.609	13.303	102	أعزب	الفعالية الذاتية المدركة
3.699	12.375	128	متزوج	
2.061	12.250	4	مطلق	
3.657	12.777	234	المجموع	
6.172	31.382	102	أعزب	الضغط المدرك
6.344	29.859	128	متزوج	
2.160	33.000	4	مطلق	
6.259	30.576	234	المجموع	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (54): الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية

القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية	اختبار ليفين	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الضغط المدرك وبعديه
0.202	1.610	0.726	0.320	27.734	2	55.469	ما بين المجموعات	العجز المدرك
				17.221	231	3978.091	داخل المجموعات	
					233	4033.560	المجموع	
0.154	1.888	0.578	0.549	25.058	2	50.116	ما بين المجموعات	الفعالية الذاتية المدركة
				13.274	231	3066.328	داخل المجموعات	
					233	3116.444	المجموع	
0.137	2.002	0.155	1.881	77.779	2	155.558	ما بين المجموعات	الضغط المدرك
				38.847	231	8973.557	داخل المجموعات	
					233	9129.115	المجموع	

يتضح من بيانات الجدول رقم (54) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العجز المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.610) بقيمة احتمالية (0.202) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 1.610, p = 0.202$$

2. بالنسبة لبعده الفعالية الذاتية المدركة: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.888) بقيمة احتمالية (0.154) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

($\alpha \leq 0.05$) في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 1.888, p = 0.154$$

3. بالنسبة للضغط المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.002) بقيمة احتمالية (0.137) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 2.002, p = 0.137$$

وبالتالي وبناءً على النتائج المتوصل إليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

4.7. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (55): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	الفئة المهنية	الضغط المدرك وبعديه
4.386	16.826	23	طبيب مختص	العجز المدرك
3.627	19.500	30	طبيب مقيم	
3.989	17.855	69	طبيب عام	
4.274	17.508	112	ممرض	
4.160	17.799	234	المجموع	
2.592	11.217	23	طبيب مختص	الفعالية الذاتية المدركة
2.982	12.000	30	طبيب مقيم	
3.604	12.492	69	طبيب عام	
3.904	13.482	112	ممرض	
3.657	12.777	234	المجموع	
5.103	28.043	23	طبيب مختص	الضغط المدرك
6.010	31.500	30	طبيب مقيم	
5.731	30.347	69	طبيب عام	
6.764	30.991	112	ممرض	
6.259	30.576	234	المجموع	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (56): الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية

القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية	اختبار ليفين	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الضغط المدرك وبعديه
0.077	2.315	0.382	1.026	39.405	3	118.214	ما بين المجموعات	العجز المدرك
				17.023	230	3915.346	داخل المجموعات	
					233	4033.560	المجموع	
*0.017	3.480	0.154	1.769	45.107	3	135.321	ما بين المجموعات	الفعالية الذاتية المدركة
				12.961	230	2981.124	داخل المجموعات	
					233	3116.444	المجموع	
0.172	1.682	0.389	1.009	65.339	3	196.016	ما بين المجموعات	الضغط المدرك
				38.840	230	8933.100	داخل المجموعات	
					233	9129.115	المجموع	

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (56) ما يلي:

1. بالنسبة لبعء العجز المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.315) بقيمة احتمالية (0.077) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعء العجز المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 2.315, p = 0.077$$

2. بالنسبة لبعء الفعالية الذاتية المدركة: جاءت قيمة الاختبار (F) (3.480) بقيمة احتمالية (0.017) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعء الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 3.480, p < 0.05$$

3. بالنسبة للضغط المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.682) بقيمة احتمالية (0.172) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 1.682, p = 0.172$$

الاختبار البعدي:

بما أن الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة دالة إحصائيا ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (1.769) بقيمة احتمالية (0.154)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق. قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (57): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الفئة المهنية

الفروق في المجموعات				
مجال الثقة عند 95%		القيمة الاحتمالية	الفروق في المتوسطات	الفئة المهنية
الحد الأدنى	الحد الأعلى			
1.183	- 2.748	0.434	-0.782	طبيب مختص - طبيب مقيم
0.432	- 2.983	0.143	-1.275	طبيب مختص - طبيب عام
-0.640	- 3.888	*0.006	-2.264	طبيب مختص - ممرض
1.058	-2.044	0.532	-0.492	طبيب مقيم - طبيب عام
-0.023	- 2.940	*0.046	-1.482	طبيب مقيم - ممرض
0.096	- 2.075	0.074	-0.989	طبيب عام - ممرض

(* دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)).

يتضح لنا من الجدول (57) أن الفروق الدالة إحصائيا في بعد الفعالية الذاتية المدركة تبعا للفئة المهنية تعود إلى الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية ممرض مع متوسطات درجات الفئتين المهنتين

طبيب مختص وطبيب مقيم بفروق معنوية (2.264 - 1.482) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.046 - 0.006) أقل من (0.05) لصالح فئة الممرضين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (55).

بينما لم تكن الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مختص مع متوسطات درجات الفئتين المهنتين طبيب مقيم وطبيب عام دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.143 - 0.434) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، كذلك لم تكن الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية طبيب عام مع متوسطات درجات الفئتين المهنتين طبيب مقيم وممرض دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.074 - 0.532) أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

5.7. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الأقدمية في المركز:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الأقدمية في المركز، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (58): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للضغط المدرك وبعديه لدى أطباء

وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	الأقدمية في المركز	الضغط المدرك وبعديه
4.086	17.983	183	من 1 إلى 10 سنوات	العجز المدرك
4.769	17.114	35	من 11 إلى 20 سنة	
3.912	17.153	13	من 21 إلى 30 سنة	
2.081	17.333	3	من 31 سنة فما فوق	
4.160	17.799	234	المجموع	
3.599	13.153	183	من 1 إلى 10 سنوات	الفعالية الذاتية المدركة
3.669	11.942	35	من 11 إلى 20 سنة	
3.351	10.307	13	من 21 إلى 30 سنة	
3.055	10.333	3	من 31 سنة فما فوق	
3.657	12.777	234	المجموع	
5.986	31.136	183	من 1 إلى 10 سنوات	الضغط المدرك
7.308	29.057	35	من 11 إلى 20 سنة	
6.145	27.461	13	من 21 إلى 30 سنة	
4.932	27.666	3	من 31 سنة فما فوق	
6.259	30.576	234	المجموع	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (59): الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية	اختبار ليفين	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الضغط المدرك وبعديه
0.649	0.550	0.219	1.487	9.569	3	28.707	ما بين المجموعات	العجز المدرك
				17.412	230	4004.853	داخل المجموعات	
					233	4033.560	المجموع	
*0.011	3.806	0.893	0.204	49.136	3	147.407	ما بين المجموعات	الفعالية الذاتية المدركة
				12.909	230	2969.037	داخل المجموعات	
					233	3116.444	المجموع	
0.059	2.513	0.216	1.497	96.583	3	289.748	ما بين المجموعات	الضغط المدرك
				38.432	230	8839.368	داخل المجموعات	
					233	9129.115	المجموع	

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (59) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العجز المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.550) بقيمة احتمالية (0.649) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 0.550, p = 0.649$$

2. بالنسبة لبعده الفعالية الذاتية المدركة: جاءت قيمة الاختبار (F) (3.806) بقيمة احتمالية (0.011) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05). نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 3.806, p < 0.05$$

3. بالنسبة للضغط المدرك: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.513) بقيمة احتمالية (0.059) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 2.513, p = 0.059$$

الاختبار البعدي:

بما أن الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة دالة إحصائيا ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (0.204) بقيمة احتمالية (0.893)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق. قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (60): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

الفروق في المجموعات				
مجال الثقة عند 95%		القيمة الاحتمالية	الفروق في المتوسطات	الأقدمية في المركز (سنة)
الحد الأدنى	الحد الأعلى			
2.516	- 0.095	0.069	1.210	من 1 إلى 10 - من 11 إلى 20
4.877	0.813	*0.006	2.845	من 1 إلى 10 - من 21 إلى 30
6.940	- 1.300	0.179	2.819	من 1 إلى 10 - من 31 فما فوق
3.934	- 0.664	0.162	1.635	من 11 إلى 20 - من 21 إلى 30
5.868	- 2.649	0.457	1.609	من 11 إلى 20 - من 31 فما فوق
4.508	- 4.559	0.991	- 0.025	من 21 إلى 30 - من 31 فما فوق

(* دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)).

يتضح لنا من الجدول (60) أن الفروق الدالة إحصائيا في بعد الفعالية الذاتية المدركة تبعا للأقدمية في المركز تعود إلى الفروق بين متوسط درجات فئة الأقدمية في المركز من (1 إلى 10 سنوات)

ومتوسط درجات فئة الأقدمية في المركز من (21 إلى 30 سنة) بفارق معنوي (2.845) حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها (0.006) أقل من (0.05) لصالح فئة الأقدمية في المركز من (1 إلى 10 سنوات) الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (58).

بينما لم تكن الفروق بين متوسطات درجات الفئات المتبقية دالة إحصائياً حيث جاءت جميع القيم الاحتمالية الموافقة لها أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

8. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

1.8. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الجنس:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاعتماد على اختبار (ت) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطات العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الجنس، وذلك بعد التأكد من شروط الاختبار، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (61): الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الجنس

القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمة ت	القيمة الاحتمالية	اختبار ليفين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	الجنس	العنف النفسي وأبعاده
0.161	232	1.406	0.758	0.095	5.996	15.415	166	أنثى	العنف النفسي
					5.664	14.220	68	ذكر	المرتبط بالعمل
0.782	232	0.277	0.661	0.193	7.576	20.180	166	أنثى	العنف النفسي المرتبط بالشخص
					7.243	19.882	68	ذكر	
0.113	232	1.591	0.025	5.103	2.278	4.632	166	أنثى	التهريب الجسدي
					1.662	4.205	68	ذكر	
0.398	232	0.846	0.686	0.164	14.534	40.289	166	أنثى	العنف النفسي
					13.334	38.558	68	ذكر	

يتضح من بيانات الجدول رقم (61) ما يلي:

1. بالنسبة لبعء العنف النفسي المرتبط بالعمل: بلغ متوسط درجات بعء العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى الإناث (15.415) بانحراف معياري (5.996) يقابله المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (14.220) بانحراف معياري (5.664)، فجاءت نتيجة اختبار ت (1.406) بقيمة احتمالية (0.161) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعء العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 1.406, p = 0.161$$

2. بالنسبة لبعء العنف النفسي المرتبط بالشخص: بلغ متوسط درجات بعء العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى الإناث (20.180) بانحراف معياري (7.576) يقابله المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (19.882) بانحراف معياري (7.243)، فجاءت نتيجة اختبار ت (0.277) بقيمة احتمالية (0.782) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعء العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 0.277, p = 0.782$$

3. بالنسبة لبعء الترهيب الجسدي: بلغ متوسط درجات بعء الترهيب الجسدي لدى الإناث (4.632) بانحراف معياري (2.278) يقابله المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (4.205) بانحراف معياري (1.662)، فجاءت نتيجة اختبار ت (1.591) بقيمة احتمالية (0.113) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعء الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 1.591, p = 0.113$$

4. بالنسبة للعنف النفسي: بلغ متوسط درجات العنف النفسي لدى الإناث (40.289) بانحراف معياري (14.534) يقابله المتوسط الحسابي لدى الذكور والبالغ (38.558) بانحراف معياري (13.334)، فجاءت نتيجة اختبار ت (0.846) بقيمة احتمالية (0.398) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 0.846, p = 0.398$$

وبالتالي وبناءً على النتائج المتوصل إليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

2.8. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (62): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء

وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	فئات السن	العنف النفسي وأبعاده
5.602	15.672	107	من 21 إلى 30 سنة	العنف النفسي المرتبط بالعمل
6.477	14.986	72	من 31 إلى 40 سنة	
6.134	14.400	40	من 41 إلى 50 سنة	
4.233	12.933	15	من 51 سنة فما فوق	
5.914	15.068	234	المجموع	
7.576	21.093	107	من 21 إلى 30 سنة	العنف النفسي المرتبط بالشخص
7.586	19.486	72	من 31 إلى 40 سنة	
7.148	19.350	40	من 41 إلى 50 سنة	
6.534	17.866	15	من 51 سنة فما فوق	
7.467	20.094	234	المجموع	
2.233	4.738	107	من 21 إلى 30 سنة	الترهيب الجسدي
2.307	4.472	72	من 31 إلى 40 سنة	
1.604	4.125	40	من 41 إلى 50 سنة	
1.437	4.066	15	من 51 سنة فما فوق	
2.123	4.508	234	المجموع	
13.807	41.691	107	من 21 إلى 30 سنة	العنف النفسي
15.116	39.041	72	من 31 إلى 40 سنة	
13.993	37.875	40	من 41 إلى 50 سنة	
11.667	34.866	15	من 51 سنة فما فوق	
14.189	39.786	234	المجموع	

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (63): الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن

العنف النفسي وأبعاده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
العنف النفسي المرتبط بالعمل	ما بين المجموعات	125.835	3	41.945	1.715	0.165	1.202	0.310
	داخل المجموعات	8025.071	230	34.892				
	المجموع	8150.906	233					
العنف النفسي المرتبط بالشخص	ما بين المجموعات	230.047	3	76.682	0.109	0.955	1.382	0.249
	داخل المجموعات	12761.885	230	55.486				
	المجموع	12991.932	233					
الترهيب الجسدي	ما بين المجموعات	14.557	3	4.852	2.370	0.071	1.077	0.359
	داخل المجموعات	1035.926	230	4.504				
	المجموع	1050.483	233					
العنف النفسي	ما بين المجموعات	937.510	3	312.503	0.324	0.808	1.563	0.199
	داخل المجموعات	45975.806	230	199.895				
	المجموع	46913.316	233					

يتضح من بيانات الجدول رقم (63) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالعمل: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.202) بقيمة احتمالية (0.310) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 1.202, p = 0.310$$

2. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالشخص: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.382) بقيمة احتمالية (0.249) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 1.382, p = 0.249$$

3. بالنسبة لبعء الترهيب الجسدي: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.077) بقيمة احتمالية (0.359) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعء الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير السن.

$$F(3,230) = 1.077, p = 0.359$$

4. بالنسبة للعنف النفسي: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.563) بقيمة احتمالية (0.199) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير السن.

$$F(3,230) = 1.563, p = 0.199$$

وبالتالي وبناءً على النتائج المتوصل إليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن.

3.8. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (64): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء

وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية

العنف النفسي وأبعاده	الحالة المدنية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العنف النفسي المرتبط بالعمل	أعزب	102	15.284	5.412
	متزوج	128	14.679	6.146
	مطلق	4	22.000	7.702
	المجموع	234	15.068	5.914
العنف النفسي المرتبط بالشخص	أعزب	102	20.392	6.824
	متزوج	128	19.656	7.755
	مطلق	4	26.500	12.261
	المجموع	234	20.094	7.467
الترهيب الجسدي	أعزب	102	4.441	2.046
	متزوج	128	4.515	2.158
	مطلق	4	6.000	2.943
	المجموع	234	4.508	2.123
العنف النفسي	أعزب	102	40.117	12.501
	متزوج	128	39.062	15.034
	مطلق	4	54.500	22.188
	المجموع	234	39.786	14.189

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (65): الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية

العنف النفسي وأبعاده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
العنف النفسي المرتبط بالعمل	ما بين المجموعات	216.284	2	108.142	1.518	0.221	3.148	*0.045
	داخل المجموعات	7934.622	231	34.349				
	المجموع	8150.906	233					
العنف النفسي المرتبط بالشخص	ما بين المجموعات	197.743	2	98.871	2.190	0.114	1.785	0.170
	داخل المجموعات	12794.189	231	55.386				
	المجموع	12991.932	233					
الترهيب الجسدي	ما بين المجموعات	9.367	2	4.684	0.347	0.707	1.039	0.355
	داخل المجموعات	1041.116	231	4.507				
	المجموع	1050.483	233					
العنف النفسي	ما بين المجموعات	944.228	2	472.114	3.455	0.033	2.372	0.096
	داخل المجموعات	45969.088	231	199.000				
	المجموع	46913.316	233					

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (65) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالعمل: جاءت قيمة الاختبار (F) (3.148) بقيمة احتمالية (0.045) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعده العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 3.148, p < 0.05$$

2. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالشخص: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.785) بقيمة احتمالية (0.170) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعده العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 1.785, p = 0.170$$

3. بالنسبة لبعء الترهيب الجسدي: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.039) بقيمة احتمالية (0.355) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعء الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 1.039, p = 0.355$$

4. بالنسبة للعنف النفسي: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.372) بقيمة احتمالية (0.096) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 2.372, p = 0.096$$

الاختبار البعدي:

بما أن الفروق في بعء العنف النفسي المرتبط بالعمل دالة إحصائية ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (1.518) بقيمة احتمالية (0.221)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق. قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات المتعددة البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (66): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في بعد العنف

النفسي المرتبط بالعمل وفقا لمتغير الحالة المدنية

الفروق في المجموعات				
مجال الثقة عند 95%		القيمة الاحتمالية	الفروق في المتوسطات	الحالة المدنية
الحد الأدنى	الحد الأعلى			
2.137	- 0.928	0.434	0.604	أعزب _ متزوج
-0.829	- 12.601	*0.026	-6.715	أعزب - مطلق
-1.457	- 13.183	*0.015	-7.320	متزوج - مطلق

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$).

يتضح لنا من الجدول (66) أن الفروق الدالة إحصائيا في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل تبعا للحالة المدنية تعود إلى الفروق بين متوسط درجات فئة المطلقين مع متوسطات درجات فئتي العزاب والمتزوجين بفروق معنوية (6.715 - 7.320) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.015 - 0.026) أقل من (0.05) لصالح فئة المطلقين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (64).

بينما لم تكن الفروق بين متوسط درجات فئة العزاب ومتوسط درجات فئة المتزوجين دالة إحصائيا حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها (0.434) أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

4.8. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية :

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (67): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية

العنف النفسي وأبعاده	الفئة المهنية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العنف النفسي المرتبط بالعمل	طبيب مختص	23	12.391	5.742
	طبيب مقيم	30	16.300	6.696
	طبيب عام	69	14.608	5.472
	ممرض	112	15.571	5.878
	المجموع	234	15.068	5.914
العنف النفسي المرتبط بالشخص	طبيب مختص	23	17.130	5.479
	طبيب مقيم	30	22.666	9.389
	طبيب عام	69	19.202	7.449
	ممرض	112	20.562	7.052
	المجموع	234	20.094	7.467
الترهيب الجسدي	طبيب مختص	23	3.826	1.497
	طبيب مقيم	30	5.200	2.537
	طبيب عام	69	4.434	1.818
	ممرض	112	4.508	2.254
	المجموع	234	4.508	2.123
العنف النفسي	طبيب مختص	23	33.347	11.586
	طبيب مقيم	30	44.166	17.017
	طبيب عام	69	38.246	13.914
	ممرض	112	40.883	13.612
	المجموع	234	39.786	14.189

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (68): الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية

العنف النفسي وأبعاده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
العنف النفسي المرتبط بالعمل	ما بين المجموعات	253.264	3	84.421	0.506	0.678	2.459	0.064
	داخل المجموعات	7897.642	230	34.338				
	المجموع	8150.906	233					
العنف النفسي المرتبط بالشخص	ما بين المجموعات	479.934	3	159.978	1.546	0.203	2.941	*0.034
	داخل المجموعات	12511.997	230	54.400				
	المجموع	12991.932	233					
الترهيب الجسدي	ما بين المجموعات	25.431	3	8.477	1.735	0.160	1.902	0.130
	داخل المجموعات	1025.052	230	4.457				
	المجموع	1050.483	233					
العنف النفسي	ما بين المجموعات	1827.630	3	609.210	0.509	0.677	3.108	*0.027
	داخل المجموعات	45085.687	230	196.025				
	المجموع	46913.316	233					

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (68) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالعمل: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.459) بقيمة احتمالية (0.064) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 2.459, p = 0.064$$

2. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالشخص: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.941) بقيمة احتمالية (0.034) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في البعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 2.941, p < 0.05$$

3. بالنسبة لبعد الترهيب الجسدي: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.902) بقيمة احتمالية (0.130) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 1.902, p = 0.130$$

4. بالنسبة للعنف النفسي: جاءت قيمة الاختبار (F) (3.108) بقيمة احتمالية (0.027) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 3.108, p < 0.05$$

الاختبار البعدي:

بما أن الفروق في كل من بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص والدرجة الكلية للعنف النفسي دالة إحصائيا ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (1.546) بقيمة احتمالية (0.203) بالنسبة لبعد العنف النفسي المرتبط بالشخص، بينما بلغت قيمته (0.509) بقيمة احتمالية (0.677) بالنسبة للدرجة الكلية للعنف النفسي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05) في كلتا الحالتين، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق. قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات المتعددة البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (69): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في كل من بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص والدرجة الكلية للعنف النفسي وفقا لمتغير الفئة المهنية

الفروق في المجموعات					
مجال الثقة عند 95%		القيمة الاحتمالية	الفروق في المتوسطات	الفئة المهنية	
الحد الأدنى	الحد الأعلى				
-1.508	- 9.563	*0.007	-5.536	طبيب مختص - طبيب مقيم	العنف النفسي المرتبط بالشخص
1.426	- 5.571	0.244	-2.072	طبيب مختص - طبيب عام	
-0.105	- 6.758	*0.043	-3.432	طبيب مختص - ممرض	
6.641	0.285	*0.033	3.463	طبيب مقيم - طبيب عام	
5.091	- 0.883	0.167	2.104	طبيب مقيم - ممرض	
0.864	- 3.583	0.230	-1.359	طبيب عام - ممرض	
-3.173	- 18.464	*0.006	-10.818	طبيب مختص - طبيب مقيم	العنف النفسي
1.743	- 11.540	0.148	-4.898	طبيب مختص - طبيب عام	
-1.220	- 13.851	*0.020	-7.536	طبيب مختص - ممرض	
11.953	- 0.112	0.054	5.920	طبيب مقيم - طبيب عام	
8.953	- 2.388	0.255	3.282	طبيب مقيم - ممرض	
1.584	- 6.859	0.220	-2.637	طبيب عام - ممرض	

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$).

يتضح لنا من الجدول (69) أن الفروق الدالة إحصائيا في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص تبعا

للفئة المهنية تعود إلى الفروق بين:

1. متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مختص مع متوسطات درجات الفئتين المهنتين طبيب مقيم وممرض بفروق معنوية (5.536- و -3.432) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.043 - 0.007) أقل من (0.05) لصالح فئة الأطباء المقيمين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (67).

2. متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مقيم مع متوسط درجات الفئة طبيب عام بفارق معنوي (3.463) حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.033) أقل من (0.05) لصالح فئة الأطباء المقيمين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (67).

بينما لم تكن الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مختص و متوسط درجات الفئة المهنية طبيب عام دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.244) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، كذلك لم تكن الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية ممرض مع متوسطات درجات الفئتين المهنتين طبيب مقيم وطبيب عام دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.167- 0.230) أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

كما يتضح لنا من الجدول (69) أن الفروق الدالة إحصائياً في العنف النفسي تبعا للفئة المهنية تعود إلى الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مختص مع متوسطات درجات الفئتين المهنتين طبيب مقيم وممرض بفروق معنوية (10.818- و 7.536-) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.006- 0.020) أقل من (0.05) لصالح فئة الأطباء المقيمين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (67).

بينما لم تكن الفروق بين متوسطات درجات الفئات المهنية المتبقية دالة إحصائياً حيث جاءت جميع القيم الاحتمالية الموافقة لها أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

5.8. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (70): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعنف النفسي وأبعاده لدى أطباء

وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

العنف النفسي وأبعاده	الأقدمية في المركز	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العنف النفسي المرتبط بالعمل	من 1 إلى 10 سنوات	183	15.333	5.793
	من 11 إلى 20 سنة	35	15.228	6.911
	من 21 إلى 30 سنة	13	11.461	3.928
	من 31 سنة فما فوق	3	12.666	4.041
	المجموع	234	17.799	5.914
العنف النفسي المرتبط بالشخص	من 1 إلى 10 سنوات	183	20.289	7.480
	من 11 إلى 20 سنة	35	20.114	7.962
	من 21 إلى 30 سنة	13	17.769	6.179
	من 31 سنة فما فوق	3	18.000	7.211
	المجموع	234	20.094	7.467
الترهيب الجسدي	من 1 إلى 10 سنوات	183	4.562	2.187
	من 11 إلى 20 سنة	35	4.342	2.071
	من 21 إلى 30 سنة	13	4.384	1.502
	من 31 سنة فما فوق	3	3.666	1.154
	المجموع	234	4.508	2.123
العنف النفسي	من 1 إلى 10 سنوات	183	40.333	13.976
	من 11 إلى 20 سنة	35	39.685	16.198
	من 21 إلى 30 سنة	13	33.615	11.154
	من 31 سنة فما فوق	3	34.333	12.342
	المجموع	234	39.786	14.189

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (71): الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

العنف النفسي وأبعاده	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
العنف النفسي المرتبط بالعمل	ما بين المجموعات	200.170	3	66.723	2.746	0.044	1.930	0.125
	داخل المجموعات	7950.736	230	34.568				
	المجموع	8150.906	233					
العنف النفسي المرتبط بالشخص	ما بين المجموعات	90.431	3	30.144	0.348	0.791	0.537	0.657
	داخل المجموعات	12901.501	230	56.093				
	المجموع	12991.932	233					
التهريب الجسدي	ما بين المجموعات	3.826	3	1.275	0.635	0.593	0.280	0.840
	داخل المجموعات	1046.657	230	4.551				
	المجموع	1050.483	233					
العنف النفسي	ما بين المجموعات	639.363	3	213.121	0.691	0.558	1.059	0.367
	داخل المجموعات	46273.953	230	201.191				
	المجموع	46913.316	233					

يتضح من بيانات الجدول رقم (71) ما يلي:

1. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالعمل: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.930) بقيمة احتمالية (0.125) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعده العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 1.930, p = 0.125$$

2. بالنسبة لبعده العنف النفسي المرتبط بالشخص: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.537) بقيمة احتمالية (0.657) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعده العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 0.537, p = 0.657$$

3. بالنسبة لبعء الترهيب الجسدي: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.280) بقيمة احتمالية (0.840) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعء الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 0.280, p = 0.840$$

4. بالنسبة للعنف النفسي: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.059) بقيمة احتمالية (0.367) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 1.059, p = 0.367$$

وبالتالي، وبناءً على النتائج المتحصل عليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز.

9. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

1.9. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الجنس:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاعتماد على اختبار (ت) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطات الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الجنس، وذلك بعد التأكد من شروط الاختبار، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (72): الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس

الصحة النفسية وبعديها	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	قيمة ت	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
القلق	أنثى	166	12.704	4.000	0.151	0.698	4.454	232	**0.000
	ذكر	68	10.117	4.115					
الاكتئاب	أنثى	166	12.132	3.978	1.368	0.243	4.058	232	**0.000
	ذكر	68	9.852	3.706					
الصحة النفسية	أنثى	166	24.837	7.435	0.213	0.645	4.607	232	**0.000
	ذكر	68	19.970	7.087					

(** دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.01)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (72) ما يلي:

1. بالنسبة لبعد القلق: بلغ متوسط درجات بعد القلق لدى الإناث (12.705) بانحراف معياري (4.000) وهو أعلى من متوسط درجات القلق لدى الذكور والبالغ (10.117) بانحراف معياري (4.115)، وأن قيمة اختبار ليفين قد بلغت (0.151) والتي تقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعتين، ونلاحظ أن القيمة الاحتمالية (0.698) أكبر من (0.05) أي أن المجموعتين متجانستين أو متساويتين في التباين، وبالتالي جاءت نتيجة اختبار ت (4.454) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

$$t(232) = 4.454, p < 0.05$$

وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات.

ولمعرفة حجم أثر متغير الجنس في الفروق الحاصلة في بعد القلق، نلجأ إلى معامل كوهين لاختبار

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df} \quad \text{ت للعينات المستقلة ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$\eta^2 = \frac{4.454^2}{4.454^2 + 232} = \frac{19.838}{251.838} = 0.078 \quad \text{: بالتعويض في المعادلة، نتحصل على}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن لمتغير الجنس أثر متوسط الحجم في التباين الحاصل في درجات القلق.

2. بالنسبة لبعد الاكتئاب: بلغ متوسط درجات بعد الاكتئاب لدى الإناث (12.132) بانحراف معياري (3.978) وهو أعلى من متوسط درجات الاكتئاب لدى الذكور والبالغ (9.852) بانحراف معياري (3.706)، وأن قيمة اختبار ليفين قد بلغت (1.368) والتي تقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعتين، ونلاحظ أن القيمة الاحتمالية (0.243) أكبر من (0.05) أي أن المجموعتين متجانستين أو متساويتين في التباين، وبالتالي جاءت نتيجة اختبار ت (4.058) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

$$t(232) = 4.058, p < 0.05$$

وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاكتئاب لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات.

ولمعرفة حجم أثر متغير الجنس في تباين درجات الاكتئاب، نلجأ إلى معامل كوهين لاختبار ت

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df} \quad \text{للعينات المستقلة ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$\eta^2 = \frac{4.058^2}{4.058^2 + 232} = \frac{16.467}{248.467} = 0.066 \quad \text{: بالتعويض في المعادلة، نتحصل على}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن لمتغير الجنس أثر متوسط الحجم في التباين الحاصل في درجات الاكتئاب.

3. بالنسبة للصحة النفسية: بلغ متوسط درجات الصحة النفسية لدى الإناث (24.837) بانحراف معياري (7.435) وهو أعلى من متوسط درجات الصحة النفسية لدى الذكور والبالغ (19.970)

بانحراف معياري (7.087)، وأن قيمة اختبار ليفين قد بلغت (0.213) والتي تقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعتين، ونلاحظ أن القيمة الاحتمالية (0.645) أكبر من (0.05) أي أن المجموعتين متجانستين أو متساويتين في التباين، وبالتالي جاءت نتيجة اختبار ت (4.607) بقيمة احتمالية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05).

$$t(232) = 4.607, p < 0.05$$

وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات.

ولمعرفة حجم أثر متغير الجنس في الفروق الحاصلة في الصحة النفسية، نلجأ إلى معامل كوهين

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df} \quad \text{لاختبارت للعينات المستقلة ونستعرض معادلته فيما يلي:}$$

$$\eta^2 = \frac{4.607^2}{4.607^2 + 232} = \frac{21.224}{253.224} = 0.083 \quad \text{بالتعويض في المعادلة، نتحصل على:}$$

بالاعتماد على محك (Cohen, 1988) للحكم على قوة تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع، يتبين أن لمتغير الجنس أثر متوسط الحجم في التباين الحاصل في درجات الصحة النفسية.

وبالتالي، وبناءً على النتائج المتحصل عليها، توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس وذلك لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات.

2.9. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (73): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن

الصحة النفسية وبعديها	فئات السن	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	من 21 إلى 30 سنة	107	12.121	4.230
	من 31 إلى 40 سنة	72	12.069	4.004
	من 41 إلى 50 سنة	40	12.250	4.093
	من 51 سنة فما فوق	15	9.400	4.656
	المجموع	234	11.953	4.194
الاكتئاب	من 21 إلى 30 سنة	107	11.934	3.836
	من 31 إلى 40 سنة	72	11.180	4.186
	من 41 إلى 50 سنة	40	11.250	4.180
	من 51 سنة فما فوق	15	10.133	4.120
	المجموع	234	11.170	4.029
الصحة النفسية	من 21 إلى 30 سنة	107	24.056	7.452
	من 31 إلى 40 سنة	72	23.250	7.687
	من 41 إلى 50 سنة	40	23.500	7.805
	من 51 سنة فما فوق	15	19.533	8.016
	المجموع	234	23.423	7.648

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (74): الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن

الصحة النفسية وبعديها	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
القلق	ما بين المجموعات	105.310	3	35.103	0.308	0.820	2.022	0.112
	داخل المجموعات	3993.173	230	17.362				
	المجموع	4098.483	233					
الاكتئاب	ما بين المجموعات	57.862	3	19.287	0.309	0.819	1.191	0.314
	داخل المجموعات	3724.428	230	16.193				
	المجموع	3782.291	233					
الصحة النفسية	ما بين المجموعات	272.218	3	90.739	0.122	0.947	1.562	0.199
	داخل المجموعات	13358.897	230	58.082				
	المجموع	13631.115	233					

يتضح من بيانات الجدول رقم (74) ما يلي:

1. بالنسبة لبعء القلق: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.022) بقيمة احتمالية (0.112) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعء القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 2.022, p = 0.112$$

2. بالنسبة لبعء الاكتئاب: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.191) بقيمة احتمالية (0.314) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعء الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 1.191, p = 0.314$$

3. بالنسبة للصحة النفسية: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.562) بقيمة احتمالية (0.199) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة

في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو ($\alpha \leq 0.05$) وفقا لمتغير السن.

$$F(3,230) = 1.562, p = 0.199$$

وبالتالي وبناءً على النتائج المتوصل إليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن.

3.9. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (75): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية

الصحة النفسية وبعديها	الحالة المدنية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	أعزب	102	11.558	4.260
	متزوج	128	12.125	4.118
	مطلق	4	16.500	1.732
	المجموع	234	11.953	4.194
الاكتئاب	أعزب	102	11.156	4.242
	متزوج	128	11.593	3.813
	مطلق	4	15.500	3.696
	المجموع	234	11.470	4.029
الصحة النفسية	أعزب	102	22.715	7.930
	متزوج	128	23.718	7.358
	مطلق	4	32.000	3.915
	المجموع	234	23.423	7.648

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (76): الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية

الصحة النفسية وبعديها	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
القلق	ما بين المجموعات	102.336	2	51.168	2.021	0.135	2.958	0.054
	داخل المجموعات	3996.147	231	17.299				
	المجموع	4098.483	233					
الاكتئاب	ما بين المجموعات	76.925	2	38.463	0.957	0.385	2.398	0.093
	داخل المجموعات	3705.365	231	16.041				
	المجموع	3782.291	233					
الصحة النفسية	ما بين المجموعات	356.485	2	178.243	1.776	0.172	3.102	*0.047
	داخل المجموعات	13274.630	231	57.466				
	المجموع	13631.115	233					

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (76) ما يلي:

1. بالنسبة لبعد القلق: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.958) بقيمة احتمالية (0.054) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعد القلق لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 2.958, p = 0.054$$

2. بالنسبة لبعء الاكتئاب: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.398) بقيمة احتمالية (0.093) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعء الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 2.398, p = 0.093$$

3. بالنسبة للصحة النفسية: جاءت قيمة الاختبار (F) (3.102) بقيمة احتمالية (0.047) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 3.102, p < 0.05$$

الاختبار البعدي:

بما أن الفروق في الصحة النفسية دالة إحصائيا ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (1.776) بقيمة احتمالية (0.172)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق.

قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات المتعددة البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (77): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في الصحة

النفسية وفقا لمتغير الحالة المدنية

الفروق في المجموعات				الحالة المدنية
مجال الثقة عند 95%		القيمة الاحتمالية	الفروق في المتوسطات	
الحد الأدنى	الحد الأعلى			
0.979	- 2.895	0.320	-1.003	أعزب _ متزوج
-1.671	- 16.897	*0.017	-9.284	أعزب - مطلق
-0.697	- 15.865	*0.032	-8.281	متزوج - مطلق

(*) دال عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$).

يتضح لنا من الجدول (77) أن الفروق الدالة إحصائياً في الصحة النفسية تبعاً للحالة المدنية تعود إلى الفروق بين متوسط درجات فئة المطلقين مع متوسطات درجات فئتي العزاب والمتزوجين بفروق معنوية (8.281 - 9.284) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.017 - 0.032) أقل من (0.05) لصالح فئة المطلقين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (75).

بينما لم تكن الفروق بين متوسط درجات فئة العزاب ومتوسط درجات فئة المتزوجين دالة إحصائياً حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها (0.320) أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

4.9. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الفئة المهنية :

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الفئة المهنية، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (78): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية

الصحة النفسية وبعديها	الفئة المهنية	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	طبيب مختص	23	10.304	4.818
	طبيب مقيم	30	12.133	4.454
	طبيب عام	69	11.956	3.938
	ممرض	112	12.241	4.120
	المجموع	234	11.953	4.194
الاكتئاب	طبيب مختص	23	9.000	4.316
	طبيب مقيم	30	11.566	4.399
	طبيب عام	69	11.304	4.048
	ممرض	112	12.053	3.695
	المجموع	234	11.470	4.029
الصحة النفسية	طبيب مختص	23	19.304	8.704
	طبيب مقيم	30	23.700	8.626
	طبيب عام	69	23.260	7.441
	ممرض	112	24.294	7.078
	المجموع	234	23.423	7.648

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (79): الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية

الصحة النفسية وبعديها	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
القلق	ما بين المجموعات	72.786	3	24.262	2.137	0.096	1.386	0.248
	داخل المجموعات	4025.697	230	17.503				
	المجموع	4098.483	233					
الاكتئاب	ما بين المجموعات	180.637	3	60.212	0.511	0.675	3.845	*0.010
	داخل المجموعات	3601.654	230	15.659				
	المجموع	3782.291	233					
الصحة النفسية	ما بين المجموعات	479.365	3	159.788	1.855	0.138	2.794	*0.041
	داخل المجموعات	13151.751	230	57.182				
	المجموع	13631.115	233					

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$)

يتضح من بيانات الجدول رقم (79) ما يلي:

1. بالنسبة لبعء القلق: جاءت قيمة الاختبار (F) (1.386) بقيمة احتمالية (0.248) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعء القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 1.386, p = 0.248$$

2. بالنسبة لبعء الاكتئاب: جاءت قيمة الاختبار (F) (3.845) بقيمة احتمالية (0.010) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$ في بعء الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 3.845, p < 0.05$$

3. بالنسبة للصحة النفسية: جاءت قيمة الاختبار (F) (2.794) بقيمة احتمالية (0.041) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج إذن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية.

$$F(3,230) = 2.794, p < 0.05$$

الاختبار البعدي:

بما أن الفروق في كل من بعد الاكتئاب والدرجة الكلية للصحة النفسية دالة إحصائيا ولهدف استكشاف مصدر هذه الفروق، اعتمدنا على اختبار ليفين الذي يقيس مدى تساوي التباينات بين المجموعات، إذ بلغت قيمته حسب الجدول السابق (0.511) بقيمة احتمالية (0.675) بالنسبة لبعدها، بينما بلغت قيمته (1.855) بقيمة احتمالية (0.138) بالنسبة للدرجة الكلية للصحة النفسية، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة (0.05) في كلتا الحالتين، نستنتج إذن أن المجموعات متجانسة أو متساوية في التباين، وأن فرض التباينات المتساوية قد تحقق.

قد وقع اختيارنا على اختبار المقارنات المتعددة البعدية أقل فرق دال LSD وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (80): نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بهدف تحديد مصادر الفروق في كل من بعد الاكتتاب والدرجة الكلية للصحة النفسية وفقاً لمتغير الفئة المهنية

الفروق في المجموعات					
مجال الثقة عند 95%		القيمة الاحتمالية	الفروق في المتوسطات	الفئة المهنية	
الحد الأدنى	الحد الأعلى				
-0.405	- 4.727	*0.020	-2.566	طبيب مختص - طبيب مقيم	الاكتتاب
-0.427	- 4.181	*0.016	-2.304	طبيب مختص - طبيب عام	
- 1.268	- 4.838	*0.001	-3.053	طبيب مختص - ممرض	
1.967	- 1.442	0.762	0.262	طبيب مقيم - طبيب عام	
1.116	- 2.089	0.550	-0.486	طبيب مقيم - ممرض	
0.444	- 1.942	0.217	-0.749	طبيب عام - ممرض	
-0.266	- 8.525	*0.037	-4.395	طبيب مختص - طبيب مقيم	الصحة النفسية
-0.369	- 7.543	*0.031	-3.956	طبيب مختص - طبيب عام	
-1.579	- 8.401	*0.004	-4.990	طبيب مختص - ممرض	
3.697	- 2.819	0.791	0.439	طبيب مقيم - طبيب عام	
2.468	- 3.657	0.702	-0.594	طبيب مقيم - ممرض	
1.246	- 3.314	0.373	-1.033	طبيب عام - ممرض	

(* دال عند مستوى الدلالة $(\alpha \leq 0.05)$).

يتضح لنا من الجدول (80) أن الفروق الدالة إحصائياً في بعد الاكتتاب تبعا للفئة المهنية تعود إلى الفروق بين متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مختص مع متوسطات درجات الفئات المهنية: طبيب مقيم، طبيب عام وممرض بفروق معنوية (-2.566 و -2.304 و -3.053) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.020، 0.016، 0.001) أقل من (0.05) لصالح الممرضين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (78).

بينما لم تكن الفروق بين متوسطات درجات الفئات المهنية طبيب مقيم - طبيب عام، وطبيب مقيم - ممرض وطبيب عام - ممرض دالة إحصائياً حيث جاءت جميع القيم الاحتمالية الموافقة لها أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

كما يتضح من الجدول (80) أن الفروق الدالة إحصائياً في الصحة النفسية تبعا للفئة المهنية تعود إلى متوسط درجات الفئة المهنية طبيب مختص مع متوسطات درجات الفئات المهنية: طبيب مقيم، طبيب عام وممرض بفروق معنوية (-4.395 و -3.956 و -4.990) على التوالي حيث جاءت القيمة الاحتمالية الموافقة لها على الترتيب (0.037، 0.031، 0.004) أقل من (0.05) لصالح فئة الممرضين الأكبر في المتوسطات بالعودة إلى الجدول رقم (78).

بينما لم تكن الفروق بين متوسطات الفئات المهنية طبيب مقيم - طبيب عام، وطبيب مقيم - ممرض وطبيب عام - ممرض دالة إحصائياً حيث جاءت جميع القيم الاحتمالية الموافقة لها أكبر من مستوى الدلالة (0.05).

5.9. عرض النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (81): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للصحة النفسية وبعديها لدى أطباء

ومرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

الصحة النفسية وبعديها	الأقدمية في المركز	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	من 1 إلى 10 سنوات	183	12.016	4.098
	من 11 إلى 20 سنة	35	12.000	4.165
	من 21 إلى 30 سنة	13	11.307	5.921
	من 31 سنة فما فوق	3	10.333	2.886
	المجموع	234	11.953	4.194
الاكتئاب	من 1 إلى 10 سنوات	183	11.562	3.964
	من 11 إلى 20 سنة	35	10.914	4.629
	من 21 إلى 30 سنة	13	11.923	3.774
	من 31 سنة فما فوق	3	10.333	1.154
	المجموع	234	11.470	4.029
الصحة النفسية	من 1 إلى 10 سنوات	183	23.579	7.489
	من 11 إلى 20 سنة	35	22.914	8.258
	من 21 إلى 30 سنة	13	23.230	9.283
	من 31 سنة فما فوق	3	20.666	4.041
	المجموع	234	23.423	7.648

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء ومرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز، ولمعرفة دلالة هذه الفروق، تم استخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي one way anova وذلك بعد التأكد من شروطه، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (82): الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي

الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

الصحة النفسية وبعديها	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ليفين	القيمة الاحتمالية	اختبار F	القيمة الاحتمالية
القلق	ما بين المجموعات	14.096	3	4.699	1.975	0.119	0.265	0.851
	داخل المجموعات	4084.387	230	17.758				
	المجموع	4098.483	233					
الاكتئاب	ما بين المجموعات	18.931	3	6.310	1.570	0.197	0.386	0.763
	داخل المجموعات	3763.360	230	16.362				
	المجموع	3782.291	233					
الصحة النفسية	ما بين المجموعات	36.797	3	12.266	0.802	0.494	0.208	0.891
	داخل المجموعات	13594.318	230	59.106				
	المجموع	13631.115	233					

يتضح من بيانات الجدول رقم (82) ما يلي:

1. بالنسبة لبعد القلق: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.265) بقيمة احتمالية (0.851) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 0.265, p = 0.851$$

2. بالنسبة لبعد الاكتئاب: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.386) بقيمة احتمالية (0.763) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 0.386, p = 0.763$$

3. بالنسبة للصحة النفسية: جاءت قيمة الاختبار (F) (0.208) بقيمة احتمالية (0.891) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز.

$$F(3,230) = 0.208, p = 0.891$$

وبالتالي، وبناءً على النتائج المتحصل عليها، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز.

ثانيا: مناقشة النتائج

بعد عرض النتائج التي تحصلنا عليها في المعالجة الإحصائية لاختبار الفرضيات، سنقوم فيما يلي بمناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج مع مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة.

1. مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى الضغط المهني لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

تنص الفرضية الأولى على تعرض أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمستوى مرتفع من الضغط المهني. وقد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (28) إلى أن مستوى الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطا، (82.5%) من أفراد العينة تعرضوا لضغط مدرك متوسط الشدة، (14.5%) اختبروا ضغطا مدركا مرتفعا، أما نسبة المشاركين ذوي الضغط المدرك المنخفض فلم تتجاوز (3%). كما تبين من الجدول رقم (29) والجدول رقم (30) أن بعد العجز المدرك احتل المرتبة الأولى وجاء بعد الفعالية الذاتية المدركة في المرتبة الثانية، وورد أن في أغلب الأوقات، يعاني أفراد العينة من التفكير المفرط في الأشياء التي عليهم إنجازها، ويشعرون بالضغط والتوتر ولديهم إحساس أن الصعوبات

تتراكم لدرجة أنهم لا يستطيعون التغلب عليها. كما ورد أنهم بين الحين والآخر، يشعرون بالتحكم في أمورهم وكيفية قضاء أوقاتهم، ويواجهون بفعالية التغيرات الطارئة في حياتهم.

وبالتالي فإن الفرضية الأولى التي مفادها: يتعرض أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمستوى مرتفع من الضغط المهني لم تتحقق.

لقد بينت نتائج بحثنا أن أفراد عينتنا من أطباء وممرضين يتعرضون لضغط مهني متوسط الشدة، ويمكن تفسير هذه النتيجة من منظور علم النفس الديناميكي للعمل وعلم النفس المرضي المهني، حيث أن الأطباء والممرضين يعانون من الإرغامات التنظيمية مثل محتوى العمل، وانعدام الأمن في العمل، والمتطلبات النفسية المرتبطة بالعمل، وإرغامات الوقت، والنقص في تقدير مجهودات العمال من طرف المنظمة، الإحساس بعدم التحكم في العمل والاتصال التنظيمي الضعيف (Institut National de Santé Publique du Québec [INSPQ], 2011) كما يعانون أيضا من زيادة العبء الانفعالي الناجم عن التواصل اليومي مع المرض أو المعاناة، الخوف من العدوى والموت، الخوف من الأخطاء، والإحساس بالعجز بسبب الحدود العلاجية والنقص الفادح في الأجهزة والمعدات مثل أجهزة الأكسجين وعدم توفر العلاج المناسب للحالات المرضية الموجودة في المستشفى خاصة في فترة الموجة الثالثة لجائحة كورونا (صادفت فترة بحثنا الميداني)، والتي أدت إلى إصابة ووفاة العديد من الأطباء والممرضين بفيروس كوفيد 19. كل هذه الإرغامات والمتطلبات من شأنها أن ترفع من مستوى الضغط لدى الأطباء والممرضين، لكن الشعور بالخوف يتم إحباطه من خلال استراتيجيات فردية كإنكار الواقع، وفصل الانفعالات وإبعادها: تجنبها، عدم التعبير عنها، والتحكم فيها خاصة عندما لا يستطيع العامل التخفيف من معاناته. حتى أنه يتم تطوير استجابة جماعية والتي تتمثل في عدم التفكير في هذه الإرغامات وتجنبها من خلال معتقدات وسلوكيات واتجاهات تهدف كلها إلى الحد قدر المستطاع من المواقف المولدة للمعاناة. إن الخطر موجود بشكل موضوعي، لكن ما يتم تعديله هو إدراك الفرد لهذا الخطر. وفي الكثير من الأحيان، تظهر أمراض العبء الزائد وهي ناتجة عن آلية تدعى في علم النفس المرضي المهني بفرط النشاط المهني أو التسارع الذاتي والذي يتميز بعائق نفسي يعمل على عدم الشعور بالطابع المؤلم والشاق للعمل، حيث يحدث تخدير نفسي يكون هدفه عدم التفكير وعدم الشعور بالألم، والذي قد

يولد اضطرابات عضلية هيكلية مزمنة، وأمراض القلب والشرابين ذات العواقب الوخيمة، والاحتراق النفسي (Demaegdt et al, 2013).

اتفقت نتيجة بحثنا الحالي مع ما توصلت إليه دراسة (Napoli, 2022)، حيث بينت النتائج الإحصائية أن الممرضين يتعرضون لمستوى متوسط من الضغط، ودراسة (صيفي وبحري، 2021) والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين مستوى الضغط النفسي المدرك وأساليب التعامل لدى الأطباء والممرضين في زمن جائحة كوفيد 19 بولاية قسنطينة، حيث أظهرت الدراسة أن مستوى الضغط المدرك من طرف أفراد العينة جاء متوسطاً، ودراسة (غماري، 2021) والتي تناولت مستوى الضغط المدرك ومستوى التفكك الصدمي القبلي لدى العاملين بمؤسسات الصحة العمومية بولاية الشلف ومن أهم النتائج المتوصل إليها أن العاملين بالمؤسسات العمومية يتميزون بمستوى متوسط من الضغط المدرك ومستوى مرتفع من التفكك الصدمي القبلي، وكذلك دراسة (حمري وابريعم، 2020) التي هدفت إلى التعرف على مستوى إدراك الضغط النفسي لدى الممرضين بمصلحة الاستجالات بمستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة، وقد أسفرت نتائج الدراسة أن مستوى إدراك الضغط النفسي متوسط لدى الممرضين، ودراسة (عسكر وأحمد، 1988) حيث هدفت إلى التعرف على مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية بالكويت من بينها مهنة التمريض، كلها دراسات أظهرت أن مستوى الضغط المهني كان متوسطاً.

ولم تتفق نتيجة بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (إيديري، 2016) التي هدفت إلى الكشف عن الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية بولاية تيزي وزو، حيث تبين أن الأطباء والممرضين يتعرضون لمطلب نفسي مرتفع في عملهم وأن (37.90%) من الأطباء والممرضين يتعرضون للضغط في عملهم، و(31.45%) يعانون من الضغط المضاعف، وأيضا دراسة (خميس، 2013) التي سعت إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية وتأثيرها في الصحة النفسية لدى عمال المؤسسة الاستشفائية بولاية ورقلة، حيث توصلت الدراسة إلى أن عمال القطاع الصحي يعانون من ضغط نفسي مرتفع وذلك يرجع إلى الضغوطات التي يتعرضون لها في بيئة العمل والعوامل الخارجية والداخلية المؤثرة سلباً على الصحة النفسية، ودراسة (Badran, 2003) والتي تناولت مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء والممرضين والطاقم الإداري العاملين في مستشفيات الرياض بالمملكة السعودية، حيث خلصت الدراسة

إلى أن مستوى ضغوط العمل لدى أفراد العينة يعتبر مرتفعا، كذلك دراسة (سعادة وآخرون، 2003) حيث هدفت إلى قياس ضغوط العمل التي يواجهها الممرضون والممرضات في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية، كلها دراسات أظهرت أن مستوى الضغط المهني كان مرتفعا.

2. مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى العنف النفسي في العمل لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

تنص الفرضية الثانية على تعرض أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمستوى متوسط من العنف النفسي في العمل. وقد توصلنا من خلال النتائج سابقة الذكر والتي تم عرضها في الجدول رقم (32) إلى أن مستوى العنف النفسي في العمل لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو جاء متوسطا، حيث تبين أن (66%) من أفراد العينة كانوا عرضة للعنف النفسي في العمل: إذ يعاني (36%) من أفراد العينة من العنف النفسي في العمل أحيانا، أي يواجهون سلوكيات سلبية بين الحين والآخر غير متكررة لكن منتظمة وهي مواقف ضاغطة وغير سارة، يمكن أن تقود إلى عنف نفسي شديد إذا تأزم الوضع، ولديهم الشعور الشخصي بأنهم يتعرضون للعنف النفسي ومن المرجح جدا أنهم يعانون من انخفاض في الراحة والرفاهية النفسية. ويعاني (30%) من العنف النفسي الشديد في العمل، أي يواجهون السلوكيات السلبية بشكل متكرر ولديهم شعور قوي بأنهم ضحايا العنف النفسي في العمل ومن المرجح أن يكونوا في حاجة إلى العلاج النفسي.

أما (34%) من أفراد العينة فلم يفتخروا أو نادرا ما اختبروا السلوكيات السلبية للعنف النفسي في عملهم. وبالعودة إلى الجدول رقم (33) ومن خلال الإجابة على الفقرة رقم (23)، أقر (88) مشارك فقط أي ما يعادل (37.6%) من مجمل العينة أنهم كانوا عرضة للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية (وذلك باستبعاد أفراد العينة الذين أجابوا "لا، أبدا" وكذا "نعم، ولكن نادرا"). قد يعود هذا الفرق الشاسع بين ما توصلت إليه نتائج البحث والتصريحات الذاتية التي أدلى بها أفراد العينة بعد استيفاءهم لتعريف العنف النفسي في العمل الوارد في البند رقم (23)، إلى الصعوبة التي يواجهها المستجوبون في رؤية أنفسهم ضحايا، خاصة وأن ثقافة المجتمع الجزائري تتسم بنوع من السلطوية وعدم الخضوع، وأن

أفراد العينة الذكور قد يربكهم ويضايقهم الاعتراف بأنهم كانوا يتعرضون للعنف النفسي في مجتمع يثمن بشدة السمات والصفات الذكورية.

تعتبر طريقة التصريح الذاتي مقارنة ذاتية قد تتداخل فيه سمات الشخصية، والعوامل الانفعالية والمعرفية والعوامل الثقافية (Alaslwi, 2017). وعلى الرغم من أنه تم تقديم تعريف العنف النفسي في العمل، إلا أن المفهوم الشخصي للعنف النفسي في العمل لدى أفراد العينة قد لا يتطابق مع المفهوم العلمي الذي ورد في الاستبيان.

كما تبين من الجداول: (34، 35، 36، 37) أن بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل احتل المرتبة الأولى وكانت الأفعال السلبية الأكثر تكرارا تعريض أفراد العينة لعبء عمل لا يمكن إدارته أو التحكم فيه، مما يسهل تعريضهم للعنف النفسي بسبب عجزهم على القيام بالعمل والتحكم فيه والنجاح لوحدهم، أو عدم إعطائهم الوقت الكافي لتقديم الأفضل، كما يتم توكيلهم بالقيام بمهام أقل من مستوى كفاءتهم وتتم مراقبتهم أو ترصد أعمالهم بإفراط بحجة أنهم لا يتناسبون مع الوظيفة التي يقومون بها أو المصلحة التي يتواجدون فيها مما يشعرهم بالإحباط، فينخفض مستوى استخدام مهاراتهم ويزداد شعورهم بالشك وعدم اليقين في قدراتهم.

وجاء بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص في المرتبة الثانية ومن أهم الأفعال السلبية التي وردت فيه أنه يتم استبدال المسؤوليات الرئيسية لأفراد العينة بمهام تافهة أو غير مريحة، كما يتم توجيه الادعاءات والتهامات ضدهم ويتعرضون لنكت ومزاحات ثقيلة من قبل أشخاص لا يستلطفونهم.

أما بعد التهيب الجسدي فقد احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط ومن بين الأفعال السلبية الأكثر تكرارا أنه يتم الصراخ على أفراد العينة أو يكونوا ضحايا لغضب عفوي أو نوبة انفعال كما يتعرضون لسلوك التخويف أو التهيب مثل الإشارة بالإصبع، التعدي على المساحة الشخصية، والدفع، والمنع/ إعاقة الطريق، وهو ما يؤدي إلى الاكتئاب وانخفاض الدافعية في العمل وانخفاض القدرة على التركيز وضعف الإنتاجية وغياب الالتزام في العمل وتفهم العلاقات مع كل من المرضى والمسيرين والزملاء (Yildirim, 2009).

وبالتالي تحققت الفرضية الثانية التي مفادها: يتعرض أطباء ومرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو لمستوى متوسط من العنف النفسي في العمل.

وقد جاءت نتيجة بحثنا الحالي متوافقة من حيث المستوى المتوسط للعنف النفسي وكذلك من حيث نسبة الضحايا الذين اختبروا العنف والسلوكيات السلبية للعنف النفسي في العمل مع دراسة (مالل وآخرون، 2022) التي هدفت إلى التعرف على مستوى ومصادر التتمر الوظيفي الممارس على المرضيين، ودراسة (عاصمي، 2022) حول العنف النفسي في العمل وعلاقته بالتوافق والضغط المهنيين، ودراسة (إيديري، 2016) التي سعت إلى الكشف عن الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، ودراسة (Fontes et al., 2013) التي كشفت عن العوامل المرتبطة بالعنف النفسي الذي تتعرض له الممرضات بالبرازيل، ودراسة (Farrell & Shafiei, 2012) حول مدى انتشار العنف في العمل بما فيه العنف النفسي الذي تتعرض له الممرضات والقابلات بولاية (Victoria) بأستراليا، ودراسة (Iglesias & Vallejo, 2012) حول مدى انتشار العنف النفسي لدى عينة من الممرضات الإسبانيات، ودراسة (Cheung & Yip, 2017) حول العنف في العمل لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ، ودراسة (Yildirim, 2009) حول العنف النفسي لدى الممرضات التركيات، ودراسة (Johnson, 2009) التي سعت إلى وصف خبرات الممرضين بولاية (Washington) الأمريكية تجاه العنف النفسي في العمل وكذا الخصائص المرتبطة به.

ولم تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Liu et al., 2015) حول طبيعة العنف في العمل الذي يواجهه الطاقم الطبي بالمستشفيات الصينية، ودراسة (Esfahani & Shahbazi, 2014) حول ظاهرة العنف النفسي لدى الممرضين والممرضات الإيرانيين، ودراسة (Kitaneh & Hamdane, 2012) التي سعت إلى قياس أثر العنف ونتائجه وعوامل الخطورة المساعدة ضد الممرضين والأطباء العاملين في منطقة الضفة الغربية بفلسطين، ودراسة (Yildirim & Yildirim, 2010) التي كشفت عن العنف النفسي الذي يواجهه الممرضون العاملون بالمؤسسات الصحية التركية، ودراسة (Carmi-Iluz et al., 2005) التي هدفت إلى وصف أفعال العنف اللفظي والبدني ضد الأطباء العاملين جنوب نجف بفلسطين، ودراسة (Ferrinho et al., 2003) التي هدفت إلى الكشف عن مشكلة العنف الموجه ضد عمال الصحة في بعض المواقع بالبرتغال، حيث أنها دراسات بينت كلها أن مستوى العنف النفسي في العمل كان مرتفعا وعدد ضحايا العنف النفسي في العمل يفوق ما توصل إليه بحثنا.

3. مناقشة النتائج المتعلقة بالقائمين بالعنف النفسي في العمل ضد أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

تنص الفرضية الثالثة على تعرض أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو للعنف النفسي في العمل من قبل: المسؤولين أولاً، ثم عائلات المرضى، ثم الزملاء في العمل. وبالعودة إلى نتائج الجدول رقم (38)، اتضح أن (38.2%) من المستجوبين عانوا من العنف النفسي بسبب مسؤولهم المباشر، و(19.6%) تعرضوا للعنف النفسي من طرف عائلات المرضى، و(17.6%) منهم تعرضوا له من قبل زملاءهم في العمل.

وبالتالي تحققت الفرضية الثالثة التي مفادها يتعرض أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو للعنف النفسي في العمل من قبل: المسؤولين أولاً، ثم عائلات المرضى، ثم الزملاء في العمل.

إن الأطباء والممرضين يتعرضون للعنف النفسي في العمل أولاً من طرف المسؤولين المباشرين (أي أن العنف النفسي يتخذ اتجاها عموديا تنازليا)، الذين يستخدمون السلطة على من هم أقل مكانة منهم، بعدها يتعرضون للعنف النفسي من طرف عائلات المرضى أو المرافقين لهم، وهذا يعود إلى طبيعة التعامل المباشر معهم، فالمرضى بحاجة إلى الرعاية الصحية اللازمة والسريعة، فإذا ما حصل أي تأخير في تقديم الخدمة، أو عدم توافق بين متطلبات الدور الذي يقدمه الطبيب أو الممرض وتوقعات هؤلاء الأشخاص، سوف تتصاعد الأمور وتحدث مختلف الأفعال السلبية من انتقاد وصراخ وتهديد... فالأشخاص المعتدين يبررون استخدام العنف بصفة عامة بأنه يؤدي إلى الاهتمام بمرضاهم بشكل أفضل وأن الطاقم الطبي أو التمريضي لا يقوم بعمله كما ينبغي ويعتبرون تواجدهم من باب الحرص على مريضهم، وتواجد أعداد كبيرة من المرافقين مع مرضاهم داخل غرف تقديم العلاج وتدخلهم في عمل الممرضين أو الأطباء يساهم في حدوث العنف لا سيما النفسي. وقد جاء الزملاء في المرتبة الثالثة، والعنف هنا يتخذ اتجاها أفقيا، وهو غالبا ما يرجع إلى المنافسة على الترقية والامتيازات ما يولد لديهم الغيرة والحسد واللجوء إلى سلوكيات سلبية عدائية ومنبوذة. وأخيرا جاء المرضى في المرتبة الرابعة، ويمكن أن تعود هذه النتيجة إلى عدم إرضاء توقعاتهم، وهذا ما يؤدي إلى شعورهم بالإحباط وبالتالي

تصاعد العدوانية لديهم، وأن العنف عامة، ظاهرة اجتماعية والإنسان كائن يتأثر بمجتمعه ويؤثر فيه، وعندما يسلك أي سلوك إنما هو مقلد لمثل احتذى به، وإذا كانت الثقافة السائدة تسهل العنف وتبرره فهي تسهل تواجده في أنشطة الحياة اليومية، أما إذا كانت الثقافة على العكس من ذلك فإنها تحاربه وتبذره، والثقافة الاجتماعية المتساهلة مع حدوث العنف تساهم في تكراره.

وتتفق نتائج بحثنا الحالي مع دراسة (Alaslwi, 2017) التي أشارت إلى أن (50%) من أفراد العينة تعرضوا للعنف النفسي من قبل المسؤول المباشر، (45%) من مسؤول آخر و(32%) من الزملاء، وكذا دراسة (Carter et al., 2013) التي أكدت أن المسيرين هم المصدر الأول للعنف النفسي في العمل، وكذا دراسة (Johnson, 2009) التي بينت أن المشاركين أقرروا مواجهة العنف النفسي في العمل خلال الأشهر الستة الأخيرة وأنه كان- في أغلب الأحيان- من قبل المسيرين أو المسؤولين المباشرين.

ولم تتفق مع دراسة (ملال وآخرون، 2022) التي بينت أن مصادر التمر الوظيفي الممارس على الممرضين تتمثل في أولا المرضى ثم رئيس مصلحة الممرضين ثم عائلات المرضى ثم الأطباء بعدها الزملاء الممرضين، ودراسة (Cheung et al., 2018) التي كشفت أن المسؤولين الأساسيين على هذه الظاهرة هم على التوالي المرضى، أقارب المرضى أو مرافقيهم، وزملاء العمل فالمسؤولين، ودراسة (إيديري، 2016) التي توصلت إلى أن المعتدي هو أولا الزميل في العمل، يليه المسؤول المباشر، ثم أفراد عائلات المرضى، ثم المرضى أنفسهم، ودراسة (Farrell & Shafiei, 2012) التي بينت أن الممرضات تعرضن للعنف النفسي خاصة من طرف الزملاء أو المشرفين، ودراسة (Kitaneh & Hamdane, 2012) حيث أشارت إلى أن أغلب مرتكبي العنف هم المقربين للمرضى أو القادمين لزيارتهم يليهم المرضى أنفسهم ثم الزملاء فالمشرفين.

4. مناقشة النتائج المتعلقة بمستوى القلق والاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز

الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

تنص الفرضية الرابعة على معاناة أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو من مستوى مرتفع من القلق والاكتئاب. من خلال النتائج التي تحصلنا عليها والتي تم عرضها في الجدول رقم

(39)، تبين أن (86.75%) من الأطباء والممرضين يعانون من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط، وقد جاء مستوى القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو متوسطا، حيث يعاني (34.61%) من أفراد العينة من قلق متوسط الشدة أي وجود أعراض أو اختلال وظيفي لكنه يبقى معتدلا، فيما يعاني (32.06%) من اضطراب القلق الشديد أي وجود الكثير من الأعراض ينجم عنها اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني وهي حالات تستوجب العلاج النفسي، و(18.81%) من المستجوبين حالتهم طبيعية، فيما يعاني (14.52%) من قلق خفيف.

كما جاء مستوى الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو متوسطا، حيث يعاني (33.33%) من أفراد العينة من اكتئاب متوسط الشدة أي وجود أعراض أو اختلال وظيفي لكنه يبقى معتدلا، فيما يعاني (28.20%) من اضطراب الاكتئاب الشديد أي وجود الكثير من الأعراض ينجم عنها اختلال صريح في الأداء الاجتماعي أو المهني وهي حالات تستوجب العلاج النفسي، كما يعاني (23.08%) من المستجوبين من اكتئاب خفيف، أما (15.39%) من أفراد العينة فهم في حالة طبيعية.

واستنادا إلى الجداول: (40، 41، 42) تبين أن بعد القلق احتل المرتبة الأولى وجاء بعد الاكتئاب في المرتبة الثانية، وورد أن أفراد العينة نادرا ما يشعرون بالراحة والاسترخاء، ففي كثير من الأحيان تدور أفكار مقلقة في أذهانهم، كما يشعرون بالتوتر الشديد في أغلب الأحيان. كما ورد أنهم، في أغلب الأحيان، لا يهتمون بمظهرهم، ونادرا ما يستمتعون بقراءة كتاب جيد أو بمتابعة برنامج إذاعي أو تلفزيوني، ونادرا ما يستطيعون الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء.

وبالتالي، فإن الفرضية الرابعة التي مفادها يعاني أطباء وممرضو المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو من مستوى مرتفع من القلق والاكتئاب لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا أن أفراد عينتنا من أطباء وممرضين يعانون من قلق واكتئاب متوسطين في الشدة ويمكن تفسير هذه النتيجة بكل ما يتعرض له الأطباء والممرضون من ضغوط وممارسات لا أخلاقية ضدهم والتحويلات التي شهدها القطاع الصحي مؤخرا والتي خلقت مناخا من الفردية والمنافسة بين

العمال، حيث لم تعد جماعات العمل تلعب دور الدعم والمساندة مما دفع العديد من العمال إلى العزلة والانطواء، الأمر الذي ساهم في ظهور الأعراض الاكتئابية بشكل كبير.

كذلك قد تعود هذه النتيجة إلى الأزمة الصحية التي مرت بها البلاد والتباعد الاجتماعي الذي فرضته جائحة كورونا مما دفعهم إلى الميل للعزلة والانسحاب الاجتماعي، وأيضاً لفشلهم في تقديم الرعاية الصحية للحالات المستعصية والقلق من استمرارية الوضع الجائحي لمدة طويلة، وما خلفته الجائحة من خسائر في الأرواح تبعث على الشعور بالقلق والاكتئاب.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشارت إليه النظريات النفسية، فالأفكار المشوهة التي تعلمها الفرد خلال نشأته هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية مثل القلق والاكتئاب وأن الطريقة التي يدرك بها الفرد الأشياء والأشخاص والموضوعات والأحداث، يمكنها أن تثير مشاعر القلق والاكتئاب وتحدد سلوكه، وليس الأحداث ذاتها، فالفرد لا يضطرب من الأشياء وإنما من الأفكار والمعتقدات التي يحملها عنها.

اتفقت نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Ning et al., 2020) التي بينت أن القلق والاكتئاب ينتشران لدى عمال الصحة العصبية بمقاطعة هونان الصينية وأن الممرضين يعانون من القلق والاكتئاب بنسبة (20.3% و 30.2% على التوالي) فيما يعاني الأطباء منهما بنسبة (12.6% و 20.2% على التوالي)، ودراسة (Fang et al., 2018) التي هدفت إلى قياس انتشار الأعراض الاكتئابية ومعرفة مستواها لدى الأطباء والممرضين في مصالح طب الأذن، الأنف والحنجرة بالصين حيث بينت نتائجها أن (57.2%) لديهم أعراض اكتئابية، ومن بين المستجوبين الذين تعرضوا للعنف الجسدي، (71.25%) لديهم أعراض اكتئابية، وأيضاً دراسة (Tenório et al., 2016) التي كشفت أن عمال الصحة المجتمعية بالبرازيل يعانون من الاكتئاب الجسيم (18%) أكثر من الأطباء والممرضين، وأن ارتفاع نسب الأعراض الاكتئابية والاكتئاب الجسيم يرتبط معنويًا بعوامل تنظيمية أهمها: قضاء فترة طويلة في الرعاية الأولية، عدم تقدير المسؤولين للمجهودات والمردودية، دعم اجتماعي ضعيف من قبل الزملاء والمسؤولين، كذلك دراسة (Kerrien et al., 2015) حيث بينت نتائجها أن (13.0%) من الأطباء المتدربين بجامعة (Brest) الفرنسية يعانون من الاكتئاب و(28.7%) يعانون من اضطراب القلق، كما اتفقت نتائج بحثنا مع دراسة (Mata et al., 2015) التي توصلت إلى أن الاكتئاب منتشر بنسبة

(28.8%) لدى الأطباء المقيمين، ويزداد حدةً وشدةً مع تقدمهم في السنة الاجتماعية، كما اتفقت أيضا مع دراسة (Yoon & Kim, 2013) التي كشفت أن (38%) من الممرضين ب كوريا الجنوبية يعانون من أعراض اكتئابية، ودراسة (Ragab, 1998) التي وجدت أن الأطباء المبتدئين بمستشفيات جامعة عين شمس المصرية يعانون من متاعب في العمل من حيث اكتساب المهارات وعمل الأبحاث وزيادة في مظاهر الاكتئاب وعدم الرضا عن أبعاد العمل المختلفة.

ولم تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Napoli, 2022)، إذ بينت نتائجها الإحصائية أن الممرضين يتعرضون لمستوى متوسط من الضغط و أن درجة الأعراض الاكتئابية لديهم منخفضة، ودراسة (Greenberg et al., 2021) حيث بينت أن أكثر من نصف العينة (59%) من العاملين بوحدات العناية المركزة على مستوى المملكة المتحدة، أفادوا برفاهية جيدة، ومع ذلك يعاني (6%) من أفراد العينة من اكتئاب شديد، (40%) من اضطراب ما بعد الصدمة، (11%) من القلق الشديد، وأيضا دراسة (قرقوز وإغمين، 2021) حيث توصلت إلى وجود مستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الكوفيد بالمؤسسة الاستشفائية بولاية قالمة. كما لم تتفق مع دراسة (جعير، 2019) التي بينت أن مستوى كل من الصحة النفسية وفاعلية الذات مرتفع لدى ممرضى المؤسسات الاستشفائية بولاية الشلف.

5. مناقشة النتائج الخاصة بالعلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية

لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

تنص الفرضية الخامسة على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية و بُعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجدول رقم (43) إلى تأكيد وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الضغط المدرك ببعديه والصحة النفسية ببعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، وقد بلغ معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للضغط المدرك والدرجة الكلية للصحة النفسية:

واضطراب الصحة النفسية. $r(232) = 0.358, p < 0.001$ وهو دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين الضغط المدرك

كما دلت النتائج التي تم عرضها في الجدول رقم (44) على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العنف النفسي بأبعاده والصحة النفسية ببعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، وقد بلغ معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للعنف النفسي والدرجة الكلية للصحة النفسية: $r(232) = 0.378, p < 0.001$ وهو دليل على وجود علاقة طردية متوسطة بين العنف النفسي واضطراب الصحة النفسية. واستنتجنا أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

وبالتالي تحققت الفرضية الخامسة التي مفادها توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

بينت نتائج بحثنا الحالي أنه كلما ازداد الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، ازداد اضطراب وتدني صحتهم النفسية، وكلما ازداد تعرضهم للعنف النفسي في عملهم، ازدادت صحتهم النفسية سوءاً. ويمكن اعتبار أن هذه النتيجة منطقية وتتسجم مع التراث العلمي والسيكولوجي للضغط المهني والصحة النفسية، لأن هذا يعكس أن الزيادة في درجات الضغط المدرك يقابلها نقصان في درجة الصحة النفسية، فبينما تدل الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد في مقياس الضغط المدرك على درجة ضغط مرتفعة، نجد أن الدرجة المنخفضة في مقياس الصحة النفسية تدل على درجة عالية من الصحة النفسية. وتشير هذه النتيجة إلى أن تعرض أفراد العينة للضغط والعنف النفسي يؤثر في حالتهم النفسية، ويولد لديهم التوتر والقلق والشعور بالتهديد والخطر، كما وقد يشعر نتيجة لذلك بالعزلة والانطواء والحزن وبأنه غير محبوب مما يؤثر على نمط تفكيره ويفقده اتزانه الانفعالي ومن ثم قد يفقده القدرة على التحكم في سلوكه وأدائه لمهامه وواجباته.

فمن المعروف أن الأفراد عندما يواجهون مواقف شاقة أو ضغوط وإرغامات أو سلوكيات سلبية، فإنهم قد ينجحون في التغلب على هذه المواقف وقد يفشلون في ذلك، وعندما يفشلون فقد يجدون طريقة لترويض أنفسهم لتقبل الموقف، أو قد يصابون من ناحية أخرى باضطرابات جسمية أو باضطرابات القلق والاكتئاب. وما دامت استراتيجيات المواجهة مهمة في تلطيف المواقف الضاغطة وغير المريحة فمن المفترض أنه سيكون لها تأثير على ظهور واستمرار الاضطرابات النفسية.

فاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال تميل إلى الارتباط بصحة نفسية سيئة وتستعمل خاصة في الأحداث ذات قابلية ضعيفة للضبط والتحكم بينما المواجهة المركزة على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل للضبط. فعلى سبيل المثال لمواجهة سلوكيات سلبية وجارحة، تتخذ أغلبية النساء رد فعل سلبي تجاه ما يمارس عليهن من عنف داخل بيئة العمل مثل البكاء والصمت، وقد يعتبر هذا الصمت أو العجز في الدفاع عن النفس أساسا في استمرار ممارسة العنف عليهن.

وقد أشارت دراسات عديدة من بينها دراسة (أيت حمودة، 2006) أن المصابين باضطرابات القلق والاكتئاب أقل استعمالا للمواجهة النشطة المركزة على المشكل وأكثر لجوء إلى الإستراتيجيات المركزة على الانفعال مثل التجنب، والتهرب، والإنكار، وتوبيخ الذات والتفكير الخيالي المفرط، فمثل هذه الاستراتيجيات من النوع التجنبي تعمل ضد الفرد وصحته وليس لصالحه إذ تزيد من كربه النفسي وتعزز شعوره بعدم السعادة والمرض.

وقد اتفقت نتائج بحثنا الحالي مع العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (Lee & Lee, 2022) التي تفحصت العلاقة بين تجربة العنف في العمل مع الرفاهية النفسية وضغط العمل الذاتي والحضور المرضي لدى الممرضين الكوريين حيث توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية معنوية بين كل من الاعتداء اللفظي، التهديدات، والسلوكات المهينة والرفاهية النفسية الضعيفة، ودراسة (وازي ونوار، 2018) حول الضغط المهني والصحة النفسية لدى عمال القطاع الصحي بمدينة تقرت، حيث كشفت عن علاقة دالة إحصائيا بين ضغط العمل والصحة النفسية، ودراسة (Cheung & Yip, 2017) التي سعت إلى الكشف عن مدى انتشار العنف في العمل لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ وعلاقته بمختلف المتغيرات الديموغرافية والنفسية الاجتماعية وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين العنف في

العمل لدى الممرضين مع كل من: العمل بالتناوب، الرضا الوظيفي، النزاعات الحديثة مع زملاء العمل، أعراض القلق وإيذاء النفس المتعمد، كما اتفقت أيضا مع دراسة (Tenório et al., 2016) والتي هدفت إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالعمل والتي لها علاقة بظهور الأعراض الاكتئابية والاكتئاب الجسيم لدى فرق الرعاية الصحية الأولية بالبرازيل، حيث بينت أن ارتفاع نسب الأعراض الاكتئابية والاكتئاب الجسيم يرتبط معنويا بعوامل تنظيمية أهمها: قضاء فترة طويلة في الرعاية الأولية والضغط الشديد المرتبط بمحتوى العمل.

هذا واتفقت مع دراسة (Cheung & Yip, 2015) التي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب والقلق والضغط وعوامل الخطورة المرتبطة بهم لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ، حيث توصلت أيضا إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين الصحة النفسية السيئة المدركة مع كل من الاكتئاب، القلق والضغط. كما تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Freimann & Merisalu, 2015) التي كان هدفها استكشاف عوامل الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بمشاكل الصحة النفسية لدى الممرضين بالمستشفى الجامعي في استونيا، حيث بينت أن المتطلبات الكمية للعمل، والمتطلبات الانفعالية، والسرعة في الأداء وصراع الأدوار لها علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا مع مشاكل الصحة النفسية، وكذلك دراسة (Kerrien et al., 2015) التي هدفت إلى قياس اضطرابات المزاج والقلق التي يعاني منها الأطباء المتدربين وعلاقتها بطبيعة عملهم والتي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب والمتطلبات النفسية المرتفعة التي تفرضها طبيعة ومحتوى مهنته، وأيضا دراسة (Magnavita & Heponiemi, 2012) التي سعت إلى تحديد مدى انتشار العنف البدني وغير البدني في المؤسسة العمومية الصحية الإيطالية، وقياس العلاقة بين العنف والمتغيرات النفسية الاجتماعية، حيث توصلت إلى أن العنف في العمل يرتبط بالمطلب النفسي المرتفع وبالاضطرابات النفسية، وأن العاملين المعرضين للعنف غير البدني يعانون من معاناة نفسية كبيرة، يشعرون بالظلم وعدم الإنصاف التنظيمي في حين يشكل كل من التحكم في العمل والدعم الاجتماعي والإنصاف التنظيمي عوامل وقائية تحمي العمال وصحتهم.

6. مناقشة النتائج المتعلقة بأثر الأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية لدى

أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

تنص الفرضية السادسة على وجود أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو. وقد توصلنا من خلال نتائج نموذج الانحدار الخطي البسيط والتي تم عرضها في الجدول رقم (45)، إلى أن الضغط المدرك يفسر نسبة (9.80%) من التباين الحاصل في القلق وكلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة القلق بمقدار (0.210) وحدة. وأن الضغط المدرك يفسر نسبة (12.5%) من التباين الحاصل في الاكتئاب وكلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة الاكتئاب بمقدار (0.228) وحدة. كما أن الضغط المدرك يفسر نسبة (12.80%) من التباين الحاصل في الصحة النفسية، وأن كلما زاد الضغط المدرك بمقدار وحدة معيارية، ازدادت الصحة النفسية سوءاً بمقدار (0.438) وحدة.

كما توصلنا من خلال نتائج الانحدار الخطي البسيط والتي تم عرضها في الجدول رقم (46)، إلى أن العنف النفسي يفسر نسبة (10.9%) من التباين الحاصل في القلق، وكلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة القلق بمقدار (0.098) وحدة. وأن العنف النفسي يفسر نسبة (14%) من التباين الحاصل في الاكتئاب، وكلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت نسبة الاكتئاب بمقدار (0.106) وحدة. كما أن العنف النفسي يفسر نسبة (14.3%) من التباين الحاصل في الصحة النفسية، وكلما زاد العنف النفسي بمقدار وحدة معيارية، ازدادت الصحة النفسية سوءاً بمقدار (0.204) وحدة. وعليه، استنتجنا أن للأخطار النفسية الاجتماعية منفصلة أثر في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

ومن خلال نتائج نموذج الانحدار الخطي المتعدد القياسي والتي تم عرضها في الجدول (48)، تبين أن الأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة تفسر نسبة (15.4%) من التباين الحاصل في القلق، وأنها

تفسر نسبة (19.7%) من التغيرات المشاهدة في الاكتئاب، كما أنها تفسر نسبة (20.1%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في الصحة النفسية.

وعليه، استنتجنا أن للأخطار النفسية الاجتماعية مجتمعة أثر في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

وبالتالي، تحققت الفرضية السادسة التي مفادها يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للأخطار النفسية الاجتماعية في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو.

بينت نتائج بحثنا أن تواجد ظاهرتي الضغط المدرك والعنف النفسي في العمل ينبئ بصحة نفسية سيئة ومتدهورة، وأن الضغط المدرك يؤثر في الصحة النفسية ويساهم في تدهورها وكلما زاد إدراك الأطباء والممرضين لتحكم وتأثير أقل في بيئتهم المهنية، كلما ساءت صحتهم النفسية، كما أن العنف النفسي يساهم في تدني الصحة النفسية، وكلما تعرض هؤلاء لسلوكيات سلبية ومهينة يميزها الاحتقار والازدراء وعدم الاحترام كلما ساءت صحتهم النفسية. وقد أثبتت نتائج بحثنا أن التعرض لخطر نفسي اجتماعي واحد (إما الضغط المدرك أو العنف النفسي) يساهم في تدني وسوء الصحة النفسية لكن ليس بالقدر الذي تتأثر به إن اجتمع الاثنان معاً، ففي هذه الحالة تتجاوز الأضرار الحيز النفسي لتشكل اضطرابات وأمراض على المستوى الجسدي، وهذا ما بينته دراسة الصحة والمسار المهني بفرنسا (SIP, 2010) والتي توصلت إلى أن التعرض المتواصل والمتراكم للأخطار النفسية الاجتماعية يؤدي إلى التدني السريع للصحة النفسية والجسدية لدى العمال.

وقد اتفقت نتائج بحثنا الحالي مع العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة (Karatza et al., 2016) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين العنف النفسي والصحة العامة لدى الطاقم التمريضي في المستشفيات العمومية باليونان، إذ بينت النتائج أن (30.2%) من الممرضين صرحوا أنهم كانوا عرضة للعنف النفسي في العمل خلال الستة أشهر الماضية، وأن العنف النفسي يؤثر سلباً في صحتهم العامة حيث يفسر العنف النفسي في العمل نسبة (26%) من التباين الحاصل أو التغيرات المشاهدة في صحتهم النفسية العامة.

كما اتفقت مع ما توصلت إليه دراسة (خميس، 2013) حول الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي بورقلة، حيث توصلت إلى أن الضغوطات التي يتعرضون لها في بيئة العمل والعوامل الخارجية والداخلية تؤثر سلبا على الصحة النفسية للفرد وكلما زادت الضغوطات زاد مستوى القلق لديهم، ودراسة (Badran, 2003) التي هدفت إلى تحديد مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء والمرضى والطاقم الإداري العاملين في أربعة مستشفيات رئيسية في مدينة الرياض في المملكة السعودية، حيث تبين أن ازدياد الشعور بضغوط العمل يؤدي إلى ظهور المشاكل الصحية والتخطيط نحو تغيير المستشفى، والتخطيط نحو تغيير الوظيفة، والتخطيط نحو ترك المهنة، وسوء العلاقات مع الزملاء، ودراسة (Yoon & Kim, 2013) التي سعت إلى الكشف عن العلاقة بين الضغط المهني، والعمل الانفعالي والأعراض الاكتئابية لدى الممرضين العاملين في كوريا الجنوبية حيث بينت النتائج أن (38%) من الممرضين يعانون من أعراض اكتئابية، وأن انعدام الأمن الوظيفي ونقص التقدير والتمثيل السطحي هي عوامل مرتبطة بقوة مع الأعراض الاكتئابية وهي ناتجة عن الضغط المهني.

كذلك تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Carter et al., 2013) التي هدفت إلى معرفة مدى انتشار وتأثير سلوكيات العنف النفسي في العمل لدى العاملين في الخدمة الصحية الوطنية البريطانية، والكشف عن معوقات الإبلاغ عن العنف النفسي في العمل، حيث تبين أن العنف النفسي وكذا شهادة العنف النفسي يؤديان إلى انخفاض مستويات كل من الصحة النفسية والرضا المهني وكذا ارتفاع مستوى نية ترك العمل، ودراسة (Belayachi et al., 2010) التي هدفت إلى تحديد تكرار التعرض للعنف لدى الأطباء العاملين في أقسام الاستعجالات بمستشفى ابن سينا بمدينة الرباط المغربية، وكذا التعرف على خصائص هذا العنف والآثار النفسية المترتبة عنه، حيث كشفت الدراسة أن (47%) من المشاركين تعرضوا للعنف اللفظي بينما تعرض (30%) للتهديد اللفظي و(8.3%) للاعتداء البدني، كما وجدت الدراسة أن للعنف في العمل آثار سلبية على المستوى النفسي للمشاركين، إذ يزيد من حالة القلق، وكذا دراسة (Yildirim, 2009) حول قياس العنف النفسي في العمل والذي تواجهه الممرضات في تركيا وكذا آثاره على مهنة التمريض، حيث توصلت إلى أن (21%) من الممرضات واجهن سلوكيات العنف النفسي في العمل وأن العنف النفسي في العمل يؤدي إلى الاكتئاب وانخفاض الدافعية في العمل.

7. مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي

المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو

1.7. الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس:

تنص الفرضية السابعة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس. وقد توصلنا من خلال نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة والتي تم عرضها في الجدول رقم (49)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس:

$$t(232) = 0.323, p = 0.747$$

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس: $t(232) = -0.226, p = 0.822$

وأیضا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس.

$$t(232) = 0.074, p = 0.941$$

وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

وبالتالي، فإن الفرضية السابعة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الجنس لا يؤثر في الضغط المدرك وأبعاده، وأن أفراد العينة ذكورا وإناثا يتساوون أو يتقاربون في إدراكهم للضغوط التي يواجهونها في بيئة عملهم. لا شك أن إدراك الضغوط يختلف من فرد إلى آخر، فالضغوط عند فرد ما لا تعد ضغوطا لدى فرد آخر، وقوة تحمل هذه الضغوط تختلف من فرد إلى آخر وكيفية التعامل معها مختلفة حسب قدرات الفرد، وبذهب Davidson & Cooper (1984) إلى القول أن المرأة الإطار، مهما كان مستوى مسؤوليتها، والبيئة الاجتماعية والاقتصادية التي تنتمي إليها، فهي تخضع لتوترات وضغوطات في مكان العمل تفوق بكثير زميلها الرجل (cité par Banyasz, 1998).

ولكن في نتائج هذا البحث تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس، وهذا يدل على الدور المتساوي في المهام وعدم التفرقة بين الذكور والإناث، فجميع أفراد العينة يعملون في بيئة واحدة والكل يستقبل جميع الحالات وكل حسب اختصاصه وما يطلب منه، وبالتالي فإن الضغط الذي يتعرض له الذكور في عملهم نتيجة زيادة العبء أو النقص في العلاجات أو الأجهزة أو مواجهة ذوي المريض، هو نفس الضغط الذي تتعرض له الإناث كونهم لهم نفس الأهمية في هذا العمل الذي يتصل مباشرة بحالة المريض.

وتتفق هذه النتائج مع دراسة (غماري، 2021) تحت عنوان "الضغط المدرك وأعراض التفكك الصدمي القبلي لدى العاملين بالصحة العمومية في ظل جائحة كورونا" التي بينت عدم وجود فروق في مستوى الضغط المدرك تعزى إلى متغير الجنس لدى عينة الدراسة، وأيضا دراسة (خميس، 2013) تحت عنوان "الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة" التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الضغوط تعزى إلى متغير الجنس، وكذلك دراسة (حمري وإبريم، 2020) تحت عنوان "الضغط النفسي لدى الممرضين بمصلحة الاستجالات بمستشفى الحكيم عقبي" التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الضغط النفسي بين الممرضين والممرضات تعزى إلى متغير الجنس، ودراسة (عسكر وأحمد، 1988) تحت عنوان "مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية" والتي توصلت أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط عند الممرضين تبعا لمتغير الجنس.

ولم تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (سعادة وآخرون، 2003) تحت عنوان " ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون والممرضات خلال انتفاضة الأقصى في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية" والتي بينت وجود فروق في مستويات ضغوط العمل تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

2.7. الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

تنص الفرضية الثامنة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول رقم: (50، 51، 52)، إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن:

$$.F(3,230) = 0.416, p = 0.742$$

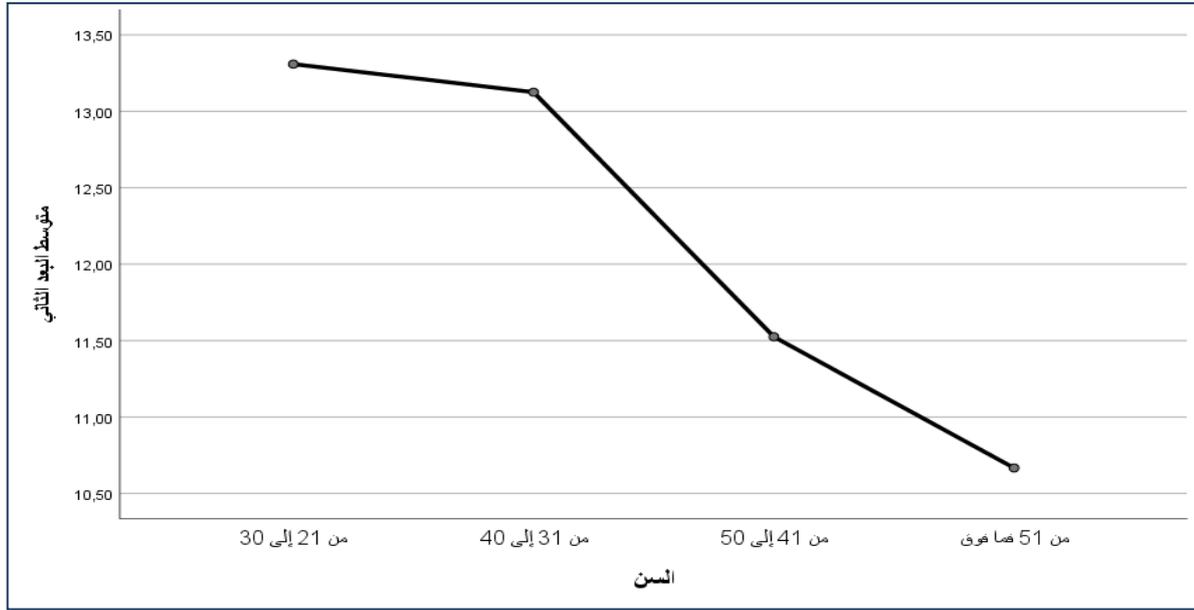
كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن:

$$.F(3,230) = 2.407, p = 0.068$$

بينما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن وجاءت الفروق لصالح الفئة العمرية الأصغر سنا (من 21 إلى 30 سنة) الأكبر في المتوسطات

$$.F(3,230) = 4.380, p < 0.05$$

كما يوضحه الشكل البياني الموالي:



شكل رقم (19): الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير السن

وبالتالي، فإن الفرضية الثامنة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن تحققت جزئيا في بعد الفعالية الذاتية المدركة لصالح الفئة العمرية الأصغر سنا (من 21 إلى 30 سنة).

بينت نتائج بحثنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن، فالأطباء والممرضون بمختلف أعمارهم يعانون من الضغوط في عملهم، ويشعرون بالعجز أمام كل ما يلقي على عاتقهم خصوصا في ظل الأزمة الوبائية التي مست بلادنا بل العالم بأسره، والتي أظهرت النقص الفادح في الأجهزة والمعدات الطبية والذي أودى بحياة العديد من المصابين بفيروس كورونا. أسفرت نتائج بعض الدراسات أن تشغيل الشباب قد يزيد من شدة الضغط لديهم، وذلك بفعل العبء الذهني والفيزيقي وقلة الاستقلالية والتحكم وكذا قلة الخبرة والتكوين (Qayyum Chaudhry, 2012 cité par Marien, 2012)، كذلك بالنسبة للعمال المسنين، إذ بإمكانهم أن يكونوا عرضة للضغوط، فالسن يزيد في تفاقم الوهن والضعف، والشيوخ عادة ما تصاحبها مشاكل صحية عديدة كاضطرابات الرؤية والسمع والاضطرابات العضلية

الهيكلية وكذلك أمراض القلب والشرايين (Banyasz, 1998)، لكن من جهة أخرى سجل بحثنا الحالي أن الأطباء والممرضين الشباب يتعاملون مع الأوضاع الضاغطة والمتدهورة بنوع من الإيجابية والفعالية أكثر من الآخرين، قد يعود ذلك إلى قوة شبابهم وعنفوانهم وشعورهم بالنشاط والهمة مقارنة بزملائهم الأكبر سناً والذين امتحنوا صعباً أكثر وأجهدتهم المهام والمسؤوليات المهنية والأسرية على حد السواء.

واتفقت نتائج بحثنا من حيث الفعالية الذاتية المدركة مع نتائج دراسة (Chapman, 1995) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل ومستويات ضغط العمل الذي يتعرضون له، وإظهار أهمية العلاقة بين مساندة الزملاء والمقدرة على التكيف حيث بينت أن متغير السن يؤثر في مستويات إدراك ضغط العمل، ودراسة (الهنداوي، 1994) تحت عنوان "استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل الإداري في القطاع الصحي"، والتي توصلت إلى أن إدراك الأطباء والممرضين والإداريين لجميع مسببات الضغوط محل الدراسة، يختلف باختلاف العمر.

ولم تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Cheung & Yip, 2015) التي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب والقلق والضغط وعوامل الخطورة المرتبطة بهم لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ، حيث توصلت إلى أن الضغط يرتبط معنوياً بالسن الصغير، ودراسة (اللوزي والحنيطي، 2003) تحت عنوان "أثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن: دراسة تحليلية ميدانية" والتي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو العوامل المهنية التي لها علاقة بالضغط الوظيفي تعزى إلى متغير السن، ودراسة (Badran, 2003) التي هدفت إلى تحديد مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء والممرضين والطواقم الإداري العاملين في أربعة مستشفيات رئيسية في مدينة الرياض بالمملكة السعودية، حيث أظهرت النتائج أن تقدم الموظف في العمر يتصاحب بشعور أقل بضغوط العمل.

3.7. الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير

الحالة المدنية. وقد توصلنا من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي one way anova والتي تم عرضها في الجدول رقم (54)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية: $F(2,231) = 1.610, p = 0.202$.

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية: $F(2,231) = 1.888, p = 0.154$.

كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية: $F(2,231) = 2.002, p = 0.137$ ، وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

وبالتالي فإن الفرضية التاسعة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا أن فئة العزاب والمتزوجين والمطلقين يتساوون في إدراكهم للضغوط التي يتعرضون إليها وقد يفسر ذلك في ظل واقع يسوده الخوف وعدم الاستقرار، وأوضاع مهنية يصعب التحكم فيها خصوصا في الفترات الحرجة لارتفاع عدد الإصابات بفيروس كورونا أين تتفاقم الحالات وتتوافد بشكل مكثف على مختلف مصالح المركز الاستشفائي والتي تحولت كلها لمصالح كوفيد لاستقبال المصابين والتكفل بهم.

وتختلف المعطيات العلمية حول هذا العنصر، إذ يرى البعض أنه لا توجد علاقة بين الضغط المهني والحالة العائلية، في حين يثبت البعض الآخر عكس هذه النظرة (Uskun et al., 2005)، فحالة الفرد العائلية بمعنى كونه مطلقا أو منفصلا أو أرملًا، ترتبط إيجابا بهذه الظاهرة وهذا في قطاعي الصحة والتعليم (Ifeagwazi, 2006 ; Yang et al., 2011 cité par Marien, 2012).

تتفق نتائج بحثنا مع نتائج دراسة (عسكر وأحمد، 1988) تحت عنوان "مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية" والتي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط عند الممرضين تبعاً للحالة الاجتماعية.

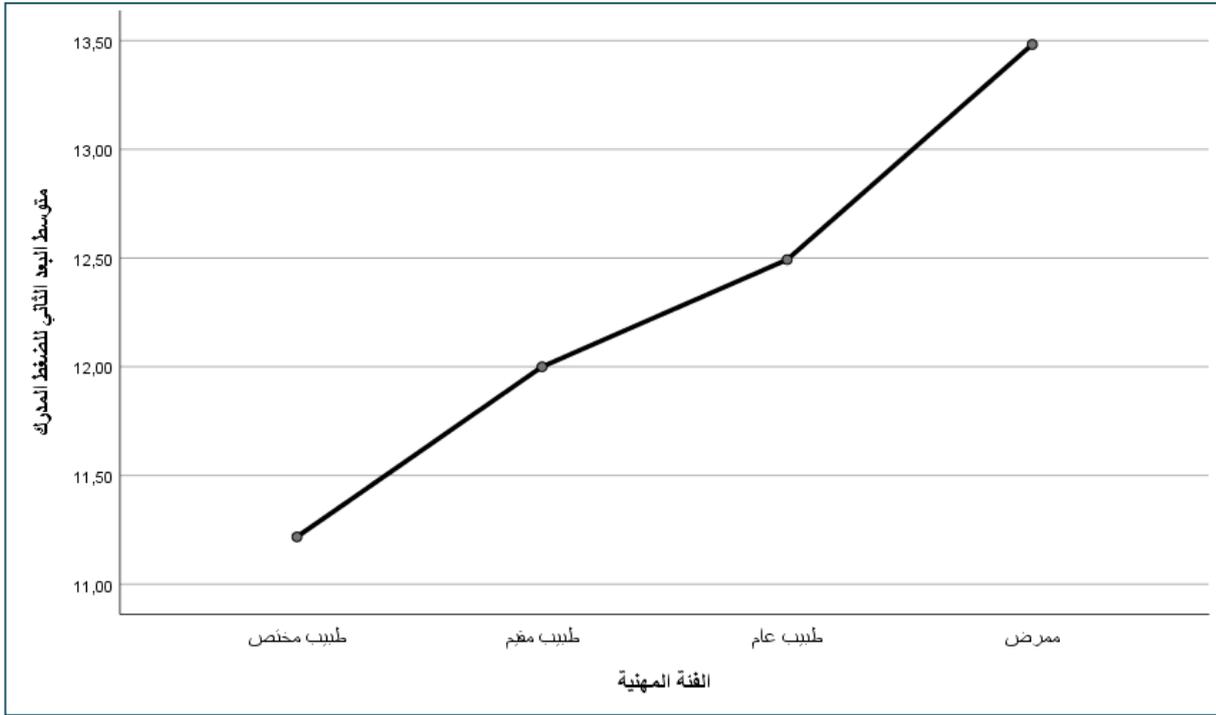
وتختلف مع دراسة (اللوزي والحنيطي، 2003) تحت عنوان "أثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن: دراسة تحليلية ميدانية" والتي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو العوامل المهنية التي لها علاقة بالضغط المهني تعزى للحالة الاجتماعية.

4.7. الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الفئة المهنية:

تنص الفرضية العاشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الفئة المهنية. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول رقم: (55، 56، 57)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الفئة المهنية:

$$F(3,230) = 2.315, p = 0.077$$

بينما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية وجاءت الفروق لصالح فئة الممرضين الأكبر في المتوسطات: $F(3,230) = 3.480, p < 0.05$ ، كما يوضحه الشكل البياني الموالي:



شكل رقم (20): الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الفئة المهنية

وبينت النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية:
 $F(3,230) = 1.682, p = 0.172$

وبالتالي فإن الفرضية العاشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبُعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية تحققت جزئيا في بعد الفعالية الذاتية المدركة لصالح الممرضين.

بينت نتائج بحثنا أن الأطباء بمختلف تدرجهم الوظيفي والممرضين يتساوون في إدراكهم للضغوطات العديدة التي تواجههم في حياتهم المهنية، وقد يعود ذلك إلى أن أعباء العمل في المجال الصحي مقسمة وكل فرد في هذا المجال يعرف عمله المحدد، فلا يمكن أن يتقل العبء على شخص لوحده أو فئة لوحدها، كل مكمل للآخر حسب فئته المهنية، وأفراد عينتنا والمكونة من الأطباء المختصين والأطباء المقيمين والأطباء العاميين والممرضين كلهم يعانون من الضغوط في عملهم، ويشعرون بالعجز وعدم

التحكم في زمام الأمور، لكن من جهة أخرى سجلت نتائج بحثنا أن الممرضين يتعاملون مع الأوضاع الضاغطة والمتدهورة بنوع من الإيجابية والفعالية أكثر من الآخرين، قد يعود ذلك إلى أن اختلاف التخصص والمستوى العلمي يلعب دورا كبيرا في كيفية إدراك ومواجهة الضغوط والتعامل معها، فكلما ارتقى الفرد بدرجة العلمية زادت لديه الخبرة والوعي الإيجابي في الحياة بشكل عام وفي الحياة المهنية بشكل خاص، لكن هناك مسؤوليات ومتطلبات أكثر تقع على عاتق أصحاب الشهادات العليا بحكم المراكز التي يشغلونها والقرارات التي يتخذونها، بينما الممرضين لا يتحملون أعباء هذه المسؤوليات فهم حلقة الاتصال الهامة في جميع الأعمال الطبية، وهم ملزمون بتنفيذ الخطة العلاجية التي يضعها الطبيب، والعناية والملاحظة لأية أعراض طارئة على المريض وتبنيه الطبيب إليها.

وقد اتفقت نتائج بحثنا الحالي مع ما توصلت إليه دراسة (صيفي وبحري، 2021) تحت عنوان "الضغط النفسي المدرك وعلاقته بأساليب التعامل لدى الأطباء والممرضين خلال زمن جائحة كوفيد 19"، حيث تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط المدرك بين الأطباء والممرضين.

واختلفت نتائج بحثنا مع دراسة (اللوزي والحنيطي، 2003) حول أثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن، والتي كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو العوامل المهنية التي لها علاقة بالضغط الوظيفي تعزى لمتغير الفئة الوظيفية، ودراسة (الهنداوي، 1994) حول استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل الإداري في القطاع الصحي، التي توصلت إلى أن إدراك الأفراد لجميع مسببات الضغوط محل الدراسة يختلف باختلاف طبيعة الوظيفة، حيث تبين أن الأطباء يشعرون بدرجة أكبر من الضغوط، مقارنة بالعاملين في وظائف إدارية، إلا أنهم يواجهون درجة أقل من الضغوط مقارنة بزملائهم العاملين بوظائف التمريض.

5.7. الفروق في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

تنص الفرضية الحادية عشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول رقم: (58، 59)،

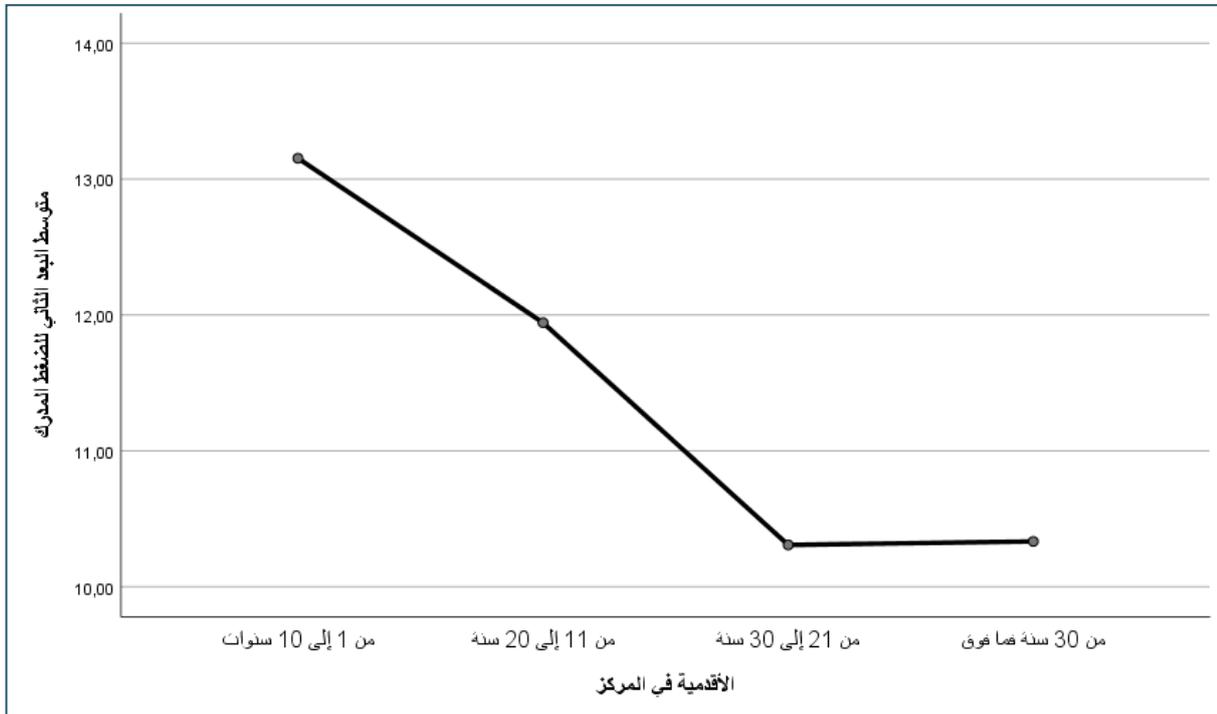
(60)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العجز المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

$$.F(3,230) = 0.550, p = 0.649$$

بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الفعالية الذاتية المدركة لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز وجاءت الفروق لصالح فئة الأقدمية في المركز (من 1 إلى 10 سنوات) الأكبر في المتوسطات:

$$.F(3,230) = 3.806, p < 0.05$$

كما يوضحه الشكل البياني الموالي:



شكل رقم (21): الفروق في بعد الفعالية الذاتية المدركة وفقا لمتغير الأقدمية في المركز

كما تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز:

$$.F(3,230) = 2.513, p = 0.059$$

وبالتالي فإن الفرضية الحادية عشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز قد تحققت جزئيا في بعد الفعالية الذاتية المدركة لصالح فئة الأقدمية في المركز (من 1 إلى 10 سنوات).

بينت نتائج بحثنا الحالي أن أفراد عينتنا من أطباء وممرضين باختلاف مدة أقدميتهم في المراكز التي يشغلونها، يعانون من الضغوط في عملهم، ويشعرون بالعجز وعدم التحكم، وبإحساسات سلبية، فالمدة التي يقضونها في العمل لا تؤثر على إدراكهم للضغط. قد يعود ذلك إلى تشابه الظروف التنظيمية والإدارية للعمل، فهم يتعرضون لنفس الضغوط التي لا تتغير مع مرور الزمان بل تزداد تازما، ومن جهة أخرى سجل بحثنا أن حديثي التعيين أي مدة أقدميتهم في المركز لا تتجاوز العشر سنوات يتعاملون مع الأوضاع الضاغطة والمتأزمة بنوع من الإيجابية والفعالية أكثر من الآخرين، قد يفسر ذلك أنهم في بداية مساهمهم المهني وما يزال شغفهم للمهنة قائما ولم يشوهه التعب أو الاحتراق النفسي الذي يمس أغلبية الأطباء والممرضين الذين يعانون من الاستنزاف المفرط لمواردهم النفسية والانفعالية والجسمية. وأيضا قد يلعب دور الرضا والاستقرار دورا كبيرا في ذلك، فالحصول على وظيفة في بلادنا ليس بالأمر الهين، فبفضل الوظيفة يحقق الفرد أهدافه ويلبي احتياجاته ويستطيع السعي والتخطيط للمستقبل بكل ثقة. كما قد يعود ذلك إلى العمل الجماعي إذ يقع العبء الكبير والمسؤولية على ذوي الأقدمية الكبيرة وهو الأمر الذي يخفف من شدة الضغوط لديهم.

وانتقلت نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (خميس، 2013) حول الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي بورقلة، حيث توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الضغوط باختلاف الخبرة المهنية، ودراسة (حمري وابريم، 2020) تحت عنوان "الضغط النفسي لدى الممرضين بمصلحة الاستعجالات بمستشفى الحكيم عقبي" حيث توصلت أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الضغط النفسي تعزى إلى متغير الخبرة المهنية.

ولم تتفق نتائج بحثنا مع دراسة (Cheung & Yip, 2015) التي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب والقلق والضغط وعوامل الخطورة المرتبطة بهم لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ حيث توصلت إلى أن الضغط يرتبط بنقص الخبرة في الوظيفة، كذلك لم تتفق مع دراسة (اللوزي والحنيطي، 2003) حول أثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن،

حيث توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو العوامل المهنية التي لها علاقة بالضغط الوظيفي تعزى إلى سنوات الخبرة.

كما لم تتفق مع دراسة (سعادة وآخرون، 2003) تحت عنوان " ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون والممرضات خلال انتفاضة الأقصى في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية" والتي أوضحت عدم وجود فروق في الضغوط تعزى لمتغير سنوات الخبرة لدى الممرضين والممرضات، وأيضا دراسة (Badran, 2003) التي هدفت إلى تحديد مصادر ضغوط العمل لدى الأطباء والممرضين والطاقم الإداري العاملين في أربعة مستشفيات رئيسية في مدينة الرياض في المملكة السعودية، حيث بينت أن تقدم الموظف في الخبرة يتصاحب بشعور أقل بضغوط العمل، كذلك لم تتفق مع دراسة (Chapman, 1995) التي هدفت إلى اختبار العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل، ومستويات ضغط العمل الذي يتعرضون له، حيث تبين أن عدد سنوات العمل يؤثر في مستويات إدراك ضغط العمل.

8. مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضين

المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

1.8. الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس:

تنص الفرضية الثانية عشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس. وقد توصلنا من خلال نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة والتي تم عرضها في الجدول رقم (61)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس: $t(232) = 1.406, p = 0.161$.

كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس: $t(232) = 0.277, p = 0.782$.

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات بعد الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس:

$$t(232) = 1.591, p = 0.113$$

وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس:

$t(232) = 0.846, p = 0.398$. وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

وبالتالي فإن الفرضية الثانية عشرة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الجنس لا يؤثر في العنف النفسي في العمل ولا في أبعاده الثلاثة، أي أن أفراد عينتنا ذكورا وإناثا لا يختلفون في تعرضهم للسلوكيات السلبية في بيئة عملهم. يمكن تفسير هذه النتيجة بأن القائمين بالعنف النفسي هم من الجنسين كما هو الأمر في دراسة (إيديري، 2016) حيث تبين أن الرجال والنساء على حد سواء هم القائمون أساسا بالعنف النفسي وذلك بنسبة (57.47%)، ثم الرجال بنسبة (23%).

تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Alaslwi, 2017) حول العنف النفسي في العمل بالكويت، حيث تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية في العنف النفسي تعزى إلى الجنس، كما تتفق أيضا مع دراسة (Quine, 2001) التي هدفت إلى تحديد مدى انتشار العنف النفسي في العمل لدى الممرضين بالمملكة المتحدة، حيث توصلت إلى عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية في العنف النفسي لدى الممرضين تعزى إلى متغير الجنس.

ولم تتفق نتائج بحثنا مع دراسة (Cheung & Yip, 2017) التي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار العنف في العمل لدى الممرضين بمنطقة هونغ كونغ وعلاقته بمختلف المتغيرات الديموغرافية

والنفسية الاجتماعية حيث وجدت الدراسة أن من أشكال العنف الأكثر شيوعا العنف اللفظي/المضايقة بنسبة (39.2%)، ثم الاعتداء الجسدي بنسبة (22.7%) ثم التحرش الجنسي بنسبة (11%) وقد مس العنف الذكور أكثر من الإناث، كما لم تتفق مع دراسة (Carter et al., 2013) التي هدفت إلى معرفة مدى انتشار وتأثير سلوكيات العنف النفسي في العمل لدى العاملين في الخدمة الصحية الوطنية البريطانية، والكشف عن معوقات الإبلاغ عن العنف النفسي في العمل، إذ تبين أن العمال الذكور والعمال ذوي الإعاقات هم الأكثر عرضة لسلوكيات العنف النفسي في العمل، وأيضا دراسة (Kitaneh & Hamdane, 2012) التي هدفت إلى قياس أثر العنف ونتائجه وعوامل الخطورة المساعدة ضد الممرضين والأطباء بمنطقة الضفة الغربية بفلسطين، حيث تبين أن الذكور هم أكثر عرضة للعنف البدني مقارنة بالإناث، وكذلك دراسة (Ferrinho et al., 2003) التي سعت إلى الكشف عن مشكلة العنف الموجه ضد عمال الصحة في كل من المستشفى والمركب الصحي المركزي بالبرتغال، حيث تبين من النتائج أن العنف اللفظي هو الأكثر انتشارا، وغالبا ما توجه كل أنواع العنف ضد النساء العاملات في المركب الصحي في حين يوجه العنف ضد الرجال العاملين بالمستشفى.

2.8. الفرق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

تنص الفرضية الثالثة عشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن. وقد توصلنا من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي one way anova والتي تم عرضها في الجدول رقم (63)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن: $F(3,230) = 1.202, p = 0.310$.

كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن: $F(3,230) = 1.382, p = 0.249$.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد

الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

$$.F(3,230) = 1.077, p = 0.359$$

وأیضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى

أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

$F(3,230) = 1.563, p = 0.199$ ، وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى

الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية

تيزي وزو تعزى إلى متغير السن.

وبالتالي فإن الفرضية الثالثة عشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$

0.05) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا

لمتغير السن لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير السن لا يؤثر في العنف النفسي في العمل ولا في أبعاده الثلاثة

وأن أفراد عينتنا شبابا أو مسنين يتساوون أو يتقاربون في تعرضهم للسلوكيات السلبية في بيئة عملهم.

تظل الأدبيات العلمية التي تناولت موضوع السن وعلاقته بالعنف النفسي جد محدودة وفي بعض الأحيان

غامضة. يذكر (Di Martino, Hoel & Cooper (2003) أن العمال الشباب يتعرضون للعنف النفسي

أكثر من العمال الأكبر سنا، وبالعكس توصل (Einarsen & Skogstad (1996) انطلاقا من دراسة

على مستوى المؤسسات الخاصة والعامة بالنرويج إلى أن العمال الذين تتراوح أعمارهم بين 51 و60 سنة

هم الأكثر عرضة للعنف النفسي في العمل، وفي دراسة أخرى لنفس الباحث، بين

(Einarsen & Raknes (1997) أن العمال الأكبر في السن هم الأقل عرضة للعنف النفسي.

تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Hansen et al., 2006) التي سعت إلى الكشف

عن العنف النفسي في العمل في سبع منظمات سويدية والتي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية

في العنف النفسي في العمل تعزى إلى متغير السن لدى أفراد العينة، كذلك دراسة (Leymann, 1996)

التي لم تجد فروقا ذات دلالة إحصائية تبعا لسن ضحايا العنف النفسي، كما تتفق أيضا مع دراسة

(Quine, 2001) التي هدفت إلى تحديد مدى انتشار العنف النفسي في العمل لدى الممرضين بالمملكة

المتحدة، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في العنف النفسي لدى الممرضين تعزى إلى متغير السن.

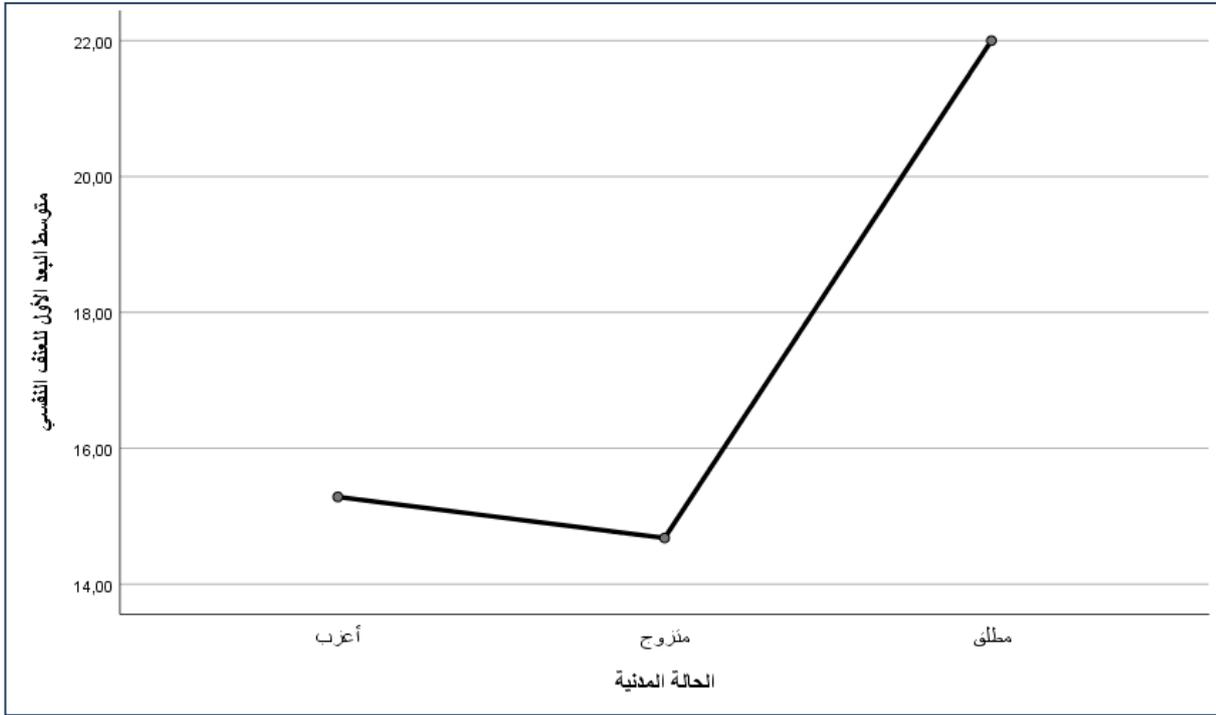
ولم تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (دعاس، 2022) تحت عنوان "العنف ضد المرأة العاملة في بيئة العمل في ظل بعض المتغيرات (الحالة العائلية، السن، المهنة)" والتي بينت وجود اختلافات دالة إحصائية بين النساء العاملات في ممارسة العنف ضدهن داخل المؤسسة الاستشفائية حسب متغير السن، إذ تبين أن المراقبة المستمرة للعاملات من طرف المسؤولين تكون بنسبة أكبر لدى الفئة أقل من 30 سنة، ودراسة (Doyle, 2001) التي كشفت عن وجود علاقة ضعيفة بين العنف النفسي والسن وأن الفئة العمرية (من 25 إلى 45 سنة) هي الأكثر عرضة للعنف النفسي وأن هذا الأخير يميل إلى الانخفاض مع التقدم في السن، وأيضاً دراسة (Zabala, 2001) حيث توصلت إلى أن الأصغر سناً هم الأكثر عرضة لهذه الظاهرة ويعود السبب إلى المناخ التنظيمي الذي يشجع ظهور مثل هذه السلوكيات.

3.8. الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

تنص الفرضية الرابعة عشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول (64، 65، 66)، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

$$F(2,231) = 3.148, p < 0.05, \text{ وجاءت الفروق لصالح فئة المطلقين الأكبر في المتوسطات}$$

كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (22): الفروق في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل وفقا لمتغير الحالة المدنية

لكن بسبب صغر حجم فئة المطلقين، سوف تهمل هذه النتيجة ولن تؤخذ بعين الاعتبار.

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة

$$F(2,231) = 1.785, p = 0.170$$

المدينة: وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

$$F(2,231) = 1.039, p = 0.355$$

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية:

تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية. وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية

تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

وبالتالي فإن الفرضية الرابعة عشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الحالة المدنية لا يؤثر في العنف النفسي في العمل ولا في أبعاده الثلاثة، أي أن أفراد عينتنا سواء كانوا عزابا أو متزوجين أو مطلقيين لا يختلفون في تعرضهم للسلوكيات السلبية في بيئة عملهم. قد يعتقد أن الزوج مع اسم العائلة وسمعته القوية يوفران مستوى معين من الحصانة ضد العنف النفسي في العمل و يمنعان وقوع تلك السلوكيات السلبية، لكن الواقع غير ذلك. يمكن تفسير هذه النتيجة بأن مرتكب العنف النفسي قد يفقد السيطرة على ذاته بحيث تصبح سلوكياته خارجة عن إرادته، وبذلك يمارس العنف النفسي على أي فرد أمامه من أجل التنفيس عن إحباطه وعدوانه ولا يوجد رادع يمنعه من ذلك خصوصا في غياب ثقافة الإبلاغ عن العنف في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية وعدم رغبة الضحية في إثارة المشاكل، حيث ترى أنه لا جدوى من الإبلاغ عن العنف طالما أن السلطات المقصودة لن تحرك ساكنا، أضف إلى ذلك الخوف من نتائج الإجراءات المتخذة وانتقام المعتدي (Kitaneh & Hamdane, 2012).

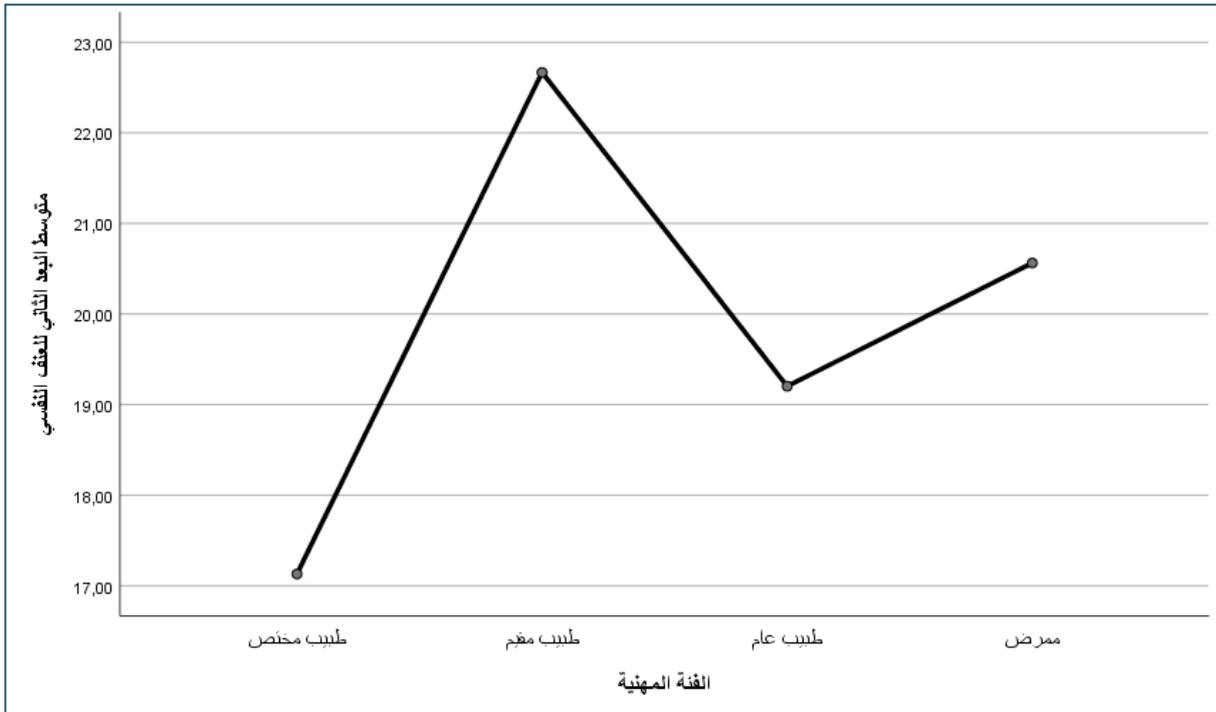
وتتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه الغالبية العظمى من المنشورات والدراسات والتي لم تجد فروقا ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الحالة المدنية (Alaslwi, 2017). ولم تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (دعاس، 2022) تحت عنوان "العنف ضد المرأة العاملة في بيئة العمل في ظل بعض المتغيرات (الحالة العائلية، السن، المهنة)" والتي بينت وجود اختلافات دالة إحصائية بين النساء العاملات في ممارسة العنف ضدهن داخل المؤسسة الاستشفائية حسب متغير الحالة العائلية، ودراسة (Alaslwi, 2017) حول العنف النفسي في الكويت حيث بينت النتائج أن المطلقين والعزاب يتعرضون للعنف النفسي بنسب أعلى مقارنة بالمتزوجين، كذلك دراسة (Powell, 2012) التي تدعم هذه النتائج حيث وجدت أن العزاب والمنفصلين والأرامل يتعرضون للعنف النفسي في العمل أكثر من الأشخاص المتزوجين، وقد يفسر على أن الأشخاص المطلقين، خاصة النساء منهم، يوصمون بالعار وينظر إليهم على أنهم يمتلكون مكانة اجتماعية متدنية.

4.8. الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية :

تنص الفرضية الخامسة عشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول (67، 68، 69)، إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية:

$$F(3,230) = 2.459, p = 0.064$$

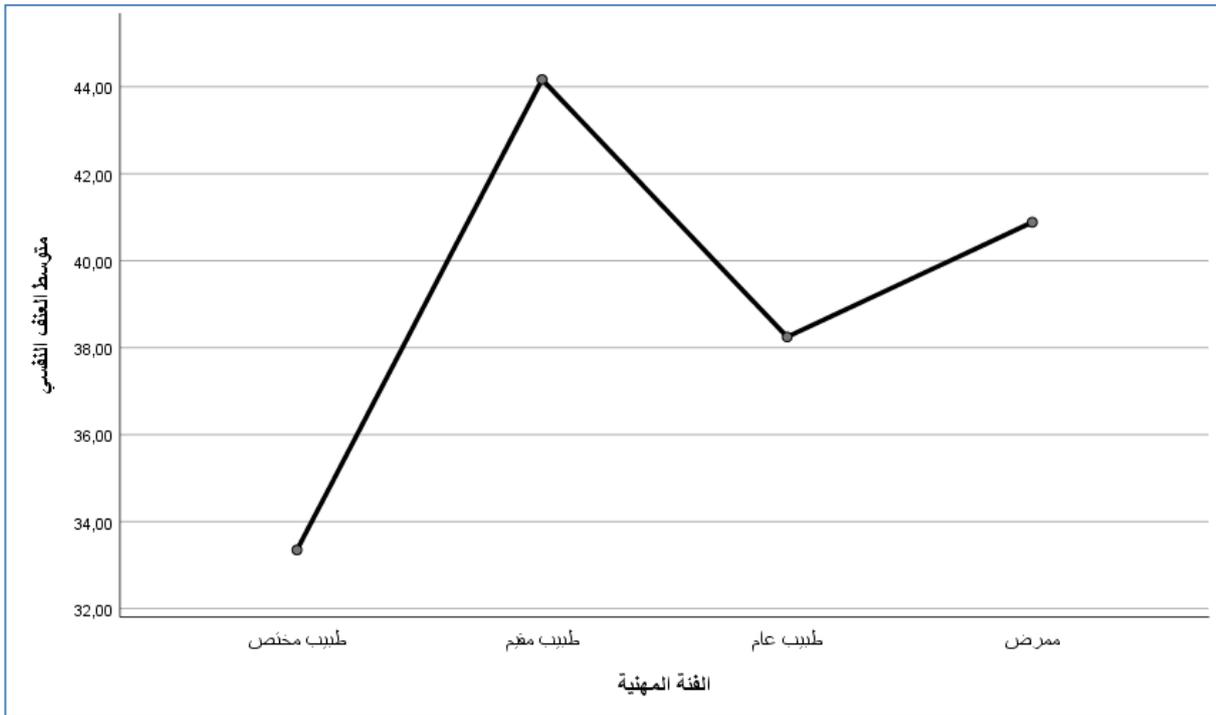
وبينت النتائج بأنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية وجاءت الفروق لصالح فئة الأطباء المقيمين الأكبر في المتوسطات:
 $F(3,230) = 2.941, p < 0.05$ ، كما هو موضح في الشكل البياني التالي:



شكل رقم (23): الفروق في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص وفقا لمتغير الفئة المهنية

كما تبين من النتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الترهيب الجسدي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية: $F(3,230) = 1.902, p = 0.130$.

بينما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية وجاءت الفروق لصالح فئة الأطباء المقيمين الأكبر في المتوسطات: $F(3,230) = 3.108, p < 0.05$ ، كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (24): الفروق في العنف النفسي وفقا لمتغير الفئة المهنية

وبالتالي فإن الفرضية الخامسة عشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية قد تحققت جزئيا في العنف النفسي وبعد العنف النفسي المرتبط بالشخص وذلك لصالح الأطباء المقيمين.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الفئة المهنية يؤثر في التعرض للعنف النفسي عامة وكذلك في العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى فئة الأطباء المقيمين أكثر من الفئات الأخرى المشكلة لعينة البحث. ويمكن تفسير هذه النتيجة بالاستراتيجيات التي يستخدمها القائم بالعنف النفسي من أجل إحباط شعوره بالخوف، فالشعور بالخوف (الخوف من وقوع حادث أو الموت أو الإعاقة، أو الخوف من العدوى أو الإصابة بالأمراض الخطيرة مثل السيدا أو التهاب الكبد أو السرطانات الناتجة عن الإشعاع المؤين أو الخوف من الأخطاء المهنية بالنسبة للجراح وطبيب التخدير وحتى القابلة) يتم إحباطه من خلال إنكار الواقع والاستقواء وإقصاء المبتدئين والضعفاء- الأصغر سنا والنساء- كلها استراتيجيات ومناورات تعطي انطبعا للقاء بالعنف النفسي بتحكم أفضل في الخطر.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة بالتأهيل الزائد للأطباء الشباب الذين يدخلون سوق العمل والذي بإمكانه أن يشكل تهديدا للرؤساء والزملاء الآخرين مما قد يؤدي إلى المضايقات والانتقادات والاستصغار من أجل التضيق عليهم وإذلالهم.

ومن ناحية أخرى، الأطباء المقيمون تكون خبراتهم العملية والمهنية محدودة وبالتالي قد تكثر أخطاءهم المهنية مما يشكل سببا أو مبررا لممارسة العنف النفسي ضدهم من وجهة نظر القائمين بالعنف النفسي.

تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (دعاس، 2022) تحت عنوان "العنف ضد المرأة العاملة في بيئة العمل في ظل بعض المتغيرات (الحالة العائلية، السن، المهنة)" والتي بينت وجود اختلافات دالة إحصائيا بين النساء العاملات في ممارسة العنف ضدهن داخل المؤسسة الاستشفائية حسب متغير المهنة، حيث تتعرض الممرضات للعنف من طرف الزملاء بنسبة (70.4%)، والطبيبات بنسبة (57.1%)، كما تتعرض الممرضات للإهانة من طرف المسؤولين بنسبة (15.8%)، بينما تتعرض الطبيبات لتلك السلوكيات بنسبة (7.1%)، كما تتفق مع دراسة (Cheung et al., 2018) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين العنف والرضا في العمل لدى الأطباء والممرضين بمكاو والصينية حيث تبين وجود فروق دالة إحصائيا في التعرض للاعتداءات الجسدية والعنف النفسي بين الأطباء والممرضين لصالح الممرضين.

ولم تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Kitaneh & Hamdane, 2012) التي سعت إلى قياس أثر العنف ونتائجه وعوامل الخطورة المساعدة ضد الممرضين والأطباء العاملين بفلسطين، حيث لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التعرض للعنف بين الأطباء والممرضين، وكذلك دراسة (Yildirim, 2009) التي هدفت إلى قياس العنف النفسي في العمل والذي تواجهه الممرضات في تركيا، حيث تبين أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من المكانة والمستوى التعليمي والعنف النفسي في العمل.

5.8. الفروق في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

تنص الفرضية السادسة عشرة على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز. وقد توصلنا من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي one way anova والتي تم عرضها في الجدول رقم (71)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي

بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز: $F(3,230) = 1.930, p = 0.125$

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز: $F(3,230) = 0.537, p = 0.657$.

ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد التهيب الجسدي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

$F(3,230) = 0.280, p = 0.840$ ، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز: $F(3,230) = 1.059, p = 0.367$. وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز.

وبالتالي فإن الفرضية السادسة عشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الأقدمية في المركز لا يؤثر في العنف النفسي في العمل ولا في أبعاده الثلاثة، أي أن أفراد عينتنا باختلاف مدة أقدميته في المراكز التي يشغلونها يتساوون أو يتقاربون في تعرضهم للسلوكيات السلبية في بيئة عملهم. قد تعود هذه النتيجة إلى الإغرامات التنظيمية التي يعاني منها الطاقم الطبي والتمريضي والمعنيين بالخدمة الصحية على حد سواء، كالتقص الفادح في عدد العمال والنقص في عدد الأسرة والعتاد والأدوية... ، وكذلك عن سبب ممارسة العنف النفسي ضد الأطباء والممرضين من وجهة نظر المعتدين، نذكر عدم احترام طوابير الانتظار، فتوافد المرضى بشكل كبير إلى المركز واكتظاظهم أمام قاعات الفحص والعلاج يجعلهم ينتظرون الوقت الطويل وفي بعض الأحيان لساعات إلى حين دخولهم لغرفة العلاج، ويزداد قلق المرافقين للمرضى الذين يرون هذا التماطل في تقديم الخدمة، وفي هذا الصدد، ذكر (Carmi-Iluz et al (2005) أن أكثر أسباب العنف الممارس في القطاع الصحي هي مدة الانتظار الطويلة وعدم الرضا على العلاج المقدم والخلافات مع الأطباء وما يزيد الطين بلة تصرفات بعض الأطباء أو الممرضين حينما يتدخلون من أجل أحدهم ليتعدى على حقوق الآخرين من خلال خرق الطوابير وتجاوزها بحجة أن هذا الشخص من العائلة أو أنه مستعجل لا يستطيع الانتظار، ... فيزداد القلق والتوتر ويتصاعد الغضب الأمر الذي يدفع بالبعض إلى التعبير عن سخطهم بسلوكيات عدوانية كالسب والشتم تصل إلى حد الاشتباكات والشجارات.

وتتفق نتائج بحثنا مع دراسة (سعد، 2015) التي تناولت موضوع العنف ضد المرأة في مكان العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة بمدينة جنين الفلسطينية، حيث توصلت إلى عدم وجود أي تأثير لمتغير سنوات الخبرة على مستوى العنف الممارس ضد المرأة العاملة في مكان العمل.

ولم تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Liu et al., 2015) التي سعت إلى تحديد طبيعة العنف في العمل الذي يواجهه الطاقم الطبي بالمستشفيات الصينية والتعرف على العوامل المرتبطة بهذه الظاهرة حيث يتعرض العمال ذوي الخبرة القليلة للعنف غير البدني أكثر من العنف البدني مقارنة بالعاملين ذوي

الخبرة الطويلة، ودراسة (Fontes et al., 2013) التي كشفت عن العوامل المرتبطة بالعنف النفسي الذي تتعرض له الممرضات بالبرازيل، حيث وجدت الدراسة أن العمل في مصلحة لمدة تتراوح بين سنة إلى ثلاث سنوات يزيد من احتمال التعرض للعنف النفسي في العمل، كذلك دراسة (Kitaneh & Hamdane, 2012) حول أثر العنف ونتائجه وعوامل الخطورة المساعدة ضد الممرضين والأطباء العاملين بمنطقة الضفة الغربية بفلسطين، حيث توصلت إلى أن ذوي الخبرة القليلة والمستوى التعليمي المنخفض هم الأكثر احتمالاً ليصبحوا ضحايا العنف في العمل مقارنة بالآخرين.

9. مناقشة النتائج المتعلقة بالفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي

المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو:

1.9. الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الجنس:

تنص الفرضية السابعة عشرة على وجود فروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو حسب الجنس. وقد توصلنا من خلال نتائج اختبار (ت) للعينات المستقلة والتي تم عرضها في الجدول رقم (72)، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات: $t(232) = 4.454, p < 0.05$ كما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الاكتئاب لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات: $t(232) = 4.058, p < 0.05$

كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات: $t(232) = 4.607, p < 0.05$

وقد استنتجنا أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس وذلك لصالح الإناث الأعلى في المتوسطات، وأن لمتغير الجنس أثر متوسط الحجم في التباين الحاصل في درجات الصحة النفسية.

وبالتالي تحققت الفرضية السابعة عشرة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث.

بنت نتائج بحثنا الحالي أن الصحة النفسية لدى الطبيبات والممرضات أكثر تدهوراً وسوءاً مقارنة بأقرانهن الذكور ومؤشرات الصحة النفسية السيئة من قلق واكتئاب أعلى لدى الإناث منه لدى الذكور. ويمكن تفسير ذلك بوجود فروق بيولوجية ونفسية وانفعالية بين الجنسين تسهم في ذلك، وأن الصحة والحالة الجيدة تتعلق بالطريقة التي يتم بها مواجهة العوامل الضاغطة والشاقة للحياة أي بمعنى آخر باستراتيجيات المواجهة التي يتم استخدامها. ومن المعروف أن المرأة كائن تغلب عليه الانفعالات والمشاعر، فيمكن أن تكون أقل استعمالاً للمواجهة النشطة المركزة على المشكل وأكثر لجوءاً إلى الإستراتيجيات المركزة على الانفعال مثل التجنب، والتهرب، والإنكار، وتوبيخ الذات والتفكير الخيالي المفرط، وزيادة على ذلك جائحة كورونا التي عملت على تقاوم المخاوف لديها (كالخوف من نقل العدوى إلى عائلتها وأحبتيها والخوف من فقدان عزيز عليها) والتي تزيد من حدة الكرب النفسي لديها.

كذلك عملية التنشئة الاجتماعية التي تعتبر القلق والخوف أمراً مقبولاً من الإناث ومنبوذاً من الذكور، وأن الذكور بطبيعتهم أكثر تحملاً لأحداث الحياة الشاقة وأكثر تحكما في المتطلبات الانفعالية التي تفرضها مهن المجال الصحي، وتعيش ما يسمى صراع الدور إلى جانب عدم القدرة على التفريق بين الحياة الشخصية والمهنية لا سيما عندما لا تتناسب أوقات العمل الليلي مع حياتها العائلية.

كما أن المعايير الاجتماعية تتيح للذكور أكثر من الإناث الدخول في علاقات وتفاعلات وتنقلات تساعد على تدعيم الصلابة والمناعة النفسية لديهم، الأمر الذي يجعلهم أكثر قدرة على التكيف مع ظروف العمل والحياة بشكل واسع مقارنة بالإناث.

كذلك المرأة مسؤولة أولاً وأخيراً عن منزلها كأم وربة بيت، إضافة لعملها، وأي تقصير من جهتها في كلا الجانبين تتحمل هي المسؤولية عنه مما يولد لديها الشعور الدائم بالذنب، وكل هذا يؤثر على جهودها وحيويتها وطاقتها ومن ثم على صحتها النفسية والجسمية خاصة وأن المجتمع لا يحبذ مساندة ومساعدة الرجل لزوجته في أمور البيت.

تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Napoli, 2022) التي هدفت إلى معرفة مدى تأثير جائحة كوفيد-19 في الممرضين العاملين في أقسام الصحة النفسية بإيطاليا من خلال مستويات الضغط والأعراض الاكتئابية، حيث توصلت النتائج إلى أن الممرضين الذين يستقبلون المصابين بفيروس كورونا لديهم احتمال أكبر لتطوير مستويات مرتفعة من الضغط وأعراض اكتئابية حادة خاصة لدى الممرضات الإناث، ودراسة (Ning et al., 2020) التي سعت إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى عمال الصحة العصبية بمقاطعة هونان الصينية وكذا معرفة العوامل المؤثرة فيهما وذلك في بداية تفشي فيروس كورونا، حيث بينت النتائج أن الممرضين يعانون من القلق والاكتئاب وتعاني العاملات الإناث من القلق (18.4%) أكثر من زملاءهن الذكور (10.8%)، ودراسة (جعير، 2019) تحت عنوان "مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض بالمؤسسات الاستشفائية بولاية الشلف وعلاقتها بفاعلية الذات" والتي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية بين الممرضين والممرضات لصالح الممرضين.

كذلك اتفقت مع دراسة (El Kissi et al., 2014) التي هدفت إلى تحديد انتشار الاضطراب الاكتئابي الجسيم واضطراب عسر المزاج واضطراب القلق المعمم وكذا العوامل المقترنة بها، وذلك لدى عينة ممثلة للممرضين العاملين بالمستشفى الجامعي التونسي "فرحات حاشد" حيث ظهرت علاقة ارتباطية بين الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الجسيم ومتغير الجنس (أي الممرضات).

2.9. الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير السن:

تنص الفرضية الثامنة عشرة على وجود الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير السن. توصلنا من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي one way anova والتي تم عرضها في الجدول رقم (74)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن: $F(3,230) = 2.022, p = 0.112$.

وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن:

$$.F(3,230) = 1.191, p = 0.314$$

كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

$F(3,230) = 1.562, p = 0.199$ ، وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

وبالتالي فإن الفرضية الثامنة عشرة والتي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن السن لا يؤثر في الصحة النفسية العامة ولا في أبعادها المتمثلة في القلق والاكتئاب، وأن أفراد العينة شبابا أو مسنين لديهم صحة نفسية متساوية أو متقاربة. إن علاقة السن بأعراض القلق والاكتئاب أمر مثير للجدل (Djernes, 2006 ; Vink et al, 2009) حيث أفادت بعض الدراسات أن انتشار هذه الأعراض لدى كبار السن يزداد مع التقدم في السن

(Beekman et al., 1995 ; Castro-Costa et al., 2008) بينما لم تجد دراسات أخرى أي ارتباط ذو دلالة إحصائية بين السن ومؤشرات الكرب النفسي (Cole & Dendukuri, 2003 ; (McCall et al., 2002 ; Minicuci et al., 2002

(cité par Préville, Gontijo-Guerra, Mechakra-Tahiri, Vasiliadis, Lamoureux-Lamarche & Berbiche, 2014) وهو ما اتفقت معه نتائج بحثنا.

ولم تتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Ning et al., 2020) التي هدفت إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى عمال الصحة العصبية بمقاطعة هونان الصينية وكذا معرفة العوامل المؤثرة فيهما وذلك في بداية تفشي فيروس كورونا، حيث تبين أن القلق والاكتئاب ينتشران بكثرة لدى فئة الممرضين الأصغر سناً (أقل من 40 سنة)، ودراسة (Napoli, 2022) التي كشفت عن مدى تأثير جائحة كوفيد-19 في الممرضين العاملين في أقسام الصحة النفسية بإيطاليا من خلال مستويات الضغط والأعراض الاكتئابية، حيث أن الممرضين الذين يستقبلون المصابين بفيروس كورونا لديهم احتمال أكبر لتطوير مستويات مرتفعة من الضغط وأعراض اكتئابية حادة خاصة لدى الممرضات الإناث الأصغر سناً.

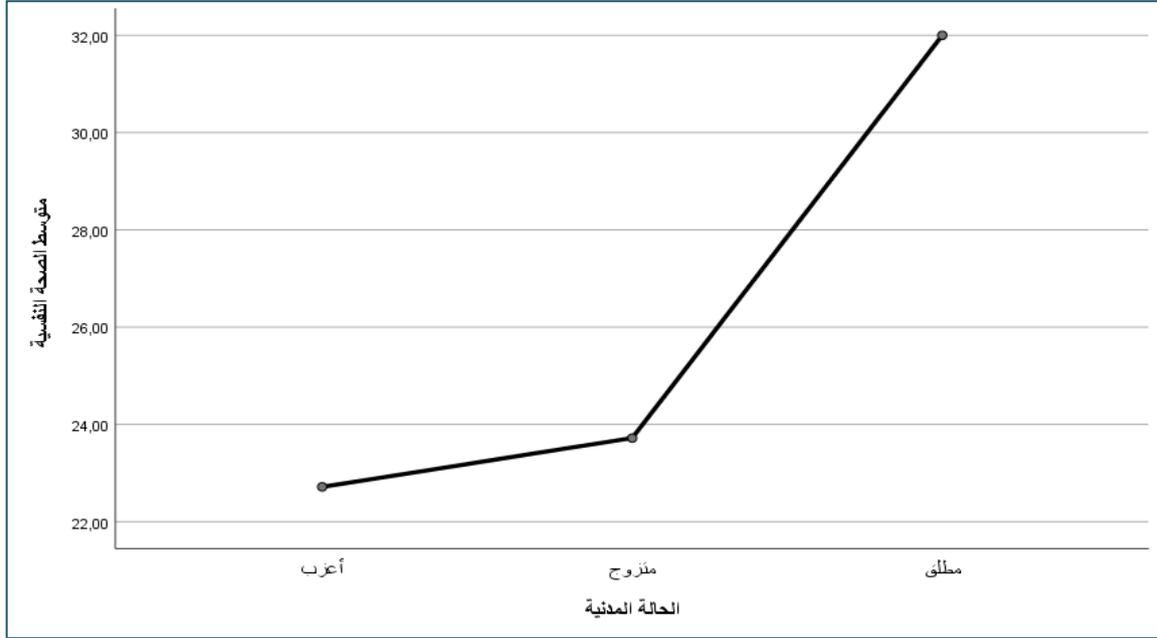
كذلك اختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Yoon & Kim, 2013) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الضغط المهني، والعمل الانفعالي والأعراض الاكتئابية لدى الممرضين العاملين في كوريا الجنوبية والتي بينت أن (38%) من الممرضين يعانون من أعراض اكتئابية، والممرضون الشباب هم الأكثر عرضة لمستويات مرتفعة من الاكتئاب.

3.9. الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

تنص الفرضية التاسعة عشرة على وجود فروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول (75، 76، 77)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية: $F(2,231) = 2.958, p = 0.054$ ، كما بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية:

$F(2,231) = 2.398, p = 0.093$ ، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقاً لمتغير الحالة المدنية وجاءت لصالح فئة المطلقين الأكبر في المتوسطات:

كما هو موضح في الشكل التالي: $F(2,231) = 3.102, p < 0.05$



شكل رقم (25): الفروق في الصحة النفسية وفقا لمتغير الحالة المدنية

لكن بسبب صغر حجم فئة المطلقين، سوف تهمل هذه النتيجة ولن تؤخذ بعين الاعتبار. وقد استنتجنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

وبالتالي فإن الفرضية التاسعة عشرة التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية لم تتحقق.

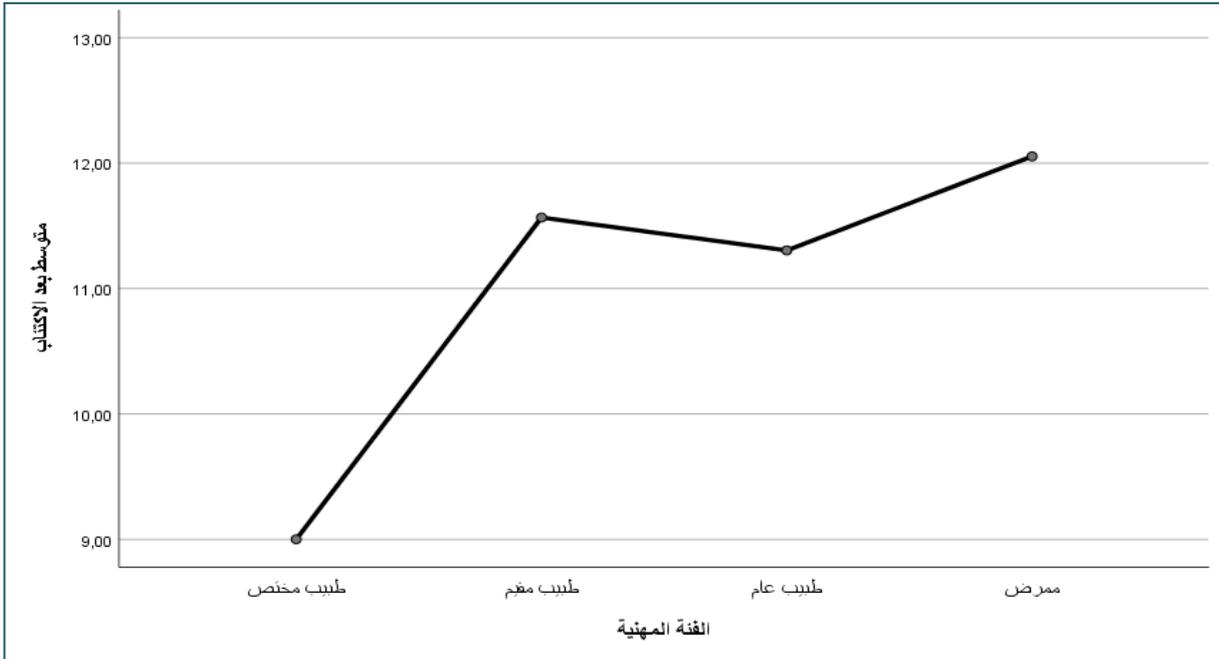
بينت نتائج بحثنا أن متغير الحالة المدنية لا يؤثر في الصحة النفسية بشكل عام ولا في أبعادها المتمثلة في القلق والاكتئاب، وأن الصحة النفسية بالنسبة للعزاب والمتزوجين والمطلقين متساوية أو متقاربة خاصة في ظل ما خلفته جائحة كورونا من خوف وشعور بالعجز واليأس أمام نقص الإمكانيات المادية والبشرية آنذاك.

تتفق نتائج دراستنا مع دراسة (فزقوز وإغمين، 2021) تحت عنوان " مستوى الصحة النفسية لدى المرضى العاملين بمصلحة الكوفيد 19 دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل قائمة" حيث توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية. واختلفت هذه النتيجة مع دراسة (Cheung & Yip, 2015) التي هدفت إلى الكشف عن مدى انتشار الاكتئاب والقلق والضغط وعوامل الخطورة المرتبطة بهم لدى المرضى بمنطقة هونغ كونغ، حيث أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاكتئاب مع كل من الطلاق والانفصال والترمل، كما اختلفت أيضا مع النتائج التي توصلت إليها دراسة (Yoon & Kim, 2013) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الضغط المهني، والعمل الانفعالي والأعراض الاكتئابية لدى المرضى العاملين في كوريا الجنوبية والتي بينت أن (38%) من المرضى يعانون من أعراض اكتئابية، والمرضى العزاب بشكل خاص هم الأكثر عرضة لمستويات مرتفعة من الاكتئاب.

4.9. الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية:

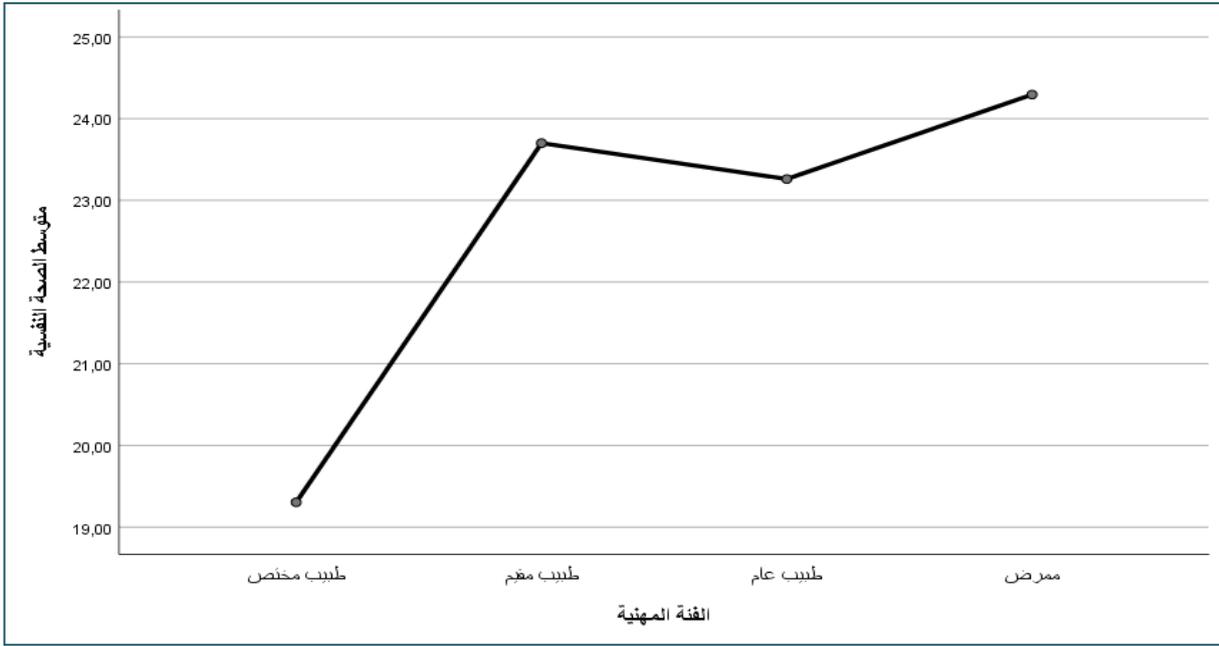
تنص الفرضية العشرون على وجود فروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجداول رقم : (78، 79، 80)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية: $F(3,230) = 1.386, p = 0.248$

بينما توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية وجاءت الفروق لصالح فئة المرضى الأكبر في المتوسطات: $F(3,230) = 3.845, p < 0.05$ ، والشكل الموالي يوضح الفروق في بعد الاكتئاب وفقا لمتغير الفئة المهنية.



شكل رقم (26): الفروق في بعد الاكتماب وفقا لمتغير الفئة المهنية

كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية وجاءت الفروق لصالح فئة الممرضين الأكبر في المتوسطات: $F(3,230) = 2.794, p < 0.05$ والشكل الموالي يوضح الفروق في الصحة النفسية وفقا لمتغير الفئة المهنية.



شكل رقم (27): الفروق في الصحة النفسية وفقا لمتغير الفئة المهنية

وبالتالي فإن الفرضية العشرون التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الفئة المهنية قد تحققت جزئيا في الصحة النفسية وفي بعد الاكتئاب لصالح فئة الممرضين.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الفئة المهنية يساهم في تدني الصحة النفسية العامة وفي زيادة شدة الاكتئاب لدى الممرضين أكثر من الفئات الأخرى المشكلة لعينة البحث. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تقريبا (80%) من الممرضين إناث وهن أكثر تأثرا بالمشاعر والانفعالات وأكثر توجهها إلى استعمال أساليب واستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، وهي استراتيجيات تجنبية تؤدي في أغلب الأحيان إلى ظهور الاضطرابات والأمراض. علاوة على ذلك، المناخ العام الذي كان يسود في فترة إنجاز هذا البحث، حيث خلفت جائحة كورونا العديد من الاضطرابات النفسية، ومن أبرز تداعياتها القلق، الخوف، العجز، الهلع واضطرابات النوم والمزاج، وبالرغم من فرض الحجر الصحي على كافة القطاعات إلا أن القطاع الصحي بقي يعمل بشكل مستمر، خاصة الممرضين الذين هم في مواجهة مباشرة مع المصابين، وتضاعف حجم العمل في ظل التزايد المتسارع لعدد الحالات سواء في الفحوصات العادية أو حالات

الاستشفاء أو وحدات الإنعاش. وقد كشفت دراسة استقصائية في الصين أجريت على (1257) طبيبا وممرضا أن (41%) من هؤلاء المهنيين ظهرت عليهم أعراض الاكتئاب أثناء تأدية مهامهم (قزقوز وإغمين، 2021).

وتتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (Greenberg et al., 2021) التي سعت إلى التعرف على المعدلات المحتملة لاضطراب الصحة النفسية لدى العاملين بمستشفيات على مستوى المملكة المتحدة، حيث بينت أن الأطباء يتمتعون بصحة نفسية أفضل من الممرضين، ودراسة (Ning et al., 2020) التي هدفت إلى تحديد مدى انتشار القلق والاكتئاب لدى عمال الصحة العصبية بمقاطعة هونان الصينية وكذا معرفة العوامل المؤثرة فيهما وذلك في بداية تفشي فيروس كورونا حيث بينت النتائج أن الممرضين يعانون من القلق والاكتئاب بنسبة (20.3% و 30.2% على التوالي) وهي أكبر مقارنة مع نسبة القلق والاكتئاب التي يعاني منها الأطباء (12.6% و 20.2% على التوالي).

كما تتفق أيضا من حيث الفروق في الصحة النفسية والتي تعزى إلى الفئة المهنية مع ما توصلت إليه دراسة (Ragab, 1998) حول مدى شيوع المظاهر المختلفة للقلق والاكتئاب بين الأطباء المبتدئين (المقيمين) وفي المراحل المتوسطة من الممارسة ومدى انعكاس هذه الاضطرابات النفسية على الممارسة الطبية والحالة الصحية للأطباء المصابين، حيث توصلت إلى أن الأطباء المبتدئين يعانون من متاعب في العمل من حيث اكتساب المهارات وعمل الأبحاث كما وجد زيادة في مظاهر الاكتئاب مقارنة بالأطباء القدامى.

5.9. الفروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز:

تنص الفرضية الواحدة والعشرين على وجود فروق في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز. وقد توصلنا من خلال النتائج التي تم عرضها في الجدول (82)، إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا

لمتغير الأقدمية في المركز: $F(3,230) = 0.265, p = 0.851$

وتبين أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في بعد الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز: $F(3,230) = 0.386, p = 0.763$ ، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز: $F(3,230) = 0.208, p = 0.891$. وقد استنتجنا أنه، لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز.

وبالتالي فإن الفرضية الواحدة والعشرين التي مفادها توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الأقدمية في المركز لم تتحقق.

بينت نتائج بحثنا الحالي أن متغير الأقدمية في المركز لا يؤثر في الصحة النفسية ككل ولا في القلق والاكتئاب لدى الأطباء والممرضين وهو بذلك لا يساهم في ارتفاعها أو بالعكس في تدنيها. فالأطباء والممرضون، باختلاف سنوات أقدميتهن المهنية، معرضون لعبء عمل غير عادي بسبب اكتظاظ المرضى الوافدين من جميع أنحاء الولاية، وبسبب نقص عدد العمال، وأيضا بسبب التدابير واللوائح الصحية المطبقة عالميا في ظل جائحة كورونا، فعمال القطاع الصحي معرضون لمخاوف العدوى والموت من جراء الاحتكاك اليومي مع المرضى المصابين بالفيروس خاصة الذين هم في طليعة الخدمة لمكافحة الوباء، كما أنهم يواجهون سلوكيات سلبية منبوذة سواء خارجية أو داخلية، بواسطة استراتيجيات يرونها الأنسب بالنسبة لهم.

وتتفق نتائج بحثنا مع ما توصلت إليه دراسة (قزقوز وإغمين، 2021) تحت عنوان "مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الكوفيد 19 دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل قالمة" حيث توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة لدى الممرضين العاملين بمصلحة الكوفيد.

كما تتفق مع دراسة (تزكرات وخرياش، 2021) تحت عنوان " الصحة النفسية لدى العاملين في المصحات الطبية الخاصة في عصر كورونا، دراسة ميدانية ببعض ولايات الجزائر" حيث أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

ولم تتفق هذه النتيجة مع دراسة (ناجي، 2020) تحت عنوان "الصحة النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالأداء المهني لدى القابلات (دراسة ميدانية بمصالحتين للولادة بأم البواقي) حيث توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق في مستويات الصحة النفسية لدى القابلات لصالح ذوات الخبرة المهنية الطويلة، كذلك دراسة (Fang et al., 2018) التي هدفت إلى قياس انتشار الأعراض الاكتئابية ومعرفة مستوياتها لدى الأطباء والممرضين في مصالح طب الأذن، الأنف والحنجرة بالصين، حيث كشفت الدراسة أن أفراد العينة الذين تقل خبرتهم عن عام، والذين يعملون في أغلب الأوقات بمعزل عن الآخرين، هم الأكثر عرضة للمعاناة من الأعراض الاكتئابية مقارنة بباقي زملاء.

الاستنتاج العام

توصلنا من خلال النتائج التي تحصلنا عليها من البحث الميداني إلى تدعيم الجانب النظري الذي تناولنا من خلاله الأخطار النفسية الاجتماعية والمتمثلة في الضغط المهني والعنف النفسي في العمل وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل من حيث مؤشرات السلبية والمتمثلة في القلق والاكتئاب وذلك لدى عينة من أطباء وممرضين يعملون في المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو. وبعد اختبار فرضيات البحث، أسفرت النتائج عن ما يلي:

اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى أن مستوى الضغط المدرك لدى أطباء وممرضين المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو كان متوسطا، حيث (82.5%) من أفراد العينة تعرضوا لضغط مدرك متوسط الشدة، (14.5%) اختبروا ضغطا مدركا مرتفعا، أما نسبة المشاركين ذوي الضغط المدرك المنخفض فلم تتجاوز (3%). احتل بعد العجز المدرك المرتبة الأولى وجاء بعد الفعالية الذاتية المدركة في المرتبة الثانية، وورد أن في أغلب الأوقات، يعاني أفراد العينة من التفكير المفرط في الأشياء التي عليهم إنجازها، ويشعرون بالضغط والتوتر ولديهم إحساس أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنهم

لا يستطيعون التغلب عليها. كما ورد أنهم بين الحين والآخر، يشعرون بالتحكم في أمورهم وكيفية قضاء أوقاتهم، ويواجهون بفعالية التغيرات الطارئة في حياتهم.

وظهر من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية أن مستوى العنف النفسي في العمل لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو كان متوسطا، حيث تبين أن (66%) من أفراد العينة كانوا عرضة للعنف النفسي في العمل: إذ يعاني (36%) من أفراد العينة من العنف النفسي في العمل أحيانا، ويعاني (30%) من العنف النفسي الشديد في العمل، أي يواجهون السلوكيات السلبية بشكل متكرر، أما (34%) من أفراد العينة فلم يختبروا أو نادرا ما اختبروا السلوكيات السلبية للعنف النفسي في عملهم. أقر (88) مشارك فقط أي ما يعادل (37.6%) من مجمل العينة أنهم كانوا عرضة للعنف النفسي في العمل خلال السنة أشهر الماضية وقد فسرنا هذا الفرق الشاسع بين ما توصلت إليه نتائج البحث والتصريحات الذاتية التي أدلى بها أفراد العينة بالصعوبة التي يواجهها المستجوبون في رؤية أنفسهم ضحايا في ظل ثقافة تتسم بنوع من السلطوية وعدم الخضوع. احتل بعد العنف النفسي المرتبط بالعمل المرتبة الأولى وكانت الأفعال السلبية الأكثر تكرارا تعريض أفراد العينة لعبء عمل لا يمكن إدارته أو التحكم فيه ، كما يتم توكيلهم بالقيام بمهام أقل من مستوى كفاءتهم وتتم مراقبتهم أو ترصد أعمالهم بإفراط. وجاء بعد العنف النفسي المرتبط بالشخص في المرتبة الثانية ومن أهم الأفعال السلبية التي وردت فيه أنه يتم استبدال المسؤوليات الرئيسية لأفراد العينة بمهام تافهة أو غير مريحة، كما يتم توجيه الادعاءات والانتهاكات ضدهم ويتعرضون لنكت ومزاحات ثقيلة من قبل أشخاص لا يستطفونهم. أما بعد التهريب الجسدي فقد احتل المرتبة الأخيرة بأدنى متوسط ومن بين الأفعال السلبية الأكثر تكرارا أنه يتم الصراخ على أفراد العينة أو يكونوا ضحايا لغضب عفوي أو نوبة انفعال كما يتعرضون لسلوك التخويف أو التهريب مثل الإشارة بالإصبع، التعدي على المساحة الشخصية، والدفع، والمنع/ إعاقة الطريق.

كما اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثالثة أن (38.2%) من المستجوبين عانوا من العنف النفسي بسبب مسؤولهم المباشر، و(19.6%) تعرضوا للعنف النفسي من طرف عائلات المرضى، و(17.6%) منهم تعرضوا له من قبل زملاءهم في العمل، فيما كانت نسبة (16.7%) من أفراد العينة

أجابوا بأنهم تعرضوا لهذه الأفعال السلبية بسبب مسؤولين آخرين، وأقر (5.9%) أنهم تعرضوا للعنف النفسي من طرف المرضى بينما (2%) عانوا من العنف النفسي الذي يصدر من التابعين لهم.

كما ظهر من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الرابعة أن (86.75%) من الأطباء والممرضين يعانون من اضطراب القلق الاكتئابي المختلط، وقد جاء مستوى القلق لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو متوسطا، حيث يعاني (34.61%) من أفراد العينة من قلق متوسط الشدة، فيما يعاني (32.06%) من اضطراب القلق الشديد و(18.81%) من المستجوبين حالتهم طبيعية، فيما يعاني (14.52%) من قلق خفيف. كما جاء مستوى الاكتئاب لدى الأطباء والممرضين متوسطا حيث يعاني (33.33%) من أفراد العينة من اكتئاب متوسط الشدة، فيما يعاني (28.20%) من اضطراب الاكتئاب الشديد، كما يعاني (23.08%) من المستجوبين من اكتئاب خفيف، أما (15.39%) من أفراد العينة فهم في حالة طبيعية.

احتل بعد القلق المرتبة الأولى وجاء بعد الاكتئاب في المرتبة الثانية، وورد أن أفراد العينة نادرا ما يشعرون بالراحة والاسترخاء، ففي كثير من الأحيان تدور أفكار مقلقة في أذهانهم، كما يشعرون بالتوتر الشديد في أغلب الأحيان. كما ورد أنهم، في أغلب الأحيان، لا يهتمون بمظهرهم، ونادرا ما يستمتعون بقراءة كتاب جيد أو بمتابعة برنامج إذاعي أو تلفزيوني، ونادرا ما يستطيعون الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء.

كما اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الخامسة أنه توجد علاقة ارتباطية متوسطة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، حيث أنه توجد علاقة ارتباطية متوسطة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين الضغط المدرك وبعديه والصحة النفسية وبعديها لدى الأطباء والممرضين، وأنه توجد علاقة ارتباطية متوسطة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين العنف النفسي وأبعاده والصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، أي كلما ازداد الضغط المدرك، ازداد اضطراب وتدني صحتهم النفسية، وكلما ازداد تعرضهم للعنف النفسي في عملهم، ازدادت صحتهم النفسية سوءاً.

واتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية السادسة أنه يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للضغط المدرك في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، كما يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) للعنف النفسي في الصحة النفسية وبعديها لدى الأطباء والممرضين، وتبين أن العنف النفسي أكثر تأثيراً في الصحة النفسية، وأثبتت نتائج بحثنا أن التعرض لخطر نفسي اجتماعي واحد (إما الضغط المدرك أو العنف النفسي) يؤثر سلباً في الصحة النفسية لكن ليس بالقدر الذي تتأثر به إن اجتمع الاثنان معاً، ففي هذه الحالة يفسر الضغط المدرك والعنف النفسي نسبة (20.1%) من التغيرات المشاهدة في الصحة النفسية العامة، كما يمكن التنبؤ باضطراب الصحة النفسية من خلال التعرض للضغط المدرك والعنف النفسي في العمل.

كما ظهر من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية السابعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس، وأظهرت المعالجة الإحصائية للفرضية الثامنة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير السن ما عدا في بعد الفعالية الذاتية المدركة حيث جاءت الفروق لصالح الفئة العمرية الأصغر سناً (من 21 إلى 30 سنة).

واتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية التاسعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك وبعديه لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

وتبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية العاشرة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الفئة المهنية ما عدا في بعد الفعالية الذاتية المدركة حيث جاءت الفروق لصالح الممرضين.

كما اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الحادية عشرة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الضغط المدرك لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز ما عدا في بعد الفعالية الذاتية المدركة حيث جاءت الفروق لصالح فئة الأقدمية في المركز (من 1 إلى 10 سنوات).

كما أظهرت المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية عشرة عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الجنس.

واتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الثالثة عشرة عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

كما تبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية الرابعة عشرة عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الحالة المدنية.

وأظهرت المعالجة الإحصائية للفرضية الخامسة عشرة أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وبعد العنف النفسي المرتبط بالشخص لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وذلك لصالح الأطباء المقيمين.

كما اتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية السادسة عشرة عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في العنف النفسي وأبعاده لدى أطباء وممرضي المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز.

وتبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية السابعة عشرة أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث.

كما أظهرت المعالجة الإحصائية للفرضية الثامنة عشرة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وفقا لمتغير السن.

واتضح من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية التاسعة عشرة عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الحالة المدنية.

وتبين من خلال المعالجة الإحصائية للفرضية العشرين أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وفي بعد الاكتئاب لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو وذلك لصالح فئة الممرضين.

كما أظهرت المعالجة الإحصائية للفرضية الواحدة والعشرين عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في الصحة النفسية وبعديها لدى أطباء وممرضى المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو تعزى إلى متغير الأقدمية في المركز.

الاقتراحات

في ضوء ما سبق التطرق إليه في الجانب النظري وفي حدود ما اطلعنا عليه من دراسات حول الأخطار النفسية الاجتماعية، ومن خلال نتائج البحث الميداني، تم وضع مجموعة من الاقتراحات التي من شأنها أن تحد من التعرض للأخطار النفسية الاجتماعية في العمل أو التخفيف منها، والمساهمة في الرفع من مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء والممرضين، ومن أهمها:

- تحسين ظروف العمل الفيزيائية والاجتماعية للأطباء والممرضين وتوفير العتاد والآلات اللازمة لإسداء خدمة صحية ذات جودة للمرضى.

- تنظيم أيام دراسية ودورات تساعد الأطباء والممرضين على التعرف بالأخطار النفسية الاجتماعية لا سيما الضغط المهني والعنف النفسي في العمل.
- تنظيم دورات تدريبية لتعليم الاستراتيجيات السليمة قصد مواجهة المتطلبات الانفعالية التي يفرضها القطاع الصحي والتعامل والتصرف في أوقات الطوارئ.
- وضع سياسات وقواعد تنظيمية تستهدف العوامل التنظيمية المهيئة للعنف النفسي وكذا تعديل القيم التنظيمية لتعزيز التعاون بدلا من المنافسة.
- التركيز على أسباب ظهور العنف والطرق الملائمة للتخفيف من حدته خاصة وأنه مرتبط ارتباطا وثيقا بالاحترق النفسي في القطاع الصحي.
- وجوب وضع برنامج شامل للوقاية من العنف النفسي في العمل مصحوبا بتدخلات تهدف إلى التخفيف من ضغوط العمل.
- تعزيز التواصل والدعم الاجتماعي والمساعدة من قبل الزملاء والمسؤولين ومراعاة الإنصاف التنظيمي للحد من اضطرابات الصحة النفسية.
- العمل على تكريم الأطباء والممرضين المتقنين في عملهم.
- تزويد المؤسسة بالأعداد الكافية من الأطباء والممرضين للتخفيف من حدة العبء الكمي والضغط المهني.
- العمل على إيجاد حل لمشكل الانتظار لساعات طويلة أمام قاعات العلاج والذي يعتبر السبب الرئيسي في تصاعد العنف لدى المرضى ومرافقيهم.
- تحسين عملية الكشف عن العمال المتضررين من الضغط المهني والعنف النفسي ومرافقتهم وذلك بخلق هيئات للإصغاء داخل المؤسسة وتقديم الدعم أولا على أمل الاعتراف بالأخطار النفسية الاجتماعية كعامل لا يستهان به في الأمراض المهنية أو الحوادث المهنية.
- تطبيق العقوبات التأديبية على مرتكبي العنف النفسي في العمل والتكفل الطبي والنفسي للضحايا.

خاتمة

أتاح هذا البحث التعرف على الأخطار النفسية الاجتماعية والمتمثلة في الضغط المهني والعنف النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الأطباء والمرضى العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو، ومن أهم النتائج التي أسفر عنها أن الأخطار النفسية الاجتماعية موضوع بحثنا تساهم، إلى جانب عوامل أخرى، في تفهقر الصحة النفسية وأن التغيير الذي يطرأ على الأخطار النفسية الاجتماعية سوف يؤدي إلى تغيير ملحوظ على مستوى الصحة النفسية، أي إذا تم اتخاذ إجراءات للحد أو التقليل من الأخطار النفسية الاجتماعية سوف تتحسن الصحة النفسية لدى الأطباء والمرضى و تتناقص أعراض القلق والاكتئاب لديهم.

كما كشف البحث الحالي عن أرقام مقلقة تدفعنا إلى التفكير في ضرورة تطبيق استراتيجيات وسياسات وقائية، إذ أصبح من الضروري استدراك الوضع والاعتماد على المستويات الثلاثة للوقاية من الأخطار النفسية الاجتماعية خاصة العنف النفسي في العمل، حيث يعتبر هذا الأخير، استنادا على نتائج بحثنا، الخطر النفسي الاجتماعي الأكثر تأثيرا من حيث عواقبه على صحة الموظفين وأيضا على توازن المؤسسة وأدائها، لذلك ينبغي أن يكون من أولويات الصحة العمومية. ونظرا لأن جودة الرعاية والخدمات الصحية مرتبطة برفاهية وصحة الطاقم الطبي والتمريضي، على المؤسسة الاستشفائية الاعتراف بأهمية الظاهرة واللجوء إلى نهج منظم ومتكامل للتدخل يقوم على الفهم الجيد للظاهرة وخصوصا أسبابها من الناحية التنظيمية.

لقد أجبنا على التساؤلات العديدة لبحثنا، لكننا لا يمكننا تعميم النتائج المتوصل إليها وتبقى بذلك محدودة في إطار عينتنا، نأمل أن تكون هذه النتائج نقطة انطلاق لمزيد من الأبحاث والدراسات مستقبلا، خاصة وأن الأدوات المستعملة في هذا البحث سهلة ودقيقة وموثوق فيها.

فائمة المراجع

قائمة المراجع

أولا باللغة العربية:

1. إبراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والعلوم.
2. إبراهيم، علا عبد الباقي. (2009). الاكتئاب أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه (الطبعة الأولى). القاهرة: عالم الكتب.
3. أبو دلو، جمال. (2009). الصحة النفسية. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
4. أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2000). الاكتئاب... دراسة في السيكيوباتومتري. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
5. أحمد، سهير. (1993). الصحة النفسية والتوافق. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
6. آدم، حاتم محمد. (2005). الصحة النفسية للمراهقين الطبعة الأولى. مصر: مؤسسة اقرأ.
7. إسماعيل، عبد الرؤوف. (2001). دراسة تجريبية لأثر المعلومات ومقدارها ومستواها في مدى الانتباه. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
8. الأجر، سماح سامي سليمان. (2010). أثر برنامج تدريبي مقترح على بعض المتغيرات السيكيوبولوجية والجسمية لدى فئة من السيدات المصابات بالاكتئاب في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
9. الإسي، هدير عز الدين صالح. (2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام "دراسة إكلينيكية". رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
10. الجعافرة، سمية عبد الحميد عتيق. (2003). الصحة النفسية للعاملين وعلاقتها ببعض المتغيرات في بيئة العمل. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
11. الخالدي، أديب محمد. (2009). المرجع في الصحة النفسية (الطبعة الثالثة). عمان: دار وائل للنشر.

12. الرشيدى، هارون توفيق. (1999). الضغوط النفسية: طبيعتها، نظرياتها، برنامج لمساعدة الذات في علاجها. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
13. الزراد، فيصل محمد خير. (1984). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. بيروت: دار القلم لبنان.
14. الزراد، فيصل محمد خير. (2008). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض (الطبعة الثانية). لبنان : دار العلم للملايين.
15. الزهراني، عبد الله بن أحمد. (2017). الكرب النفسي والدعم الاجتماعي في ضوء بعض المتغيرات لدى مريضات سرطان الثدي. مجلة كلية التربية. جامعة الأزهر، 1(175)، 323-360.
16. الساسي، كريمة. (2010). الاكتئاب والقلق لدى عينة من المتأخرات عن سن الزواج. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 2. الجزائر.
17. الشخانة، أحمد عيد (2005). أساليب التكيف للإحباط وعلاقتها بالصحة النفسية لدى العاملين في شركة الإسمنت الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
18. الشرافي، ماهر موسى مصطفى. (2013). الإنهاك النفسي وعلاقته بكل من قلق المستقبل ومستوى الطموح لدى العاملين في الأنفاق. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
19. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (1999). القياس والتجريب في علم النفس والتربية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
20. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (2000). الإحصاء السيكولوجي التطبيقي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
21. العيسوي، عبد الرحمان محمد . (2007). سيكولوجية العنف المدرسي والمشاكل السلوكية. بيروت: دار النهضة العربية.
22. العيسوي، عبد الرحمان محمد. (2009). سيكولوجية العمل والعمال. بيروت: دار الراتب الجامعية.

23. القرالة، عبد الناصر موسى. (2007). بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي وقياس أثره في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى والدي الأطفال المصابين بالسرطان. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان، الأردن.
24. اللوزي، موسى والحنيطي، نادية. (2003). أثر العوامل المهنية والشخصية على الضغط الوظيفي في المستشفيات الحكومية بالأردن: دراسة تحليلية ميدانية. دراسات العلوم الإدارية. 30(2)، 350-370.
25. المشعان، عويد سلطان. (1994). علم النفس الصناعي. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
26. المنجد في اللغة والاعلام (الطبعة العشرون). (1986). بيروت: دار المشرق.
27. الهنداوي، وفية أحمد. (1994). استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل الإداري في القطاع الصحي. مسقط: معهد الإدارة العامة.
28. أبو الحصين، محمد فرج الله مسلم. (2010). الضغوط النفسية لدى الممرضين والمرمضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
29. أيت حمودة، حكيمة. (2006). دور السمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية دراسة ميدانية بمدينة عنابة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
30. أيت وراس، ليلة. (2015). العنف النفسي في العمل لدى مستخدمي قطاع الوظيف العمومي: حالة بلدية تيزي وزو نموذجا. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
31. أيت وراس، ليلي وخلفان، رشيد. (2018). العنف النفسي في العمل وعلاقته بظهور أعراض الاكتئاب لدى مستخدمي المؤسسات العمومية. مجلة مجتمع تربوية عمل، 1(5)، 284-298.

32. إيديري، وهيبة. (2016). الأخطار النفسية الاجتماعية في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية. دراسة ميدانية ببعض مصالح المركز الاستشفائي الجامعي بولاية تيزي وزو. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
33. بشرى، صمويل تامر. (2007). الاكتئاب والعلاج بالواقع (الطبعة الأولى). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
34. بن كرو، فياض. (2013). دور الوسائط المعرفية في ظهور السلوك العدواني لدى المراهق في المدرسة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
35. بوسمينة، أمال وسفاري، أسماء. (2021). أثر ضغوط العمل على أداء العاملين في القطاع الصحي في ظل جائحة كوفيد19، دراسة عينة من العاملين في القطاع الصحي بولاية أم البواقي. مجلة الدراسات المالية والمحاسبية والإدارية، 8 (3)، 210-228.
36. بوتوتة، لامية. (2020). علاقة الأخطار النفسية الاجتماعية بالتوافق المهني لدى الممرضين، دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي ندير محمد بولاية تيزي وزو. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
37. بوعزة، رابحة وبلحسيني، وردة. (2018). مستوى الضغط المدرك لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا دراسة ميدانية بمدينة ورقلة. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، 1 (33)، 963-974.
38. تزكرات، عبد الناصر و خرباش، هدى. (2021). الصحة النفسية لدى العاملين في المصحات الطبية الخاصة في عصر كورونا. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 16 (3) (الجزء 2)، 287-312.
39. تونسي، عديلة حسن طاهر. (2002). القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة. المملكة العربية السعودية.

40. جعير، سليمة. (2019). مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض بالمؤسسات الاستشفائية وعلاقتها بفاعلية الذات. دراسة ميدانية بولاية الشلف. مجلة البحوث التربوية والتعليمية، 8(1)، 131-152.
41. جودة، عبد الجواد. (2003). مصادر ضغوط العمل لدى المرضين والمرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
42. جوهرى، ابتسام وشريفى، هناء. (2021). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كمنبئات بمستوى الضغط المدرك لدى مرضى السكري. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 6(2)، 542-571.
43. حسين، طه عبد العظيم. (2007). سيكولوجية العنف العائلي والمدرسي. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
44. حمري، فاطمة الزهراء و ابرييم، سامية. (2020). الضغط النفسي لدى المرضين بمصلحة الاستعجالات بمستشفى الحكيم عقبي. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، 7(1)، 313-327.
45. خليفة، وليد السيد أحمد وسعد، مراد علي عيسى. (2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي: المفاهيم، النظريات والبرامج. الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
46. خميس، محمد سليم. (2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي، دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية، 5(13)، 285-298.
47. دعاس، حياة. (2022). العنف ضد المرأة العاملة في بيئة العمل في ظل بعض المتغيرات (الحالة العائلية، السن، المهنة). دراسات نفسية وتربوية، 15(1)، 523-536.
48. رضوان، سامر جميل. (2009). الصحة النفسية (الطبعة الثالثة). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
49. زهران، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسى (الطبعة الثالثة). القاهرة: عالم الكتب.

50. سعد، ربا عنان. (2015). العنف ضد المرأة في مكان العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة في مدينة جنين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين.
51. سعودي، عبد الكريم. (2012). علاقة التدين الإسلامي بالصحة النفسية دراسة على عينة من الجنوب الغربي الجزائري. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة وهران، الجزائر.
52. شعبان، عرفات صلاح. (2014). القلق الوظيفي وعلاقته بالاندماج في العمل لدى عينة من عمال المصانع. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 24(82)، 149-235.
53. شكور، جليل وديع. (1997). العنف والجريمة. بيروت: الدار العربية للعلوم.
54. شويطر، خيرة ومنصوري، عبد الحق. (2013). مستويات الضغوط المهنية بين المدرسات والمرمضات. مجلة دراسات نفسية وتربوية مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، 1(10)، 85-102.
55. صيفي، فيصل و بحري، نبيل. (2021). الضغط النفسي المدرك وعلاقته بأساليب التعامل لدى الأطباء والممرضين خلال زمن جائحة كوفيد 19. المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، 10(3)، 1042-1057.
56. عاصمي، نبيلة. (2022). العنف النفسي في العمل وعلاقته بالتوافق والضغط المهنيين، دراسة ميدانية في مستشفيات ولاية البويرة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة مولود معمري بتيزي وزو، الجزائر.
57. عبد الخالق، أحمد محمد. (1983). علم النفس المهني. بيروت: دار المعرفة الجامعية للنشر.
58. عبد الخالق، أحمد محمد. (1999). التفاوض والتشاور. عرض لدراسات عربية. مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت.
59. عبد الفتاح، غريب. (2000). مقياس بك الثاني للاكتئاب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
60. عبد الله، محمد قاسم. (2010). مدخل إلى الصحة النفسية (الطبعة الخامسة). عمان: دار الفكر.
61. عكاشة، محمود فتحي. (1999). علم النفس الصناعي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

62. عياش، ليث محمد. (2009). سلوك العنف وعلاقته بالشعور بالندم. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
63. عيسوي عبد الرحمان (2005). الإيمان والصحة النفسية، مصر: المكتب العربي الحديث.
64. غماري، فوزية. (2021). الضغط المدرك وأعراض التفكك الصدمي القبلي لدى العاملين بالصحة العمومية في ظل جائحة كورونا. الساورة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 7(2)، 341-366.
65. فزقوز، حميدة وإغمين، نديرة. (2021). مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الكوفيد 19 دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الأم والطفل قالمة. حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، 15(2)، 279-298.
66. ملال، خديجة وملال، صافية ومحرزي، مليكة. (2021). دراسة فارقية لمستوى الأمن الوظيفي لدى الممرضين في ضوء متغيري التمر الوظيفي والجنس، دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بوهران. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، 8(3)، 1149-1163.
67. ملال، خديجة وملال، صافية ومدوري، وردة. (2022). التمر الوظيفي في القطاع الصحي. مجلة المعيار، 13(1)، 21-35.
68. ميهوب، يوسف وميهوب، علي. (2020). الصحة البيكولوجية للعامل وتأثيرها على بيئة العمل في ظل انعكاسات كوفيد-19. مجلة قانون العمل والتشغيل، عدد خاص/ تأثير فيروس كورونا على علاقات العمل. 130-139.
69. ناجي، عابدة. (2020). الصحة النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالأداء المهني لدى القابلات (دراسة ميدانية بمصلحتين للولادة بأم البواقي). مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، 7(2)، 498-522.
70. وازي، طاوس ونوار، شهرزاد. (2018). الضغط المهني والصحة النفسية لدى عمال القطاع الصحي (دراسة استكشافية على عينة من موظفي القطاع الصحي بمدينة نقرت)، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 6(4)، 77-87.

ثانيا: باللغة الأجنبية

71. Acker, A., & Liberi, Y. (2018). Risques psychosociaux. In F. Chapelle (Ed), Risques psychosociaux et qualité de vie au travail (pp. 1–6). Paris : Dunod.
72. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail [Anact]. (2013). Les risques psychosociaux, c'est quoi ?. En ligne [http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS ?](http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS)
73. Alaslawi, H.A. (2017). Workplace bullying in Kuwait. Unpublished doctoral dissertation, University of Kentucky, USA.
74. American Psychiatric Association [APA]. (2003). DSM IV TR Manuel et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition (J.D. diagnostique Guelfi et al., Trad.). Paris : Masson. (Oeuvre originale publiée en 2000).
75. Amick, B.C., & Mustard, C. (2005). Labour markets and health: A social epidemiological view. Work, family, health and well-being. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
76. Badran, A. (2003). Sources of work stress among hospital staff at the Saudi MOH. Economic and Administrative Sciences, 17 (1), 28–43.
77. Banyasz, L. (1998). Approche psycho-ergonomique du stress au travail: Modèles conceptuels du stress en psychologie, apports et limites. Travail réalisé dans le cadre de l'étude INRS : Stress au travail, diagnostic, évaluation, gestion et prévention.

78. Béjean, S. & Sultan-Taieb, H. (2005). Modelling the economic burden of diseases imputable to stress at work. European Journal of Health Economics, 50, 16–23.
79. Belayachi, J., Berrechid, K., Amlaiky, F., Zekraoui, A., & Abouqal, R. (2010). Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: Prevalence, predictive factors, and psychological impact. Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 5(27), 1–7.
Doi :10.1186/1745- 6673-5-27
80. Bellego, M. (2012). Risques psychosociaux et organisation du travail. In M. Bellego (Ed), Les risques psychosociaux au travail collection Méthodes & Recherches (pp. 33–84). Bruxelles : de boeck Université.
81. Benhassine, W. (2011). Lombalgie et facteurs psychosociaux liés au travail chez le personnel soignant de la wilaya de Batna. Thèse de Doctorat en sciences médicales non publiée, Université Hadj Lakhdar, Batna, Algérie.
82. Bland, T. S., & Stalcup, S. S. (2001). Managing harassment. Human Resource Management, 40, 51–61.
83. Boyer, P., Dardennes, R., Even, C., Gaillac, V., Gérard, A., Lecrubier, Y., Le Pen, C., & Weiller, E. (1999). Dépression et santé publique, données et réflexions. Paris: Acanthe, Masson, SmithKline Beecham.
84. Boivin– Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. Recherches en soins infirmiers 118 (3), 85–96.

-
85. Boudarene, M. (2005). Le stress entre bien-être et souffrance. Alger: Berti édition.
86. Braconnier, A. (2004). Petit ou grand anxieux ? Paris : Odile Jacob.
87. Branch, S., Ramsay, S., & Barker, M. (2013). Workplace bullying, mobbing and general harassment: A review. International Journal of Management Reviews, 15, 280–299. Doi: 10.1111/j.1468–2370.2012.00339.x
88. Brillet, F., Sauviat, I., & Soufflet, E. (2017). Risques psychosociaux et qualité de vie au travail. Paris : dunod.
89. Brodsky, C. M. (1976). The harassed worker. Lexington: MA–D.C. Health & Co.
90. Bué, J., & Sandret, N. (2008). Un salarié sur six estime être l’objet de comportements hostiles dans le cadre de son travail. Documents pour le Médecin de Travail, 115, 379–387.
91. Burchell, B., Lapidó, D., & Wilkinson, F. (2002). Job insecurity and work intensification. London: Routledge.
92. Carmi–Illuz, T., Peleg, R., Freud, T., & Shvatzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital and community–based physicians in the Negev: An observational study. Bio Med Central Health Services Research, 5(54), 1–6. Doi: 10.1186/1472–6963–5–54
93. Carter, M., Thompson, N., Crampton, P., Morrow, G., Burford, B., Gray, C., & Illing, J. (2013). Workplace bullying in the UK National Health Service: A questionnaire and interview study on prevalence, impact and

-
- barriers to reporting. Bio Med Journal open 3, 1–12. Doi: 10.1136/bmjopen-2013-002628
94. Chandola, T. (2010). Stress at work. London : The British Academy.
95. Chapelle, F. (2018). Risques psychosociaux. In F. Chapelle (Ed), Risques psychosociaux et qualité de vie au travail (pp. 119–125). Paris : Dunod.
96. Chapman, J. (1995). Collegial support linked to reduction of job stress. Nursing management, 24(5), 52.
97. Cheung, .T, & Yip, P.S.F. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health, 12(9), 11072–100. Doi: 10.3390/ijerph120911072
98. Cheung, T., Yip, P.S.F. (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong : prevalence and correlates. BMC Public Health, 17(1), 196. Doi: 10.1186/s12889-017-4112-3
99. Cheung, T., Lee, P.H., & Yip, P.S.F. (2018). The association between workplace violence and physician's and nurses' job satisfaction in Macau. PloS One, 13(12), e0207577. Doi: 10.1371/journal.pone.0207577
100. Clot, Y. (2010). Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux au travail. Paris : La Découverte.
101. Cohidon, C., Arnaud, B., Murcia, M., & le comité de pilotage de Samotrace Centre. (2009). Mal-être et environnement psychosocial au travail :
-

Premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France, Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, 25-26, 265-269.

102. Cox, T., & Griffiths, A. (2005). The nature and measurement of work related stress: Theory and practice. In J. R. Wilson & N. Corlett (Eds), Evaluation of human work (pp. 553-571). London: CRS Press.
103. Crespy, J. (1984). Stress et psychopathologie du travail. Cahiers de Notes-Documentaires, 116, 353-362.
104. Davoine, L. & Meda, D. (2009). Quelle place le travail occupe-t-il dans la vie des français par rapport aux européens ?. Informations Sociales, 153, 48-55.
105. Debois, N. (2003). De l'anxiété aux émotions compétitives : Etat de la recherche sur les états affectifs en psychologie du sport .STAPS, 62(3), 21-42. Doi :10.3917/sta.062.0021
106. Dejours, C. (1988). Plaisir et souffrance dans le travail. Paris : AOCIP.
107. Dejours, C. (2008). Travail usure mentale. Essai de psychopathologie du travail. Paris : Bayard.
108. Dejours, C. & Begue, F. (2009). Suicide et travail : Que faire ?. Paris : Presses Universitaires de France.
109. Desrumaux, P. (2014). Santé psychologique au travail. In P. Zawieja & F. Guarnieri (Eds.), Dictionnaire des risques psychosociaux (pp. 675-679). France : Seuil.

110. Di Martino, V., Hoel, H., & Cooper, C. L. (2003). Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu du travail. Luxembourg : Office des Publications Officielles des Communautés Européennes.
111. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques [Dares] Analyses. (2014). Les risques psychosociaux au travail : Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010. Paris: ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social.
112. Djurkovic, N., McCormack, D., & Casimir, G. (2004). The physical and psychological effects of workplace bullying and their relationship to intention to leave: a test of the psychosomatic and disability hypotheses. International Journal of Organizational Theory and Behavior, 7 (4), 469– 497.
113. Douillet, Ph. (2010). Risques psychosociaux : Un concept opérant... pour transformer l'organisation du travail ?. Nouvelle revue de psychosociologie, 10, 167–178. Doi: 10.3917/nrp.010.0167
114. Drida, M., Engel, M., & Litzemberger, M. (1999). Du harcèlement ou la violence discrète des relations de travail. Violence et Travail, 91–100.
115. Duarte, A., & Dejours, C. (2019). Le harcèlement au travail et ses conséquences psychopathologiques : une clinique qui se transforme. L'évolution Psychiatrique, 84 (2). Doi : 10.1016/j.evopsy.2018.12.002
116. Einarsen, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work : Validity, factor structure and

- psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire–Revised. Work & Stress, 23(1), 24–44. Doi: 10.1080/02678370902815673
117. El Kissi, Y., Maarouf– Bouraoui, M., Amamou, B., Bannour, A. S., Ben Romdhane, A., Ben Nasr, S., & Ben Hadj Ali, B. (2014). Prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les infirmiers de l’hôpital Farhat Hached de sousse : bilan par la version tunisienne du CIDI. Tunis Méditerranée, 92(1), 18–23.
118. Erwandi, D., Kadir, A., & Lestari, F. (2021). Identification of workplace bullying : Reliability and Validity of Indonesian Version of the Negative Acts Questionnaire– Revised (NAQ– R). Int J Environ Res Public Health, 18 (8). Doi: 10.3390/ijerph 18083985
119. Esfahani, A. N., & Shahbazi, G. (2014). Workplace bullying in nursing: The case of Azerbaijan province, Iran. Iran J Nurs Midwifery Res, 19(4), 409– 415.
120. European Agency for Safety and Health at Work [Eu–OSHA]. (2010). European survey of enterprises on new and emerging risks: managing safety and health at work European Communities. Luxembourg: Publications Office of the European Union. En ligne http://osheuropaeu/en/publications/reports/esener1_osh_management
121. European Commission. (2010). Health and safety at work in Europe (1999–2007): A statistical portrait. Luxembourg : Publications Office of the European Union. En ligne <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY OFFPUB/KS–31–09–290/EN/ KS–31–09–290>.

122. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound]. (2007). Work related stress. Luxembourg: Publications Office of the European Union. En ligne <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/reports/TN0502TR01/TN0502TR01>
123. Eurogip. (2013). What recognition for work-related mental disorders: A study of 10 European countries. En ligne http://www.europeanforum.org/documents/24/eurogip_81en_recognition_wr_mental_disorders_europe.pdf.
124. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions [Eurofound]. (2010). Work related stress. Luxembourg: Publications Office of the European Union. En ligne http://www.employment-studies.co.uk/pdflibrary/ef_1110.pdf.
125. Fang, H., Zhao, X., Yang, H., Sun, P., Li, Y., Jiang, K., Li, P., Jiao, M., Liu, M., Qiao, H., & Wu, Q. (2018). Depressive symptoms and workplace violence related risk factors among otorhinolaryngology nurses and physicians in Northern China: a cross-sectional study. BMJ Open *27*, 8(1), e019514. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-019514
126. Farrell, G. A., & Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). Int.J.Nurs.Stud, *49*(11), 31-42. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.0687.
127. Faulx, D. (2009). Les deux faces de la construction sociale du harcèlement moral : Nouveaux regards et nouvelles réalités dans le monde du travail. Psychologie du travail et des organisations, *15* (1), 5-20.

-
128. Fédération des syndicats de l'enseignement [FSE]. (2003). La violence au travail envers les enseignantes et enseignants. En ligne <http://www.Fseqc.net>
129. Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Careiro, I., Antunes, A. R., Conceição, C., Flores, I., & Santos, O. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the portuguese health care sector. Human Ressources for Health, 1, 1–11. En ligne <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11>
130. Fontes, K. B., Santana, R. G., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. D. (2013). Factors associated with bullying at nurses' workplaces. Rev Lat Am Enfermagem, 21(3),64–758. Doi: 10.1590/s0104-11692013000300015
131. Freimann, T., & Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: a cross-sectional study. Scand j Public Health, 43(5), 447–52. Doi: 10.1177/1403494815579477
132. Gollac, M., & Bodier, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris : ministère du Travail , de l'Emploi et de la Santé. En ligne <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000201/0000>.
133. Greenberg, N., Weston, D., Salle, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. Occup Med, 71(2), 62–67. Doi: 10.1093/occmed/kqaa220
-

-
134. Heponiemi, T., Kouvonen, A., Virtanen, M., Vänskä, J., & Elovainio, M. (2014). The prospective effects of workplace violence on physicians' job satisfaction and turnover intentions: The buffering effect of job control. Bio Med Central Health Services Research, 14(19), 1–8. Doi: 10.1186/1472-6963-14-19
135. Herbaut, A., Reich, M., & Horner-Vallet (2003) Evaluation de la détresse psychologique en soins palliatifs. A propos de 50 observations. Médecine et hygiène, 1 (18), 5–10. Doi : 10.3917/inka.031.0005
136. Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C.L. (2001). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. Geneva: International Labour Organization (ILO).
137. Hoel, H. & Salin, D. (2003). Organisational antecedents of workplace bullying. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C.L. Cooper (Eds.), Bullying and emotional abuse in the workplace: International Perspectives in Research and Practice (pp. 203–218). London: Taylor & Francis.
138. Iglesias, L., & Vallejo, B. (2012). Prevalence of bullying at work and its association with self-esteem scores in a Spanish nurse sample. Contemp Nurse 42(1), 2–10. Doi: 10.5172/conu.2012.42.1.2
139. Institut national de recherche et de sécurité [INRS]. (2015). Risques psychosociaux. En ligne <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

-
140. Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm]. (2011). Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants. En ligne [http:// www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/ ?sequence=8](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/217/?sequence=8).
141. Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q., & Hao, Y. (2014). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: A cross-sectional survey. Bio Med Journal open, *5*(1), 1–9. Doi: 10.1136/bmjopen -2014-006719
142. Johnson, S. L. (2009). Workplace bullying: Concerns for nurse leaders. J Nurs Adm, *39* (2), 84–90. Doi: 10.1097/NNA.0b013e318195a5fc
143. Karatza, C., Zyga, S., Tziaferi, S., & Prezerakos, P. (2016). Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. Ann Gen Psychiatry, *15*(7). Doi : 10.1186/s12991-016-0097-z
144. Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
145. Karnas, G. (1997). Evaluation du stress dans une perspective ergonomique. Médecine du travail et ergonomie, *24*(2), 69–74.
146. Kerrien, M., Pougnet, R., Garlantézec, R., Pougnet, L., Le Galudec, M., Loddé, B., & Dewite, J.D. (2015). Prévalence des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. La presse médicale, *44* (4), 84–91. Doi :10.1016/j.lpm.2014.06.042
147. Khoo, S.B. (2010). Academic mobbing : Hidden health hazard at work place. Malaysian family physician, *5*(2), 61–67.

-
148. Khoshknab, M. F., Oskouie, F., Najafi, F., Ghazanfari, N., Tamizi, Z., & Ahmadvand, H. (2015). Psychological violence in the health care settings in Iran: A cross-sectional study. Nurs Midwifery Stud, 4(1), 1-6.
149. Kitaneh, M., & Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: A cross-sectional study. Bio Med148. Central Health Services Research, 12 (46), 1-9. Doi 10.1186/1472-6963 -12-469
150. Kuenzli-Monard, F. (2001). Déconstruction des idées reçues sur la violence : une alternative à la violence. Thérapie familiale, 4 (22), 397-412.
151. Labbe, E., Moulin, J. J., Gueguen, R., Sass, C. Chatain, C., & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la santé sociale: Le score EPICES l'expérience des centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Revue de l'IRES, 53 (1), 1-49.
152. Laliberté, D., & Tremblay, I. (2007). L'organisation du travail et la santé mentale dans les organismes communautaires : Regard sur une situation méconnue. Rapport de recherche, Direction de santé publique de Québec.
153. Lee, J., & Lee, B. (2022). Psychological workplace violence and health outcomes in South Korean nurses. Workplace Health Saf, 70(5), 228-234. Doi: 10.1177/21650799211025997
154. Le Goff, J.P. (2008). La France morcelée. Paris : Gallimard.
-

-
155. Le Petit Larousse illustré . (2013). Paris : Editions Larousse.
156. Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence and Victims, 5(2), 119–126.
157. Leymann, H. (1993). Mobbing : La persécution au travail. Paris : Le Seuil.
158. Liu, H., Zhao, S., Jiao, M., Wang, J., Peters, D. H., Qiao, h., Zhao, Y., Li, Y., Song, L., Xing, K., Lu, Y. & Wu, Q. (2015). Extent, nature and risk factors of workplace violence in public tertiary hospitals in China: A cross– sectional survey. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 6801–6817. Doi: 10.3390/ijerph120606801
159. Lôo, P., Lôo, H., & Galinowski, A. (2003). Le stress permanent: Réaction–adaptation de l’organisme aux aléas existentiels (3^{ème} édition). Paris : Masson.
160. Lorho, F., & Hilp, U. (2001). Le harcèlement au travail (Série Affaires Sociales) Luxembourg : Parlement européen.
161. Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2012). Violence towards healthcare workers in a public health care facility in Italy: A repeated cross–sectional study. Bio Med Central Health Services Research, 12(108), 1–9. Doi: 10.1186/1472–6963–12–108
162. Maitre, E., & Servant, D. (2012). Violence et travail : Enjeux actuels. La lettre du psychiatre, 8(5), 138–141.
163. Makarem, N.N. , Tavitian–Elmadjian, L.R., Brome, D., Hamadh, G.N., & Einarsen, S. (2018). Assessment of workplace bullying : reliability

and validity of an Arabic version of the Negative Acts Questionnaire– Revised .BMJ Open, 8(12). Doi: 10.1136/bmjopen–2018–024009

164. Marien, P. (2012). Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence : Etude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention. Thèse de doctorat en psychologie non publiée, Université Bordeaux 2, France.
165. Maroy, B. (2011). La dépression et son traitement : aspects méconnus. Paris : L'Harmattan.
166. Mata, D.A., Ramos, M.A., Bansal, N., Khan, R., Guillé, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians : A systematic Review and Meta analysis. Jama, 314(22), 73–83. Doi: 10.1001/jama.2015.15845
167. Mhiri, S. (2013). L'impact du stress professionnel sur l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de quitter chez les cadres. Thèse de doctorat en sciences de gestion non publiée, Université de Nice Sophia Antipolis, France.
168. Ministère du travail. (2003). Rapport du Comité interministériel sur le harcèlement psychologique au travail. Bibliothèque nationale du Québec.
169. Mirabel–Sarron, C., & Docteur, A. (2013). Apprendre à soigner les dépression avec les thérapies comportementales et cognitives. Collection Les ateliers du praticien. Paris : Dunod.

170. Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. Paris : Gérontologie et sociétés.
171. Muschalla, B. (2008). Workplace related anxieties and workplace phobia: A concept of domain-specific mental disorders. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Human Sciences, University of Potsdam.
172. Muschalla, B.(2009). Workplace Phobia. The German Journal of Psychiatry, 12(1), 45-53.
173. Muschalla, B., Linden, M., & Olbrich, D. (2010). The relationship between job-anxiety and trait-anxiety—a differential diagnostic investigation with the job-anxiety-scale and the state-trait-anxiety-inventory. Journal of Anxiety Disorders, 24(3), 366-371.
174. Napoli, G. (2022). Stress and depressive symptoms among Italian mental health nurses during the COVID-19 pandemic, a cross-sectional study. Arch Psychiatr Nurs, 36(41), 47. Doi: 10.1016/j.apnu.2021.11.002
175. Ndjaboué, R., Vézina, M., & Brisson, C. (2012). Effets des facteurs psychosociaux au travail sur la santé mentale : Une revue de littérature des études prospectives portant sur trois modèles émergents. Travail et emploi 129, 23-34.
176. Nicholson, P.J., & Vincenti, G.E. (1994). A case of phobic anxiety related to the inability to smell cyanide. Occupational Medicine, 44(2), 107-108.
177. Ning, X., Yu, F., Huang, Q., Li, X., Luo, Y., Huang, Q., & Chen, C. (2020). The mental health of neurological doctors and nurses in Hunan

Province, China during the initial stages of the COVID-19 outbreak. BMC Psychiatry, 20(1), 436. Doi: 10.1186/s12888-020-02838-z

178. Notelaers, G., & Einarsen, S. (2013). The world turns at 33 and 45: defining simple cutt-off scores for the NAQ-R in a representative sample. European Journal of Work and Organizational Psychology, 22(6), 670-682. Doi: 10.1080/135932X.2012.690558
179. Olafsson, R. F., & Johannsdottir, H. L. (2004). Coping with bullying in the workplace: The effect of gender, age and type of bullying. British Journal of Guidance and Counselling, 32 (3), 319-333.
180. Petit, J., Duguet, B., & Daniellou, F. (2011). L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : Enjeux théoriques et méthodologiques. Le travail humain, 74, 391-409.
Doi :10.3917/th.744.0391
181. Poilpot-Rocaboy, G. (2000). Le harcèlement professionnel: Position d'un cadre d'analyse, Revue Française de Gestion, 127, 31-51.
182. Poilpot-Rocaboy, G. (2010). Comprendre la violence au travail : Le cas du harcèlement psychologique. Humanisme et Entreprise, 296, 9-24.
Doi : 10.3917/hume.296.0009
183. Préville, M., Gontijo-Guerra, S., Mechakra-Tahiri., S.D., Vasiliadis, H.M., Lamoureux-Lamarche, C., & Berbiche, D. (2014). L'effet de l'âge, du genre et du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique. Santé mentale au Québec, 38 (1), 243-272. Doi : <https://doi.org/10.7202/1025916ar>

184. Quine, L. (2001). Workplace bullying in nurses. Journal of Health Psychology, 6 (1) Doi: 10.1177/135910530100600106
185. Ragab, M.H. (1998). Anxiety and depression as work environmental problems among physicians. The new Egyptian Journal of Medecine, 19 (1), 30–35.
186. Rasclé, N. (2001). Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l'épuisement professionnel. In M. Bruchon–Schweitzer & B. Quintard (Eds.), Personnalité et maladies : Stress, coping et ajustement (pp. 219– 238). Paris : Dunod.
187. Rasclé, V., Vidal, J., Benoist, C., Duarte, A., & Mohammed–Brahim, B. (2012). Quand l'ergonome traite du risque psychosocial dans l'entreprise : Quelles pratiques dans les pays développés industriels et quels transferts possibles dans les pays en voie de développement ? numéro spécial pour les actes de la conférence internationale : L'ergonomie et son rôle dans la prévention et le développement dans les pays en voie de développement. Prévention et Ergonomie, 5(1), 83–97.
188. Rivolier, J. (1989). L'homme stressé : Psychologie d'aujourd'hui. Paris : Presses Universitaires de France.
189. Rosa, H. (2013, may). Acceleration at work. 16th Conference of the European Association of Work and Organisational Psychology: Imagine the future world: how do we want to work tomorrow?, Muenster, Germany

-
190. Rugulies, R., Madsen, I.E., Hjarsbech, P.U., Hogh, A., Borg, V., Carneiro, I.G., & Aust, B. (2012). Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. Scand j work Environ Health, 38(3), 218–227.
191. Saingolet, A. L. (2016). Risques psychosociaux et reconnaissance en maladie professionnelle par le CRRMP Limousin– Poitou – Charentes. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université de Limoges. France.
192. Servant, D., & Parquet, P. J. (1995). Stress, anxiété et pathologies médicales. Paris : Masson.
193. Shahbazi, G., Naami, A., & Aligholizadeh, S. (2013). An empirical study of the relationship between three components of paternalistic leadership and workplace bullying: The case of an Iranian bank. World Applied Sciences Journal, 22(12), 1814–1821. Doi: 10.5829/idosi.wasj.2013.22.12.45
194. Snaith, R.P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health Qual Life Outcomes, 1, 29–32.
195. Soares, A. (2002). Quand le travail devient indécemment : Le harcèlement psychologique au travail. Montréal : CSQ.
196. Stora, J. B. (1991). Le stress. Paris : Presses Universitaires de France.
197. Stora, J. B. (1994). Le stress des managers en France. Revue Européenne de Psychologie appliquée, 44 (2), 125–133.
-

-
198. Tenório Correia da Silva, A., De Souza Lopes, C., Susser, E., & Rossi Menezes, P. (2016). Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. Am J Public Health, 106(11), 1990-1997. Doi: 10.2105/AJPH.2016.303342
199. Thévenoz, C. (1998). Peur dans le travail : La fin de l'absentéisme. L'heddo, 8, 11-12.
200. Thomas, A. (2010). Les risques psychosociaux, la violence et les professionnels de santé . In N. Combalbert (Ed.), La souffrance au travail : Comment agir sur les risques psychosociaux (pp. 120-129). Paris : Armand Colin.
201. Trépanier, S.G. (2013). Le harcèlement psychologique chez le personnel infirmier :une analyse du rôle des besoins fondamentaux au plan du fonctionnement psychologique et professionnel. Thèse de doctorat en psychologie non publiée. Université du Québec à Trois Rivières.
202. Trontin, C., & Lassagne, M. (2014). Stress au travail : évaluation économique. In P. Zawieja & F. Guarnieri (Eds.), Dictionnaire des risques psychosociaux (pp. 738-741). France : Seuil.
203. Trouillet, R., Bourgey, M., Brouillet, D., & Leroy-Viémon, B. (2012). L'anxiété : Cliniques, modèles et prises en charge. Paris : Dunod.
204. Valléry, G., & Leduc, S. (2014). Les risques psychosociaux (2^{ème} édition). Paris : Presses Universitaires de France.
205. Vézina, M., & Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. Travailler, 1(25), 119-128. Doi : 10.3917/trv.0250119
-

-
206. Willard, M. (2013). Soigner la dépression professionnelle par les TCC. France : Elsevier Masson.
207. Yildirim, D. (2009). Bullying among nurses and its effects. Int Nurs Rev, 56(4), 104–111. Doi: 10.1111/j.1466–7657.2009.00745.x
208. Yildirim, A., & Yildirim, D. (2010). Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effects on nurses. J Clin Nurs, 16, 1–8.
209. Yoon, S. L., & Kim, J.H. (2013). Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. J Nurs Scholarsh, 45(2), 169–76. Doi: 10.1111/jnu.12018
210. Zawieja, Ph., & Guarnieri, F. (2014). Dictionnaire des risques psychosociaux. Paris : Seuil.
211. Zhao, S., Xie, F., Wang, J., Shi, Y., Zhang, S., Han, X., Sun, Z., Shi, L., Li, Z., Mu, H., Liu, X., Liu, W., Gao, L., Sun, T., & Fan, L. (2018). Prevalence of workplace violence against Chinese nurses and its association with mental health: a cross-sectional survey. Arch Psychiatr Nurs, 32(2), 242–247. Doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.009

الملاحق

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION

ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

LE MINISTRE

INSTRUCTION MINISTERIELLE N° 18 DU 27 OCTOBRE 2002 RELATIVE

A LA PROTECTION DE LA SANTE DES PERSONNELS DE SANTE

DESTINATAIRES :

- Mesdames et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population.

En communication à Mesdames et Messieurs **les Directeurs** des Secteurs Sanitaires.

- Messieurs les Directeurs Généraux des Centres Hospitalo-Universitaires.
- Messieurs les Directeurs des Établissements Hospitaliers Spécialisés.

Les personnels de santé toutes catégories confondues, et particulièrement les personnels soignants, au **contact** des malades, surtout dans les unités et services d'urgences, de soins intensifs et de prise en charge de pathologies lourdes sont confrontés souvent à des situations extrêmes dans leur lutte constante contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge.

Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques de travail importantes mais aussi à des contraintes mentales croissantes **dans les services** à activité intensive, du fait de problèmes représentés par des contraintes organisationnelles et relationnelles ou bien relatif à leur vécu de leur travail où peuvent se mêler insatisfaction, manque de participation à la prise de décision et même sentiment d'insécurité et de danger au travail.

Toutes ces contraintes peuvent entraîner une souffrance **psychique chez les** personnels soignants lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener au

stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement professionnel ou " Burn Out ".

C'est sous le vocable générique de risques psychosociaux que sont désignées toutes ces contraintes dont il est important de prendre conscience de la possibilité d'impact sur la détérioration de l'**état de santé** des personnels de santé.

La prévention de ces risques s'impose au même titre que celle des risques physiques, chimiques et biologiques auxquels peuvent être exposés les personnels de santé selon leur **poste de travail**.

Aussi et à l'effet de mieux évaluer l'ensemble des risques y compris les risques psychosociaux dans les différents établissements sanitaires, de prévenir leurs effets et de prendre en charge, précocement les **travailleurs** de la santé en situation de stress, il y a lieu de mettre en œuvre dans les meilleurs délais et dans tous les établissements une démarche préventive basée sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la **surveillance** médico-environnementale en milieu de soins.

Dans ce cadre les solutions à apporter aux problèmes identifiés pourront alors être envisagées tant au **plan individuel** qu'au plan collectif et organisationnel.

Une telle démarche préventive doit être initiée et parrainée par les organes de direction et consultatifs des établissements en liaison **avec les** représentants des travailleurs pour réunir les conditions nécessaires à sa réussite et s'appuyer sur les services de **médecine du travail** des établissements d'une part et les Commissions d'hygiène et de sécurité qui ont fait l'objet de l'instruction n° 10 du 6 mai 2002 portant sur leur mise en place.

Cette démarche doit s'inscrire dans le cadre des efforts déployés pour améliorer la qualité des soins et devra faire l'objet d'une évaluation régulière.

Ainsi, les services de médecine **du travail** doivent orienter leurs activités davantage vers l'évaluation des risques et leur prévention en :

1. Procédant régulièrement et de façon soutenue à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins et accordant une attention particulière à la charge mentale de travail en prenant en considération l'ensemble des paramètres, à savoir l'organisation du temps de travail, les contraintes de rythme de travail, l'autonomie et les marges d'initiative, le collectif de travail et les contacts avec les malades et le public.
2. Evaluant les effets psychopathologiques.
3. Formulant les avis d'aptitude appropriés tenant compte aussi bien des contraintes physiques que psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et ce

avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation et lors des visites médicales périodiques ou de reprise prévues par la réglementation relative à la médecine du travail.

4. Proposant les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins.
5. Proposant les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.
6. Proposant à la Direction et aux Chefs de service concernés les modifications et améliorations à apporter au fonctionnement des services et unités de soins lorsque des dysfonctionnements importants sont notés et sont susceptibles de détériorer l'état de santé des personnels.

Les Commissions d'hygiène et de sécurité devront fonctionner régulièrement et prendre en charge les avis et recommandations des médecins du travail, en liaison avec les chefs de service concernés, en vue d'une amélioration constante des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Elles doivent représenter le cadre privilégié dans lequel les doléances des personnels relatives à leurs conditions de travail et les propositions des services de médecine du travail doivent trouver une solution en **terme** de prévention collective aussi bien des risques physiques, biologiques, chimiques que ceux liés à des contraintes organisationnelles et relationnelles.

Aussi et au sein de chaque établissement de santé un Plan d'activité pour la protection de la santé des travailleurs doit être arrêté avec des échéances et des indicateurs concernant les différentes actions menées pour l'amélioration des conditions de travail des personnels de santé.

Le plan d'activité doit engager aussi bien les gestionnaires que les représentants des travailleurs.

La **réalisation** des plans d'activité et leurs niveaux de mise en oeuvre occupera une place importante dans l'évaluation des établissements de santé.

J'insiste particulièrement sur la mise en oeuvre de ce dispositif et son fonctionnement optimal qui requiert une attention particulière de la part des Conseils d'administration, des Directions et des Conseils scientifiques et médicaux des établissements de santé.

Un rapport sur sa mise en oeuvre devra être établi à l'échéance du mois de Décembre 2002.

ملحق رقم (2)

مقياس الضغط المدرك واستبيان الأفعال السلبية ومقياس قلق واكتئاب المستشفى في صورتهم النهائية قبل توزيعهم على أفراد العينة.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

سيدتي المحترمة، سيدي المحترم، أنا طالبة في علم النفس بجامعة الجزائر -2- بصدد تحضير أطروحة تخرج لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس تخصص عمل وتنظيم تحت عنوان "الأخطار النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية في العمل".

يسرني أن أتقدم إليكم بهذه الاستمارة راجية منكم مساعدتي وذلك بالإجابة الدقيقة والموضوعية على الأسئلة الواردة فيها، وأحيطكم علما أن إجاباتكم سوف تعنى بالسرية الكاملة والتامة ولا تستعمل إلا لأغراض علمية بحتة. أرجو منكم الإجابة على كل الأسئلة دون استثناء وذلك بوضع علامة (X) أمام الاقتراح الذي ترونه مناسبا لكم.

بيانات شخصية

الجنس:

ذكر

أنثى

السن:

الحالة المدنية:

أعزب

متزوج

مطلق

أرمل

الفئة المهنية:

طبيب مختص

طبيب مقيم

طبيب عام

ممرض

الأقدمية في المركز:

مقياس الضغط المدرك (1983) Cohen, Kamarck & Mermelstein

دوما	غالبا	أحيانا	نادرا	إطلاقا	البنود
					1. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالانزعاج بسبب حدث غير متوقع؟
					2. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بأنك غير قادر على التحكم في الأمور الهامة في حياتك؟
					3. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالتوتر أو الضغط؟
					4. في غضون الشهر الماضي، كم مرة وقفت في التعامل مع المشاكل والصعوبات اليومية؟
					5. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تواجه بصفة فعالة التغيرات المهمة التي طرأت في حياتك؟
					6. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالثقة في قدرتك على معالجة مشاكلك الشخصية؟
					7. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الأمور تسير على الطريقة التي تريدها أنت؟
					8. في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت أنك لم تستطع التعامل مع كل الأشياء التي كان عليك القيام بها؟
					9. في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في المواقف المزعجة في حياتك؟
					10. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أنك تسيطر على الوضع؟
					11. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت بالاستياء والغضب بسبب الأحداث التي كانت خارجة عن سيطرتك؟
					12. في غضون الشهر الماضي، كم مرة وجدت نفسك تفكر في الأشياء التي يجب عليك إنجازها؟
					13. في غضون الشهر الماضي، كم مرة تمكنت من التحكم في الطريقة التي تقضي بها وقتك؟
					14. في غضون الشهر الماضي، كم مرة شعرت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع التغلب عليها؟

استبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة (2009) Einarsen, Hoel & Norelaers

غالبا ما نشاهد السلوكيات التالية كأتملة على السلوك السلبي في مكان العمل. في غضون الستة أشهر الماضية، كم عدد المرات التي تعرضت فيها للتصرفات السلبية التالية أثناء العمل؟
يرجى اختيار الرقم الذي يتوافق مع تجربتك الشخصية على مدى الستة أشهر الماضية:

5 يومية	4 مرة في الأسبوع	3 مرة في الشهر	2 بين الحين والآخر	1 أبدا
------------	---------------------	-------------------	-----------------------	-----------

5	4	3	2	1	1. شخص ما قام بحجب المعلومات عنك مما أثر سلبا على أدائك.
5	4	3	2	1	2. تتعرض للإذلال أو السخرية فيما يتعلق بعملك.
5	4	3	2	1	3. يتم أمرك بالقيام بعمل أقل من مستوى كفاءتك.
5	4	3	2	1	4. يتم استبدال مسؤولياتك الرئيسية بمهام تافهة أو غير مريحة.
5	4	3	2	1	5. يتم نشر الشائعات عنك.
5	4	3	2	1	6. يتم تجاهلك أو استبعادك.
5	4	3	2	1	7. يتم إصدار تصريحات مهينة أو مسيئة عن شخصك، أو سلوكياتك أو حياتك الخاصة.
5	4	3	2	1	8. يتم الصراخ عليك أو كنت ضحية لغضب عفوي أو نوبة انفعال.
5	4	3	2	1	9. تتعرض لسلوك التخويف أو الترهيب مثل الإشارة بالإصبع، التعدي على المساحة الشخصية، والدفع، والمنع/إعاقة الطريق.
5	4	3	2	1	10. يتم التلميح أو الإشارة من آخرين بأنه يجب أن تترك عملك.
5	4	3	2	1	11. يتم تكرار تذكيرك بأخطائك المتعلقة بالعمل.
5	4	3	2	1	12. يتم تجاهلك أو تواجه رد فعل عدائي عندما تحاول التقرب.
5	4	3	2	1	13. يتم انتقادك باستمرار فيما يتعلق بعملك وجهودك.

5	4	3	2	1	14. يتم تجاهل آرائك ووجهات نظرك.
5	4	3	2	1	. تتعرض لنكت ومزاحات ثقيلة من قبل أشخاص لا تستلطفهم.
5	4	3	2	1	16. يتم إعطائك مهام ذات أهداف أو مواعيد تسليم غير معقولة أو مستحيلة.
5	4	3	2	1	. يتم توجيه الادعاءات أو الاتهامات ضدك.
5	4	3	2	1	18. يتم مراقبة أو رصد عملك بإفراط.
5	4	3	2	1	19. يتم الضغط عليك بعدم المطالبة بشيء يحق لك الحصول عليه (مثل الإجازة المرضية، أو عطلة مستحقة، أو نفقات السفر).
5	4	3	2	1	. يتم جعلك موضوعا لعملية إغاظه وسخرية مفرطة.
5	4	3	2	1	21. تتعرض لعبء عمل لا يمكن إدارته أو التحكم فيه.
5	4	3	2	1	22. التهديد بالعنف أو الاعتداء الفعلي.

23. هل تعرضت للعنف النفسي في العمل؟ نعرف العنف النفسي على أنه الموقف الذي يدرك فيه الشخص أنه يتعرض لمعاملة سلبية باستمرار وعلى مدى فترة من الزمن من قبل شخص أو عدة أشخاص، بحيث يجد صعوبة في الدفاع عن نفسه ضد هذه الأفعال. ولن نشير إلى حادثة حصلت لمرة واحدة على أنها حالة عنف نفسي. باستخدام التعريف المذكور أعلاه يرجى ذكر ما إذا تعرضت للعنف النفسي في العمل خلال السنة أشهر الماضية؟

() لا، أبدا

() نعم، ولكن نادرا

() نعم، بين الحين والآخر

() نعم، عدة مرات في الأسبوع

() نعم، تقريبا يوميا

24. إذا كانت إجابتك على السؤال السابق "نعم"، يرجى وضع علامة في الخانة أو الخانات المناسبة أدناه لذكر من هم الذين تعرضت للعنف النفسي من قبلهم:

() زملاء العمل

() الرؤساء الآخرين

() رئيسي المباشر

() أشخاص آخرين

() عائلات المرضى

() المرضى

() المرؤوسين

مقياس قلق واكتئاب المستشفى (Zigmond & Snaith (1983)

ق	1. أشعر بالتوتر الشديد	اك	8. أشعر كما لو أن شيئاً ما يبطنني
0	إطلاقاً	0	إطلاقاً
1	بين الحين والآخر	1	في بعض الأوقات
2	عدة مرات	2	في كثير من الأحيان
3	أكثر الوقت	3	تقريباً في كل وقت
اك	2. ما زلت أستمتع بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها	ق	9. ينتابني شعور بالخوف وكأن معدتي مقبوضة
0	بالتأكيد، كما كنت	0	إطلاقاً
1	ليس تماماً	1	أحياناً
2	قليلاً	2	كثيراً
3	بالكاد، على الإطلاق	3	في أغلب الأوقات
ق	3. أشعر بنوع من الخوف وكأن شيئاً مروعا على وشك الحدوث	اك	10. لقد فقدت الاهتمام بمظهري
0	إطلاقاً	0	أعتني بمظهري كما كنت في السابق
1	قليلاً، لكنه لا يقلقني	1	قد لا أعتني بمظهري كما يجب
2	نعم، ولكن أقل سوءاً	2	لا أهتم بمظهري كما ينبغي علي فعله
3	بالتأكيد	3	بالتأكيد
اك	4. أستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء	ق	11. أشعر بالضيق عندما تتوجب علي الحركة
0	كما كنت سابقاً	0	إطلاقاً
1	أقل مما كنت في السابق	1	بين الحين والآخر
2	بالتأكيد ليس كثيراً الآن	2	أغلب الأوقات
3	إطلاقاً	3	دوماً
ق	5. تدور أفكار مقلقة في ذهني	اك	12. أتطلع للمستقبل مع الاستمتاع بالأشياء
0	نادراً	0	بقدر ما يمكنني فعله
1	بين الحين والآخر	1	نوعاً ما أقل مما اعتدت علي فعله
2	في كثير من الأحيان	2	بالتأكيد أقل مما اعتدت علي فعله

إطلاقا	3	أغلب الأوقات	3
13. ينتابني شعور مفاجئ بالهلع	ق	6. أشعر بالبهجة	اك
إطلاقا	0	في أغلب الأوقات	0
ليس كثيرا	1	في بعض الأحيان	1
غالبا	2	ليس كثيرا	2
في الواقع، في كثير من الأحيان	3	إطلاقا	3
14. يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو بمتابعة برنامج إذاعي أو تلفزيوني	اك	7. يمكنني الجلوس براحة والشعور بالاسترخاء	ق
غالبا	0	بكل تأكيد	0
في بعض الأحيان	1	عادة	1
ليس كثيرا	2	ليس كثيرا	2
نادرا جدا	3	إطلاقا	3

ملحق رقم (3)

مقياس الضغط المدرك واستبيان الأفعال السلبية - نسخة معدلة ومقياس قلق واكتئاب
المستشفى في نسختهم الأصلية باللغة الانجليزية

Perceived stress scale PSS14

Items	never	almost never	sometimes	Fairly often	very often
1. In the last month, how often have you been upset by something that happened unexpectedly?					
2. In the last month, how often have you felt that you were unable to control important things in your life?					
3. In the last month, how often have you felt nervous and stressed?					
4. In the last month, how often have you dealt successfully with day-to-day problems and annoyances?					
5. In the last month, how often have you felt that you were effectively coping with important changes that were occurring in your life?					
6. In the last month, how often have you felt confident about your ability to handle your personal problems?					
7. In the last month, how often have you felt that things were going your way?					
8. In the last month, how often have you found that you could not cope with all					

the things that you had to do?					
9. In the last month, how often have you been able to control irritations in your life?					
10. In the last month, how often have you felt that you were on top of things?					
11. In the last month, how often have you been angered because of things that were outside of your control?					
12. In the last month, how often have you found yourself thinking about things that you have to accomplish?					
13. In the last month, how often have you been able to control the way you spend your time?					
14. In the last month, how often have you felt difficulties were piling up so high that you could not overcome them?					

Negative Acts Questionnaire- Revised (NAQ-R)

These statements describe your interactions with your coworkers. For each statement please rate the frequency with which you experience the following interactions by circling the appropriate number.

1=Never

2=Occasionally

3=Monthly

4=Weekly

5=Daily

1. Someone withholding information which affects your performance	1	2	3	4	5
2. Being humiliated or ridiculed in connection with your work	1	2	3	4	5
3. Being ordered to do work below your level of competence	1	2	3	4	5
4. Having key areas of responsibility removed or replaced with more trivial or unpleasant tasks	1	2	3	4	5
5. Spreading of gossip and rumors about you	1	2	3	4	5
6. Being ignored or excluded	1	2	3	4	5
7. Having insulting or offensive remarks made about your person, your attitudes or your private life	1	2	3	4	5
8. Being shouted at or being the target of spontaneous anger	1	2	3	4	5
9. Intimidating behaviors such as finger-pointing, invasion of personal space, shoving, blocking your way	1	2	3	4	5
10. Hints or signals from others that you should quit your job	1	2	3	4	5
11. Repeated reminders of your errors or mistakes	1	2	3	4	5
12. Being ignored or facing a hostile reaction when you approach	1	2	3	4	5
13. Persistent criticism of your errors or mistakes	1	2	3	4	5
14. Having your opinions ignored	1	2	3	4	5
15. Practical jokes carried out by people you don't get along with	1	2	3	4	5
16. Being given tasks with unreasonable deadlines	1	2	3	4	5
17. Having allegations made against you	1	2	3	4	5
18. Excessive monitoring of your work	1	2	3	4	5

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over your replies: your immediate is best.

D	A		D	A	
		I feel tense or "wound up":			I feel as if I am slowed down:
	3	Most of the time	3		Nearly all the time
	2	A lot of the time	2		Very often
	1	From time to time, occasionally	1		Sometimes
	0	Not at all	0		Not at all
		I still enjoy the things I used to enjoy:			I get a sort of frightened feeling like "butterflies in the stomach":
0		Definitely as much		0	Not at all
1		Not quite so much		1	Occasionally
2		Only a little		2	Quite often
3		Hardly at all		3	Very often
		I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:			I have lost interest in my appearance:
	3	Very definitely	3		Definitely
	2	Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
	1	A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
	0	Not at all	0		I take just as much care as ever
		I can laugh and see the funny side of things:			I feel restless as I have to be on the move:
0		As much as I always could		3	Very much indeed
1		Not quite so much now		2	Quite a lot
2		Definitely not so much now		1	Not very much
3		Not at all		0	Not at all
		Worrying thoughts go through my mind:			I look forward with enjoyment to things
	3	A great deal of time	0		As much as I ever did
	2	A lot of time	1		Rather less than I used to
	1	From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
	0	Only occasionally	3		Hardly at all
		I feel cheerful:			I get sudden feelings of panic:
3		Not at all		3	Very often indeed
2		Not often		2	Quite often
1		Sometimes		1	Not very often
0		Most of the time		0	Not at all
		I can sit at ease and feel relaxed:			I can enjoy a good book or radio

					or TV program:
	0	Definitely	0		Often
	1	Usually	1		Sometimes
	2	Not often	2		Not often
	3	Not at all	3		Very seldom

ملحق رقم (4)

1. صدق وثبات مقياس الضغط المدرك

		Corrélations							
		AXE1	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00008	VAR00011	VAR00012	VAR00014
AXE1	Corrélacion de Pearson	1	,799**	,798**	,728**	,543**	,689**	,553**	,689**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,002	,000	,002	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00001	Corrélacion de Pearson	,799**	1	,682**	,630**	,379*	,473**	,177	,487**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,039	,008	,349	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00002	Corrélacion de Pearson	,798**	,682**	1	,483**	,487**	,518**	,291	,446*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,007	,006	,003	,119	,014
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00003	Corrélacion de Pearson	,728**	,630**	,483**	1	,126	,351	,308	,478**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,007		,507	,057	,098	,007
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00008	Corrélacion de Pearson	,543**	,379*	,487**	,126	1	,569**	,169	,068
	Sig. (bilatérale)	,002	,039	,006	,507		,001	,371	,720
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00011	Corrélacion de Pearson	,689**	,473**	,518**	,351	,569**	1	,188	,279
	Sig. (bilatérale)	,000	,008	,003	,057	,001		,319	,135
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00012	Corrélacion de Pearson	,553**	,177	,291	,308	,169	,188	1	,461*
	Sig. (bilatérale)	,002	,349	,119	,098	,371	,319		,010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00014	Corrélacion de Pearson	,689**	,487**	,446*	,478**	,068	,279	,461*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,014	,007	,720	,135	,010	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Corrélations

		TOTALPSS14	AXE1	AXE2
TOTALPSS14	Corrélation de Pearson	1	,872**	,882**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
AXE1	Corrélation de Pearson	,872**	1	,539**
	Sig. (bilatérale)	,000		,002
	N	30	30	30
AXE2	Corrélation de Pearson	,882**	,539**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	
	N	30	30	30

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

Corrélations

		AXE2	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00009	VAR00010	VAR00013
AXE2	Corrélation de Pearson	1	,858**	,938**	,680**	,440*	,938**	,938**	,648**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,015	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00004	Corrélation de Pearson	,858**	1	,856**	,499**	,113	,856**	,856**	,509**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,005	,551	,000	,000	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00005	Corrélation de Pearson	,938**	,856**	1	,501**	,271	1,000**	1,000**	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,005	,148	,000	,000	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00006	Corrélation de Pearson	,680**	,499**	,501**	1	,270	,501**	,501**	,288
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,005		,150	,005	,005	,122
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00007	Corrélation de Pearson	,440*	,113	,271	,270	1	,271	,271	,223
	Sig. (bilatérale)	,015	,551	,148	,150		,148	,148	,237
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00009	Corrélation de Pearson	,938**	,856**	1,000**	,501**	,271	1	1,000**	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,005	,148		,000	,004

N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00010	Corrélation de Pearson	,938**	,856**	1,000**	,501**	,271	1,000**	1	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,005	,148	,000		,004
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00013	Corrélation de Pearson	,648**	,509**	,512**	,288	,223	,512**	,512**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,004	,004	,122	,237	,004	,004	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	

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

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,887	14

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,811	7

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,886	7

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,785
		Nombre d'éléments	7 ^a
	Partie 2	Valeur	,793
		Nombre d'éléments	7 ^b
	Nombre total d'éléments		14
Corrélation entre les sous-échelles			,837
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,912
	Longueur inégale		,912

N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00003	Corrélation de Pearson	,631**	,212	1	,510**	,599**	,232	,269	,256
	Sig. (bilatérale)	,000	,261		,004	,000	,217	,150	,172
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00014	Corrélation de Pearson	,590**	,386*	,510**	1	,500**	,145	,298	,274
	Sig. (bilatérale)	,001	,035	,004		,005	,444	,110	,143
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00016	Corrélation de Pearson	,741**	,291	,599**	,500**	1	,280	,451*	,535**
	Sig. (bilatérale)	,000	,119	,000	,005		,134	,012	,002
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00018	Corrélation de Pearson	,689**	,318	,232	,145	,280	1	,654**	,559**
	Sig. (bilatérale)	,000	,087	,217	,444	,134		,000	,001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00019	Corrélation de Pearson	,782**	,313	,269	,298	,451*	,654**	1	,660**
	Sig. (bilatérale)	,000	,092	,150	,110	,012	,000		,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00021	Corrélation de Pearson	,796**	,442*	,256	,274	,535**	,559**	,660**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,014	,172	,143	,002	,001	,000	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	

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

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

VAR00 013	Corrélation de Pearson	,758**	,502**	,180	,325	,383*	,455*	,443*	,849**	,642**	1	,420*	,260	,573**
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,342	,080	,037	,012	,014	,000	,000		,021	,165	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00 015	Corrélation de Pearson	,694**	,433*	,245	,613**	,589**	,405*	,266	,420*	,505**	,420*	1	,522**	,344
	Sig. (bilatérale)	,000	,017	,193	,000	,001	,027	,155	,021	,004	,021		,003	,062
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00 017	Corrélation de Pearson	,609**	,264	,625**	,480**	,240	,066	,274	,347	,418*	,260	,522**	1	,326
	Sig. (bilatérale)	,000	,158	,000	,007	,202	,728	,143	,060	,021	,165	,003		,079
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00 020	Corrélation de Pearson	,650**	,198	,147	,094	,219	,526**	,554**	,535**	,605**	,573**	,344	,326	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,294	,437	,622	,245	,003	,001	,002	,000	,001	,062	,079	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,762	3

Corrélations

		NAQR3	VAR00008	VAR00009	VAR00022
NAQR3	Corrélation de Pearson	1	,861**	,814**	,815**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
VAR00008	Corrélation de Pearson	,861**	1	,492**	,660**
	Sig. (bilatérale)	,000		,006	,000
	N	30	30	30	30
VAR00009	Corrélation de Pearson	,814**	,492**	1	,461*
	Sig. (bilatérale)	,000	,006		,010
	N	30	30	30	30
VAR00022	Corrélation de Pearson	,815**	,660**	,461*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,010	
	N	30	30	30	30

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

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

Corrélations

		TOTNAQR	NAQR1	NAQR2	NAQR3
TOTNAQR	Corrélation de Pearson	1	,926**	,950**	,821**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
NAQR1	Corrélation de Pearson	,926**	1	,778**	,707**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30
NAQR2	Corrélation de Pearson	,950**	,778**	1	,730**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30
NAQR3	Corrélation de Pearson	,821**	,707**	,730**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,839
		Nombre d'éléments	11 ^a
	Partie 2	Valeur	,874
		Nombre d'éléments	11 ^b
Nombre total d'éléments			22
Corrélation entre les sous-échelles			,918
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,957
	Longueur inégale		,957
Coefficient de Guttman			,956

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022.

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur
l'égalité des
variances

Test t pour égalité des moyennes

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes				Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الدرجات	3,943	,063	14,732	18	,000	34,70000	2,35537	29,75155	39,64845
Hypothèse de variances égales									
Hypothèse de variances inégales			14,732	12,724	,000	34,70000	2,35537	29,60030	39,79970

3. صدق وثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى

		Corrélations							
		anxiete	VAR00001	VAR00003	VAR00005	VAR00007	VAR00009	VAR00011	VAR00013
anxiete	Corrélacion de Pearson	1	,716**	,675**	,562**	,544**	,661**	,578**	,632**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,001	,002	,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00001	Corrélacion de Pearson	,716**	1	,275	,441*	,344	,193	,436*	,490**
	Sig. (bilatérale)	,000		,141	,015	,063	,307	,016	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00003	Corrélacion de Pearson	,675**	,275	1	,197	,209	,534**	,353	,288
	Sig. (bilatérale)	,000	,141		,298	,268	,002	,056	,123
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00005	Corrélacion de Pearson	,562**	,441*	,197	1	,206	,323	-,028	,372*
	Sig. (bilatérale)	,001	,015	,298		,274	,082	,884	,043
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00007	Corrélacion de Pearson	,544**	,344	,209	,206	1	,433*	,150	,180
	Sig. (bilatérale)	,002	,063	,268	,274		,017	,430	,340
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00009	Corrélacion de Pearson	,661**	,193	,534**	,323	,433*	1	,203	,254
	Sig. (bilatérale)	,000	,307	,002	,082	,017		,282	,175
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00011	Corrélacion de Pearson	,578**	,436*	,353	-,028	,150	,203	1	,223
	Sig. (bilatérale)	,001	,016	,056	,884	,430	,282		,236
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00013	Corrélacion de Pearson	,632**	,490**	,288	,372*	,180	,254	,223	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,123	,043	,340	,175	,236	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

VAR00010	Corrélation de Pearson	,481**	,065	,310	,159	,378*	1	,236	,101
	Sig. (bilatérale)	,007	,733	,096	,401	,039		,208	,597
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00012	Corrélation de Pearson	,663**	,400*	,280	,581**	,236	,236	1	,087
	Sig. (bilatérale)	,000	,028	,134	,001	,210	,208		,648
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00014	Corrélation de Pearson	,466**	,254	,262	,032	,272	,101	,087	1
	Sig. (bilatérale)	,009	,176	,162	,869	,145	,597	,648	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Corrélations

		totalhads	anxiete	depression
totalhads	Corrélation de Pearson	1	,964**	,966**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
anxiete	Corrélation de Pearson	,964**	1	,862**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	30	30	30
depression	Corrélation de Pearson	,966**	,862**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,727
		Nombre d'éléments	7 ^a
	Partie 2	Valeur	,734
		Nombre d'éléments	7 ^b
Nombre total d'éléments			14
Corrélation entre les sous-échelles			,862
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,926
	Longueur inégale		,926
Coefficient de Guttman			,926

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014.

Coefficient de Guttman	,911
------------------------	------

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007.

b. Les éléments sont : VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014.

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الدرجات	Hypothèse de variances égales	16,403	,001	7,115	18	,000	13,40000	1,88326	9,44342	17,35658
	Hypothèse de variances inégales			7,115	10,428	,000	13,40000	1,88326	9,22706	17,57294

ملحق رقم (5)

عرض نتائج SPSS 26 الخاصة بالعلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية في العمل.

Corrélations

		anxiete	depression	somHADS	violence	violence1	violence2	violence3
anxiete	Corrélacion de Pearson	1	,730**	,933**	,330**	,327**	,284**	,299**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
depression	Corrélacion de Pearson	,730**	1	,927**	,375**	,337**	,344**	,320**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
somHADS	Corrélacion de Pearson	,933**	,927**	1	,378**	,357**	,337**	,332**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
violence	Corrélacion de Pearson	,330**	,375**	,378**	1	,900**	,944**	,783**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
violence1	Corrélacion de Pearson	,327**	,337**	,357**	,900**	1	,749**	,596**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
violence2	Corrélacion de Pearson	,284**	,344**	,337**	,944**	,749**	1	,718**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
somviolence3	Corrélacion de Pearson	,299**	,320**	,332**	,783**	,596**	,718**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	234	234	234	234	234	234	234

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

ملحق رقم (6)

عرض نتائج SPSS 26 الخاصة بشروط اختبار الانحدار الخطي المتعدد القياسي

1. التوزيع الطبيعي لبيانات نموذج الانحدار الخطي المتعدد القياسي

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Violence psychologique	,039	234	,200*	,995	234	,649

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	Ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Stress perçu	,030	234	,200*	,997	234	,954

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
DEPRESSION	,046	234	,200*	,996	234	,871

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
ANXIETE	,047	234	,200*	,992	234	,273

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

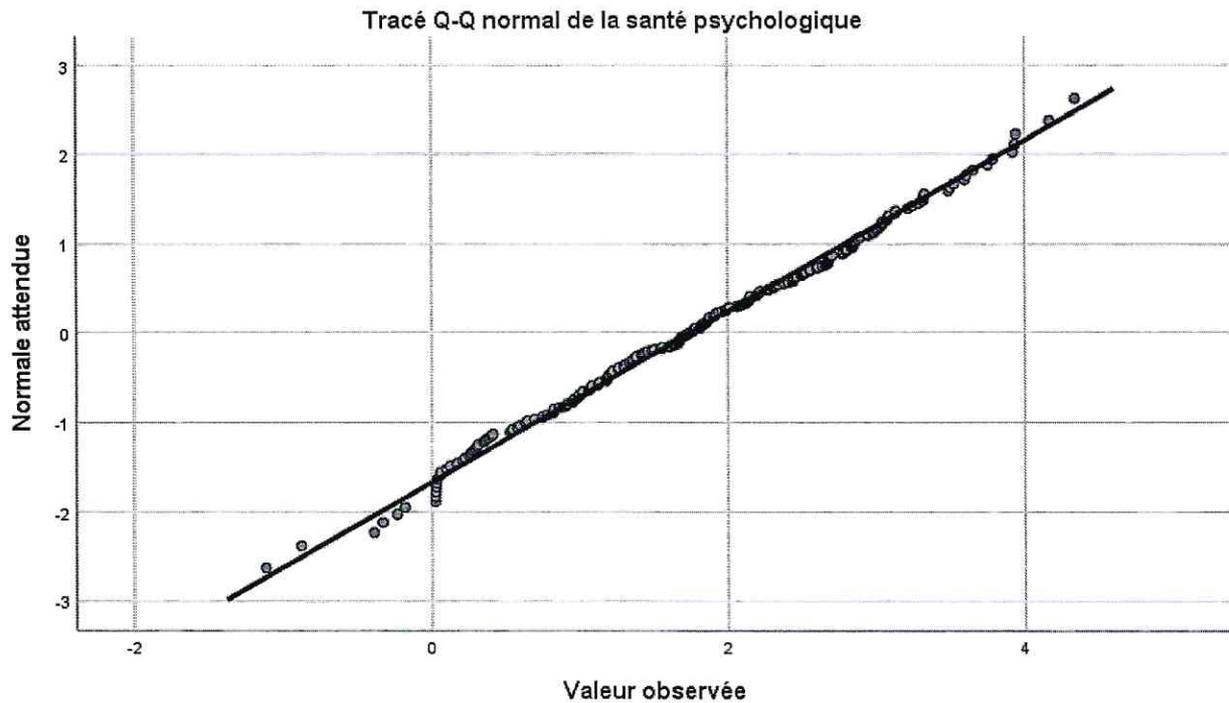
Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	Ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Santé psychologique	,034	234	,200*	,995	234	,609

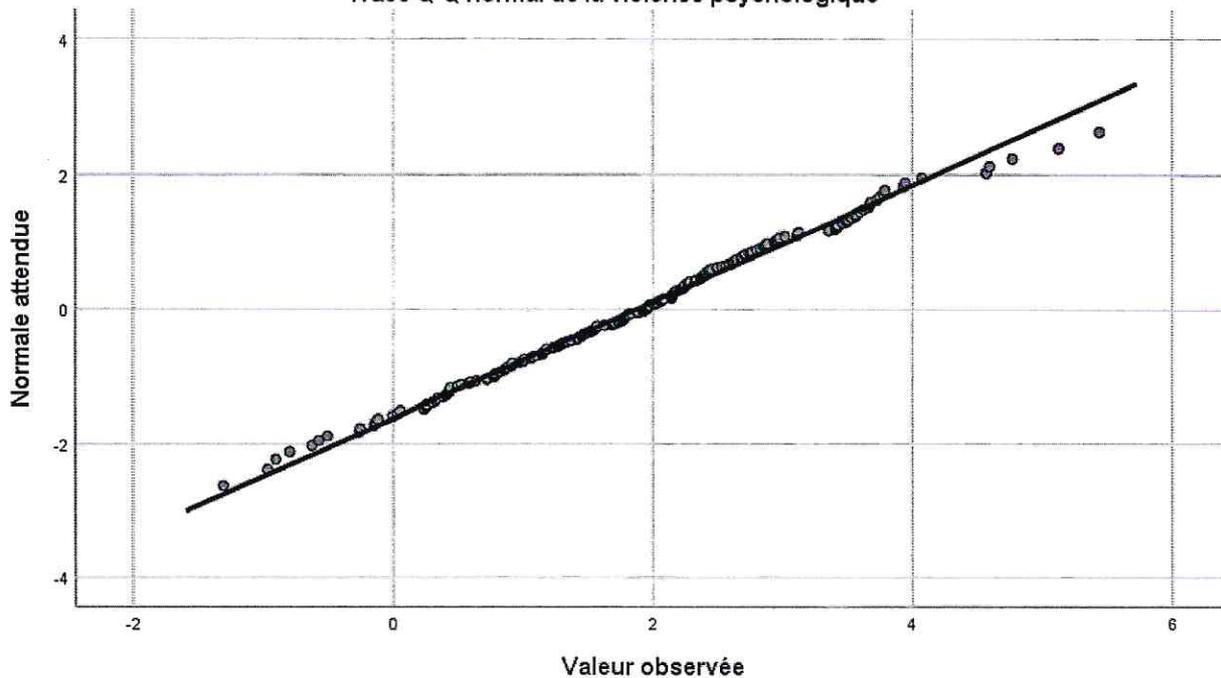
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

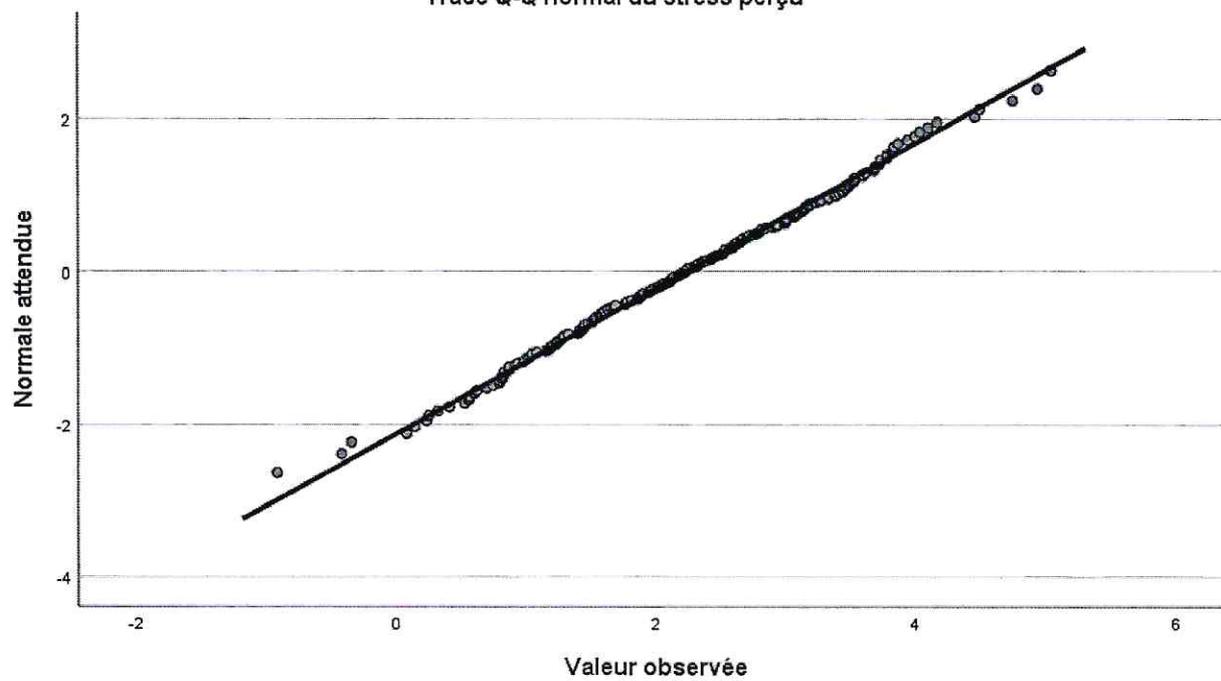
2. تجمع بيانات المتغيرات والبواقي حول الخط المستقيم



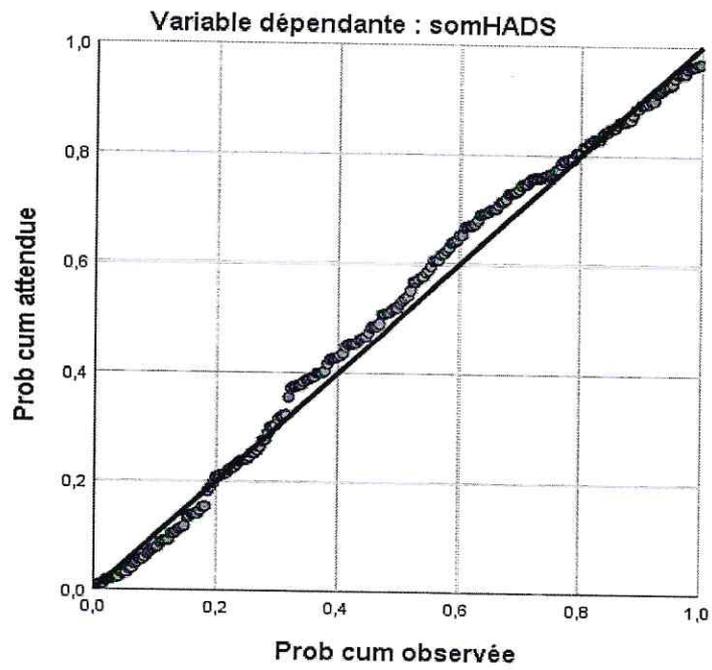
Tracé Q-Q normal de la violence psychologique



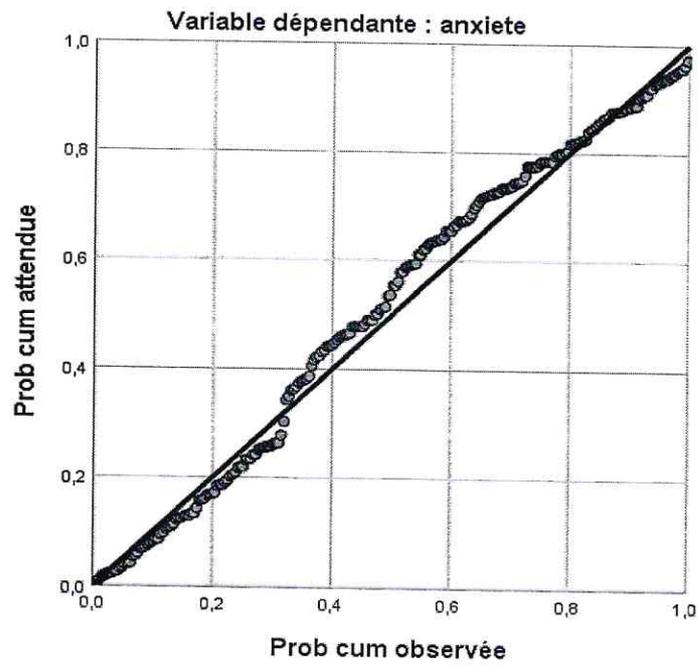
Tracé Q-Q normal du stress perçu



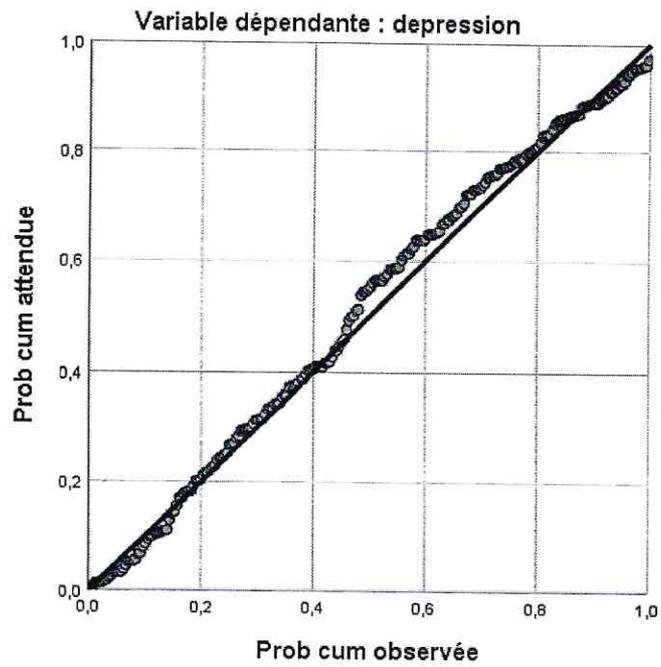
Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé



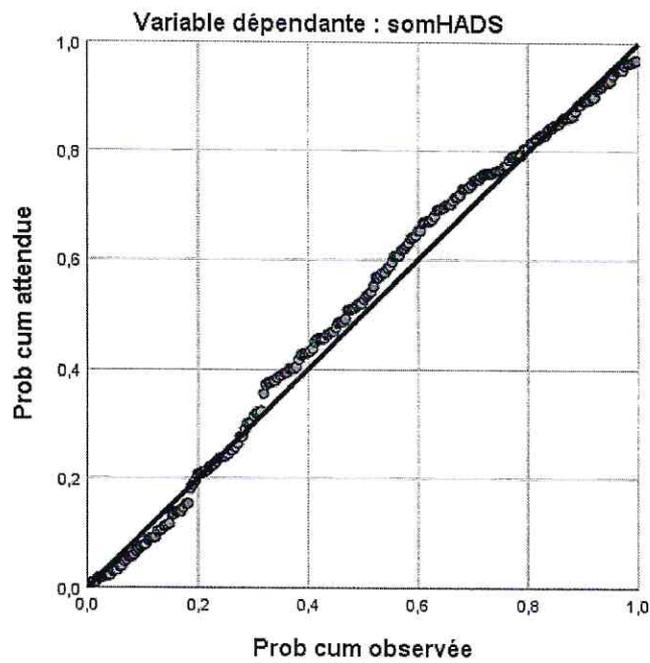
Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé



Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé



Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé



ملحق رقم (4)

1. صدق وثبات مقياس الضغط المدرك

		Corrélations							
		AXE1	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00008	VAR00011	VAR00012	VAR00014
AXE1	Corrélation de Pearson	1	,799**	,798**	,728**	,543**	,689**	,553**	,689**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,002	,000	,002	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00001	Corrélation de Pearson	,799**	1	,682**	,630**	,379*	,473**	,177	,487**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,039	,008	,349	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00002	Corrélation de Pearson	,798**	,682**	1	,483**	,487**	,518**	,291	,446*
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,007	,006	,003	,119	,014
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00003	Corrélation de Pearson	,728**	,630**	,483**	1	,126	,351	,308	,478**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,007		,507	,057	,098	,007
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00008	Corrélation de Pearson	,543**	,379*	,487**	,126	1	,569**	,169	,068
	Sig. (bilatérale)	,002	,039	,006	,507		,001	,371	,720
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00011	Corrélation de Pearson	,689**	,473**	,518**	,351	,569**	1	,188	,279
	Sig. (bilatérale)	,000	,008	,003	,057	,001		,319	,135
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00012	Corrélation de Pearson	,553**	,177	,291	,308	,169	,188	1	,461*
	Sig. (bilatérale)	,002	,349	,119	,098	,371	,319		,010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00014	Corrélation de Pearson	,689**	,487**	,446*	,478**	,068	,279	,461*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,014	,007	,720	,135	,010	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Corrélations

		TOTALPSS14	AXE1	AXE2
TOTALPSS14	Corrélation de Pearson	1	,872**	,882**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
AXE1	Corrélation de Pearson	,872**	1	,539**
	Sig. (bilatérale)	,000		,002
	N	30	30	30
AXE2	Corrélation de Pearson	,882**	,539**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	
	N	30	30	30

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

Corrélations

		AXE2	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00009	VAR00010	VAR00013
AXE2	Corrélation de Pearson	1	,858**	,938**	,680**	,440*	,938**	,938**	,648**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,015	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00004	Corrélation de Pearson	,858**	1	,856**	,499**	,113	,856**	,856**	,509**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,005	,551	,000	,000	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00005	Corrélation de Pearson	,938**	,856**	1	,501**	,271	1,000**	1,000**	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,005	,148	,000	,000	,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00006	Corrélation de Pearson	,680**	,499**	,501**	1	,270	,501**	,501**	,288
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,005		,150	,005	,005	,122
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00007	Corrélation de Pearson	,440*	,113	,271	,270	1	,271	,271	,223
	Sig. (bilatérale)	,015	,551	,148	,150		,148	,148	,237
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00009	Corrélation de Pearson	,938**	,856**	1,000**	,501**	,271	1	1,000**	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,005	,148		,000	,004

N		30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00010	Corrélation de Pearson	,938**	,856**	1,000**	,501**	,271	1,000**	1	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,005	,148	,000		,004
N		30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00013	Corrélation de Pearson	,648**	,509**	,512**	,288	,223	,512**	,512**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,004	,004	,122	,237	,004	,004	
N		30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,887	14

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,811	7

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,886	7

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,785
		Nombre d'éléments	7 ^a
	Partie 2	Valeur	,793
		Nombre d'éléments	7 ^b
	Nombre total d'éléments		14
Corrélation entre les sous-échelles			,837
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,912
	Longueur inégale		,912

N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00003	Corrélation de Pearson	,631**	,212	1	,510**	,599**	,232	,269	,256
	Sig. (bilatérale)	,000	,261		,004	,000	,217	,150	,172
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00014	Corrélation de Pearson	,590**	,386*	,510**	1	,500**	,145	,298	,274
	Sig. (bilatérale)	,001	,035	,004		,005	,444	,110	,143
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00016	Corrélation de Pearson	,741**	,291	,599**	,500**	1	,280	,451*	,535**
	Sig. (bilatérale)	,000	,119	,000	,005		,134	,012	,002
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00018	Corrélation de Pearson	,689**	,318	,232	,145	,280	1	,654**	,559**
	Sig. (bilatérale)	,000	,087	,217	,444	,134		,000	,001
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00019	Corrélation de Pearson	,782**	,313	,269	,298	,451*	,654**	1	,660**
	Sig. (bilatérale)	,000	,092	,150	,110	,012	,000		,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	
VAR00021	Corrélation de Pearson	,796**	,442*	,256	,274	,535**	,559**	,660**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,014	,172	,143	,002	,001	,000	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	

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

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

VAR00 013	Corrélation de Pearson	,758**	,502**	,180	,325	,383*	,455*	,443*	,849**	,642**	1	,420*	,260	,573**
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,342	,080	,037	,012	,014	,000	,000		,021	,165	,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00 015	Corrélation de Pearson	,694**	,433*	,245	,613**	,589**	,405*	,266	,420*	,505**	,420*	1	,522**	,344
	Sig. (bilatérale)	,000	,017	,193	,000	,001	,027	,155	,021	,004	,021		,003	,062
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00 017	Corrélation de Pearson	,609**	,264	,625**	,480**	,240	,066	,274	,347	,418*	,260	,522**	1	,326
	Sig. (bilatérale)	,000	,158	,000	,007	,202	,728	,143	,060	,021	,165	,003		,079
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00 020	Corrélation de Pearson	,650**	,198	,147	,094	,219	,526**	,554**	,535**	,605**	,573**	,344	,326	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,294	,437	,622	,245	,003	,001	,002	,000	,001	,062	,079	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,762	3

Corrélations

		NAQR3	VAR00008	VAR00009	VAR00022
NAQR3	Corrélation de Pearson	1	,861**	,814**	,815**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
VAR00008	Corrélation de Pearson	,861**	1	,492**	,660**
	Sig. (bilatérale)	,000		,006	,000
	N	30	30	30	30
VAR00009	Corrélation de Pearson	,814**	,492**	1	,461*
	Sig. (bilatérale)	,000	,006		,010
	N	30	30	30	30
VAR00022	Corrélation de Pearson	,815**	,660**	,461*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,010	
	N	30	30	30	30

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

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

Corrélations

		TOTNAQR	NAQR1	NAQR2	NAQR3
TOTNAQR	Corrélation de Pearson	1	,926**	,950**	,821**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30
NAQR1	Corrélation de Pearson	,926**	1	,778**	,707**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30
NAQR2	Corrélation de Pearson	,950**	,778**	1	,730**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30
NAQR3	Corrélation de Pearson	,821**	,707**	,730**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,839
		Nombre d'éléments	11 ^a
	Partie 2	Valeur	,874
		Nombre d'éléments	11 ^b
Nombre total d'éléments			22
Corrélation entre les sous-échelles			,918
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,957
	Longueur inégale		,957
Coefficient de Guttman			,956

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019, VAR00021.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022.

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur
l'égalité des
variances

Test t pour égalité des moyennes

الدرجة	Hypothèse de	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
		F	Sig.	t	ddl			Sig. (bilatéral)	Inférieur	Supérieur
	Hypothèse de variances égales	3,943	,063	14,732	18	,000	34,70000	2,35537	29,75155	39,64845
	Hypothèse de variances inégales			14,732	12,724	,000	34,70000	2,35537	29,60030	39,79970

3. صدق وثبات مقياس قلق واكتئاب المستشفى

		Corrélations							
		anxiete	VAR00001	VAR00003	VAR00005	VAR00007	VAR00009	VAR00011	VAR00013
anxiete	Corrélacion de Pearson	1	,716**	,675**	,562**	,544**	,661**	,578**	,632**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,001	,002	,000	,001	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00001	Corrélacion de Pearson	,716**	1	,275	,441*	,344	,193	,436*	,490**
	Sig. (bilatérale)	,000		,141	,015	,063	,307	,016	,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00003	Corrélacion de Pearson	,675**	,275	1	,197	,209	,534**	,353	,288
	Sig. (bilatérale)	,000	,141		,298	,268	,002	,056	,123
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00005	Corrélacion de Pearson	,562**	,441*	,197	1	,206	,323	-,028	,372*
	Sig. (bilatérale)	,001	,015	,298		,274	,082	,884	,043
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00007	Corrélacion de Pearson	,544**	,344	,209	,206	1	,433*	,150	,180
	Sig. (bilatérale)	,002	,063	,268	,274		,017	,430	,340
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00009	Corrélacion de Pearson	,661**	,193	,534**	,323	,433*	1	,203	,254
	Sig. (bilatérale)	,000	,307	,002	,082	,017		,282	,175
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00011	Corrélacion de Pearson	,578**	,436*	,353	-,028	,150	,203	1	,223
	Sig. (bilatérale)	,001	,016	,056	,884	,430	,282		,236
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00013	Corrélacion de Pearson	,632**	,490**	,288	,372*	,180	,254	,223	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,123	,043	,340	,175	,236	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

VAR00010	Corrélation de Pearson	,481**	,065	,310	,159	,378*	1	,236	,101
	Sig. (bilatérale)	,007	,733	,096	,401	,039		,208	,597
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00012	Corrélation de Pearson	,663**	,400*	,280	,581**	,236	,236	1	,087
	Sig. (bilatérale)	,000	,028	,134	,001	,210	,208		,648
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR00014	Corrélation de Pearson	,466**	,254	,262	,032	,272	,101	,087	1
	Sig. (bilatérale)	,009	,176	,162	,869	,145	,597	,648	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

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

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

Corrélations

		totalhads	anxiete	depression
totalhads	Corrélation de Pearson	1	,964**	,966**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	30	30	30
anxiete	Corrélation de Pearson	,964**	1	,862**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	30	30	30
depression	Corrélation de Pearson	,966**	,862**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	30	30	30

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,727
		Nombre d'éléments	7 ^a
	Partie 2	Valeur	,734
		Nombre d'éléments	7 ^b
Nombre total d'éléments			14
Corrélation entre les sous-échelles			,862
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,926
	Longueur inégale		,926
Coefficient de Guttman			,926

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014.

Coefficient de Guttman	,911
------------------------	------

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007.

b. Les éléments sont : VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014.

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الدرجات	Hypothèse de variances égales	16,403	,001	7,115	18	,000	13,40000	1,88326	9,44342	17,35658
	Hypothèse de variances inégales			7,115	10,428	,000	13,40000	1,88326	9,22706	17,57294

ملحق رقم (5)

عرض نتائج SPSS 26 الخاصة بالعلاقة بين الأخطار النفسية الاجتماعية والصحة النفسية في العمل.

		Corrélations						
		anxiete	depression	somHADS	violence	violence1	violence2	violence3
anxiete	Corrélacion de Pearson	1	,730**	,933**	,330**	,327**	,284**	,299**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
depression	Corrélacion de Pearson	,730**	1	,927**	,375**	,337**	,344**	,320**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
somHADS	Corrélacion de Pearson	,933**	,927**	1	,378**	,357**	,337**	,332**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
violence	Corrélacion de Pearson	,330**	,375**	,378**	1	,900**	,944**	,783**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
violence1	Corrélacion de Pearson	,327**	,337**	,357**	,900**	1	,749**	,596**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
violence2	Corrélacion de Pearson	,284**	,344**	,337**	,944**	,749**	1	,718**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	234	234	234	234	234	234	234
somviolence3	Corrélacion de Pearson	,299**	,320**	,332**	,783**	,596**	,718**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	234	234	234	234	234	234	234

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

ملحق رقم (6)

عرض نتائج SPSS 26 الخاصة بشروط اختبار الانحدار الخطي المتعدد القياسي

1. التوزيع الطبيعي لبيانات نموذج الانحدار الخطي المتعدد القياسي

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Violence psychologique	,039	234	,200*	,995	234	,649

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	Ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Stress perçu	,030	234	,200*	,997	234	,954

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
DEPRESSION	,046	234	,200*	,996	234	,871

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
ANXIETE	,047	234	,200*	,992	234	,273

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

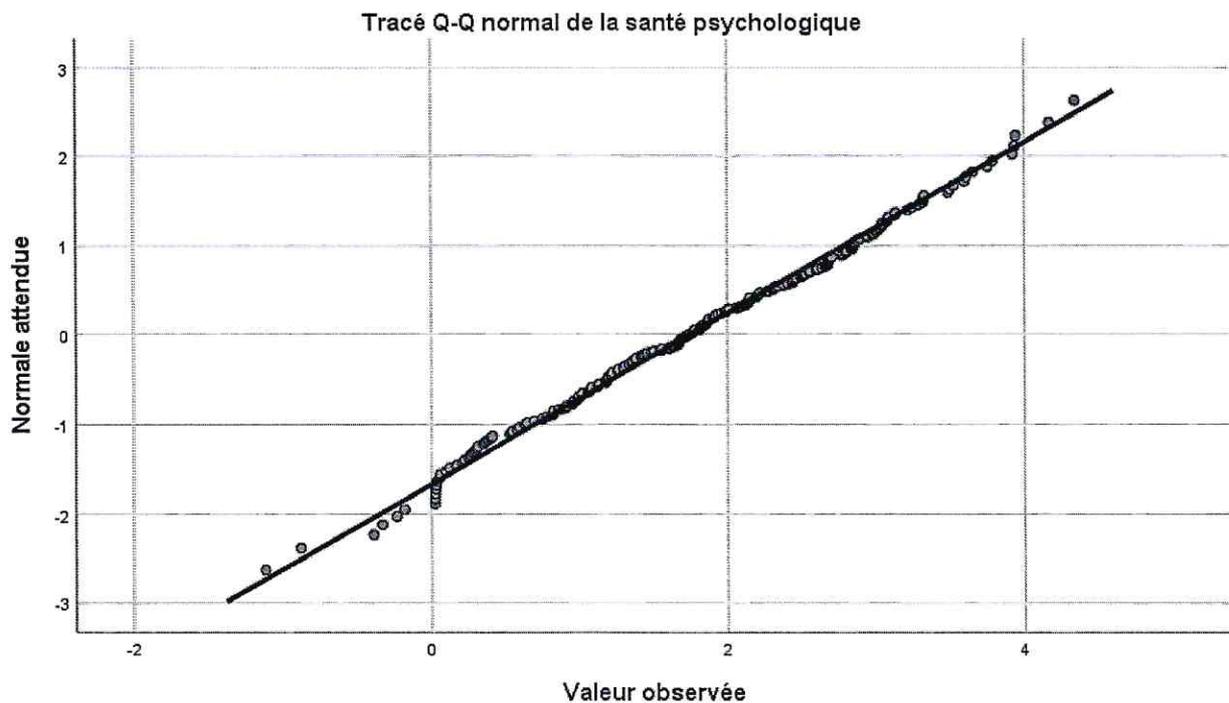
Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	Ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
Santé psychologique	,034	234	,200*	,995	234	,609

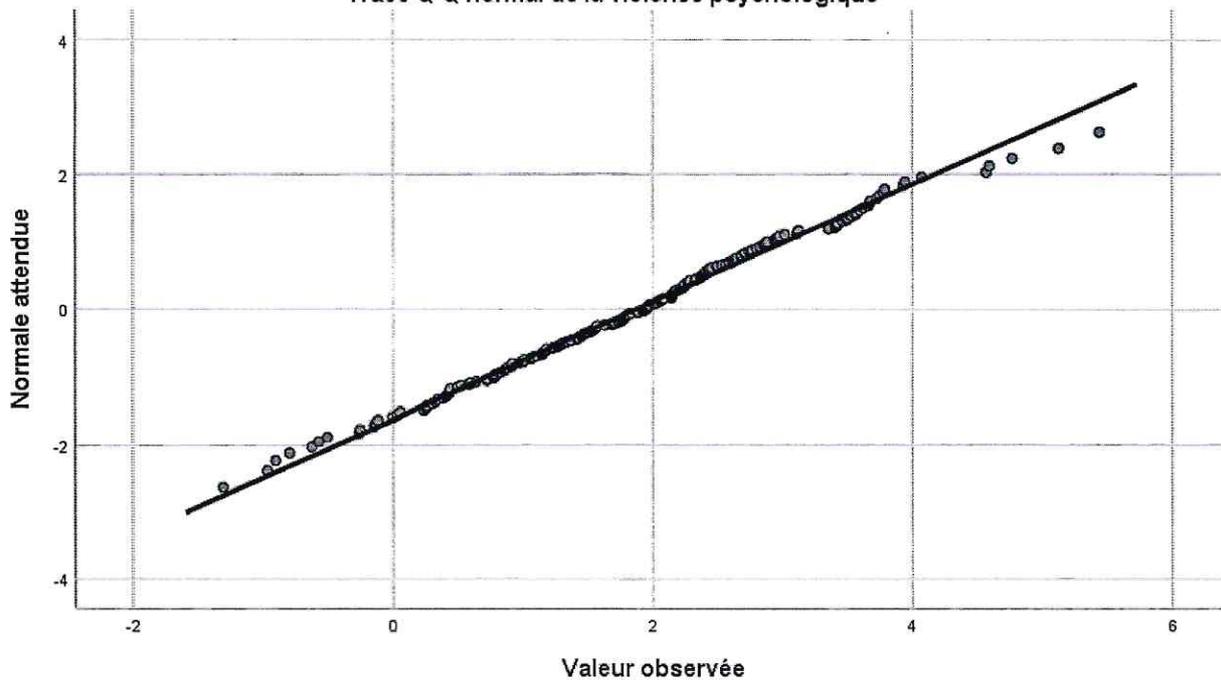
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

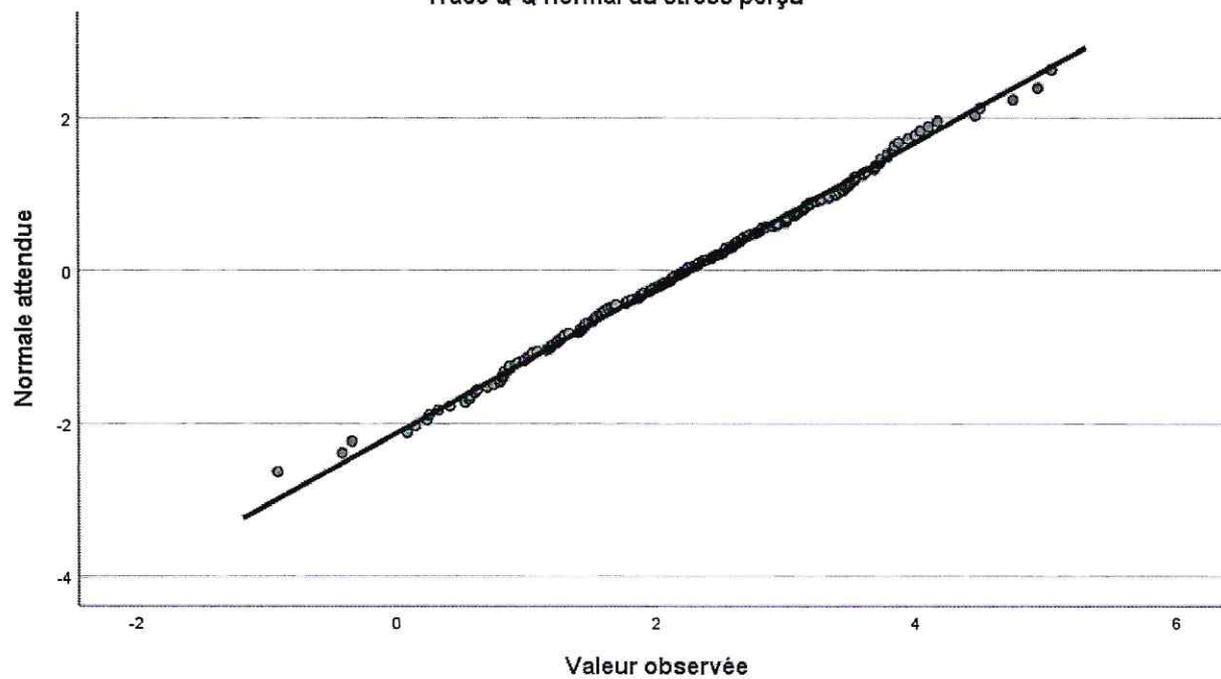
2. تجمع بيانات المتغيرات والبواقي حول الخط المستقيم



Tracé Q-Q normal de la violence psychologique

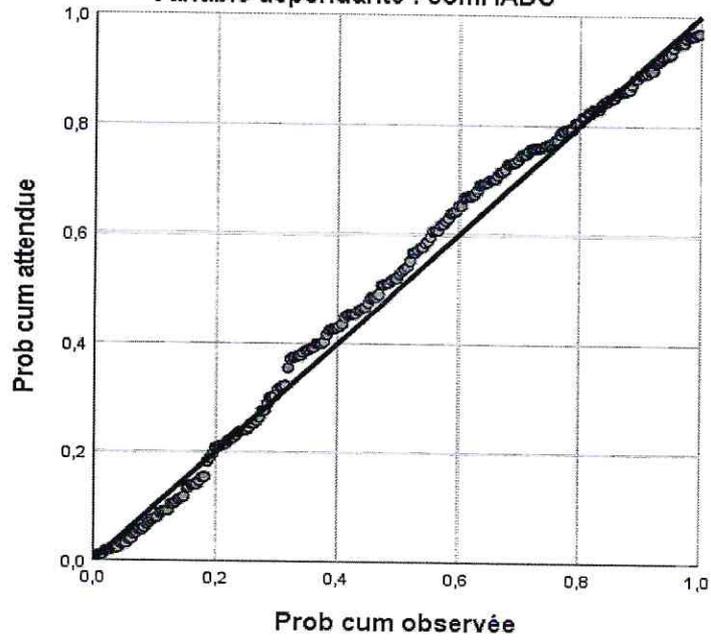


Tracé Q-Q normal du stress perçu



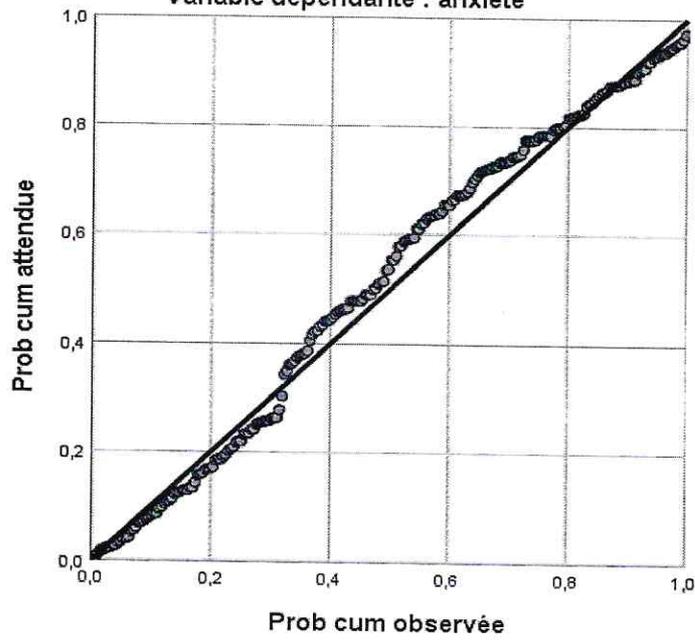
Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé

Variable dépendante : somHADS



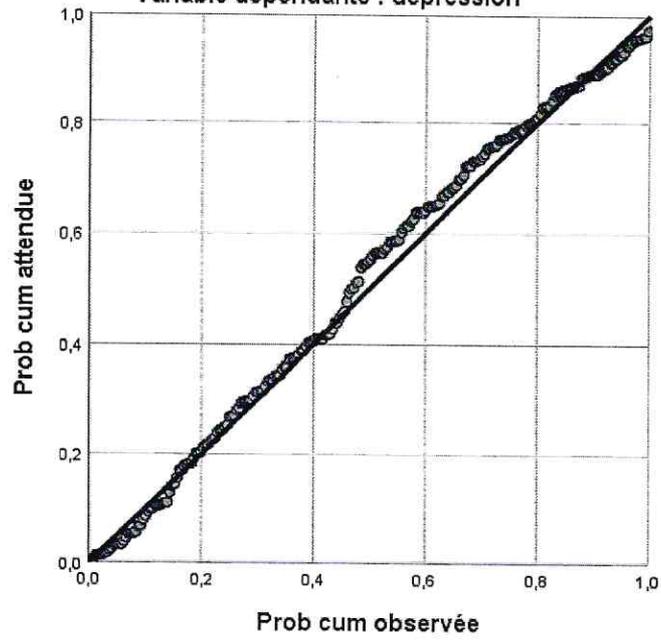
Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé

Variable dépendante : anxiete



Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé

Variable dépendante : depression



Tracé P-P normal de régression Résiduel standardisé

Variable dépendante : somHADS

