



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 - قالمة-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



عنوان المذكرة

الانعكاسات النفسية للعمل بالمناوبة لدى الأطباء والممرضين

دراسة ميدانية بمستشفى ابن زهر - قالمة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر
تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف:

د. إغمين نذيرة

إعداد:

- بن طيولة رميساء

- همامي دنيا

لجنة المناقشة

| الرقم | الاسم و اللقب | الرتبة | مؤسسة الإنتماء | الصفة |
|-------|--------------------|-------------------|------------------------|--------------|
| 01 | عيسى تواتي إبراهيم | أستاذ محاضر -أ- | جامعة 8 ماي 1945 قالمة | رئيسا |
| 02 | نذيرة إغمين | أستاذة محاضرة -أ- | جامعة 8 ماي 1945 قالمة | مشرفا ومقررا |
| 03 | كمال قدور | أستاذ محاضر -ب- | جامعة 8 ماي 1945 قالمة | عضوا مناقشا |

السنة الجامعية: 2021 / 2022

شكر و تقدير

إن الحمد لله وحده ، نحمده ونشكره ونستعين به ، والصلاة و السلام على خير البرية و معلم البشرية محمد الأمين عليه أفضل الصلاة و السلام .

أتقدم بالشكر و التقدير و العرفان و الثناء إلى الأستاذة المشرفة و الموجهة و الناصحة " إغمين نذيرة " .

كما أخص بالذكر أستاذة لجنة المناقشة اللذين تكرموا و وافقوا على مناقشة هذه الدراسة .

كما يسرني أن أتقدم بالشكر و العرفان إلى جميع أساتذتي الكرام و خاصة بقسم علم النفس جامعة قلمة .

كما أتقدم بخالص التقدير إلى كل من سهل لي مهمة جمع البيانات و المعلومات كل من أطباء و ممرضين .

فهرس المحتويات

| الصفحة | المحتويات |
|--|--------------------------------|
| | شكر وتقدير |
| | فهرس المحتويات |
| | فهرس الجداول |
| | ملخص الدراسة |
| أ-ب | مقدمة |
| الجانب الأول : الإطار النظري | |
| الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة | |
| 6 | 1- اشكالية الدراسة |
| 7 | 2- فرضيات الدراسة |
| 7 | 3- اهمية الدراسة |
| 8 | 4- اهداف الدراسة |
| 8 | 5- مصطلحات الدراسة |
| 9 | 6- الدراسات السابقة |
| 13 | 7- التعقيب عن الدراسات السابقة |
| الفصل الثاني : القلق | |
| 17 | تمهيد |
| 18 | 1- نبذة عن القلق |
| 18 | 2- تعريف القلق |
| 19 | 3- أعراض القلق |
| 21 | 4- أسباب القلق |
| 22 | 5- أنواع القلق |
| 24 | 6- النظريات المفسرة للقلق |
| 28 | 7- تشخيص القلق |
| 29 | 8- علاج القلق |
| 32 | خلاصة الفصل |
| الفصل الثالث : الاكتئاب | |
| 35 | تمهيد |
| 36 | 1- نبذة تاريخية عن الاكتئاب |

| | |
|---|---|
| 37 | 2- تعريف الاكتئاب |
| 38 | 3- أعراض الاكتئاب |
| 39 | 4- أسباب الاكتئاب |
| 41 | 5- تصنيف الاكتئاب |
| 41 | 6- النظريات المفسرة للاكتئاب |
| 43 | 7- تشخيص الاكتئاب |
| 44 | 8- علاج الاكتئاب |
| 46 | خلاصة الفصل |
| الفصل الرابع : العمل بالمناوبة | |
| 49 | تمهيد |
| 50 | 1- تعريف العمل بالمناوبة |
| 50 | 2- أسباب ظهور نظام العمل بالمناوبة |
| 51 | 3- أنواع نظام العمل بالمناوبة |
| 52 | 4- أهمية نظام العمل بالمناوبة |
| 53 | 5- أوقات العمل بالمناوبة |
| 54 | 6- أنماط العمل بالمناوبة |
| 56 | 7- الأعراض النفسية و الصحية لنظام العمل بالمناوبة |
| 61 | 8- مزايا و عيوب نظام العمل بالمناوبة |
| 63 | خلاصة الفصل |
| الجانب الثاني : الإطار التطبيقي | |
| الفصل الخامس : الإطار المنهجي للدراسة | |
| 67 | تمهيد |
| 68 | 1- منهج الدراسة |
| 68 | 2- عينة الدراسة |
| 69 | 3- حدود الدراسة |
| 69 | 4- أدوات الدراسة |
| 72 | خلاصة |
| الفصل السادس : عرض الحالات و مناقشة الفرضيات | |
| 75 | تمهيد |
| 76 | 1: عرض الحالات و مناقشتها |
| 76 | 1- تقديم الحالة الأولى |
| 80 | 2- تقديم الحالة الثانية |

| | |
|----|---|
| 84 | 3- تقديم الحالة الثالثة |
| 88 | 4- تقديم الحالة الرابعة |
| 92 | 5- النتائج العامة للدراسة |
| 92 | II : مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة |
| 90 | 1- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى |
| 91 | 2- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية |
| 94 | 3- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة |
| 95 | III: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة |
| 96 | IV: التوصيات و المقترحات |
| 98 | خاتمة |
| | قائمة المصادر و المراجع |
| | الملاحق |

فهرس الجداول

| الصفحة | المحتويات |
|--------|---|
| 51 | الجدول رقم (01): تزايد نسبة العمال بالدوريات في بعض الدول |
| 52 | الجدول رقم(02): نماذج تنظيم اوقات العمل بالدوريات |
| 66 | الجدول رقم (03): يوضح خصائص عينة الدراسة |
| 91 | الجدول رقم (04): يمثل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح |
| 92 | الجدول رقم (05): يمثل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس بيك BECK للاكتئاب |

ملخص:

تهدف دراستنا الحالية الى التعرف على الانعكاسات النفسية للعمل بالمناوبة لدى الأطباء و الممرضين ، و قد أجريت هذه الدراسة في المؤسسة الاستشفائية " ابن زهر " - مصلحة تصفية الدم كعينة - في مدينة " قالمة " ، و من هذه الانعكاسات اخترنا (القلق و الاكتئاب) نماذجا ، و قد شملت عينة الدراسة على " 4 حالات " طبيبتان و ممرضتان " تم اختيارهم بطريقة قصدية ، قد تم الاعتماد على المنهج العيادي و لتحقيق أهداف الدراسة تمت الاستعانة بالمقابلة العيادية و الملاحظة بالإضافة " مقياس تايلور للقلق الصريح " الذي يتكون من 50 بند ، و " مقياس بيك للاكتئاب " الذي يتكون من 21 بند ، حيث توصلت نتائج دراستنا إلى أن مجمل الحالات تعاني من قلق متوسط إلى فوق المتوسط ، و اكتئاب خفيف إلى متوسط.

Summary:

Our current study aims to identify the psychological repercussions of working alternately with doctors and nurses . This study was carried out at the hospital institution “ ibn zahr “ the blood filtering department as a sample in guelma city .(Anxiety , depression) models , and the study sample has included on “ 4 “ The cases of two doctors and two nurses , chosen in a deliberate manner , relied on the clinic curriculum and to achieve the objectives of the study the use of the clinic interview and observation in addition “ taylor measure of explicit anxiety “ consisting of 50 items , and the “ beck scale of depression “ , which consists of 21 items where our study found that all cases suffer from moderate to above-average anxiety , and mild to moderate depression .

مقدمة

يعتبر العمل المصدر الرئيسي لكل تقدم اقتصادي واجتماعي والعنصر الأساسي لمعرفة نسبة دوران عجلة الحياة ولا يتم هذا الجزء إلا اذا أضيف له الجزء الآخر وهو العنصر البشري، فهما متلازمان لا يستغني أحدهما على الآخر، وأن هذا الأخير يستمر في سباقه مع الزمن لعله يدركه يوما، أو يفوز عليه، وتعد هذه المنافسة ظاهرة اجتماعية، إذ أصبح يعاني من نقص الوقت، الأفراد والجماعات والمؤسسات، ولقد ارتبطت قيمة الوقت بالعمل الأمر الذي شكل هاجسا كبيرا للمنظمات والعمال على حد سواء خصوصا بعد أن شهدت الحياة البشرية تطورا وتقدما باهرا على مختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية الأمر الذي كلف العنصر البشري بذل المزيد من وقته وتقييده بوتيرة زمنية قد تخالف نظام حياته الطبيعية التي اعتاد عليها، وتتعارض مع وظائفه النفسية والبيولوجية التي يتميز بها جسم الإنسان، الشيء الذي يسبب أزمات وآثار سلبية لهذا الأخير على مستوى عاداته اليومية (النوم، النشاط، الراحة ...) وغيرها من المهام اليومية الأخرى، كما أن مجال الشغل والعمل من أبرز المجالات التي شهدت معاناة ومشاكل نتيجة سوء التكيف، وصعوبة التوافق من قبل العامل وتوقيت العمل.

وتعتبر فئة الأطباء والممرضين وخصوصا العاملين بالمنوبة الليلية الشريحة الأكثر تعرضا للانعكاسات النفسية، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات في هذا المجال، حيث أصبحت هذه الفئة تمثل شريحة واسعة في الوسط العمالي، وعليه فقد أردنا في هذه الدراسة التعرف على الانعكاسات النفسية التي يخلفها نظام العمل بالمنوبة لدى الأطباء والممرضين، حيث قمنا بتقسيم دراستنا الى جانبين معرفيين جانب نظري وجانب تطبيقي.

الجانب النظري والذي قسم إلى 4 فصول:

الفصل الأول: الفصل التمهيدي (اشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، تحديد مصطلحات الدراسة، الدراسات السابقة والتعقيب عليها).

الفصل الثاني: القلق (تمهيد، نبذة تاريخية عن القلق، تعريف القلق، أعراض القلق، أسباب القلق، أنواع القلق، النظريات المفسرة للقلق، تشخيص القلق حسب DSM5، علاج القلق، خلاصة الفصل).

الفصل الثالث: الاكتئاب النفسي (تمهيد، نبذة تاريخية عن الاكتئاب، تعريف الاكتئاب، أعراض الاكتئاب، أسباب الاكتئاب، تصنيف الاكتئاب، النظريات المفسرة للاكتئاب، تشخيص الاكتئاب حسب DSM5، علاج الاكتئاب، خلاصة الفصل).

الفصل الرابع: العمل بالمنوبة (تمهيد، تعريف العمل بالمنوبة، أسباب العمل بالمنوبة، أنواع نظام العمل بالمنوبة، أهمية نظام العمل بالمنوبة، أوقات نظام العمل بالمنوبة، أنماط العمل بالمنوبة، الأعراض النفسية والصحية للعمل بالمنوبة، مزايا وعيوب نظام العمل بالمنوبة، خلاصة الفصل).



الجانب التطبيقي: وهو الجانب المكمل لدراستنا حيث خصص له فصلين:

الفصل الأول: يتعلق بالإطار المنهجي للدراسة وفيه تطرقنا إلى المنهج المستخدم، عينة الدراسة، حدود الدراسة، والأدوات المستخدمة في الدراسة.

الفصل الثاني: تم فيه عرض الحالات ومناقشة الفرضيات، لنختم الدراسة بالخاتمة، توصيات واقتراحات، وصعوبات الدراسة.



الجانب الأول:

الإطار النظري



الفصل الأول

الإطار المفاهيمي للدراسة

محتوى الفصل

1. الاشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. مصطلحات الدراسة
6. الدراسات السابقة
7. التعقيب عن الدراسات السابقة

1. الإشكالية :

منذ أن وجد الإنسان على وجه الأرض وهو في رحلة دائمة الكد والجد لكسب قوته، والتكيف مع بيئته وكذا إيجاد وسائل تسمح له بمسيرة مختلف التغيرات والمستجدات التي تميز حياته اليومية وخاصة مع تعقد المجتمعات وتغير نمط الحياة الذي أثر بدوره على مختلف الوظائف والمهن التي يتخذها الفرد كوسيلة للحياة وتوفير متطلباته ومتطلبات أسرته . فقد شهد وقتنا الحاضر ولا يزال يشهد ظهور مهن جديدة أو على الأقل تغير المهام الممارسة في مختلف المهن بطريقة تسمح بمسيرة التطورات التكنولوجية والحضارية السائدة، حيث يوجد من المهن ما يمكن ممارسته بدوام واحد ويوجد ما يجب ممارسته بدوامين ضمن ما يسمى بنظام العمل بالمناوبة الذي نشهده في عدة قطاعات مما قد يؤثر على أداء العاملين بهذا النظام وكذا على صحتهم النفسية وهذا ما تشير إليه دراسة وريدية بوديسة (2020) حيث هدفت هذه الدراسة الى التعرف على الانعكاسات التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين العاملين في المستشفيات العمومية .

إذ أن الأفراد الذين يعملون في الوردية الليلية غالبا ما يكون نشاطهم العام يتميز بالضعف والخمول بسبب مجموعة من العوامل أبرزها ظروف العمل، الرغبة في النوم، نقص الأكسجين، الانشغال، التفكير المتواصل إلخ، فكل هذا يجعل العامل المناوب يعاني من جملة من المشكلات والأزمات النفسية التي تشكل من خلال مواجهة مختلف المواقف المهنية، حيث تظهر في مجال العمل مجموعة من المعوقات وكما يطلق عليها الأخطار التي تنعكس على العامل بالعديد من العلامات والآثار النفسية، ومن بين أحد مجالات العمل التي تكثرت فيها المعاناة النفسية مجال قطاع الصحة، هذا القطاع الذي يتميز بخصائص حساسة حيث يعتبر العمل فيه من الخدمات الإنسانية التي تتضمن التواصل المباشر مع فئة المرضى، وهذه الأخيرة تتطلب رعاية خاصة .

لذلك المؤسسة الاستشفائية هي التي تقدم الخدمات ذات النوعية المرتبطة بنوعية التركيبة البشرية المكونة من عمال، وما تتضمنه من قدرات وكفاءات، وإذا أخذنا الممرضين والأطباء الذين يمثلون أعضاء في الأسرة الطبية، نجدهم يتبنون مسؤولية كبيرة، فهم يشتركون مع الفريق الصحي الذي يسهر ويساهم ويدفع الثمن غالبا من أجل النجاح والاستقرار والفاعلية لمؤسساتهم ولحياة الناس. وبذلك فهم قد يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط المهنية ويعانون من عدة آثار نفسية وجسمية نتيجة لهذه الضغوط، كما أن مستخدمي الصحة بكل فئاتهم وبالأخص المستخدمين المعالجين الذين هم بجانب المرضى خاصة بوحدات مصالح الاستعجال والعلاج المكثف، والأمراض الثقيلة غالبا ما يتعرضون إلى وضعيات قصوى في مكافحتهم المستمرة للمعاناة والمرضى الذين يتكفلون بهم وبهذا يمكن أن يتعرضوا إلى ضغوط بدنية كبيرة في العمل، بل وحتى إلى انعكاسات نفسية والتي من المهم ادراك امكانية تأثيرها عليهم، ورغم الرغبة الصادقة التي قد تكون لدى أولئك المهنيين ومؤسساتهم في تدليل وتخفيف العقبات التي تقف في طريق تقديم الخدمات المطلوبة، إلا أن هذه العقبات التي توجد داخل بيئة العمل كالمشاكل المتمثلة في الضغوط الخاصة والمتعلقة بطبيعة المهمة قد تتعدى حدود الأطباء والممرضين حيث يمكن أن يمتزج عدم الرضا وعدم المشاركة في اتخاذ القرار وحتى الشعور

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

بعدم الأمن والخطر في العمل، والتي تحول دون قيامهم بدورهم بصورة كاملة فتسبب لهم شعورا بالتوتر والقلق، حيث تكمن خطورة هذا الشعور في نتائجه السلبية التي تتمثل في حالات مختلفة منها القيام بالواجبات بصورة آلية تفتقر إلى الاندماج الوجداني وقلّة الدافعية وفقدان القدرة على الابتكار، فيؤثر بالأرجح على صحتهم النفسية فنجد منهم من يأخذ من الضغط النفسي الذي مصدره القلق الشديد، حيث هذا الأخير حالة من اللاتكيف النفسي الناجم عن إدراك الفرد لوجود حالة من عدم التوازن نتيجة وجود عوامل ضاغطة تؤثر على قدرته على التكيف وتحدث تغيرا في أنماط سلوكياته

فعند ذكرنا للمعاناة النفسية والقلق السائد في المجالات المهنية نجد أنه يمكن أن نقابل الاكتئاب أيضا الذي يظهر بصورة جلية في عدم قدرة الفرد على تحفيز طاقته، ونشاطه الجسدي والنفسي لإكمال عمله بالصورة اللازمة، وامتلاك اتجاهات سلبية نحو العمل والزملاء، فلا تقتصر هذه المشاعر على توجيهها نحو الخارج بل تتجه حتى نحو الذات، ومشاعر الدونية ونقص تقدير الذات ما يصل بهم إلى عدم الرغبة في التوجه إلى العمل.

و عليه جاءت هذه الدراسة والتي نحاول من خلالها معرفة مستوى الانعكاسات النفسية لدى عمال القطاع الصحي المتمثل في الممرضين والأطباء أثناء المناوبة الليلية، ومن هنا جاءت إشكالية دراستنا على النحو التالي:

■ التساؤل العام:

- هل توجد انعكاسات نفسية ناتجة عن العمل بالمناوبة لدى الأطباء والممرضين؟.

■ الأسئلة الفرعية :

- ما مستوى القلق الذي يعاني منه الأطباء والممرضين المناوبين ليلا بالمؤسسة الاستشفائية؟
- ما مستوى الاكتئاب الذي يعاني منه كلا من الأطباء والممرضين المناوبين ليلا؟.

2. فرضيات الدراسة:

- توجد انعكاسات نفسية للعمل بالمناوبة لدى الأطباء والممرضين المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية .
- يعاني الأطباء والممرضين المناوبين ليلا من مستوى مرتفع من القلق.
- يعاني الأطباء والممرضين المناوبين ليلا من مستوى مرتفع من الاكتئاب.

3. أهمية الدراسة :

تتجلى في تناولها محاولة الكشف عن المعاناة النفسية للعمال، الناتجة عن ضغوط العمل بالمناوبة والمتمثلة في كل من الاكتئاب، القلق، كما تتجلى الأهمية أيضا في النتائج المتوصل إليها والتي يمكن الاستفادة منها في مجال المساعدة النفسية للعمال الذين يعانون من ذلك الواقع النفسي السيئ بغية ضمان تعايش متوازن مع ذلك النظام من العمل.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

4. أهداف الدراسة:

تقع هذه الدراسة في إطار الدراسات التي تهتم بفحص وقياس كل من الاكتئاب والقلق التي يعكسها نظام العمل بالمناوبة ومن الأهداف التي نصبوا إلى تحقيقها في هذا الدراسة ما يلي:

- قياس مستوى القلق والاكتئاب التي يعكسها نظام العمل بالمناوبة لدى الأطباء والممرضين .

5. مصطلحات الدراسة:

• تعريف القلق:

هو النتيجة الإيجابية التي يتحصل عليها الطبيب أو الممرض الممارس على اختبار القلق.

• تعريف الاكتئاب:

هو النتيجة الإيجابية التي يتحصل عليها الطبيب أو الممرض الممارس على اختبار الاكتئاب.

• تعريف الطبيب:

هو شخص يقوم بعملية التطبيب أي عملية التشخيص والعلاج وغيرها من الوظائف الأخرى، بمعنى أن الطبيب يمارس مهامه في إطار مؤسسة صحية عمومية، سواء كانت عادية أو عسكرية .

و نقصد بالأطباء هنا الأطباء الممارسين الذين يؤدون مهامهم على مستوى مستشفى ابن زهر بولاية قالمة بمصلحة تصفية الدم.

• تعريف الممرض:

هو الشخص الذي يختص بأعمال تمريضية بسيطة، تتضمن تقديم الخدمات السريرية للمرضى والرعاية الصحية الأولية .

و نقصد بالممرضين هنا الممرضين الممارسين الذين يؤدون مهامهم على مستوى مستشفى ابن زهر بولاية قالمة بمصلحة تصفية الدم.

• تعريف العمل بالمناوبة:

هو العمل بفرق متعاقبة (فريق في الصباح ،فريق في المساء، فريق في الليل) سواء بنظام مستمر أو متقطع حسب كل مؤسسة، و يخضع هذا الأخير إلى تعويض لصالح العامل .

• تعريف الانعكاسات النفسية :

هي الجانب الوجداني الذي يشعر به الطبيب أو الممرض الممارس أثناء العمل بالمناوبة وتم تحديدها في دراستنا هذه في القلق والاكتئاب ويتجلى ذلك في : اضطرابات في النوم و الشهية ، الشعور بالذنب و سهولة الغضب و الانزعاج ... إلخ .

6. الدراسات السابقة :

نظرا لقلت الدراسات السابقة التي تطرقت للموضوع الانعكاسات النفسية للعمل بالمناوبة لدى الأطباء والممرضات، سوف ندرج الدراسات التي تناولت جانبا منه وهي:

▪ الدراسات الأجنبية :

دراسة فوري(1980): بعنوان علاقة اضطرابات النوم بنظام العمل بالمناوبة لدى العمال ،حيث هدفت هذه الدراسة الى التركيز على نوعية العلاقة الموجودة بين العمل بالمناوبة واضطرابات النوم لدى العمال من خلال متغير السن، فأسفرت النتائج كالتالي:

- نوعية وكمية النوم تختلف تبعا لمتغير السن، ذلك أن العمال المناوبين الأكثر سنا(35سنة فما فوق) اضطراب النوم لديهم أشد وطأة من أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 22 و30سنة.

وقد فسر الباحث ذلك التباين اعتمادا على اختلاف المسؤوليات بينهما، فالمتقدمون في السن 98 مسؤولين عن عائلة وبالتالي نجدهم مشغولون أكثر، ينتابهم الخوف الدائم والشعور بالتقصير في أداء الواجبات، وكل ذلك يشكل عائقا في سبيل الحصول على نوم هادئ خاصة وأنه يأتي في فترات مختلفة.

ويمكن الإشارة في هذا الصدد إلى أن اضطراب النوم يعتبر كما جاء في الكتابات الأدبية عرض من أعراض القلق الناتج عن جملة من الانشغالات، الهموم، وعدم الرضا الناتجة عن خصائص نظام العمل بالمناوبة والتي تشكل في مجملها وفي تفاعلها بعض أعراض القلق. (لعريط، 2007، ص 18).

دراسة كولودوري (1990): تمحورت الدراسة حول الكشف عن الإفرازات النفس- فيزيولوجية للعمل في الوردية الليلية وكان من أهم النتائج التي توصلت إليها والتي لها علاقة مباشرة بالإكتئاب ما يلي:

- إن النشاط العام للعامل في الوردية الليلية يتميز بالضعف والخمول الذي يصاحبه نوع من الصعوبة في أداء المهام في مختلف المجالات، أما فيما يخص العامل أثناء فترة الاسترجاع غالبا ما يكون كثير الشكوى من ألم عضوية، والحال نفسه أثناء العمل في النوبات المختلفة، وهذا ناتج بدرجة أكبر عن التعب والإرهاق الذي يسببه ضعف مخزون الطاقة الناتج عن العمل وفق نظام المناوبة.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

فنسبة 91 من العينة التي شملتها الدراسة تعاني من اضطرابات النوم وخاصة فيما يتعلق بصعوبة الاستيقاظ، ونسبة 86 من العينة تشعر بالتعب والإرهاق حتى خارج أوقات العمل، ونسبة 77 من أفراد العينة عبرت عن ضعف الرغبة الجنسية لديها، ونسبة 65 من أفراد العينة تعاني من التشاؤم من المستقبل.

(لعريط، 2007، ص 13).

■ الدراسات العربية:

دراسة نورة الرويس (1996): تحت عنوان تقييم مستوى الضغوط والتكيف لدى الأطباء في مستشفى الملك خالد الجامعي، حيث هدفت إلى تقصي مستوى الضغوط والاحتراق والتكيف بين الأطباء العاملين في مستشفى الملك خالد الجامعي في مدينة الرياض.

تكونت عينة الدراسة من 165 طبيباً يمثلون 52% من إجمالي الأطباء الذين تم توزيع الاستبانة عليهم، فمن بين أهم مصادر الضغوط التي شملت الدراسة هي المناوبات الليلية، المطالب التي يفرضها العمل على الحياة الأسرية والاجتماعية التعامل مع مرضى مشاكسين، التعامل مع مرضى مصابين بأمراض مستعصية، المسؤولية عن المرضى طوال (48) ساعة، التعليم الطبي المستمر، التعامل مع الأقارب كمرضى، عدم تقدير المرضى أو الزملاء، المشاكل المالية، الأعمال الكتابية، الإدارة، النداء الآلي، القلق بشأن شكاوي المرضى، التحدث مع المريض في أمور الشخصية، المنافسة مع الزملاء، طلب المشورة الطبية من الاستشاريين، عدم توفر الدعم المعنوي في المنزل، القلق بشأن التعرض للعوى، وقد استخدمت الباحثة المنهج المسحي.

أسفرت الدراسة انتشار ظاهرة الاحتراق بدرجة متوسطة بين الأطباء محل الدراسة وأن أهم المصادر هي المناوبة الليلية بنسبة 78%، في حين أن أقلها أهمية هو القلق بشأن التعرض للمرض بنسبة 19%، كما وجدت بعض الفروق الجوهرية بين الإناث والذكور فيما يتعلق بالمنافسة مع الزملاء وبين السعوديين وغيرهم فيما يتعلق بالتعليم الطبي المستمر.

■ الدراسات المحلية:

دراسة وردية بوديسة (2020): بعنوان العمل الليلي وظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين في إحدى المؤسسات الاستشفائية، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الانعكاسات التي يمارسها العمل الليلي على الممرضين العاملين في المستشفيات العمومية.

فتم اختيار العينة بطريقة قصدية، حيث بلغ عددها (300) ممرضا وممرضة وذلك من مجتمع أصلي قدره (1104) وذلك من مختلف مصالح المؤسسة الاستشفائية بتيزي وزو.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

أما فيما يخص المنهج فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وذلك باستعمال النسب المئوية واختبار (كا 2) كونه ساعد على اكتشاف لعلاقة القائمة بين العمل الليلي ومدى ظهور الاضطرابات النوم التي بمقتضاها يمكن إيجاد حل للظاهرة المدروسة إضافة إلى ذلك لجأت الباحثة إلى استخدام الباحث مجموعة من الأدوات لجمع البيانات اللازمة للدراسة هي: الملاحظة والمقابلة، والاستبيان.

النتائج كالتالي:

- ان العمل الليلي يمارس انعكاسا أو تأثير في اضطرابات النوم لدى الممرضين، إذ تؤدي اضطرابات النوم إلى الحرمان من النوم وبالخصوص في ظل العمل الليلي والتناوبي، أين اتخذت الساعة البيولوجية لجسم الانسان منحى آخر وتكون معاكسة لنشاطها اليومي.

دراسة سعاد مخلوف (2006): بعنوان الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية حيث شملت هذه الدراسة عشرة من الأطباء من ولاية المسيلة، حيث هدفت إلى التعرف على أثر الضغوط النفسية على سلوك الأطباء وتحديد الاضطرابات السلوكية الأكثر ارتباطا بعمل الطبيب يتعرض العامل في المستشفى .

أما فيما يخص المنهج فقد اعتمدت الباحثة على المنهج العيادي كونه ساعد على اكتشاف الأثر القائمة بين الضغوط النفسية وسلوك الأطباء التي بمقتضاها يمكن إيجاد حل للظاهرة المدروسة.

وقد استخدمت الباحثة عدة وسائل لجمع البيانات أهمها الملاحظة واختبار هولمز، المقابلة الإكلينيكية، بالإضافة إلى السجلات الإدارية التي لها علاقة بموضوع البحث، على عينة الدراسة مكونة من (10) أطباء متناوبين تتراوح أعمارهم ما بين (27-37) سنة .

فانحصرت نتائج بحثها فيما يلي:

- أفراد العينة يعانون بدرجة عالية من بعض الأعراض النفسية والسلوكية وحتى الجسمية، ووجود علاقة بين ضغوط العمل لدى الأطباء وتعرضهم لبعض الأعراض النفسية والسلوكية والجسمية، كما توصلت إلى أهم مصادر ضغوط العمل لدى أفراد عينة البحث حيث كانت على الترتيب وفقا للآتي: عدم توافر الإمكانيات المساندة، النواحي المالية، صراع الدور، انخفاض عبء الدور، العلاقة مع المحيط العملي والعبء النفسي.

- دراسة لعريط بشير (2007): الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة (3*8) بمركب المواد البلاستيكية بسكيكدة، فهدفت الى التعرف على نوعية وطبيعة الانعكاس النفسي والسلوكي لدى العمال المتناوبين المتمثلة في الاكتئاب والقلق والاحتراق النفسي.

أما فيما يخص المنهج فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي كونه ساعد على اكتشاف لعلاقة القائمة بين الظواهر التي بمقتضاها يمكن إيجاد حل للظاهرة المدروسة إضافة إلى ذلك لجأت الباحثة إلى منهج المقارنة.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

وقد استخدم الباحث مجموعة من الأدوات لجمع البيانات اللازمة للدراسة هي: الملاحظة والمقابلة، تحليل الوظائف ومختلف السجلات الإدارية التي لها علاقة بموضوع البحث، على تكونت عينة الدراسة من (250) متناوبين.

وخلصت النتائج الى ان :

- العمل بنظام المناوبة له تأثير سلبي على عادات النوم والعلامات الاجتماعية، حيث ترتبط بحالات الشعور بالتعب، النوم المتقطع، اضطراب الشهية، انخفاض الولاء اتجاه المنظمة وهي مؤشرات عامة تدل على ارتفاع الاستجابة الاكتئابية، القلق، الاحتراق النفسي.
- إن السبب الرئيسي في هذه المشكلات يرجع إلى التغير الدوري الذي يحدث في الساعة البيولوجية للجسم، لذلك يجب أن توجه جهود الباحثين نحو إيجاد جداول عمل دورية تتناسب والطبيعة البيولوجية للعاملين في ضوء متطلبات الوظائف التي يقومون بها، ليكون الهدف النهائي هو تعرض الفرد العامل لأقل درجة من الاضطراب في توازنه الفيزيولوجي والنفسي عند تغيير توقيت العمل من فترة لأخرى مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير المتغيرات الديمغرافية على ذلك.

دراسة بلواضح، عبد الوهاب (2018-2019): بعنوان الضغوط المهنية وعلاقتها بالالتزام التنظيمي لدى عينة مختارة من ممرضات عاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة، بهدف الكشف عن العلاقة بين الضغوط المهنية والالتزام التنظيمي لدى ممرضات العاملات بالمناوبة الليلية.

أما فيما يخص المنهج فقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي كونه ساعد على اكتشاف لعلاقة القائمة بين الظواهر التي بمقتضاها يمكن إيجاد حل للظاهرة المدروسة.

وقد استخدم الباحث مجموعة من الأدوات لجمع البيانات اللازمة للدراسة هي: الملاحظة والمقابلة، حيث قام بتصميم استبيانين: الأول حول الضغوط المهنية والآخر حول الالتزام التنظيمي وفق نموذج ألين وماير، على عينة قصدية مكونة من 60 ممرضة .

فتوصلت الدراسة بعد معالجة البيانات بواسطة برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة عكسية بين عبء الدور الممرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة والالتزام التنظيمي.
- وجود علاقة عكسية بين صراع الدور لدى الممرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة والالتزام التنظيمي.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

- وجود علاقة عكسية بين العلاقات الإنسانية لدى الممرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة والالتزام التنظيمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط المهنية لدى الممرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية ببوسعادة تعزى للمتغيرات الديمغرافية .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام التنظيمي لدى الممرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستثنائية ببوسعادة تعزى للمتغيرات الديمغرافية.

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض أهم الدراسات السابقة يتضح لنا أن العديد من الباحثين أمثال دراسة كولودوري (1990)، دراسة فوري (1980)، وردية بودسية(2020)، نورة الروسي(1996)، سعاد مخلوف(2006)، لعريط بشير (2007)، دراسة بلواضح عبد الوهاب(2018-2019)، على اختلافهم حيث درسوا موضوع الانعكاسات النفسية والسلوكية وموضوع العمل بالمناوبة كلا على حدى فأعطوها عناية خاصة وذلك من خلال استخدام مناهج وأساليب علمية شتى .

- فمن حيث المنهج المستخدم نجد أن أغلبية الدراسات استخدمت المنهج الوصفي التحليلي لأنه الأنسب لموضوع دراستهم ما عدى دراسة سعاد مخلوف (2006) التي اتبعت المنهج العيادي .
- اما فيما يخص الأدوات المستخدمة نجد ان هذه الدراسات اعتمدت الاختبارات عديدة ،وهذا في دراسة وردية بوديسة (2020) استعملت استمارة لمعرفة اضطرابات النوم، ودراستي نورة الروسي(1996) ، و دراسة سعاد مخلوف(2006) استعملتا اختبار الضغط النفسي والاستبانة، ودراسة بلواضح عبد الوهاب (2018-2019) استعملت استبانة الضغوط المهنية، وكذلك اختبار الاكتئاب والقلق والاحتراق النفسي في دراسة لعريط بشير(2007).
- أما من حيث العينة وهذا في حجمها من دراسة الى أخرى ومن باحث الى آخر ،فبلغت في دراسة نورة الروسي (1996) على عينة 165 طبيب داخل المؤسسة الاستشفائية ،وفي دراسة لعريط بشير (2007) تكونت على عينة (250) عامل متناوبين في مركب المواد البلاستيكية، وفي دراسة بلواضح (2018-2019) تكونت العينة من 60 ممرضة، فكما لاحظنا من هذه الاحصائيات الدالة على وجود اختلاف متباين في العينات، وفي دراسة سعاد مخلوف (2006) احتوت عينتها على 10 اطباء .

كذلك نجد أن معظم النتائج التي توصل إليها الباحثون قد اختلفت من باحث لأخر حسب اختلاف الهدف المرجو من الدراسة والعينة التي أجروا عليها الدراسة، فتوصلت دراسة كولودوري(1989) بأن العمل بالليل مغاير لفيزيولوجية جسم العامل مما يؤدي إلى اضطرابات بيولوجية وفيزيولوجية متمركزة حول صعوبة النوم، الاضطرابات الهضمية والخلل على مستوى وظائف المخ، بإضافة إلى دراسة فوري (1980) التي توصلت ان نوعية وكمية النوم تختلف تبعا لمتغير السن،

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.

ذلك أن العمال المناوبين الأكثر سناً (35 سنة فما فوق) اضطراب النوم لديهم أشد وطأة من أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 22 و30 سنة.

ودراسة وريدية بوديسة (2020) إلى نوعية وكمية النوم تختلف تبعاً لمتغير السن، ذلك أن العمال المناوبين الأكثر سناً (35 سنة فما فوق) اضطراب النوم لديهم أشد وطأة من أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين 22 و30 سنة، ودراسة نورة الروسي (1996) خلصت نتائجها إلى أن انتشار ظاهرة الاختراق بدرجة متوسطة بين الأطباء محل الدراسة وأن أهم المصادر هي المناوبة الليلية بنسبة 78%، في حين أن أقلها أهمية هو القلق بشأن التعرض للمرض بنسبة 19%، كما وجدت بعض الفروق الجوهرية بين الإناث والذكور فيما يتعلق بالمنافسة مع الزملاء وبين السعوديين وغيرهم فيما يتعلق بالتعليم الطبي المستمر، أما دراسة بشير لعريط (2007) توصلت إلى العمل بنظام المناوبة له تأثير سلبي على عادات النوم والعلامات الاجتماعية، حيث ترتبط بحالات الشعور بالتعب، النوم المتقطع، اضطراب الشهية، انخفاض الولاء اتجاه المنظمة وهي مؤشرات عامة تدل على ارتفاع الاستجابة الاكتئابية، القلق، الاحتراق النفسي، وأن السبب الرئيسي في هذه المشكلات يرجع إلى التغير الدوري الذي يحدث في الساعة البيولوجية للجسم، لذلك يجب أن توجه جهود الباحثين نحو إيجاد جداول عمل دورية تتناسب والطبيعة البيولوجية للعاملين في ضوء متطلبات الوظائف التي يقومون بها، ليكون الهدف النهائي هو تعرض الفرد العامل لأقل درجة من الاضطراب في توازنه الفيزيولوجي والنفسي عند تغيير توقيت العمل من فترة لأخرى مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير المتغيرات الديمغرافية في ذلك

أما دراسة بلواضح عبد الوهاب (2018-2019) أسفرت النتائج عن وجود وجود علاقة عكسية بين عبء الدور المرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة والالتزام التنظيمي، وكذلك وجود علاقة عكسية بين صراع الدور لدى المرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة والالتزام التنظيمي، ووجود علاقة عكسية بين العلاقات الإنسانية لدى المرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ببوسعادة والالتزام التنظيمي، ولكن لم يجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط المهنية لدى المرضات والعاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة العمومية ببوسعادة تعزى للمتغيرات الديمغرافية .

ولقد تشابهت دراستنا مع هذه الدراسات من حيث بعض الانعكاسات النفسية كالإكتئاب والقلق، خاصتنا مع دراسة بشير لعريط (2007) لكن دراستهما كانت على عينة داخل مركب المواد لبلاستيك، وتشابهت مع دراسة سعاد مخلوف (2006) من حيث المنهج العيادي.

وعليه فإن ما يميز دراستنا الحالية هو ربطنا لمتغير الانعكاسات النفسية بالعمل بالمناوبة لدى الاطباء والمرضات على عكس الدراسات السابقة التي تناولت كل متغير على حدى.



الفصل الثاني القلق

محتوى الفصل

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن القلق .
2. تعريف القلق .
3. أعراض القلق
 - أعراض نفسية .
 - أعراض جسمية .
 - أعراض اكلينيكية .
4. أسباب القلق
 - أسباب وراثية .
 - أسباب نفسية .
 - مواقف الحياة الضاغطة .
 - أسباب جسمية .
5. أنواع القلق .
6. النظريات المفسرة للقلق .
 - النظرية السلوكية .
 - النظرية المعرفية .
 - النظرية التحليلية .
7. تشخيص القلق .
8. علاج القلق .
 - العلاج النفسي .
 - العلاج النفسي التحليلي .
 - العلاج النفسي السلوكي المعرفي .
 - العلاج البيئي والاجتماعي .
 - العلاج الجراحي .

خلاصة الفصل.

■ تمهيد:

يعتبر القلق أكثر الأمراض شيوعاً لدى البشرية خاصة في عصرنا الحالي الذي يطلق عليه الكثيرون "عصر القلق" والأرقام تشير إلى أن المرضى يترددون على عيادات الأطباء من مختلف التخصصات غير الطب النفسي توجد منهم نسبة لا تقل عن ثلث لهذه الحالات أصلها القلق النفسي الذي يسبب لهم أعراض مرضية متنوعة، فهو حالة نفسية تنطوي على مشاعر بغيضة مشابهة للخوف، تصدر دون تهديد خارجي واضح، ويصاحبها اضطرابات فسيولوجية مختلفة، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية تعتبر منطلقاً لعمليات الدفاع أو حالة مرضية ينتج عنها انهيارها.

وتم التعرض في هذا الفصل عن تعريف القلق باعتباره حالة انفعالية يعانها معظم الناس وأعراضه وأنواعه باعتبارها أحد الأسس الدينامية للشخصية وأسبابه وفي الأخير العلاج المناسب له.

1. نبذة تاريخية عن القلق:

يشير الفيلسوف العربي (بن حزم) في إيضاح لمعنى القلق أنه " حقيقة أبدية، وأنه حدث ويحدث في مختلف الأوقات والعصور، ويصيب الناس على اختلاف مذاهبهم" فالقلق إذا حالة عالمية لا يمكن فصلها عن الحياة البشرية بأي حال من الأحوال ولن تجد شخص لم يمر بتجربة القلق ويضيف عبد الستار (ب، ن) أن القلق لا يقتصر على العامة من الناس بل يصيب حتى العظماء ومنهم في مراكز السلطة وكان الفيلسوف العربي (ابن سينا) من أول المهتمين بما يتركه القلق من انفعال على الجسم ووظائفه، كذلك (فخر الدين الرازي) الذي حاول كثيرا تعريف القلق وآثاره على المستوى النفسي والسلوكي وتلك المحاولات موجودة في كتابه الشهير (المباحث الشرقية في علم الإلهيات والطبيعات، الجزء الأول والثاني)، أما في أوروبا فقام العالم (بيرتون) في كتابه (تحليل الحداد) الصادر عام 1631 م بالتحدث عن القلق بإسهاب، ومما ذكره في هذا الشأن " كثيرة الآثار المؤلمة التي يتركها (القلق) على الإنسان بما في ذلك من الشحوب أو احمرار البشرة، والرجفة، والعرق، وكثيرة آلام هؤلاء الذين يعيشون في خوف ... لا يستطيعون أبدا أن يتحرروا أو يشعروا بالأمن، عزائهم خاوية، وآلامهم قاسية وحياتهم تخلوا من البهجة ولم أجد تعاسة أعظم ولا ألما أضرى ولا عذابا أقسى من العذاب الذي يحتويه" كل هذا من آثار القلق الذي يصيب الإنسان بوجه عام حتى أصحاب السلطة، فكثير من العظماء عرضة لهذه العوارض، فهذا القيصر كان يخاف الظلام ولم يكن يستطيع أن يجلس في مكان مظلم وحيدا أبدا، ويذكر التاريخ الكثير من القيصرية وحتى أفراد أسرهم الذين كانوا يعانون حالات رهاب أو مخاوف محددة ومن أشهرهم (كاليجولا - ثيرون - كلوديوس) أما هذا الأخير فكان كثير التلعثم عندما يخاطب شعبه، كذلك عالم النفس الشهير (فرويد) وهو واحد من أكثر العلماء اهتماما بالقلق كان يعاني حالات قلق تتملكه أثناء سفره وهو في الثلاثينيات من عمره .

إذا القلق على مر العصور كان جزء من حياة الناس، فهو تنظيم انفعالي داخل النفس، كما دلت العديد من الدراسات أنه محور لاضطرابات وعلل نفسية كثيرة. (طلال، الغامدي، 2006، ص 11).

2. تعريف القلق:

لغة: يشير معجم الوسيط إلى القلق هو قلق: لم يستقر في مكان واحد، وقلق لم يستقر على الحال.

قلق: اضطراب وانزعاج فهو قلق، أقلق فلانا أي أزعجه.

وقد أقر معجم اللغة العربية استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالخوف مما يحدث.

(قاسي، 2012، ص 10).

اصطلاحاً:

القلق هو حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرهبة ويكون مصحوباً بإحساسات جسمانية مختلفة واستجابات مختلفة مثل السرعة في الكلام والقلق والارتعاش.
(قاسي، 2012، ص 10).

لقد تعددت تعريف علماء النفس للقلق، فلكل واحد وجهة نظريؤمن بها:

يعرفه مرسمان: "بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال مراعاة الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف".

(دحماني، 2011، ص 16).

وتعرفه فوزي إيمان سعيد: " أنه خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها الإنسان الخطر أو التهديد، أو أنها توجس مؤلم يستشعر معه الإنسان أن حدثاً خطيراً يوشك أن ينزل به، وغالباً ما يجهل الإنسان طبيعة الخطر الذي يستشعر تهديده على نحو محدد".
(دحماني، نفس المرجع السابق، ص 16).

يعرف عصام الصفدي القلق: "على أنه انفعال شديد بمواقف أو أشياء، أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الإنفعال، وهو يعبث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، ويشل قدرته على التفاعل الإجتماعي".
(دحماني، نفس المرجع السابق، ص 17).

كما يعرفه سامر جميل رضوان: "إلى أنه عبارة عن ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، والمهم شخصياً للفرد، حيث يشعر بالتهديد جراء هذا فقدان أو الفشل".

(دحماني، نفس المرجع السابق، ص 17).

من خلال التعريفات التي تطرقنا إليها يمكننا تعريف القلق على أنه: حالة من الشعور بعدم الإرتياح والهم المتعلقة بحوادث المستقبل والذي يتضمن شعور بالضيق، وإنشغال الفكر وترقب الشر، وعدم الإرتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو شبكة الوقوع، ويكون مصحوباً عادة بأعراض جسمية، كما يأتي في نوبات تتكرر في نفس الشخص.

3. أعراض القلق:

للقلق أعراض ومظاهر متنوعة ومتعددة تشمل كل فئات المجتمع سواء من حيث الجنس أو السن وبطبيعة الحال من يعاني القلق، وهذه الأعراض يمكن إيجازها فيما يلي:

الفصل الثاني: القلق.

1-3-الأعراض النفسية:

يؤدي شعور الفرد بالقلق إلى الإحساس الشديد بالخوف مجهول المصدر، وتوقع الأذى والمصائب، وإلى عدم القدرة على التركيز والانتباه والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز والاكتئاب إلى جانب الشك والتردد، وعدم الطمأنينة والرغبة في الهرب عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة والخوف من الأمراض كالقلب والسرطان والزهري أو الخوف من الموت، ويفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة لآتفه الأسباب، الحساسية لأن ضوضاء هذه الأعراض تؤدي إلى عد توافقه الاجتماعي والأسري فهو مصدر النزاعات العائلية، وقد تحطم حياة الفرد فيؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الإنجاز والعمل.

(قاسي، 2012، ص 20، 21).

2-3-الأعراض الفيزيولوجية:

إن الأعراض الجسمية من أكثر أعراض القلق شيوعاً، حيث أن جميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة وتتغذى بالجهاز العصبي، فنجد أن هناك أعراض يستطيع الفرد أن يشعر بها كبرودة الأطراف، تصبب العرق، احتمال اضطرابات معدية، جفاف في الحلق، ضيق التنفس، وأخرى لا يشعر الفرد بها كنشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السمبتاوي والباراسمبتاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم، من بينه الجهاز السمبتاوي فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب، وتجحظ العينين ويتحرك السكر في الكبد وتزيد نسبته في الدم، أما ظهور نشاط الجهاز الباراسمبتاوي أهمها كثرة الإسهال والتبول وتوقف الشعور وزيادة الحركات المعوية، أما الهيبتوتالاموس هو مركز التعبير عن الانفعالات وهو على اتصال مباشر بقشرة المخ، بحيث توجد دائرة بين القشرة الهيبتوتالاموس والمخ، ومن خلال سيالات عصبية والهرمونات العصبية المسؤولة هي هرمونات السيروتونين والنور أدرينالين والدوبامين وتزيد نسبتها في هذه المراكز.

(قاسي، نفس المرجع السابق، ص 21، 22).

3-3-الأعراض الإكلينيكية:

يظهر على المصاب بالقلق عادة التوتر العنيف، كثرة الحركة، سرعة التنفس، الكلام السريع غير المرتبط، نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدقة العينين، شحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء والعرق البارد، والأعراض الإكلينيكية نجدها في عدة أجهزة هي:

1-3-3- في الجهاز القلبي: يشعر الإنسان بالآلام في الناحية اليسرى من الصدر وفرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض وارتفاع ضغط الدم.

الفصل الثاني: القلق.

3-3-2- في الجهاز الهضمي: صعوبة في البلع وسوء الهضم، وأحيانا الغثيان والقيء والإسهال وفقدان الشهية وجفاف الفم.

3-3-3- في الجهاز التنفسي: اضطرابات في التنفس وعسره، نوبات في التنهد والشعور بضيق في الصدر، وعدم القدرة على استنشاق الهواء.

3-3-4- في الجهاز العصبي: شعور بالصداع والعصبية المفرطة والارتجاف، الأرق وعدم القدرة على النوم .

3-3-5- في الجهاز العضلي: آلام على مستوى الساقين والذراعين وإحساس بالثقل أو التعب وضعف عام ونقص الطاقة الحيوية .

3-3-6- في الجهاز البولي التناسلي: أعراض تتمثل في كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، كذلك فقد القدرة الجنسية عند الرجال وتسبب له آلام شديدة، وكذلك بالنسبة للمرأة فيشكل لها برود جنسي، بل أحيانا يتسبب في اضطراب الطمث.

(قاسي، 2012، ص22، 23).

4- أسباب القلق:

4-1- أسباب وراثية:

أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث افترضت أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا يسبب المرض وقد أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال اصابة من لا تربطهم صلة قرابة بالمرضى، وأشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين.

(دحماني، 2011، ص 22).

4-2- أسباب نفسية:

غالبا ما تسرع الشدة الانفعالية نوبة القلق (أي التبادلات الواقعية أو المهتدة في العلاقات الشخصية وأحيانا قد يؤدي فشل الكبت إلى القلق)، وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد، أو طبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة، حيث يشعر الفرد بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، كذلك الصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط.

(عماري، 2013، ص 14).

الفصل الثاني: القلق.

3-4- مواقف الحياة الضاغطة :

- الضغوط الحضارية والثقافية والبيئة الحديثة.
 - مطالب المدينة المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) .
 - البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف ومواقف الضغط والوحدة، والحرمان وعدم الأمان.
- (دحماني، 2011، ص23).

4-4-أسباب جسمية:

يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة والحادة كالسرطان، وداء السكري، الربو، والقلب، أيضا يمكن أن يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي، والخلل في الوظائف العصبية، وعوامل كيميائية داخل الجسم.

(المرزوقي، 2008، ص51) .

من خلال ما تم التطرق إليه نجد أن الاكتئاب يحدث نتيجة عدة أسباب منها:

- أسباب بيولوجية أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة من لا تربطهم صلة قرابة من المرضى.
- أسباب نفسية أن القلق يحدث نتيجة تهديدات (تأتي من خطر مدرك أو محسوس)، أو خوف من (المستقبل، الفشل)، أو صراع نفسي .
- مواقف الحياة الضاغطة (ضغوط حضارية، بيئية، ثقافية)، إضافة إلى البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف وعدم الأمان .
- أسباب جسمية تتمثل في التعرض لبعض الأمراض المزمنة والحادة مثل (السرطان، داء السكري، عدم التوازن الغذائي، خلل في الوظائف العصبية ...).

5- أنواع القلق:

1-5- القلق الموضوعي:

وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، وذلك لأن مصدره يكون واضحا، فالفرد مثلا يشعر بالقلق إذا قرب موعد الامتحان .

كما أنه يسمى بالقلق خارجي المنشأ فهو الذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر، فعندما يستطيع الإنسان أن يميز بوضوح شيئا يهدد أمنه وسلامته كأن يصبوب لص مسدسا إلى رأسه، فهنا

الفصل الثاني: القلق.

يشعر بالإضراب ويبدأ يرتجف فيجف ريقه، وتعرق يداه وجهته وتزيد نبضات قلبه وتهتاج معدته ويشد توتره فهذا القلق طبيعي، أي شخص يمكن أن يحس به، واستجابته تكون عادية وسوية.

(دحماني، 2011، ص 18).

2-5- القلق العصابي:(المرضي):

هو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض، ويعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر شامل فعلي أو رمزي قد يحدث يصحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية، ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا .

كما أنه يسمى بالقلق الداخلي المنشأ وهو حالة مرضية، ويبدو أن لدى ضحايا هذا المرض استعداد وراثي له، وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق الدائم، تأتي فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر.

(دحماني، 2011، ص 19).

3-5- القلق كحالة وسمة:

1-3-5- القلق كحالة:

تعتبر حالة انفعالية طارئة ووقتيية في حياة الإنسان تتذبذب من وقت لآخر، وتزول بزوال المثيرات التي تبعثها، وهي حالة داخلية تتسم بمشاعر التوتر والخطر المدركة شعوريا، والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي، فتظهر علامات قلق حالة وتختلف في شدتها وتقلبها معظم الوقت .

وتعتبر الاستجابة الانفعالية التي تظهر على الفرد الذي يدرك موقفا محددًا على أنه خطر عليه شخصيا، أو مخيف بغض النظر عن وجود أو عدم وجود شيء حقيقي يمثل ذلك الخطر (نميري، 2012، ص 23).

2-3-5- سمة القلق:

تعتبر كسمة ثابتة نسبيا للشخصية، تشير هذه النظرية إلى الاختلافات الفردية في قابلية الإصابة بالقلق، والتي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة، كمواقف تهديدية بارتفاع مستوى القلق وفقا لما اكتسبه كل فرد في طفولته من خبرات سابقة، كما تميز هذه النظرية أيضا بين حالات القلق المختلفة والظروف البيئية الضاغطة التي تؤدي إلى هذه الحالات وميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة. (نميري، نفس المرجع السابق، ص 24).

الفصل الثاني: القلق.

اما سيلبرجر (1983) فيعتبرها بانها استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد، إذ تتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالات القلق، وهناك فروق فردية بين الأفراد في كيفية إدراكهم للعالم ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدر.

(المرزوقي، 2008، ص37).

من خلال ما تم التطرق إليه في أنواع القلق نجد ما يلي:

- القلق الموضوعي يكون أقرب إلى الخوف، ومصدره واضح، خارجي المنشأ، والذي يحس به الناس في الأحوال الطبيعية واستجابته تكون عادية وسوية.
- القلق العصبي (المرضي) حالة مرضية لا يدرك المصاب به، وهو حالة من التوتر الشامل الفعلي، داخلي المنشأ، وأن ضحايا هذا المرض لديهم استعداد وراثي.
- القلق كحالة انفعالية طارئة وقتية في حياة الإنسان تتذبذب من وقت لآخر وتزول بزوال المثيرات.
- القلق كسمة ثابتة نسبيا للشخصية والتي ترجع إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في استعدادهم للاستجابة للمواقف المدركة.

6-النظريات المفسرة للقلق:

سوف يتم التطرق إلى أهم النظريات التي فسرت القلق والتي نذكر منها النظرية السلوكية التي اعتبرته منعكس شرطي نحو المنبهات، والنظرية المعرفية التي ترجعه إلى التفكير الغير عقلاني والخاص، والنظرية التحليلية التي ترجعه إلى الرغبات المكبوتة في اللاشعور.

1. النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه المدرسة أن القلق المرضي ناتج عن القلق العادي كالمراق التي ليس فيها إشباع حيث يتعرض الفرد للخوف أو التهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح فتترتب عن ذلك مثيرات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالي، وما يصاحبه من توتر، عدم الاستقرار وعدم الارتياح، أو من جهة أخرى إفراط الوالدين في حماية الطفل قد يعرضه للشعور بالخطر عندما يواجه العالم الخارجي، وأكد أصحاب هذه المدرسة على العوامل الاستعدادية التي تتمثل في الوراثة والضغط العام في الجهاز العصبي والشذوذ في التركيب العضوي لبعض أعضاء في الجسم، كما أنها اعتبرت القلق منعكسا شرطيا نحو المنبهات المؤلمة أو الخطرة.

(نميري، 2012، ص31).

كما أن القلق عند السلوكيون لا يمكن أن تكون له وظيفة المثير، وإنما هو استجابة متعلمة وفقا لقواعد التعلم الشرطي الذي تخضع له كافة استجابات وعادات الإنسان، كما انهم يطابقون بين استجابة القلق واستجابة الخوف والفرق الوحيد هو المثير الذي يكون طبيعيا في حالة الخوف وشرطيا في حالة القلق.

(نميري، نفس المرجع السابق، ص 32) .

يعتبر "أينك" أن استجابة القلق هي نتيجة أحداث صادقة أو سلسلة من الصعوبات المتتالية تشمل على رد فعل عصبي لا إرادي. ويؤكد "ولب" أن السلوك العصبي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم وأن القلق هو نوع من أنواع السلوك العصبي المتعلم ومن ثم يمكن حفظه طريق التثريب المتضاد.

فالقلى إذن عند السلوكيون ما هو إلا استجابة متعلمة وفقا لمبادئ التعلم الشرطي، ولقد قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق ما دام أننا نخبره كخبر غير سار، وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي.

يجسد "ميلر" و"دولار" مفاهيمهما الأساسية في التعلم على كيفية اكتساب القلق والخوف وعرضهما في نظريتهما حول الشخصية والعلاج النفسي، فهما استفادا من مفهوم الدافع وأكدوا على الدور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعليم، والقلق ما هو إلا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في الأداء، والقلق عندهما حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها، والقلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب، ويحدث القلق نتيجة الصراع الذي قد يأخذ أشكال متعددة إلا أنه يولد حالة من عدم الاتزان والذي بدوره يؤدي إلى القلق، ولا يمكن تجنب الصراع حتى يعود إلى الاتزان مرة أخرى. الخوف عند "دولارد" و"ميلر" غير المحدد المصدر هو خوف لاشعوري وهو ما نطلق عليه "القلق"، وعملية الكبت هي التي تجعل من الصعب تحديد مصدره ويساعدها على التخلص من هذه المخاوف، ولكنه تخلص غير كامل مما يجعل عملية الكبت غير ناجحة من حيث أنها تؤدي إلى خفض التوتر وقتيا ولكنها لا تؤدي إلى إزالته بشكل دائم بل على العكس تؤدي إلى زيادته مستقبلا إذ كلما جهل الفرد بالعوامل المسببة لقلقه قلت قدرته على التحكم فيه وطالما أن القلق يظل قائما فإنه بما له من قوة الدوافع يدفع إلى أنواع أخرى من الاستجابات التي يمكن أن تخفف من حدته، ولذلك فقد يلجأ الإنسان إلى أسلوب أو إلى آخر من أساليب السلوك العادي أو المرضي، ويحدث ذلك أيضا في أغلب الأحيان على مستوى لا شعوري ومن هذه الأساليب السلوكية التي تؤدي إلى التخفيف من حدة القلق ما يسمى بـ"الحيل الدفاعية" كالتبرير، الإسقاط، التقمص، الإعلاء، النكوص وغير ذلك، وهي في رأي "دولارد" و"ميلر" عبارة عن أساليب سلوكية متعلمة تدعمها الوظيفة التي تؤديها من حيث خفض التوتر الناشئ عن القلق، الناشئ بدوره عن التربية الخاطئة.

(زعتري، 2012، ص12، 13).

2. النظرية المعرفية:

هذه النظرية تركز في تفسيرها للقلق باعتبار أن الفرد يسبق المواقف بأنماط من التفكير الخاطئ أو المشوه السلبي، المبالغ في تقدير خطورة المواقف وبالتالي يميل الفرد إلى التقليل من القدرة على مواجهة هذه المواقف، أما "بيك" صاحب النظرية المعرفية يرى أن الاضطرابات السيكولوجية الانفعالية للفرد كالاكتئاب والقلق والشعور بالذنب إلى آخره... مرجعها الأفكار الغير عقلانية والخاطئة فهو يعطي الأولوية للأفكار (الأولوية المعرفية) ويوضح أن العمليات المعرفية المختلفة هي بمثابة نتيجة أساسية لتجربة الفرد وللنظرة المحيطة له، فهو يكتسب التفكير المضطرب من خلال أول تجربة له في حياته، ومن خلال فشله في تجربة معينة فإن الخلل على المستوى المعرفي يؤدي إلى ظهور الاضطرابات النفسية مثل القلق.

(نميري، 2012، ص 31).

يرتكز هذا التفسير على افتراضات أساسية تقوم على كون العمليات العقلية هي أساس التوتر في سلوك الأفراد، بحيث أن التفسيرات التي يقدمونها حول أسباب الأعمال التي يقومون بها في حياتهم اليومية تنتج سلوكيات مختلفة، فمثلا المصاب بالقلق كاضطراب تسيطر عليه تصورات ذهنية مفادها أن هناك حادث خطير سيقع فتؤدي هذه التصورات إلى اضطراب التفكير ويصبح في موقف ينذر الخطر فيعمل الدماغ باهتياج شديد في مواجهة ذلك التهديد المفترض، كما أن خبرة القلق تكون مصحوبة في الغالب بتشويش ذهني أي عدم القدرة على التفكير بشكل سليم. (زعتري، 2010، ص 15).

ولقد بينت دراسة "بيك" (1970) في إطار العلاج المعرفي لاحظ عند الأشخاص في حالة القلق والاكتئاب وجود تشوهات معرفية يصنفها بالشكل التالي:

-الاستنتاج العشوائي، الذي فيه العناصر الضرورية.

-التعميم الظاهري.

التصغير والتضخيم لوضعية معينة وهي أخطاء يرجعها "بيك" إلى عدم قدرة الفرد على الرؤية الصائبة للمعلومات ولا تلاحظ عند الراشد، أما عند الطفل فلا نجد هذه التشوهات بصورة كافية لأنه بصدد بناء معرفة، وهذا ما يطرحه شكل الارتباط بين التعلم والتطور. (قاسي، 2012، ص 29).

أما "باندورا" فقد وضع أن العلاقة بين حالات القلق و عملية التعلم غير مكتملة بحيث درس معتقدات الأفراد لقدراتهم الذاتية والتعامل مع المواقف النوعية وهذا ما امساه بالفاعلية الذاتية، وهذه المعتقدات تؤثر على ردود أفعاله إزاء الشدائد والسلوك الذي يتبع ذلك. (قاسي، نفس المرجع السابق، ص 30).

3. النظرية التحليلية:

يعد فرويد من أوائل علماء النفس الذين حللوا القلق، وقد رأى في القلق إشارة للأنا لكي يقوم بعمل اللازم ضد ما يهددها، وكثيراً ما يكون المهديد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور وهنا إما أن تقوم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها، وإما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي. (نميري، 2012، ص 31).

حيث حاول فرويد إبراز علاقة القلق بالعصاب، وهو يعتبر أن صدمة الميلاد (قلق الولادة) هي أولى تجارب القلق في حياة الإنسان، وله في دراسته للقلق نظريتان تختلف إحداهما عن الأخرى اختلافاً جوهرياً، فقد طلع على العالم بنظرية سنة (1916-1917) وقرر فيها وجود علاقة وثيقة بين القلق والحرمان الجنسي فالذين يشكون من الحرمان الجنسي حسبه يعانون غالباً من مشاعر القلق، وأكد أن الرغبة الجنسية تضعف حين يحل القلق محلها، ولاحظ فرويد أن القلق كثيراً ما يصاحب الحالات الهستيرية، فاعتقد أن وراء الهستيريا عملية نفسية هي غالباً جنسية وكبتت هذه العملية فتحوّلت الحالة الوجدانية المصاحبة لها إلى قلق، ومخاوف الأطفال والمخاوف المرضية ومخاوف الكبار ترجع جميعها إلى رغبة غريزية (ليبيدية) لم يتمكن الفرد من إشباعها وكذلك العصاب القهري إنما هو إلا أعراض مرضية تخفي وراءها مشاعر القلق التي نشأت بسبب كبت الدوافع الجنسية، ويتبين من خلال هذه النظرية أن فرويد قد اتجه إلى اعتبار أن القلق يتولد بسبب كبت دوافع الغريزة الجنسية أو إحباطها وعدم إشباعها، فحين تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع تتحول الطاقة الجنسية إلى "قلق". (زعتري، 2010، ص 4).

لكن فرويد عاد فعدل أرائه في القلق وخرج بنظريته الأخيرة التي شرحها في كتابه (القلق) وقال أن من القلق العصابي والقلق الموضوعي رد فعل لحالة خطر والفرق بينهما أن الأول يرجع لخطر غريزي داخلي، أما الثاني فيرجع إلى خطر خارجي موضوعي معروف وهو رد فعل للأخطار الخارجية فالشعور بالخطر نتج بسبب تراكم تنبيهات الغريزة الجنسية مع عدم قدرة الفرد على إشباعها بسبب عجزه أو خوفه من العقاب، والعنصر الرئيسي المكون للخطر هو ازدياد التنبيه دون أن يكون الفرد قادر على السيطرة عليه فيشعر اتجاهه بالعجز - باختلاف مراحل النمو- فالعجز السيكولوجي وعدم القدرة على السيطرة على التنبيهات الشديدة التي يتعرض لها الطفل في أيامه المبكرة هي التي تثير القلق في الأيام الأولى من الحياة وخطر فقدان الأم هو الذي يثير القلق في المرحلة القضيبية والخوف من "الأنا الأعلى" هو الذي يثير القلق في مرحلة الكمون هو خوف الطفل من نبذ المجتمع له، والعصابيون هم أولئك الذين لا يزالون يستجيبون لحالات الخطر السابقة كأنها مازالت قائمة، ويرى فرويد أن القلق يؤدي وظيفة هامة إذ هو بمثابة إشارة تنبيه تنذر بحالة خطر مقبلة حتى يستطيع "الأنا" أن يستعد لمواجهة الخطر المتوقع، وبهذا يصبح القلق الذي كان رد فعل لحالة خطر حقيقي نذيراً بخطر متوقع.

الفصل الثاني: القلق.

وهكذا فان فرويد في نظريته الأولى يعتقد أن القلق هو نتيجة الكبت، وبهذا المفهوم الجديد يصبح للقلق في رأي فرويد دور كبير في نشوء العصاب الذي هو وسيلة دفاعية يحاول بها " الأنا "تقاء خطر غريزي داخلي وبعبارة أخرى يكون القلق هولب أو محور العصاب.

أما الفرويديون الجدد فقد أرجعوا القلق لأسباب مختلفة ومنهم نجد أدلر الذي يرى أن مصدر القلق يكمن في خطر الشعور بالنقص وعدم القدرة على تعويضه.

(نميري، 2012، ص 33).

من خلال عرض النظريات المفسرة للقلق نستخلص ما يلي :

- النظرية السلوكية ترى أن القلق المرضي ناتج عن القلق العادي كالمرفاق التي ليس فيها إشباع (خوف، تهديد) فالقلق حسب السلوكيين هو استجابة متعلمة وفقا لقواعد التعلم الشرطي .

- النظرية المعرفية تفسر حدوث القلق نتيجة لأنماط من التفكير الخاطئ، أو المستوى السلبي .

-النظرية التحليلية تفسر حدوث القلق على أنه إشارة للأنا لكي يقوم بعمل اللازم ضد ما يهددها، وأن المهدد هو الرغبات المكبوتة في اللاشعور .

وحاول فرويد ابراز علاقة القلق بالعصاب ويعتبر أن صدمة الميلاد هي أولى تجارب القلق في حياة الإنسان.

أما أدلر يرى أن مصدر القلق يكمن في خطر الشعور بالنقص وعدم القدرة على تعويضه .

7- تشخيص القلق :

لكي يكون هناك تشخيص سليم من الأفضل أن يكون هناك فحص جسدي ونفسي دقيق يجرى على المريض بالنظر إلى ما يصاحب القلق من اضطراب شديد في الجهاز العصبي السمبثاوي الباراسمبثاوي وفي إفرازات الغدد الصماء وأجهزة التنفس والدوران والهضم...الخ لمعرفة ما إذا كانت الحالة غير ناجمة عن أمراض عضوية حقيقية، وكذلك ليكون التشخيص سليما يجب أن يكون الفحص النفساني عميقا للتأكد من أن ظاهرة القلق نقية مستقلة وليست عرضا أوليا لمرض نفسي آخر.

(زعتري، 2011، ص 34).

وفي الفحص النفسي يعتمد الأخصائي النفسي في تشخيص القلق على الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية وهي كما يلي:

-تشخيص القلق حسب DSM5

احتوى الدليل الإحصائي الخامس على محور اضطرابات القلق شمل أنواع عديدة من اضطرابات القلق ما يخص

دراستنا ما يلي:

▪ اضطراب القلق المعمم: (F41.1) Generalized Anxiety Disorder :

أ- قلق زائد وانشغال (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل الأداء في العمل أو المدرسة) .

ب- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال.

ج- يصاحب القلق والانشغال ثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة) .

ملاحظة: يكفي عنصر واحد عند الأطفال.

(1) تملل أو شعور بالتقييد أو بأنه على الحافة.

(2) سهولة التعب.

(3) صعوبة التركيز أو فراغ العقل.

(4) استثارة.

(5) توتر عضلي.

(6) اضطراب النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء نائما أو النوم المتملل واللامرضي).

- يسبب القلق أو الانشغال القلبي أو الأعراض الجسدية إحباطا هاما سريريا أو انخفاضا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء.

- لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى مثال (فرط نشاط الدرق) .

- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، كالقلق أو الانشغال حول حصول هجمات الهلع في اضطراب الهلع، التقييم السلبي، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، العدوى والوساوس الأخرى، كما في الوسواس القهري، وما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس الانفصال عن شخص متعلق به، كما اضطراب قلق الانفصال، اكتساب الوزن كما في القمه العصبي، الشكاوى الجسدية، في اضطراب العرض الجسدي، ظهور العيوب المتصورة في اضطراب تشوه شكل الجسم، وجود مرض خطير، في اضطراب قلق المرض، أو محتوى الأوهام في الفصام أو الاضطراب التوهمي. (الحمادي، 2014، ص 97) .

8-علاج القلق:

إن علاج السلوك المرضي يعد مهمة معقدة للغاية قد يتطلب للقضاء عليه اعتماد وسائل كثيرة ومتضافرة كالعلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج الكيميائي أو العلاج بالجراحة وهذه الطرق الأخيرة تقدم على أساس الاعتقاد بأن التغيرات الجسمية أو الكيميائية التي تحدث في الجسم يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في سلوك المريض، أما استعمال الوسائل النفسانية فهي على خلاف ذلك، فبحث المشكلات النفسية بصفة خاصة لا يمكن أن يتم فقط داخل العيادة النفسية بل لابد من الاهتمام بالخلفية الأسرية والاجتماعية، فالاضطرابات السلوكية من خلال النظرة الاجتماعية ليست سوى انسحاب ورفض للمجتمع والتمرد على قيمه وتقاليده، لذا يجب التفكير في وضع الحلول للمشاكل المرضي وتحديد مواطن الخلل في الظروف والعلاقات الاجتماعية، لذا فعلاج مشكلة القلق تختلف حسب الفرد وشدة قلقه ووسائل العلاج المتاحة له، وأهم الطرق العلاجية ما يلي:

أ- **العلاج النفسي:** هو طرق نفسانية متعددة ذات خلفية نظرية، لعلاج مشكلات ذات صبغة وجدانية تؤثر سلباً على سلوك الفرد فتحدث اضطراباً في شخصيته، والعلاج النفسي ضروري لا تستغني عنه كل الطرق العلاجية خاصة في علاج الحالات العصبية، حيث يعتمد أساساً على فكرة الاضطرابات النفسية التي عادة ما تقود إلى أمراض عضوية خطيرة تعود في جوهرها إلى اضطراب نفسي عميق وقديم، ومن بين العلاجات النفسية العديدة للقلق نذكر:

ب- **العلاج النفسي التحليلي:** وهو من بين العلاجات التي لا تركز على الدواء ويساعد على استدراج المخفيات من ساحة اللاشعور إلى ساحة الشعور عن طريق التعبير التلقائي الحر، ومساعدة المريض على حلها في ضوء الواقع وعليه يبقى هدفه الأساسي هو إحداث تغيير أساسي شامل في بناء الشخصية بالاعتماد أساساً على العودة إلى الماضي للبحث عن جذور الاضطراب النفسي منذ الطفولة المبكرة وإزالة معوقات الرغبات الشخصية، وهذا العلاج يتطلب الكثير من الوقت والجهد والمال وعموماً لا يطبق هذا العلاج بكل حذافيره في الجزائر . (عكاشة، 1976، ص 262).

ج- العلاج النفسي السلوكي المعرفي:

يقوم هذا العلاج على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم والقوى الإدراكية، كما يشمل على مجموعة عديدة كبيرة من التقنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في تفكير وسلوك الفرد، وهو يهتم بإزالة الأعراض المرضية مباشرة دون البحث عن الصراعات النفسية وجذورها والصدمات الطفولية، ويهتم العلاج السلوكي بمحو السلوك الخاطئ أساس السلوك المرضي وتغييره بسلوك سليم كما أن العلاج المعرفي ينظر إلى الأفكار والمعتقدات الخاطئة على أنها هي أساس القلق لذا فإنه يتجه إلى تعديل المنظومة الفكرية للمريض وتغيير ذلك التشويه فيما يسمى بالثلاثية السلبية المعرفية أي أنه يفسر الحاضر والماضي والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية من ذلك.

(عكاشة، نفس المرجع السابق، ص 266).

د- العلاج البيئي والاجتماعي:

فبعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت وموافاتها بتغيير الوضع العائلي أو المحيط الاجتماعي أو الدفع نحو التكيف معها، أو ظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يؤدي إلى صفاء وطمأنينة المريض.
(زعتري، 2010، ص43، 44).

هـ- العلاج الجراحي:

توجد بعض الحالات النادرة من القلق الشديد المصحوبة بتوتر شديد قد تنتهي بالانتحار أو الإدمان، لا يمكن التخفيف منها الطرق العلاجية السابقة، وفي هذه الحالة نلجأ إلى العملية الجراحية في المخ، وذلك بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس، أو قطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي وبقطع هذه الألياف تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال، ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة
(زعتري، نفس المرجع السابق، ص45، 46).

من خلال ما تم عرضه هناك أنواع مختلفة في علاجات القلق لكل منها طريقة خاصة وهي كالآتي:

- العلاج النفسي هو طرق نفسانية ذات خلفية نظرية، وهو ضروري لا تستغني عنه كل الطرق العلاجية (خاصة في علاج الحالات العصبية) ومن بين العلاجات النفسية العديدة نذكر:
- العلاج النفسي التحليلي هو من بين العلاجات التي لا تركز على الدواء يساعد على استدراج المخفيات من ساحة اللاشعور إلى ساحة الشعور عن طريق التعبير التلقائي الحر، هدفه إحداث تغيير شامل في بناء الشخصية.
- العلاج النفسي السلوكي المعرفي يقوم على استخدام نظريات وقواعد التعلم والقوى الإدراكية هدفه احداث تغيير إيجابي في تفكير وسلوك الفرد.
- العلاج البيئي الاجتماعي يأتي بعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة هدفه تغيير الوضع العائلي أو المحيط الاجتماعي أو الدفع نحو التكيف معها.
- العلاج الجراحي وذلك بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي والتلاموس وبقطع هذه الألياف تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال، ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة.

■ خلاصة الفصل:

يعتبر القلق لب المتاعب النفسية وذلك لكونه مفهوم شديد التركيب حيث تتدخل فيه عدة عوامل، كما أنه انفعال إنساني له درجات متنوعة وله آثار مختلفة وأعراض تشمل كل من يعاني القلق كبيرا كان أو صغير، وتشمل أيضا كل من الجنسين وتظهر هذه الأعراض جسمية على أجهزة الجسم مثل: الجهاز القلبي والجهاز التنفسي والعصبي، والجهاز البولي التناسلي والجهاز العضلي وجهاز الغدد الصماء، كما تبدو الأعراض في شكل صور نفسية، إذ يظهر على الشخص عدم الاستقرار والخوف دون معرفة مصدره، شعور بانعدام الأمن والراحة، والحساسية المفرطة ومختلف الأعراض النفسية التي تؤدي إلى تدهور في قدرة الفرد على الإنجاز والعمل، كما تؤثر على توافقه الاجتماعي والمهني والأسري، ومن طبيعة النفس البشرية أنها تحاول السيطرة على هذا القلق والتخلص منه سواء بالوقاية أو العلاج حتى تضمن لنفسها التكيف الذي يؤدي إلى السعادة والراحة.

في الأخير يمكن القول أنّ القلق هو حالة نفسية وفسيولوجية تتركب من تظافر عناصر إدراكية، وجسدية، وسلوكية، لخلق شعور غير سار يرتبط عادة بعدم الارتياح، والخوف، أو التردد، فالقلق عملية انتقالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية والسلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط النفسية.

الفصل الثالث

الاكتئاب

محتوى الفصل

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن الاكتئاب
2. تعريف الاكتئاب
3. أعراض الاكتئاب
- 3_1 أعراض نفسية
- 3_2 أعراض جسدية
4. أسباب الاكتئاب
- 4_1 أسباب نفسي
- 4_2 أسباب بيولوجية
- 4_3 أسباب وراثية
- 4_4 أسباب اجتماعية
5. تصنيف الاكتئاب
6. النظريات المفسرة للاكتئاب
- 6_1 نظرية التحليل النفسي
- 6_2 النظرية المعرفية
- 6_3 النظرية السلوكية
7. تشخيص الاكتئاب .
8. علاج الاكتئاب
- 8_1 العلاج النفسي
- 8_2 العلاج المعرفي
- 8_3 العلاج السلوكي
- 8_4 العلاج الطبي
- 8_5 العلاج البيئي

خلاصة الفصل.

■ تمهيد :

يعتبر الاكتئاب من الأمراض النفسية المعاصرة والأكثر انتشارا بين مختلف الفئات العمرية، وهذا راجع لكثرة المشاكل اليومية مما ينتج عنه ضغط شديد تجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة بهذا النوع من الأمراض، والذي يظهر في جملة من الأعراض منها: فقدان أو اكتساب الوزن، انخفاض الشهية، الأرق أو فرط النوم، الشعور بالذنب، ضعف القدرة على التركيز، أفكار انتحارية ... إلخ.

وعليه سنتطرق في فصلنا هذا إلى: نبذة تاريخية عن الاكتئاب، تعريفه، أعراضه وأسبابه، وأهم النظريات المفسرة له، ثم تشخيصه حسب DSM 5 وعلاجه النفسي، المعرفي، السلوكي، الطبي والبيئي.

1. نبذة تاريخية عن الاكتئاب:

الاكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية، ولقد سجل لنا التاريخ وصفا لمرض الاكتئاب في أوراق البردي التي تركها قدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي 1500 عام، ومما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن، وأن هذه الحالات كان يتم تشخيصها وعلاجها أيضا ببعض الطرق في مصر القديمة، كما وردت بعض الدلائل على وجود الاكتئاب في الحضارات الأخرى.

ولعل أول ما سجله التاريخ المكتوب أن " أمحتب " الذي لقب فيما بعد " أبو الطلب " قد أسس مدينة " منف " القديمة في مصر معبدا تحول إلى مدرسة للطلب، ومصحة لعلاج الأمراض البدنية والنفسية، وقد ورد في مراجع التاريخ أيضا أن الأمراض النفسية ومنها الاكتئاب كان يتم الاهتمام بها وعلاجها بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي، فقد ورد للأنشطة الترفيهية والعلاج بالماء واستخدام الإيحاء والعلاج الديني للاضطرابات النفسية، كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب، وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية.

لكي نصل إلى فهم عميق لظاهرة جد عميقة، ينبغي تتبع سير مفهوم الاكتئاب Dépression عبر ما يزيد على النصف قرن من الزمان، وسنبداً بتعريف (أيدلبرج 1968) حيث يعرف الاكتئاب " بأنه عرض عصابي Symptôme neurosis يتسم بتناقض الاهتمام بالعالم الخارجي، وتزايد العدوان الموجه ضد الذات، مع نقد الذات والشعور بالإثم والندم ومعاقبة الذات ويجعل فقدان موضوع ما بحدوثه.

ولكي نتبع مسار هذا المفهوم بداية بالكشوف الباكرة، نجد أن فرويد كان أول من كتب عن الاكتئاب في التحليل النفسي كشكل ثالث لعصاب القلق.

ولقد شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم، وتقول آخر الاحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من 7% إلى 10% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب، وهذا يعني وجود مئات الملايين من البشر في معاناة نتيجة للإصابة بهذا المرض، ويكفي ذلك كدليل آخر على أن العالم اليوم يعيش عصر الاكتئاب، ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول "ميلاني كلاين" أحد علماء النفس بأن المعاناة التي تسببت للإنسانية من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة.

(الشريبي، 2001، ص 17، 18).

2. تعريف الاكتئاب:

2.1. الاكتئاب في اللغة:

يعرفه شوقي ضيف بأنه: (كئيب) - كآبة: تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن. فهو كئيب، وكئيب.
(أكأب) فلانا: أحزنه.

(اكتأب): كئيب. وجه الأرض: تغير وضرب إلى السواد، ومنه: رماد مكتئب اللون.

(الكأباء): الحزن الشديد. (ضيف، 2004، ص 771)

2.2. الاكتئاب في الاصطلاح:

يعرفه عبد الستار إبراهيم: بأنه استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء هام كالعمل، أو وفاة إنسان غالي. والاكتئاب شأنه شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية يفصح عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتزاملة، بعضها (مادي)، وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي)، وبعضها الثالث اجتماعي. وهذه الأعراض هي التي نسميها الزملة الاكتئابية. وهي تشتمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها، والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه
(عبد الستار، 2007، ص 12، 15، 16).

يعرفه حامد عبد السلام زهران: بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعب عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه
(زهران، 2005، ص 514).

الاكتئاب هو خبرة وجدانية ذاتية تتميز بأعراض متعددة كالحزن، والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة والشعور بالفشل والرغبة في إيذاء الذات، فقدان الشهية، والإرهاق ومشاعر الذنب واحتقار الذات وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد.
(مقدادي، بدري الابراهيم، 2014، ص 326).

وعرفه بيك Beke: بأنه حالة انفعالية تتضمن تغييرا محددًا في المزاج مثل مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبته في الهروب والاختفاء والموت وتغييرات في النشاط مثل صعوبة النوم والأكل وتغييرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط.

(النجمة، 2008، ص 13).

من خلال التعريفات التي تطرقنا إليها يمكننا تعريف الاكتئاب على أنه: حالة انفعالية تتمثل في الحزن الشديد والمستمر، تصاحبها أعراض نفسية كالتشاؤم والشعور بالفشل ولوم الذات، وأعراض جسمية تتمثل بالإرهاق وفقدان

الشهية إضافة إلى حدوث تغيرات على مستوى النشاط، وكل هذه الأعراض تكون نتيجة الظروف الأليمة التي عاشها الفرد.

3. أعراض الاكتئاب: هناك أعراض جسمية ونفسية على الشخص المكتئب وهي :

1.3. الأعراض النفسية: تشمل ما يلي:

- مزاج حزين يائس: يعاني الشخص المكتئب من فراغ داخلي مطلق وقد أطلق الطبيب النفسي الألماني كورت شنايدر على هذه الحالة وصف " الشعور بفقدان المشاعر".
- فقدان الاهتمامات المعتادة: يشمل فقدان الاهتمام بالمجالات المهنية والأسرية والشخصية.
- اهتمامات الذات: يمكن أن تمتد إلى درجة أن يقول المعني أنه لم يرتكب في حياته سوى الخطاء، أو تسيطر على التفكير ككل الأخطاء التي ارتكبها المعني في السنة الماضية.
- قمع الانفعالات: صعوبة مفرطة في التعبير عن المشاعر أو مناقشتها (الغضب، الأذى، الحزن، الفرح ... الخ). لأن الشخص يتوقع أن يؤدي التعبير عنها إلى فقدان التقدير، أو إيذاء الآخرين، أو الإحراج أو الانتقام أو الهجر.
- الفشل في التحصيل: شعور الفرد أن فشله محتوم، أو انه غير ملائم من الساس مقارنة بأقرانه في مجالات التحصيل (المدرسة، الوظيفة، الرياضة، ...) ودائما ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبي أو أحمق أو جاهلا أو غير موهوب.
- الحرمان العاطفي: توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته في الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفي بشكل ملائم.
- التشاؤم: للاكتئابيين ولع خاص بتوقع كروب في المستقبل، والاحساس بهذه المحن والكروب كما لو أنها تحدث في الحاضر أو أنها حدثت بالفعل.
- السلوك الانتحاري: يمكن أن ننظر إلى الرغبات والمحاولات الانتحارية على أنها التعبير النهائي عن الرغبة في الهروب، فالانتحاري يرى أن مستقبله مئثل بالألم والعناء، ولا يجد من سبيل لتخفيف عذابه وتحسين وضعه فلانتحار لا يعده فقط بوضع نهاية لشقائه وبؤسه بل يفترض أيضا أن يرفع عن أسرته عبئا ثقيلا.
- إهمال النظافة والمظهر الخارجي وكذلك قلة الكلام وانخفاض الصوت إضافة إلى الشعور بالقلق والتوتر والأرق.

(قنون، 2007، ص 43، 44).

3.2. الأعراض الجسمية: تشمل ما يلي:

- اضطراب النوم: يشكل النعاس والدخول في النوم المشكلة الأساسية لدى غالبية المرضى بالاكتئاب، وكلهم تقريباً يعانون من عدم القدرة في الاستمرار في النوم بعد الدخول فيه فهم يصحون في النصف الثاني من الليل في وقت أبكر من المألوف بالنسبة للآخرين ولا يستطيعون العودة للنوم.
 - أوجاع جسدية: يعاني لكثير من الاكتئابيين من الآلام الجسدية دون ان يكون هناك أساس جسدي لذلك، وهذه الشكاوي ضغط في الرأس والشعور بضغط شديد على القلب، والشعور بغصّة في الحلق ووجاع عامة في الأعضاء، بالإضافة إلى ذلك يعانون من الامساك واضطرابات الدورة الشهرية والاضطرابات الجنسية الوظيفية، وتكون هذه الأعراض خادعة لدرجة يصعب معها الشك بوجود اكتئاب في البداية.
 - الألم وخاصة آلام الظهر وضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي وتأخر زمن الرجوع والأزمات الحركية وتنعكس مظاهر الكسل الحركي على النطق والكلام والرغبة في الانعزال.
 - توهم المرض والانشغال عن الصحة العامة.
 - فقدان الشهية ورفض الطعام (الاعتقاد بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت وهذا نوع من أنواع الانتحار) ونقص الوزن والامساك.
 - انقباض الصدر والشعور بالضيق.
 - اضطراب وظائف الهضم ووجود شكوى من عسر الهضم وآلام في البطن.
 - ويعتبر الامساك الشديد من الأعراض المصاحبة للاكتئاب بسبب بطء حركة الأمعاء وفقدان الشهية للطعام والخلل في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي الذي يتحكم في وظائف الجهاز الهضمي.
- (قنون، 2007، ص 44، 45) .

4. أسباب الاكتئاب:

1.4. أسباب نفسية:

من العوامل النفسية التي نذكرها في هذا الشأن عملية الصراع داخل النفس وهي تحدث نتيجة لتعارض رغبتين لدى الانسان او تعذر اشباع حاجتين في وقت واحد، وفي داخل كل منا صراع بين القيم والدوافع المختلفة، ولدى الانسان دائما صراعات تنشأ بين طموحاته وتطلعاته من جانب، وبين واقعه وقدراته من الجانب الآخر، ذلك إضافة إلى مجالات أخرى للصراع مثل إشباع الدوافع الجنسية، وقد ركز فرويد على هذه النقطة بالذات، حيث كان يرى أن الحزن والكآبة التي تنشأ عن الخسارة لفق عزيز إنما تنتج من تحول في الطاقة الجنسية إلى طاقة عوان ويأس وتحطيم للذات.

(الشربيني، 2001، ص 43).

ومن العوامل النفسية الهامة ما يحدث في فترة الطفولة المبكرة من خبرات أليمة، حيث تولد هذه الصدمات قدرا من الحساسية النفسية تمهد لظهور الاضطراب النفسي فيما بعد، وكذلك الاحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لإدراكه وجود عائق ما يحول دون تحقيقه لرغباته ومصالحه، وتكون الاستجابة لهذا الاحباط هي الشعور بخيبة الأمل، والمحصلة النهائية في الغالب تكون حالة المرض. (الشريبي، نفس المرجع السابق، ص 43، 44).

4. 2. أسباب بيولوجية:

أثبتت الدراسات أن حدوث خلل في الميراث العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السير وتونين) هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما ثبت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات وقد وجد أن هناك خلافا في إفراز بعض الهرمونات في مرضى الاكتئاب وقد يؤدي هذا الاختلال إلى اضطراب الخلايا العصبية التي تحتوي على المثبرات الكيميائية، أيضا اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة الفوق الكلوية، وهذا الاختلال يكون في أغلبه من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي. وقد أثبت الباحثون أن هناك خلافا في الجهاز المناعي لدى مرضى الاكتئاب أو من يعانون من الحزن نتيجة فقد قريب أو صديق وربما كان كخلل مناعي نتيجة خلل في الغدد التي لها علاقة بالمناعة وهناك احتمال أقل من أن الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي.

(الشاملي، 2015، ص 84).

4. 3. أسباب وراثية:

خلال العقود الثلاثة الماضية كانت هناك دراسات مكثفة لدور العوامل الوراثية في هذا المرض، وتبين بشكل قطعي أن هناك استعدادا وراثيا يظهر بشكل واضح في بعض العائلات وخصوصا في حالات الاكتئاب الذهاني والاكتئاب الشديد، وقد شملت هذه الدراسات دراسة تكرار الحالة في نفس العائلة، وفي التوائم المتشابهة وغير المتشابهة سواء من تمت تربيتهم في نفس البيئة أو في بيئتين مختلفتين . (سرحان، وآخرون، 2008، ص 43).

4. 4. أسباب اجتماعية:

دلت الدراسات المختلفة على أهمية السنوات الأولى من عمر الطفل في بنائه النفسي، وتأثير هذا البناء على إمكانية حدوث الاكتئاب في المستقبل، ومن الأمور الواضحة أن الحرمان من الأم يشكل نقطة ترجيح لصالح الاكتئاب في المستقبل، كما أن العلاقات مع الوالدين لها دور تلعبه سواء كانت هذه العلاقة تتمثل في الإهمال، أو زيادة في الرعاية والاهتمام والصراعات بأشكالها المختلفة، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية الصعبة التي يعيشها البعض.

(سرحان، وآخرون، نفس المرجع السابق، ص 44).

من خلال ما تم التطرق إليه نجد أن الاكتئاب يحدث عدة أسباب منها:

-أسباب نفسية تتمثل في عدم اشباع رغبتين متعارضتين لدى الفرد.

-أسباب بيولوجية تتمثل في حدوث خلل على مستوى الجهاز العصبي وتأثير الأدوية والعقاقير على الاستجابة العصبية بالتالي حدوث الاكتئاب، او نتيجة وجود خلل في الهرمونات أو الجهاز المناعي للفرد .
-أسباب وراثية كإصابة احد الوالدين أو كلاهما أو أحد أفراد العائلة بهذا الاضطراب مسبقا .
-أسباب اجتماعية نتيجة الإفراط او التفريط في الرعاية بالطفل، إضافة إلى الظروف الاجتماعية الصعبة.

5. تصنيف الاكتئاب :

1.5 الاكتئاب الخفيف :

عند الإصابة بالاكتئاب الخفيف يعاني المرء من تعكر المزاج من وقت لآخر، وعادة ما يبدأ المرض بعد حدث مرهق فيسيطر القلق على المريض ويصبح محبطا في الحقيقة، غالبا ما تكون تغيرات أسلوب الحياة كافية للإصابة بهذا النوع من الاكتئاب. (مكزي، 2013، ص 36) .

2.5 الاكتئاب المتوسط:

عندما يصاب المرء بالاكتئاب المتوسط، يتعكر مزاجه في شكل دائم، وتظهر عليه بعض أعراض المرض الجسدي، علما أن هذه الأعراض تختلف من شخص إلى آخر. ولا تسبب التغيرات التي تطرأ على أسلوب الحياة وحدها هذا النوع من الاكتئاب، وغالبا ما يحتاج المرء عند إصابته بالاكتئاب المتوسط إلى مساعدة طبية. (مكزي، نفس المرجع السابق، ص 36).

3.5 الاكتئاب الشديد:

يعتبر الاكتئاب الشديد مرضا يهدد حياة الانسان ويترك أعراضا شديدة، لذلك يشعر المكتئب اكتئابا شديدا بأعراض جسدية وتراوده التوهيمات والهوسات. ولا بد أن يراجع المكتئب اكتئابا شديدا الطبيب بأسرع وقت ممكن تفاديا لخطر الإقدام على الانتحار. (مكزي، نفس المرجع السابق، ص 37).

6. النظريات المفسرة للاكتئاب:

1.6 نظرية التحليل النفسي:

أشار كارل إبراهيم (KARL ABRAHAM) عام 1911 إلى أن البغض والضغينة (HATRED) هي من أهم المشاعر السائدة عند الفرد المكتئب. ونظرا لأن مشاعر البغض والحقد والكراهية غير مقبولة عند الفرد، لذا يحاول أن يكتب مثل هذه المشاعر ثم يسقطها. ويشعر الفرد بالبغض والكراهية من قبل الآخرين ثم يأتي بعد ذلك الاعتقاد بأنه منبوذ بسبب نقائصه وعيوبه الفطرية (INBORN DEFECTS) ومن ثم يصبح مكتئبا. ولقد وجد إبراهيم من خلال دراساته العديد من الدلائل على العدائية المكبوتة (REPPRESSED HOSTILITY) في أحلام المكتئبين الاجرامية كما أنهم يحاولون الانتقام من

الآخرين. ولا يحاول المرضى بالاكتئاب أن يعزوا دفعاتهم العنيفة (VIOLENT IMPULSES) إلى الحزن ولكن إلى عيوبهم الشخصية وهم يعانون من أعراض المازوخية والشعور بالذنب، ويحاولون دائما إرضاء ميل اللاشعور إلى إنكار الحياة.

وقد صاغ فرويد (FREUD 1955) التفسير الأساسي للتحليل النفسي لمفهوم الاكتئاب. وقد قارن بين الميلانخوليا بالخطوات العادية للحداد والحزن (MOURNING) على أمل أن هذه المقارنة ربما تساعدنا على وصف الميلانخوليا كمرض نفسي. فعندما يفقد فرد ما موضوعا ما محبوبا إلى ذاته فإنه يسحب عواطفه الليبيدية (LIBIDINAL ATTACHMENTS) على الموضوع. لأن شدة العاطفة بالموضوع قوية جدا، لذا فإن الميلانخوليا وفقا لنظرية فرويد تحدث عندما لا يكون هناك فقدان لموضوع واضح. وقد وجد فرويد أنه من الغريب أن الحزين (MOURNER) يعتقد أن الموضوع خارجي عن ذاته قد فقد، ولكن الفرد الميلانخولي يحدد فقدان هذا الشيء من خلال ذاته. وأشار فرويد إلى أن الفرد عندما يفقد موضوعا محبوبا إلى ذاته فبدلا من أن تتجه الطاقة الليبيدية المتحررة في توحد (IDENTIFICATION) الأنا مع الموضوع المفقود عن طريق الإيحاء (INTROJECTION) لذا فإن الأنا لا تستطيع أن توجه اللوم أو النقد إلى نفسها كموضوع. وعن طريق التوحد مع الموضوع المحب، فإن المريض يتردد إلى المرحلة الفمية للبيدو (ORAL PHASE)، حيث إن الطفل لا يستطيع أن يفرق بين نفسه وبين بيئته.

كما أن هناك العديد من العلاقات المرتبطة بالموضوع تكون متناقضة وجدانيا (AMBIVALENT) وبسبب هذا التناقض الوجداني (AMBIVALENCE) فإن جزءا من الطاقة الليبيدية تتحرر من الطاقة المرتبطة بالموضوع (OBJECT CATHEXIS) لتعزيز الحزن الموجه نحو الذات. (رشاد، 1998، ص 153، 154، 155) .

2.6. النظرية المعرفية:

تمثل وجهة نظريك BECK واحدة من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب من وجهة نظر معرفية، حيث يرى إجمالاً أن طريقة التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو الاكتئاب إذ تبين من دراساته الأولى ارتباط الاكتئاب بخطأ في إدراك الأمور، وفي أسلوب التفكير فيها، وأن المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فهم ويضخمون ذلك إلى درجة الاكتئاب. وقد طور بيك نظريته المعرفية في الاكتئاب في وقت لاحق اعتمادا على نتائج الأبحاث الميدانية مرجعا إياه إلى ثلاثة عناصر شملت الطرق السلبية لإدراك الفرد لذاته، والميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، والنظرة السلبية للمستقبل مؤكدا ارتباط هذه العناصر بالبنية المعرفية للفرد مشيرا إلى أن المجموعات المعرفية SCHEMAS تفسر سبب ميل البعض إلى تكوين اتجاهات مؤلمة له بالرغم من إمكانية وجود بعض الجوانب الايجابية في حياته، ونعني بالمجموعات المعرفية هنا الطرق والنماذج المعرفية التي يستخدمها الأفراد لتفسير الأحداث والمثيرات، هذه النماذج تحدد الطرق التي يبني بها الأفراد خبراتهم، والمشكلة لدى المكتئبين تكمن في ربطهم ما يتعرضون له من أحداث أنية بالخبرات المؤلمة السابقة مما يحرمهم من ضم الخبرات المعرفية الجديدة إلى مجموعات أكثر مناسبة وأكثر إيجابية وذلك كنتيجة لفقدانهم للسيطرة على البنية المعرفية لديهم، كما يعتمدون إل اختيار المجموعات الغير مناسبة لتفسير الأحداث الحالية، وأيضا للمعالجة الخاطئة

للمعلومات FAULTY INFORMATION PROCESSING والتي تشمل تكوين العلاقات السببية غير الصحيحة أو الوصول إلى نتائج في ظل غياب الدليل على علاقة سببية واضحة، والتركيز على عناصر قد تكون خارج الحدث، وإهمال عناصر أكثر قربا وهي أكثر إيجابية، وأيضا التعميم المبالغ فيه، والوصول إلى نهايات أو استنتاجات معتمدة على عناصر مفككة وغير مترابطة مما يعني عدم ارتباط المقدمات بالنتائج، وتضخيم الأمور والنتائج السلبية للأحداث، وربط الأحداث الخارجية بالنفس، والتفكير الأحادي والمطلق غير المرن والذي لا يأخذ في الاعتبار مختلف الاحتمالات، كالنظر إلى نتائج الخبرة على أنه ضدين لا أكثر، أو النظر إلى أن الأحداث يجب أن تكون تامة أو لا تكون.

(عديلة، 2002، ص 43 44).

3.6. النظرية السلوكية :

يرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعا لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه، ألا وهي مبادئ التشرط سواء لدى بافلوف PAVLOV في صورتها الكلاسيكية أو لدى سكاتر في صورتها الاجرائية، كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكو دينامية العصبية، ومن قبيل مفاهيم الصراع العصابي، والأسباب الكامنة للمرض، ودور الكبت في نشأة الكبت ... إلى غير ذلك من المفاهيم .

وتطورت نظرية بافلوف بواسطة بعض العلماء مثل ايزنك EYSINK الذي يرى وجود اختلاف وراثي بين الأفراد في تكون الأفعال المنعكسة، وأن الأمراض النفسية تنشأ من أفعال منعكسة خاطئة تتكون بتأثير تفاعل عاملي البيئة والوراثة، وهي أنماط من السلوك المتعلم الخاطئ للتخفيف من آلام القلق يعززها إحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه مما يثبت المرض لديه. وتؤكد الأبحاث الفسيولوجية على أن أبعاد الانطوائية والانبساطية مركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة بدرجة الانتباه والوعي وتنقية المداخل الحسية للمخ ويمتد من جذع المخ حتى المهاد (الثلاموس) ومنه إلى قشرة المخ، وإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت الأمراض النفسية كالقلق والوسواس القهري والاكتئاب .

ويرى ليونسون LEWINSON، ووينستاين WINSTEIN، وشو SHOW وهم أول من أوضحوا الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، وتوصلوا إلى أن حالات البؤس ترجع إلى النقص في التدعيم الايجابي، أو الزيادة في العقاب ويحدث الاكتئاب عندما تزيد الحساسية للظروف المكروهة أو عندما يرتفع معدل حدوث الظروف المكروهة خاصة إذا كان الفرد يفتقر إلى المهارات الضرورية التي ينهي بها هذه الأحداث.

(النجمة، 2008، ص 30).

مما سبق عرضه نجد أن:

- ✓ النظرية التحليلية فسرت حدوث الاكتئاب نتيجة فقدان موضوع الحب.
- ✓ النظرية المعرفية ترى أن الاكتئاب يحدث نتيجة اسلوب التفكير الخاطئ.
- ✓ النظرية السلوكية فسرت حدوث الاكتئاب بأنه مكتسب ومتعلم من البيئة وإضافة إلى عامل الوراثة.

7. تشخيص الاكتئاب:

لفهم الاكتئاب وتشخيصه لابد من الرجوع إلى المعايير التشخيصية الموجودة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والتي تتلخص فيما يلي:

أ_ تواجد خمسة أو أكثر من الأعراض التالية، بالإضافة إلى عرض من العرضين الأساسيين المزاج المكتئب وفقدان المتعة بالحياة لمدة أسبوعين متتاليين أو أكثر.

1. مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه إما ذاتيا أو يلاحظ من قبل الآخرين .
 2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا .
 3. فقدان وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا.
 4. أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.
 5. هياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريبا .
 6. تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.
 7. أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا .
 8. انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا .
 9. أفكار متكررة عن الموت، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- ب_ تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى .
- ج_ لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة، أو عن حالة طبية أخرى. (الحمادي، 2014، ص 75).

8. علاج الاكتئاب:

• العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الأيحاء، والمساندة والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون.

(الشريبي، 2001، ص 238).

ولقد استطاع (مخيمر 1977) من خلال نظريته في تصنيف العلاجات النفسية أن يصل إلى القول بأن الطرح هو النمط الكيفي الواحد التي تعتبر كل العلاجات النفسية مجرد تشكيلة تباينات له، فالنظام الرئيسي لهذا النمط الكيفي يقوم على علاقة المعالج بالمريض، ويكون بعد ذلك على النوعية الخاصة بالسياق العلاجي. وبالتالي يتحدد مدى الشفاء بمدى ما تكون عليه العلاقة الطرحية من قوة تسمح بقبول المعالج كآخر. (عسكر، 2001، ص 148) .

• العلاج المعرفي:

تستهدف العملية العلاجية المعرفية إلى استجلاء الأفكار الاكتئابية، ومناقشة صلاحيتها وصحتها وجدواها، ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولاً لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب. ويكون دور المعالج هنا مساعدة المريض على الوقوف موقفاً نقدياً من أفكاره، وتطوير منطق تفكيره من المطلق إلى النسبي، ومن العموميات إلى الأفكار المحددة، ومن الأحادية إلى الاختيار بين عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العلمية. محصلة العلاج المعرفي إيجابية ونتائجه جيدة وتحديدًا لجهة استقرار التحسن ومنع الانتكاس، ويعطي العلاج أفضل النتائج عندما يترافق مع استعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية. (سرحان، وآخرون، 2008، ص 118).

• العلاج السلوكي:

تعددت أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب فهناك أسلوب العلاج بالتحصين التدريجي SYSTEMATIC DESENSITIZATION ليخفض حساسية العميل للمواقف التي تبعث على الاكتئاب والتدريب التوكيدي السلوكي BEHAVIORAL ASSERTION TRAINING من خلال ملاحظة العميل لسلوكه المضطرب، وهناك أسلوب تعديل السلوك الاكتئابي عن طريق إتباع فنية النمذجة MODELING والذي يقوم على أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية من خلال ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج، ويطلب منه أداء العمل الذي سيقوم به النموذج. (الشمالي، 2015، ص 94).

• العلاج الطبي:

يتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية، كذلك يمكن استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي أو استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي، الوخز بالإبر، وفي حالة عدم جدوى الأدوية والصددمات الكهربائية، وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب، قد تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير. (الهو، 2016، ص 48).

• العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيداً عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى. (الشربيني، 2001، ص 239).

■ خلاصة الفصل:

نستخلص مما تطرقنا له في فصلنا هذا أن الاكتئاب هو اضطراب مزاجي يتخذ درجة من الشعور بالألم النفسي ولوم الذات. مما يؤثر سلباً على سلوك وشخصية الفرد فيجعله أكثر عزلة والاحساس بانعدام القيمة بالتالي سيطرت الأفكار الانتحارية عليه.

الفصل الرابع

العمل بالمناوبة

محتوى الفصل

تمهيد

1. تعريف العمل بالمناوبة.
 2. أسباب ظهور نظام العمل بالمناوبة.
 - أسباب اقتصادية.
 - أسباب تقنية.
 - أسباب اجتماعية
 3. أنواع نظام العمل بالمناوبة.
 - نوبتي النهار والليل .
 - نوبات النهار المضعف .
 - نوبات متقطعة .
 - ورديات العمل المتصل (24 سا / 24 سا) .
 - الوردية النصف الزمنية.
 4. أهمية نظام العمل بالمناوبة.
 5. أوقات العمل بالمناوبة.
 - الراحة الأسبوعية.
 - أوقات الفراغ.
 - الأعياد الدينية.
 6. أنماط العمل بالمناوبة.
 - نمط الدوريات الجزئية نصف المتواصلة.
 - نمط الدوريات الجزئية المتواصلة.
 - نمط الدوريات نصف المتواصلة.
 - نمط الدوريات المتواصلة.
 7. الاعراض النفسية والصحية لنظام العمل بالمناوبة.
 - الاعراض النفسية.
 - الأعراض الصحية.
 8. مزايا وعيوب نظام العمل بالمناوبة.
- خلاصة الفصل.

■ تمهيد:

يعتبر نظام العمل بالمنابفة من أهم أنظمة التشغيل التي يتم الاعتماد عليها في مختلف القطاعات التي يحتاجها الفرد كالقطاع الصحي وغيره، وذلك لتلبية الحاجات الاقتصادية والاجتماعية لتحقيق أكبر قدر من الانتاج والحد من ظاهرة البطالة.. الخ.

وعليه سنتطرق في فصلنا هذا إلى إعطاء فكرة عن ماهية نظام العمل بالمنابفة وأهم الأسباب التي أدت إلى ظهوره، إضافة إلى أهمية هذا النظام وأنواعه وما هي أوقات عمله وأنماطه، سنتطرق أيضا إلى أهم الأعراض النفسية والصحية التي تظهر على الفرد العامل في هذا النظام، وأخيرا مزايا وعيوب هذا النظام.

1. تعريف العمل بالمناوبة:

يعرف مكتب العمل الدولي (The International Labour Office 1990) العمل بنظام المناوبة بأنه طريقة تنظيم مواقيت العمل بحيث يواصل عمال عمل آخرين في نفس مكان العمل حتى تتمكن المؤسسة من العمل لوقت أطول من عمل الفرد الواحد. (مارك، 2017، ص 45).

- يعرفه كامبنز (kampenz) بأنه عبارة عن تنظيم ساعات العمل، بحيث يمكن تشغيل فرق من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة أثناء الأربع وعشرون ساعة (سليمانى، وادة، 2020، ص 6).

- يعرفه فيو (vieux) بأنه تعاقب فرق العمل على العمل مع تنظيم وقت العمل لضمان استمرارية الانتاج بواسطة العمل دون انقطاع . (سليمانى، وادة، نفس المرجع السابق، ص 6).

من خلال التعريفات التي تطرقنا إليها يمكن تعريف العمل بالمناوبة بأنه كل عمل يقوم به الفرد خلال فترة الراحة مثلا مساء أو في الليل أو عطلة الأسبوع لتحقيق أكبر قدر من الانتاج.

2. أسباب ظهور نظام العمل بالمناوبة:

2.1 أسباب اقتصادية:

- الحاجة إلى انتاج أكبر لتلبية حاجات السوق والريح السريع للمؤسسات.
- رغبة المؤسسات في استغلال تجهيزاتها بصورة مكثفة لمسايرة التطور التكنولوجي والاجتماعي بالإضافة إلى المنافسة.

- ضرورة استغلال الآلات والتجهيزات طيلة الأربع والعشرون ساعة باستمرار حتى يمكن تجميعها من الناحية الاقتصادية.

- أدى كل من تطور وسائل النقل وتزايد عدد السكان إلى ضرورة توفير المواد الأساسية الواسعة الاستهلاك، كما أن تزايد عمليات النقل للبضائع والأشخاص أدى إلى خلق الكثير من الخدمات الموازية كل ذلك أدى إلى انتشار نظام العمل بالمناوبة بمختلف أنواعه. (لعريط، 2007، ص 35).

2.2 أسباب تقنية:

- هناك بعض العمليات الصناعية وبعض الأنواع تتطلب التشغيل المتواصل لتحقيق هدف إنتاجي معين وحتى لا تصاب الآلات أو المواد المستعملة في العملية الإنتاجية بالتلف.

- زاد التطور التكنولوجي من كفاءة بعض الآلات وقدرة تحملها كالعقول الالكترونية الشيء الذي استدعى تبني هذا النظام من العمل أكثر فأكثر.

الفصل الرابع: العمل بالمنابوة.

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

(لعريط، نفس المرجع السابق، ص 35 ص 36).

2. 3 أسباب اجتماعية:

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

(لعريط، 2007، ص 36).

مما سبق نستنتج أن نظام العمل بالمنابوة ظهر نتيجة عدة أسباب منها:

_ أسباب اقتصادية لتحقيق أكبر قدر من الانتاج .

_ أسباب تقنية لتفادي أي عطل يصيب الآلات بالتالي يقل الانتاج .

_ أسباب اجتماعية للحد من ظاهرة البطالة وتلبية حاجات الفرد.

3. أنواع نظام العمل بالمنابوة:

هناك أنواع عديدة من نوبات العمل منها الليلية، النهارية، المتقطعة، المضعفة .

1. نوبتي النهار والليل:

هما نوبتان أحدهما نهارية والأخرى ليلية مدة كل واحدة ثمان ساعات ولكنها تختلف في زمن بدايتها ونهايتها.

(عزاوي، 2014، ص 28).

2. نوبات النهار المضعف:

وهي تفهم من معنى العبارة، أي تكون النوبة مضعفة، فهي نوبتان زمن الواحدة 8 ساعات بحيث تكون الأولى

صباحية والثانية مسائية ونفس الشيء لنوبات الليل إلا أنها قد تكون تختلف في ساعات بدايتها ونهايتها.

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 18).

3. نوبات متقطعة:

تختلف هذه النوبة عن النوبتان السابقتان فهي تتشكل من 03 نوبات تكون مدة المداومة 5 أيام .

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

يتم العمل خلال هذه النوبة بطريقة التناوب بين العمال على الوظيفة الواحدة، حيث يتناوب العامل ثلاث مرات خلال 24 ساعة، العمل في الواحدة يستمر لـ 5 أيام كما يوجد نوع آخر من النوبات المتقطعة تحتوي أيضا على ثلاث نوبات عمل .

يشتغل كل فوج عمل لمدة 9 أيام متتالية وفي نوبات مختلفة كل نوبة تشمل 3 أيام ومدة كل نوبة 8 ساعات. بعد العمل في نوبات الثلاث تأتي فترة الراحة بحيث يأخذ العامل بعد تسع أيام عمل فترة راحة وتكون مدتها ثلاثة أيام.

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 28).

4. ورديات العمل المتصل (24 سا / 24 سا):

هذه الورية كونت من أجل العمل المتواصل دون توقف، ولصعوبة عمل العامل الواحد طيلة هذه المدة فهي في أغلب الأحيان تتكون من 04 فرق عمل، يتناوبون عن العمل المطلوب إلى نهاية الدوام.

(عزاوي، 2014، ص 29).

5. الوردية النصف الزمنية:

في هذه الوردية يعمل العامل نصف الوقت أي نصف مدة العمل الحقيقي، وبالتالي يحصل على نصف الأجر الذي من المفروض يتلقاه العامل كاملا هذه الحالة نادرة وقليل ما تستعمل في مؤسساتنا وذلك لاعتبارات ثقافية .

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 29).

4. أهمية العمل بالمناوبة:

لقد كانت دوريات العمل بمثابة نظام تقليدي بالنسبة لبعض أصحاب العمل، كالحجاز، الممرض والبحار ومع ذلك كانت نسبة العمال بالدوريات جد منخفضة إلى وقت غير بعيد، ويرجع عهد نظام العمل بالدوريات في بريطانيا على سبيل المثال إلى الأزمة الناتجة عن نقص الذخيرة الحربية سنة 1915، حيث تم تديد ساعات العمل لتصبح من 14 إلى 15 ساعة يوميا لمدة ستة إلى سبعة أيام، الأمر الذي أدى إلى الحوادث والغيابات ونقص الانتاج في نفس الوقت.

(بقادير، 2006، ص 35).

وعلى العموم فقد أدى التطور الاقتصادي والاجتماعي والحاجة إلى رفع الانتاج، إلى انتشار العمل بالدوريات أكثر فأكثر. وبرز ذلك خصوصا بعد ظهور الاضائة الاصطناعية، لكون العمل في السابق كان يعتمد كثيرا على الاضائة الطبيعية وبمجرد دخولها ميدان الصناعة عمد أرباب العمل إلى الزيادة في ساعات العمل اليومية التي كانت طويلة إلى حد كبير، الأمر الذي أدى إلى ظهور ضغوط عمالية ومطالبتها سنة 1918 – 1919 بثمانى ساعات عمل في اليوم وأربعين ساعة عمل في الأسبوع، وهو ما أدى إلى ازدياد عمل الدوريات، الذي ارتفع ف العشرية ما بين 1954 – 1964 بأكثر من الضعف .

الفصل الرابع: العمل بالمناسبة.

ولقد نشر المكتب الدولي للشغل (1973) نسب تزايد العمال بالدوريات في بعض الدول خلال الفترة ما بين 1960 – 1972 كما يتضح ذلك الجدول أدناه.

الجدول رقم (01): تزايد نسبة العمال بالدوريات في بعض الدول

| الدول | فرنسا | بريطانيا | النرويج | ألمانيا الغربية |
|-------|--------|----------|---------|-----------------|
| السنة | | | | |
| 1960 | % 17.8 | % 19 | % 20 | % 12 |
| 1927 | % 34.3 | % 23 | % 25 | % 27 |

يكثُر العمل بالدوريات خصوصا في قطاع النقل، البريد والمواصلات، الصحة، التزويد بالكهرباء، صناعة المعادن، الصناعات الكيمايئي، القطاع العسكري والعديد من المرافق والمصالح الاجتماعية الواسعة الاستعمال كالمستشفيات والمطافئ ... الخ.

وتتجلى أهمية العمل بالدوريات أكثر فأكثر في ارتفاع عدد المؤسسات التي تلجأ إلى هذا النظام من جهة، ومن جهة أخرى في تزايد المشتغلين به، خصوصا في بعض القطاعات الاقتصادية والاجتماعية الحساسة.

(بقادير، 2006، ص 35 ص 36)

هكذا إذا تؤكد مختلف المعطيات المقدمة أن العمل بنظام الدوريات قد فرض وجوده كواقع محترم أفرزه التقدم التكنولوجي بكل ما يحمله من خلفيات اقتصادية واجتماعية، بالإضافة إلى نظرة لا تزال سائدة مفادها أن الصعوبات والمشاق التي يلاقها عمال الدوريات تعتبر جزء من العمل وما على العامل أن يتحملها.

وأمام هذا الوضع فإن دور الباحث في موضوع دوريات العمل ينحصر في محاولة اكتشاف الحقائق حول نوعية المعيشة والأداء لدى العمال تحت تأثير مختلف أنماط التوقيت والدوريات بغية الوقوف على مختلف العوامل التي تتدخل في هذا المجال، إذ من شأنها أن تساعد في القضاء على بعض المشاكل والصعوبات التي يلاقها عمال الدوريات أو على الأقل التخفيض من حدتها.

(السابق، ص 36)

5. أوقات العمل والراحة في نظام العمل بالمناسبة :

لا توجد أوقات ثابتة تخص نظام العمل بالدوريات، فكل مؤسسة تختار الأوقات المناسبة حسب عملها وما تحتاجه، وأفضل الأوقات للنوم ويمكن تنظيم أوقات العمل بالدوريات وفق نماذج مختلفة .

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

الجدول رقم(02): نماذج تنظيم اوقات العمل بالدوريات

| النموذج | 01 | 02 | 03 |
|-----------------|-------|-------|-------|
| الدورة الصباحية | 14-06 | 13-05 | 12-04 |
| الدورة المسائية | 22-14 | 21-13 | 20-12 |
| الدورة الليلية | 06-22 | 05-21 | 04-20 |

(بوظريفة، 1995، ص 72) .

• الراحة الأسبوعية:

للراحة الأسبوعية أهمية كبيرة لدى العامل، خاصة إذا كانت في نهاية الأسبوع، إذ تعتبر الفترة المفضلة للقاءات والمناسبات الأسرية والاجتماعية والسياسية والرياضية، وقد يلجأ العامل في بعض الحالات إلى تجميع أيام الأسبوع، العطلة الأسبوعية للاستفادة من عطلة مطولة سيما إذا تعلق الأمر بعمال يقطنون بعيدا عن مكان العمل، أو يرغبون في السفر.

(بورماد، بوغرة، 2020، ص 54).

أوقات الفراغ:

قد يفضل العمال العمل بالدوريات عن العمل العادي نظرا لما يوفره لهم من أوقات فراغ كثيرة، لكن هذه الأخيرة لا تكون مفيدة إذ لم يتمكنوا من استغلالها على أحسن ما يرام على الرغم من وجود نشاطات وأعمال كافية يمكن أن يقوم بها عمال الدوريات أثناء أوقات الفراغ، إلا أن هناك أشياء لا يستطيع العامل بالدوريات القيام بها. لذلك لا يستمتع بوقته فيضييق به.

(بورماد، بوغرة، نفس المرجع السابق، ص 54).

• الأعياد الدينية:

هي مناسبات لها القدر الكبير من الأهمية لدى العمال مما يستلزم معالجتها بعناية عند تنظيم سير العمل، وإذا تطلب الأمر مثلا حضور بعض العمال إلى مراكزهم أثناء الأعياد الدينية، فإنه لا يعمل نفس العمال أثناء يوم عيد كل سنة، كما يستحسن أن تكون الحوافز المادية والمعنوية في مستوى أهمية المناسبة الوطنية أو الدينية.

(بوظريفة، 1995، ص 80).

وعليه لا توجد أوقات ثابتة تخص نظام العمل بالدوريات، فهي تختلف حسب كل مؤسسة وما تختاره من أوقات

تتماشى واحتياجاتها في العمل .

الفصل الرابع: العمل بالمنوبة.

6. أنماط الدوريات:

6-1- نمط الدوريات الجزئية نصف المتواصلة:

يتضمن هذا النمط دوريتان بانقطاع في آخر النهار، وأخذ عطلة في نهاية الأسبوع. هذا النمط أكثر انتشارا في مختلف النشاطات الصناعية والتجارية والخدمات العامة خاصة في الأعمال الدقيقة كالإلكترونية. وهو أكثر قبولا لدى العمال لكونه يتألف من دورتين: صباحية ومسائية، وغالبا ما يقترح أن تبدأ الدورة الصباحية على الساعة (06) والمسائية على الساعة (02 زوالا)، ويتم تغيير الدورية كل يوم أو أسبوع أو أكثر، كما يمكن أن تلجأ بعض المؤسسات إلى تثبيت كل دورية كما هو معمول به في الولايات المتحدة الأمريكية. (بوظيفة، نفس المرجع السابق، ص 77).

6-2- نمط الدوريات الجزئية المتواصلة:

هو الآخر عبارة عن دورية صباحية وأخرى مسائية بانقطاع يومي، لكن دون عطلة نهاية الأسبوع، وعادة ما يبدأ العمل على الساعة 30: 5 أو 06 صباحا للدورية الصباحية وينتهي على الساعة 30: 9 أو 10 للدورية المسائية، وهو نمط شائع في كثير من المؤسسات. (عزاوي، 2014، ص 27).

6-3- نمط الدوريات نصف المتواصلة:

كثير الانتشار، يضم ثلاث دوريات على الأقل، دورية صباحية، مسائية ولييلية. الأولى تسمح للعامل بتناول وجبة العشاء مع أسرته ومشاركتهم في بعض النشاطات الاجتماعية، إلا أن توقيتها مبكر جدا ومتعب وتحرم العامل من القدر الكافي من النوم. أما الثانية غير مناسبة للحياة الاجتماعية، إلا أنها تسمح للعامل بأخذ قسط كاف من النوم، أما الأخيرة فتسمح للعامل بتناول وجبتي الغذاء والعشاء مع أسرته. مع ذلك فهي متعبة ومجهدة للعامل ولها آثارا سلبية على صحته. (بورماد، بوغرة، 2020، ص 55).

6-4- نمط الدوريات المتواصلة :

يتضمن العمل بلا انقطاع إلا في العطلة السنوية، تتداول عليه ثلاث فرق دون الحصول على الراحة، يعد انتشار هذا النمط محدودا بعض الشيء، وعادة ما يطبق لأسباب تقنية تقضي باستحالة توقيف وسائل الإنتاج كل أسبوع أو كل شهر، عرف هذا النمط عدة تحولات وتعديلات، فبعد أن كان قائما على ثلاث أفواج مع إجبار أحدهم على مضاعفة العمل في أحد أيام الأسبوع للسماح للفوجين الآخرين بالتداول وأخذ يوم راحة، أصبح الآن يتألف من أربع أفواج أو أكثر، يعمل كل واحد ثمان ساعات، ويسمح بالراحة لأحدهما، بينما تكون البقية في حالة عمل تشكل حلقة مدتها أربع أسابيع. لهذا النمط أشكال أخرى فقد يتكون من أربع أفواج مع حلقة دوران مدتها ثمان أيام، أربع أسابيع، عشرون أسبوعا أو تكون مدة التغيير غير منتظمة. (لعريط، 2007، ص 40).

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

وعليه فإن أنماط الدوريات عبارة عن نظام عمل يتضمن دوريات مختلفة حسب كل نمط وحسب كل مؤسسة وهذه الأنماط كالاتي :

1-نمط الدوريات الجزئية النصف متواصلة يتضمن دوريتان بانقطاع في اخر النهار، وأخذ عطلة في نهاية الأسبوع يكون أكثر انتشارا في مختلف النشاطات الصناعية والتجارية .

2-نمط الدوريات الجزئية المتواصلة يتضمن دوريتان، صباحية ومساءية بانقطاع يومي، لكن دون عطلة نهائية، وهو نمط شائع في الكثير من المؤسسات .

3-نمط الدوريات نصف متواصلة يضم ثلاث دوريات، صباحية ومساءية ولييلية، فهي متعبة ومجهدة للعامل ولها آثار سلبية على صحته .

4-نمط الدوريات النصف متواصلة يكون فيه العمل بلا انقطاع إلا في العطلة السنوية، تتداول عليه ثلاث فرق دون الحصول على الراحة، كما أن انتشاره يعد محدودا بعض الشيء .

7. الأعراض النفسية والصحية لنظام العمل بالمناوبة:

7-1-1-1-الأعراض النفسية:

يعتبر الضغط تجربة ذاتية تحدث اختلالا نفسيا أو عضويا لدى الفرد وينتج عن عوامل في البيئة الخارجية أو المنظمة أو الفرد نفسه وقد حددت ثلاث مكونات رئيسية للضغط في منظمات العمل هي المثير، الاستجابة، التفاعل، فمثلا نظام العمل بالمناوبة إضافة إلى التغير المستمر لفترات العمل مما يصعب على العضوية التكيف معها تعتبر في مجملها عوامل ضاغطة. (عزاوي، 2014، ص 43).

7-1-1-1-1-الاكتئاب في العمل بالمناوبة:

يعتبر الاكتئاب اضطراب نفسي يعبر عن نفسه في مجموعة من الأعراض المتزاملة بعضها عضوي وبعضها ذهني وبعضها مزاجي وبعضها يأخذ الصبغة الاجتماعية، تلك الأعراض تسمى في مجملها الزملة الاكتئابية، وهي تشمل ببساطة جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث السلوك الاكتئابي وتشخيصه. (لعريط، 2007، ص 86).

7-1-1-2-ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول:

أداء النشاط المعتاد لعمال المناوبة كالذهاب على العمل أو القيام بالواجبات الاجتماعية فهي تبدو له صعبة التحقيق دون أن يبذل طاقة لإنجازها حتى ولو كانت تلك الأشياء التي يستمتع بها من قبل، فهي تبدو له الآن غير مرغوب فيها وأنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى. (عزاوي، 2014، ص 44).

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

7-1-3-مشاعر الذنب واللوم :

قد نجد أشخاص يراهم الآخرون أنهم جادون ولكن الواحد منهم يرى نفسه أنه سيء كما أنهم يرون انفسهم يستحقون ما يحل بهم من كرب، لذلك نجد أن هؤلاء الأشخاص غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبء على الأهل والزملاء...الخ، ولأئمين على أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في إشباع حاجات المحيطين بهم.

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 44).

7-1-4-التفكير الانهزامي:

الطريقة التي يفكر بها الفرد وإدراكه للأمور عما تتضمنه صورته لذاته وعن الأحداث الخارجية التي تمر به ، ومن الأعراض الرئيسية التي تسود بين هؤلاء ميلهم الواضح إلى نعت الذات بالتفاهة، والنقص والعجز.

(عزاوي، 2014، ص 44).

من خلال ما سبق يعتبر الضغط تجربة ذاتية تحدث اختلالا نفسيا أو عضويا لدى الفرد، وهذا نتيجة عوامل في البيئة الخارجية أو المنظمة أو الفرد نفسه، إضافة إلى الاكتئاب الذي يعتبر اضطراب نفسي يعبر عن ذاته في جملة الأعراض المتزاملة (بعضها عضوي، بعضها ذهني وبعضها مزاجي، وبعضها يأخذ الصبغة الاجتماعية، إضافة إلى ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول ومشاعر الذنب واللوم بسبب الاكتئاب وفشلهم في إشباع حاجات المحيطين بهم، والتفكير الانهزامي وهو طريقة تفكير الفرد وإدراكه للأمور عما تتضمنه صورته لذاته وعن الأحداث الخارجية التي تمر به والشعور بالنقص والعجز.

7-2-الأعراض الصحية في العمل بالمناوبة:

7-2-1- اضطراب النوم :

نظام العمل بالمناوبة يؤثر على حياة الأفراد في كثير من الجوانب، فالعامل الذي يعمل بالليل وينام بالنهار عادة ما ينام من ساعتين إلى أربع ساعات أقل من العامل الذي يعمل بالنهار وينام بالليل، فالنوم بالنهار عادة ما يكون خفيفا ويكون متقطعاً مما ينتج عنه عدم استعادة الجسم لنشاطه ومن ثم التعب والخمول والتوتر، وفيما يلي أهم اضطرابات النوم:

اضطرابات صعوبات النوم:

وتشمل اضطراب الأرق، واضطراب فرط النوم، واضطراب جدول النوم واليقظة الذي يصاحبه شعور الفرد بالكدر والكسل ونقص الدافعية، مع اختلال العلاقات الاجتماعية وانخفاض الإحساس بالقيمة الشخصية نتيجة الشعور بالعجز، إضافة إلى ضعف القدرة على التركيز والإدراك

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 44).

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

اضطرابات مصاحبة للنوم:

وتشمل اضطراب الكوابيس الليلية، اضطراب الفزع الليلي، اضطراب التجوال الليلي (المشي أثناء الليل).

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 44).

والإصابة باضطرابات النوم كالأرق مثلا، وهذا ينعكس بدوره على إنتاجية العامل وتركيزه في عمله مما يعرضه للحوادث في العمل ويسبب له ضغوطا مهنية تكون عائقا أمامه، وكذلك في بعض الأحيان قد يسبب بعض الأعراض العضوية لأنه على سبيل المثال إفرازات الجهاز الهضمي .

هذا إلى جانب معاناتهم من الكثير من الضغوط العائلية والاجتماعية التي يجب عليهم التكيف معها، حيث يجب عليهم العمل عندما يكون أغلب الناس نائمين، والنوم عندما يكون الآخريين في أعمالهم إضافة ضياع فترات من الوقت عبثنا سواء أثناء العمل اليومي أو عند التنقل في رحلات العمل.

(عزاوي، 2014، ص 35).

2-2-7-نبضات القلب:

توصل جينيست (1987) أن هناك علاقة بين الإصابة بمرض القلب وضغوط العمل والضغوط الاجتماعية نتيجة نظام العمل، فالتعرض المستمر للضغوط النفسية وخاصة ضغط العمل يؤدي إلى الإصابة بضغط الدم الشرياني .

و مع هذا فقد وجد فريق من الباحثين من جامعة ميلان أن الأشخاص الذين يعملون في الليل يعرضون أنفسهم للإصابة بأمراض القلب أكثر من غيرهم، حيث أن القلب لا يستجيب للعمل الجاد في منتصف الليل كاستجابته أثناء النهار ويعود السبب في ذلك إلى أن الجسم قد صمم كي يتباطأ في الليل، وأن التغيرات التي تطرأ على أنساق النوم لا تترك أي تأثيرات طبيعية على عمل القلب أو الجسم وقد وجد الباحثون أن حركة الأعصاب التي تسرع عمل القلب هي أبطأ عند الأشخاص الذين يعملون ليلا منها عند الأشخاص حينما يعملون نهارا، ويقول كبير الباحثين في الفريق الدكتور "رافائيلو فورلان " أن مقاومة النظام الطبيعي للجسم أو ما أسماه بساعة الجسم الداخلية للتغيرات التي تعرضها طبيعة العمل (عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 36) المناوب تشير إلى أنه من الصعب على الناس التكيف مع العمل المناوب ليلا، وذلك لطبيعة الإنسان التي ضبطها الخالق عز وجل على الساعة البيولوجية الموجودة في كل خلية من خلايا جسمنا لتنسجم بأمر ربها مع وظيفة الإنسان بالنهار والتي تختلف عن وظيفته بالليل، فالخالق جل وعلا الذي خلق الليل والنهار جعل للإنسان خلية لكل منها وظيفة وأداء معين، قد خلق أيضا جينات الليل والنهار داخل كل خلية من الخلايا الجسمية وتتناغم مع خلق الله في الكون.

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 37).

الفصل الرابع: العمل بالمنوبة.

7-2-3-إضطرابات هضمية :

ينعكس سوء التكيف النفسي والفيزيولوجي الناتج عن العمل بالدوريات على الناحية الصحية للعامل، ويظهر هذا بوضوح في شكل اضطرابات هضمية ، حيث يجعل العمل بالدوريات العامل يأخذ وجبات غير صحية وفي غير مواعيدها، أي في وقت يكون فيه الجهاز الهضمي في حالة استرخاء وغير مستعد للقيام بعملية الهضم، كما أن الوجبة التي يلجأ العامل إلى تناولها عادة ما تكون باردة ويتم أخذها بدون شهية، الأمر الذي يؤدي بالعمال إلى الإفراط في تناول بعض التوابل والعقاقير لفتح الشهية والإقبال على التدخين ومرافقة الوجبة بالمنشطات كالقهوة والشاي للإبقاء على مستوى اليقظة أثناء العمل، هذا من جهة ومن جهة أخرى يجعل تناول المهدئات أو المنومات عند محاولة الحصول على قسط من النوم، عملية الهضم تمر من سيئ لأسوء وبالتالي فإن الاضطرابات الهضمية التي تظهر لدى عمال الدوريات ترجع أساسا إلى تغير الإيقاع اليومي في إفراز الغدد الهضمية من جهة وفقدان الشهية من جهة أخرى، بالإضافة إلى طبيعة الوجبات وعادات الأكل الغير صحية قد يجعل العمل بنظام الدوريات، سيما المتحركة منها، العامل يواجه صعوبات كبيرة في التخطيط لأوقات الوجبات العادية، الأمر الذي يدفع به إلى التخلي عن وجبة أو أكثر خلال اليوم الواحد ويتم ذلك خصوصا بالنسبة لوجبيتي الفطور والغداء، إذ كثيرا ما يضطر إلى التضحية بإحدى الوجبتين على الأقل لمواصلة نومه، كما أنه كثيرا ما يتم استبدال الوجبات العادية بمأكولات سريعة قلما تكون صحية، أضف إلى ذلك من يجد نفسه مجبرا على تناول عددا أكبر من الوجبات الزائدة مما يخلق ضعفا زائدا على الجهاز الهضمي، الأمر الذي قد يتسبب في السمنة، كما هو الحال بالنسبة للعمال في دورية الليل وخصوصا في شهر رمضان.

(عزاوي، 2014، ص 38-39).

7-2-4- حرارة الجسم:

يعتبر نظام حرارة الجسم من المؤشرات الفيزيولوجية لقياس الأداء، لكونه أسهل قياس من غيره من العوامل، لأنه يتبع دورة ثابتة شيء ما خلال الأربع والعشرين ساعة، كما أنه يعتبر المتغير الأساسي في بحوث ودراسات النظام الدوري لحد الساعة.

وقام (كليتمان وجاكسون، 1950) بدراسة العلاقة بين حرارة الجسم وفعالية العمل لدى مجموعة من البحارة تقوم بمهام دورية ليلا ونهارا، استغرقت الدراسة مدة عشرين يوما بحيث ينام الأفراد في ساعات مختلفة (حسب جداول العمل) لكن في أيام متتالية، تضمنت اختبارات الأداء فقد استنتج (كوهون وآخرون، 1969) النتائج التالية:

1- هناك علاقة وطيدة بين التغيرات الدورية لحرارة الجسم وبين فعالية العمل، وذلك خلال النهار والليل وفي جميع الأنظمة الدورية.

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

2- إن مدة تكيف كل من حرارة الجسم والأداء مع دورات العمل والنوم في أوقات غير عادية، لا تزيد عن أسبوع في ممارسة الروتين الجديد .

3- إن التعب والأرق الجزئي (فقدان النوم جزئيا) يؤثر بين علاقة الجسم والأداء.

إضافة لما سبق فإن هذه النتائج تعطي أفضلية لنظام العمل الليلي المتواصل بدل نظام الدورات الأسبوعية (أسبوع عمل بالليل والأسبوع الموالي عمل خلال النهار)، وذلك حتى يتمكن الفرد من استعمال حرارة جسمه لأن هذا الأخير (التكيف) يستغرق مدة تتراوح من أربعة إلى ستة أيام، ابتداء من تغيير جداول العمل والنوم.

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 41).

7-2-5- نظام الجهاز البولي:

من المعتاد أن ينام الفرد ثماني ساعات بدون انقطاع وبدون شعور بالحاجة إلى التبول وذلك كما يعتقد العامة نتيجة عدم شرب الماء ليلا، إلا أنه رأى (روبرت 1960) أن السبب وراء ذلك لا يعود فقط لعدم تناول السوائل ليلا، وإنما يمكن أن تكون له أسباب داخلية أخرى.

تأكدت هذه الفكرة من خلال دراسة (فلكر)، حيث وجد أن تغير الحاجة إلى التبول حسب فترات الليل والنهار، أي تدفق السائل البولي من جسم الإنسان يعود مرجعه إلى عملية نظام دوري خاص بجسم الإنسان، وقد قام فلكر بتجربته هذه على مجموعة من الأفراد تحت ظروف تجريبية ورقابة محكمة داخل حجرة مظلمة وحسب جدول معين لشرب الشاي والسوائل وتناول الطعام بمقادير محسوبة، وتعززت هذه النتائج بدراسات فيزيولوجية أخرى ، حيث استقر الرأي على أن التبول ليس العمل الفيزيولوجي المستقل، وإنما هو تابع أو نتاج عمليات فيزيولوجية أخرى كالامتصاص الأنبوبي وامتصاص مختلف أنواع النوبات والإفرازات الهرمونية النخامية والهرمون ضد الإضرار بالبول وغيرها من الهرمونات.

(عزاوي، 2014، ص 41).

7-2-6- الجهاز التنفسي :

من بين الأمراض التي يعاني منها عمال المناوبة نجد أمراض على مستوى الجهاز التنفسي والتي صنفها أطباء العمل ضمن الأمراض المهنية وهي متعددة نذكر أهمها:

أ- الربو المهني :

الربو المهني: هو الربو الذي تتسبب فيه طبيعة العمل، والتعريف المعتمد من قبل منظمة الصحة العالمية للربو هو "حالة التهابية للطرق التنفسية، هذه الحالة تسبب أزيزا نوبيا مع ضيق نفس وسعال خاصة في الليل والصباح الباكر.

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص 42) .

الفصل الرابع: العمل بالمنابفة.

بعد ضيق التنفس من أشيع الأعراض في الربو، حيث يشعر المريض بصعوبة دخول وخروج الهواء إلى داخل الصدر ويشتد ضيق التنفس أحيانا عفويا ، ومن الأعراض أيضا السعال الذي يشتد ليلا .

و هناك مضاعفات حادة تحدث خلال النوبة الشديدة والمديدة، فقد تختلط هذه النوبة بالقصور التنفسي الحاد، الذي يؤدي إلى موت المريض ما لم يسعف مباشرة ومن المضاعفات الحادة كذلك الريح الصدرية، وهي تجمع الهواء في المسافة بين جدار الصدر وجدار الرئة، والريح وهي عبارة عن تجمع الهواء في المسافة ما حول القلب، واللذان يؤديان لانضغاط الرئة المصفية والقلب وإعاقة عملهما، ويتطلب كلا الاختلاطين علاجا سريعا لإنقاذ حياة المريض .

(عزاوي، نفس المرجع السابق، ص42) .

نظام العمل بالمنابفة يؤثر على حياة الأفراد في كثير من الجوانب، فالعامل الذي يعمل بالليل وينام بالنهار تظهر عليه العديد من الأعراض السلبية على صحته تتمثل فيما يلي:

-اضطرابات النوم: تشمل الكوابيس، الأرق، الفزع الليلي، ينعكس بدوره على إنتاجية العامل وتركيزه في عمله مما يعرضه للحوادث في العمل.

-نبضات القلب: هناك علاقة بين الإصابة بمرض القلب وضغوط العمل والضغوط الاجتماعية نتيجة نظام العمل، فالتعرض المستمر للضغوط النفسية وخاصة ضغط العمل يؤدي إلى الإصابة بضغط الدم الشرياني.

-اضطرابات هضمية: بسبب سوء التكيف النفسي والفيزيولوجي الناتج عن العمل بالدوريات على الناحية الصحية للعامل، ويظهر هذا بوضوح في شكل اضطرابات هضمية، حيث يجعل العمل بالدوريات العامل يأخذ وجبات غير صحية وفي غير مواعيدها.

-حرارة الجسم: يعتبر نظام حرارة الجسم من المؤشرات الفيزيولوجية لقياس الأداء، لكونه أسهل قياس من غيره من العوامل.

-نظام الجهاز البولي: رأى (روبرت 1960) أن السبب وراء ذلك لا يعود فقط لعدم تناول السوائل ليلا، وإنما يمكن أن تكون له أسباب داخلية أخرى .

- الجهاز التنفسي: من بين الأمراض التي يعاني منها عمال المنابفة نجد أمراض على مستوى الجهاز التنفسي والتي صنفها أطباء العمل ضمن الأمراض المهنية وهي متعددة نذكر أهمها: الربو المهني.

8. مزايا وعيوب العمل بالمنابفة:

لقد بينت إحدى الدراسات التي تناولت موضوع العمل بالمنابفة أن: " نسبة العاملين الذين يخضعون لنظام العمل بالمنابفة قد ارتفع إلى 20 % من مجموع عمال القطاع الصناعي في فرنسا بين سنوات 1957 و1974. بالرغم من كون

الفصل الرابع: العمل بالمناوبة.

النظام كفيل بتحقيق الأهداف المرجوة، إلا أنه يخلق ظواهر سلبية كحوادث العمل، التعب النفسي والفيزيولوجي والتغيب.

1-8- مزايا العمل بنظام المناوبة :

لنظام العمل بالمناوبة مزايا إيجابية أهمها استغلال رأس المال واستثماره من خلال العمل دون توقف، أي المال الناتج عن الربح يستثمر في مشاريع أخرى وهكذا. إضافة إلى تغطية الطلب برفع الإنتاج. وخلق مناصب شغل جديدة من خلال مناوبة العمال لبعضهم البعض أثناء أداء العمل، وبالتالي إدخال عمال جدد، أي توفير مناصب شغل أكبر.

(لعريط، 2007، ص 42) .

2-8- عيوب العمل بنظام المناوبة:

1-2-8- عيوب وردتي الصباح والمساء :

للوردية الصباحية والمسائية عيوب ومن أهمها:

- أنها تجبر العامل على النهوض باكرا والنوم باكرا (فالنهوض يكون على الساعة الثالثة والنصف والنوم على الساعة الثامنة والنصف ليل)

- هذا في غالبية الأحيان من أجل الوصول إلى تحقيق مدة نوم بسبع ساعات (وهي الساعات التي تحقق الراحة لجسد العامل).

- هذه المداومات تعيق العامل عند أدائه لبعض الأنشطة الاجتماعية.

(لعريط، 2014، ص 43) .


2-2-8- عيوب وردية الليل:

للوردية الليلية عيوب واضحة على العامل فكثيرا ما تخلق لديه مشاكل النوم، فنوم النهار لا يعوض نوم الليل، فالعديد من البحوث الميدانية أكدت أن اللذين يفضلون العمل ليلا اتجاههم نحو الحياة الاجتماعية والعائلية أقل من أولئك الذين يفضلون العمل نهارا مما يؤكد أن الروح الاجتماعية لدى العمال الذين يعملون ليلا قد أصبحت ضعيفة.

(لعريط، نفس المرجع السابق، ص 43) .

■ خلاصة الفصل:

بناء على المعلومات المذكورة سابقا، نستنتج بأن العمل بالمناوبة له انعكاسات سلبية على العامل سواء على جسمه أو إيقاعه البيولوجي، حيث يسبب له اختلال في توازن جسمه، مما يؤدي به إلى أمراض مختلفة ، وضعف عام واختلال في حياته اليومية والأسرية كالعزلة وكل هذه الانعكاسات لها تأثير فعال على مردودية العامل أو نوعية خدمته .



الجانب الثاني:
الإطار التطبيقي

الفصل الخامس

الإطار المنهجي للدراسة

محتوى الفصل

تمهيد

1. منهج الدراسة .
 2. عينة الدراسة .
 3. حدود الدراسة .
 4. أدوات الدراسة .
- خلاصة .

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد :

إن الهدف من هذا الجانب هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدها علماءنا لتحقيق أهداف البحث، فبعد التطرق للجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الاشكالية، والأهداف والأهمية وتحديد أهم المصطلحات، إضافة إلى الفصول: فصل الاكتئاب، فصل القلق، وفصل نظام العمل بالمناوبة سنتطرق الآن إلى فصل الإطار المنهجي للدراسة الذي يعتبر جانبا هاما في البحث حيث سنتناول فيه: منهج الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، وحدود الدراسة .

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

1. منهج الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج العيادي باعتباره الأنسب لمثل هذه الدراسات. ويعرف المنهج العيادي على أنه: أحد المناهج الرئيسية في مجال الدراسات النفسية الذي يقوم على أسلوب دراسة حالة بصورة كلية شاملة لكونها حالة متفردة في خصائصها وبنائها الدينامي.

(فرج، وآخرون، دس ن، ص 263).

و مما سبق يمكن تعريف المنهج العيادي على أنه من أهم المناهج المعتمد عليها في علم النفس والقائم على دراسة حالة والتي بدورها تقوم بجمع المعلومات والخصائص المرتبطة بالفرد.

2. حالات الدراسة:

شملت عينة دراستنا على أربع حالات، طبيبتان (2) وممرضتان (2)، تتراوح أعمارهم ما بين (27 _ 44 سنة) يعملون على مستوى مستشفى ابن زهر _ قالمة _، مصلحة تصفية الدم، تم اختيارها بطريقة قصدية.

• خصائص العينة:

نوضحها في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): يوضح خصائص عينة الدراسة

| الحالة | السن | الحالة المدنية | المهنة | المستوى الدراسي | المستوى الاقتصادي |
|--------|------|----------------|-----------------------------|------------------|-------------------|
| 01 | 44 | متزوجة | ممرضة متخصصة للصحة العمومية | ثالثة ثانوي | متوسط |
| 02 | 41 | متزوجة | طبيبة عامة | 7 سنوات طب عام | متوسط |
| 03 | 27 | متزوجة | ممرضة في مصلحة تصفية الدم | شهادة البكالوريا | متوسط |
| 04 | 42 | متزوجة | طبيبة عامة | 7 سنوات طب عام | متوسط |

3. حدود الدراسة:

3_1 الحدود المكانية:

لقد تم إجراء الدراسة الميدانية على مستوى مستشفى ابن زهر (مصلحة تصفية الدم) بولاية قلمة.

3_2 الحدود البشرية:

تمثلت في أربع حالات من الأطباء والمرضى.

3_3 الحدود الزمنية:

تم إجراء الدراسة خلال شهر مارس 2022.

4. أدوات الدراسة:

4.1 المقابلة العيادية :

هي الطريقة التي نلجأ إليها عادة للحكم على شخصيات الأفراد حكماً سريعاً شاملاً عن طريق التحدث معهم ومقابلتهم بشكل مباشر. (حنان عماري، 2013، ص 43).

4.1.1 المقابلة العيادية النصف موجهة :

هي التي تعتمد على قدرات الأخصائي الذي يقوم بها، من خلال خلق جو ملائم من الثقة المتبادلة والمشجعة من أجل التفاعل الإيجابي والمستقل، كما تعتمد على شخصية الأخصائي النفسي وخبرته.

(حنان عماري، نفس المرجع السابق، ص 43).

وعليه فإن المقابلة من أهم أدوات البحث العلمي، وهي عبارة عن تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر بهدف التشخيص، أو التوجيه أو الإرشاد.

وقد تم الاعتماد على المقابلة النصف موجهة مع الحالات بهدف التعرف العميق على الحالات المدروسة والحصول على معلومات كيفية.

وذلك من خلال استخدام دليل مقابلة شمل 35 سؤالاً مقسمة على 05 محاور تمثلت في:

- محور البيانات الشخصية العامة .
- محور الحياة العملية أثناء المناوبة الليلية .
- محور الحياة العلائقية .

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

• محور انعكاسات المناوبة الليلية .

• محور الآفاق المستقبلية.

(انظر الملحق رقم. ..) .

4.2 الملاحظة العيادية:

الملاحظة هي وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، تفيد في جمع بيانات تتصل بسلوك الأفراد الفعلي في بعض المواقف الواقعية في الحياة بحيث يمكن ملاحظتها دون عناء، تفيد أيضا في جمع البيانات في الأحوال التي يبدي فيها المبحوثون نوعا من المقاومة للباحث ويرفضون الاجابة عن أسئلته.

(عبد الفتاح محمد دويدار، 1999، ص 192) .

من خلال ما سبق يمكن تعريف الملاحظة على أنها أداة من أدوات جمع البيانات تهدف إلى مراقبة سلوك معين وتسجيل مختلف جوانبه وخصائصه .

وقد اعتمدنا على الملاحظة العيادية بهدف رصد المؤشرات السلوكية وخصائص المظهر العام (لاضطرابي القلق والاكتئاب) التي يمكن اعتمادها لدعم نتائج المقابلة.

4.3 الاختبار النفسي:

هو أداة قياسية دقيقة لعينة من السلوك، تساعد على جمع البيانات، ومن المقاييس التي اعتمدنا عليها في دراستنا التطبيقية ما يلي :

مقياس تايلور للقلق الصريح:

نبذة عن المقياس :

مشتق من اختبار منسوتا للشخصية المتعدد الأوجه ويتكون المقياس من (50) عبارة تقيس القلق الصريح.

طريقة تطبيق وتصحيح المقياس:

يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر.

من بين ال (50) عبارة هناك (10) عبارات عكسية تصحح بشكل مختلف وهي (3، 13، 17، 20، 22، 29، 32، 38، 48، 50) .

كل عبارة أمامها بديلين (نعم، لا) يتم اختيار من بينها الإجابة المناسبة .

طريقة التصحيح :

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر .

و العبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة .

ثم يتم جمع الدرجات وتصنف وفقا للجدول التالي :

| | |
|-------------------|------------|
| قلق منخفض جدا | صفر-16 |
| قلق منخفض (طبيعي) | 17-19 |
| قلق متوسط | 20-24 |
| قلق فوق المتوسط | 25-29 |
| قلق مرتفع | 30 فما فوق |

(ماجدة الشهري، نوف الشريم، ص 2).

عبارات المقياس في الملحق رقم (02)

مقياس بيك للاكتئاب:

نبذة عن المقياس :

ترجم هذا المقياس إلى العربية الدكتور عبد الستار إبراهيم، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون المقياس من (21) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، والتي تمثل أعراضا للاكتئاب وتستخدم الأرقام من (0_3) لتوضيح مدى شدة الأعراض .

طريقة التطبيق والتصحيح :

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (15) سنة فأكثر .

- يختار المفحوص إحدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة أمام العبارة التي تنطبق عليه فيكون الاختيار في كل فقرة إما صفرا أو 1 أو 2 أو 3، ويتم تصحيح المقياس بحساب الدرجة الكلية للاكتئاب، وذلك بجمع الأرقام التي وضع عليها المفحوص أو المستجوب دائرة في كل فقرة من فقراته الإحدى والعشرين، ما بين (صفر) إلى (63) درجة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى اكتئاب شديد، الدرجة الكلية تفسر نظريا الشعور بالاكتئاب، وفيما يلي توضيح لمستويات الاكتئاب ودرجاته.

(معوش، 2015، ص 44) .

الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة

1- من صفر إلى 11 = غياب الاكتئاب أو أعراض اكتئابية طفيفة جدا .


2- من 12 إلى 19 = اكتئاب خفيف .

3- من 20 إلى 27 = اكتئاب متوسط .

4- من 28 إلى 63 = اكتئاب شديد. (معوش، نفس المرجع السابق، ص 46) .

استعملنا مقياس تايلور للقلق الصريح، ومقياس بيك للاكتئاب لأن الأطباء والممرضين أثناء عملهم بالمنوبة الليلية ونظرا لزيادة اوقات العمل، فهذا الأخير قد ينعكس نفسيا عليهم مما يؤدي إلى إحساسهم بالقلق والاكتئاب وبالتالي الوصول إلى هدف دراستنا من خلال تطبيق هذه المقاييس على الأطباء والممرضين لقياس مستوى القلق والاكتئاب لديهم.

عبارات المقياس في الملحق رقم (03).



الفصل السادس
عرض الحالات
ومناقشة النتائج

محتوى الفصل

تمهيد

1. عرض الحالات و مناقشتها

- تقديم الحالة الأولى

- تقديم الحالة الثانية

- تقديم الحالة الثالثة

- تقديم الحالة الرابعة

- النتائج العامة للدراسة

2. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى

- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثانية

- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة

3. مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة .

خاتمة الدراسة

التوصيات و المقترحات

قائمة المراجع

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجانب المهيج الذي تناولنا فيه منهج الدراسة، حالات الدراسة، حدود الدراسة والأدوات سنتطرق في فصلنا هذا إلى الجانب التطبيقي الذي سنتناول فيه عرض الحالات الأربعة التي تم الاعتماد عليها في دراستنا، بالإضافة إلى تحليل محتوى المقابلات ونتائج الاختبارات (مقياس بيك للاكتئاب ومقياس تايلور للقلق الصريح) واستخلاص عام لكل حالة لنصل إلى النتائج العامة للدراسة ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات ثم على ضوء الدراسات السابقة .

1. عرض الحالات ومناقشتها:

• تقديم الحالة (ش. ب):

البيانات الأولية:

الاسم: ش. ب

السن: 44 سنة

الجنس: أنثى

المهنة: ممرضة متخصصة للصحة العمومية

الحالة المدنية: متزوجة

المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي

المستوى الاقتصادي: متوسط

السوابق المرضية: سرطان القولون

ملخص المقابلات مع الحالة (ش. ب):

الحالة (ش. ب) امرأة تبلغ من العمر 44 سنة، متزوجة، ذات مستوى دراسي ثالثة ثانوي، أصيبت بسرطان القولون وخضعت للعلاج الكيميائي، قبلت الحالة التعاون معنا ورحبت بنا، تعيش الحالة في وسط مستواه المعيشي متوسط، حيث تعمل ممرضة متخصصة للصحة العمومية.

الحالة (ش. ب) لم تواجه أي صعوبات خلال العمل بالمناوبة حيث يوجد تعاون في انجاز المهام بين فريق العمل، كما أن علاقتها مع الزملاء داخل المستشفى ممتازة ولا يوجد اشكال، تعايشت مع المرضى ومعاناتهم مع المرض كأنهم عائلة واحدة تربطهم علاقة سنوات. إضافة إلى اعتقادها بأن سبب شفاءها من المرض هو دعوات المرضى لها نتيجة المعاملة الجيدة معهم.

الحالة (ش. ب) لم تتعرض إلى ضغوط أو مشاكل في العائلة بسبب العمل بالمناوبة إلا أنها واجهت بعض الصعوبات في تسيير حياتها العائلية والعملية.

عانت الحالة من مشاكل صحية بسبب العمل بالمناوبة تمثلت في إصابتها بالضغط وسرطان القولون، كما أنها أصبحت كثيرة القلق والغضب، بالإضافة إلى اضطرابات النوم حيث تعاني من الأرق.

دليل المقابلة: أنظر للملحق رقم (01)

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

تحليل المقابلات مع الحالة (ش. ب):

من خلال المقابلات مع الحالة (ش. ب) اتضح أن الحالة تعرضت لمشاكل صحية بسبب العمل بالمناوبة الليلية تمثلت في الإصابة بالضغط وسرطان القولون، حيث صرحت " علاه مرضت بالسرطان غير ما لخدمة والتعب ". إضافة إلى أن الحالة تعاني من اضطرابات النوم، حيث صرحت " وليت منرقدش خلاه وإذا فطنت منقدرش نزيد نرجع "، كما أنها تعاني من اضطرابات في الشهية حيث أصبحت تعاني من الشراهة في الأكل كما جاء على لسانها " وليت ناكل بزاف ".

علاقتها مع عائلتها جيدة وبالأخص الوالدين والأبناء وأنها لا تتلقى الدعم من أي أحد فهي تتحمل المسؤولية بمفردها حيث صرحت " واحد ما يدعم فيا نتحمل المسؤولية وحدي "، كما أن الحوار داخل الأسرة أصبح متوتر جدا حسب قولها.

أما علاقتها مع الأصدقاء فهي ممتازة إلا أنها لا تستطيع الالتقاء بهم إلا في المناسبات أو الاتصال الهاتفي أحيانا بسبب ضغوط العمل.

أما بالنسبة للحياة العملية لم تواجه أي صعوبات إلا في بعض الحالات الطارئة، وأن هناك تعاون بين فريق العمل في إنجاز المهام المطلوبة. أما بالنسبة للأجر فهو ثابت ولا توجد أي حوافز سواء كانت معنوية أو مادية.

عرض نتائج الملاحظة:

من خلال المقابلات العيادية قمنا بملاحظة المظهر العام للحالة، حيث كانت الحالة تبدو نظيفة الهمدوم ومرتبعة، كانت تبدو على الحالة ملامح التعب والارهاق، فيما يخص نبرة صوتها كانت واضحة وتتحدث بطلاقة، إضافة إلى أنها كانت كثيرة الحركة تحرك يديها كثيرا أثناء التحدث.

أما فيما يخص علاقتها مع المرضى والزملاء ومع الإخصائية النفسية كانت تبدو جيدة.

عرض وتحليل نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح عند الحالة (ش. ب):

بعد تطبيق اختبار تايلور للقلق على الحالة وجمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت كالتالي:

19 درجة متحصلة على العبارات الصحيحة .

03 درجات متحصلة على العبارات العكسية .

تحصلت الحالة على الدرجة 22 والتي تنتمي إلى المجال (من 20 إلى 24) وهذا يعني أن الحالة تعاني من قلق متوسط .

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

من خلال الاجابات التي تنطبق على المفحوصة والتي أجابت عليها " بنعم " تبين أن الاجابة بنعم تكررت 19 مرة حيث عبرت عنها بأن: نومها مضطرب ومتقطع، مرت بها أوقات لم تستطع خلالها النوم بسبب القلق، اعتقادها بأنها أكثر عصبية من معظم الناس، تعاني أحيانا من نوبات إسهال، تثير قلقها أمور العمل والعمال، كثيرا ما تخشى أن يحمر وجهها خجلا، أنها تتعب بسرعة، أن الانتظار يجعلها عصبية، شعورها بالإثارة لدرجة أنه يتعذر عليها النوم، أنها تود أن تصبح سعيدة كما يبدو الآخرين، وأن الحياة بالنسبة لها صعبة في أغلب الأوقات، إضافة إلى ملاحظتها أن قلبها يخفق بشدة وأحيانا تهيج نفسها، لديها قابلية للتأثر بالأحداث تأثيرا شديدا، كثيرا ما تصاب بالصداع، لا بد من الاعتراف بأنها شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها، أنه مرت بها أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا تستطيع التغلب عليها، أن قدمائها ويداها باردتان في العادة، أحيانا تحلم بأشياء تفضل الاحتفاظ بها لنفسها، إضافة إلى أنها تصاب أحيانا بالإمساك.

أما بالنسبة للعبارات العكسية التي أجابت عنها ب " لا " والتي أخذت درجة عن كل واحدة منها هي العبارة رقم (38) والتي عبرت عنها بأنها لا ترتبك بسهولة، والعبارة رقم (48) حيث عبرت عنها بأنها لا تنقصها الثقة بالنفس، إضافة إلى العبارة رقم (50) وعبرت عنها بأنه لا يحمر وجهها أبدا من الخجل.

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك BECK للاكتئاب عند الحالة (ش. ب):

بعد تطبيق اختبار بيك للاكتئاب على الحالة وبعد جمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت كالتالي:

$$(05) = 0+1+0+1+0+3+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0+0$$

تحصلت الحالة على الدرجة 5 التي تنتمي حسب سلم تصحيح المقياس إلى المجال (من 0 إلى 11) وهذا يعني أن الحالة تعاني من أعراض اكتئابية طفيفة جدا.

من خلال الاجابات التي اختارتها الحالة تبين أن العبارة (1) تكررت مرتين، حيث عبرت عنها بأنها تصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتادت عليها، وأن شهيتها أكبر من المعتاد إلى حد ما.

اختارت أيضا العبارات ذات الدرجة (3) التي تكررت مرة واحدة حيث عبرت عنها بأنها تستيقظ من نومها مبكرا ساعة أو ساعتين ولا تستطيع العودة للنوم مرة أخرى .

و بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (0) تكررت 18 مرة حيث عبرت عنها بأنها: لا تشعر بالحزن، لم تفتر همتها فيما يتعلق بالمستقبل، لا تشعر لأنها شخص فاشل، أنها لا تستمتع بالأشياء بنفس قدر استمتاعها بها من قبل، لا تشعر بالإنثم وتأنيب الضمير، لا تشعر بأنها يقع عليها عقاب، أن شعورها نحو نفسها كما هو، لا تنقد ولا تلوم نفسها أكثر من المعتاد، ليس لديها أفكار انتحارية، أنها لا تبكي أكثر مما اعتادت، ليست أكثر تهيجا واستثارة عن المعتاد، لم تفقد الاهتمام

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

بالآخرين أو بالأنشطة، أنها تتخذ القرار بنفس كفاءتها المعتادة، لا تشعر بأنها عديمة القيمة، وأن لديها نفس القدر من الطاقة كالمعتاد، أن قابليتها للغضب والانزعاج لم تتغير عن المعتاد وتستطيع، وتستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة، وأنها لا تلاحظ أي تغير في اهتمامها بالجنس .

استنتاج عام للحالة:

بعد تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار القلق وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

_ اضطرابات في النوم حيث صرحت " وليت منرقدش خلاه وإذا فطنت منقدرش نزيد نرجع "، واختيارها للبند رقم واحد في مقياس القلق " نومي مضطرب ومتقطع " .

_ سهولة التعب لاختيارها البند رقم 14 في مقياس القلق " اتعب بسرعة " .

_ سهولة الاستثارة لاختيارها البند رقم 16 في مقياس القلق " أشعر بالاثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي " .

وفي الأخير نستنتج أن الحالة تعاني من قلق متوسط.

أما فيما يخص تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار بيك للاكتئاب وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

_ اضطرابات في الشهية وذلك حسب ما جاء على لسانها " وليت ناكل بزاف " واختيارها للعبارة ب من البند رقم 18 في مقياس الاكتئاب " شهيتي أكبر من المعتاد إلى حد ما " .

_ اضطرابات في النوم حيث تعاني من الأرق كما صرحت: " وليت منرقدش وإذا فطنت منقدرش نزيد نرجع " واختيارها للعبارة ب من البند رقم 16 في مقياس الاكتئاب " استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين ولا استطيع أن أعود للنوم مرة أخرى " .

_ سهولة التعب لاختيارها العبارة رقم 1 من البند 20 في مقياس الاكتئاب " اصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.

وفي الأخير نستنتج أن الحالة تعاني من أعراض اكتئابية خفيفة.

• تقديم الحالة (ر):

الاسم: ر

السن: 41 سنة

الجنس: أنثى

المهنة: طبيبة عامة

الحالة المدنية: متزوجة

المستوى الدراسي: 7 سنوات طب

المستوى الاقتصادي: متوسط

السوابق المرضية: لا توجد

ملخص المقابلات مع الحالة (ر):

الحالة (ر) امرأة تبلغ من العمر 41 سنة، متزوجة، ذو مستوى دراسي عالي حيث درست 7 سنوات طب عام، قبلت الحالة التعاون معنا ورحبت بالفكرة، تعيش الحالة في وسط مستواه المعيشي متوسط، حيث تعمل طبيبة عامة.

الحالة (ر) واجهت صعوبات خلال العمل بالمناوبة تمثل في التعب وقلة النوم، إلا أنه يوجد تعاون في انجاز المهام بين فريق العمل، كما أن علاقتها مع الزملاء داخل المستشفى جيدة.

تعايشت مع المرضى ومعاناتهم خلال العمل بالمناوبة بطريقة صعبة، حيث أنه يوجد بعض المرضى ممن يرفضون التحدث مع الطبيب خاصة إذا كان الطبيب جديد في المستشفى والبعض الآخر يخجل من الدخول إلى قاعة تصفية الدم.

الحالة (ر) تعرضت لضغوطات ومشاكل في العائلة بسبب العمل الليلي، كما أنها واجهت بعض الصعوبات في تسيير حياتها العائلية والحياة العملية الليلية .

الحالة (ر) لم تعاني من مشاكل صحية بسبب العمل الليلي، كما أنها أصبحت كثيرة القلق والغضب، إضافة إلى اضطرابات النوم حيث تعاني من الأرق.

دليل المقابلة: أنظر للملحق رقم (01)

تحليل المقابلات مع الحالة (ر):

من خلال المقابلات مع الحالة (ر) اتضح أن الحالة لم تتعرض لمشاكل صحية بسبب العمل الليلي إلا من جهة الفيروسات حيث صرحت " لا المرض لي كإين طول الناس كل تمرض بصح من جهة الخدمة ممرضتش تخافي غير من

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

الفيروسات لا تهزيم وتعدى العائلة تاكك كيما فيروس كورونا مثلا وغيرها ". إضافة إلى أن الحالة تعاني من اضطرابات النوم تتمثل في الأرق كما جاء على لسانها " النوم راح بكري ضرك حتى كي نحط راسي على المخدة باه نرقد منرقدش خلاص مخي عاد مبروقرامي بلي منرقدش "

علاقتها مع الاصدقاء والعائلة جيدة الى أنه لا يوجد تواصل دائم إلا عبر الهاتف، كما أنها لا تتلقى الدعم من أحد حيث صرحت " واحد ما يدعمني من العائلة الشخص لي يدعمني ويكورايجيني باه نمد طاقتي فالخدمة هذه هو الانسان الذي تعايش مع نفس المرض سواء هو ولا واحد من العائلة تاغو "، كما أن الحوار داخل الأسرة أصبح منعدم نوعا ما حيث قالت " نروح للدار منرفزا نحب غير نخدم خدمتي ويسكتوا عليا برك متكونش عندي القدرة حتى باه نهدر غير نسكت "، كما أنها تعرضت لضغوط ومشاكل في العائلة بسبب العمل ليلا حيث صرحت " الغضط عليك من كل جهة والمشاكل يصراو يصراو خاطر الاوقات تاغ الخدمة بزاف وزايدين على حساب العائلة والاولاد "

أما بالنسبة للحياة العملية واجهت الحالة صعوبات خلال العمل بالمناوبة خاصة إذا كان المريض متعب أو المريض جديد، أو هناك من المرضى ممن لا يريد التحدث مع الطبيب خاصة إذا كان الطبيب جديد في المصلحة حيث صرحت " كايين مرضى كي يشوفوك جديدة كي تهدري معاهم ميرجعلكش حتى وإذا قتلهم أني خدمت قبل فالسارفيس ادا ما يهدروا معاك ما يهدروا حتى على المرض بصح كي تيجي طبيبة قديمة والفو بيها يهدروا عادي، يعني لازم عليكي تعرفي كل مريض ونقطة ضعفوا باه تقدرتي تتعاملي معاه ". وأيضا هناك من المرضى من يخجل من الدخول إلى قاعة تصفية الدم حيث قالت " كايين حتى لي ميحبش يدخل يحشم يشوفوها كأنها إعاقة ويحبو يحطو حد لحياتهم يقلك ضرك نموت كي مزروحش نصفي ومبعد يتعب ويولي ميقدرش حتى ييجي "

كما واجهت أيضا ضغوط نفسية بسبب العمل الليلي حيث صرحت " ساعات نكون مضغوطة الوقت ضيق وأنا عندي قداه من خدمة في نفس الوقت ولازم عليا نخدمهم كل، من جهة الخدمة فالسبيطار ومن جهة خلاف نروح للدار يحبو نطيلهم ونفسلهم ونقرهم وزيد يحبوكي تهدري معاهم، يعني واحد ما يحس بيك "

أما بالنسبة للأجر فإن أجر المناوبة خاص، إلا أنه توجد حوافز معنوية .

عرض نتائج الملاحظة:

من خلال المقابلات العيادية قمنا بملاحظة المظهر العام للحالة حيث كانت تبدو نظيفة الهندام ومرتبة، كانت تبدو على الحالة ملامح التعب، فيما يخص نبرة صوتها كانت واضحة وفصيحة اللسان حيث تتحدث اللغتين العربية والفرنسية بطلاقة، إضافة إلى أنها كانت كثيرة الحركة تحرك يديها كثيرا أثناء الحديث .

أما فيما يخص علاقتها مع المرضى والزلاء ومع الأخصائية النفسية كانت تبدو جيدة .

عرض وتحليل نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح عند الحالة (ر):

بعد تطبيق الاختبار على الحالة (ر) وجمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت:

20 درجة متحصلة على العبارات الصحيحة .

3 درجات متحصلة على العبارات العكسية.

تحصلت الحالة على الدرجة 24 والتي تنتمي إلى المجال (من 20 إلى 24) وهذا يعني أن الحالة تعاني من قلق متوسط.

من خلال الاجابات التي تنطبق على الحالة والتي اجابت عليها ب " نعم " تبين أن الاجابة نعم تكررت 21 مرة حيث عبرت عنها بأن: نومها مضطرب ومتقطع، مرت بها أوقات لم تستطع خلالها النوم بسبب القلق، تعتقد بأنها أكثر عصبية من معظم الناس، تعاني أحيانا من نوبات إسهال، تثير قلقها أمور العمل والعمال، أنها تتعب بسرعة، أنها عادة ما تكون هادئة، تشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا، كثيرا ما تجد نفسها قلقة على شيء ما، شعورها أحيانا بأنها تتمزق، أنها خشيت أشياء أو أشخاص تعرف أنهم لا يستطيعون إيدانها، لديها قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا، كثيرا ما تصاب بالصداع، لا بد من الاعتراف بأنها شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها، وأنها لا تستطيع أن تركز تفكيرها في شيء واحد، اعتقادها أحيانا بأنها لا تصلح بالمرّة، وأنها شخص متوتر جدا، وأنها أكثر حساسية من غالبية الناس، ومرت بها أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا تستطيع التغلب عليها، أنها أثناء القيام بعمل ما تكون متوترة للغاية، أحيانا تحلم بأشياء تفضل الاحتفاظ بها لنفسها، وأنها أحيانا تصاب بالإمساك.

أما بالنسبة للعبارات العكسية التي اجابت عنها ب " لا " والتي أخذت درجة عن كل واحدة منها هي العبارة رقم (22) والتي عبرت عنها بأنها لا تهيب الأزمات والشدائد، والعبارة رقم (29) عبرت عنها بأنها لا يقلقها ما يحتمل أن تقابله من سوء حظ، والعبارة (38) عبرت عنها بأنها لا ترتبك بسهولة.

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك للاكتئاب عند الحالة (ر) :

بعد تطبيق اختبار بيك للاكتئاب على الحالة وبعد جمع الدرجات التي تحصلت عليها الحالة من خلال التطبيق والتي

كانت كالتالي: $19 = 1+1+1+1+1+2+1+0+1+0+3+0+0+1+2+1+1+1+0+0+1$.

تحصلت الحالة على الدرجة (19) التي تنتمي حسب سلم تصحيح المقياس الى المجال (من 12 إلى 19) وهذا يعني أن الحالة تعاني من اكتئاب خفيف.

من خلال الاجابات التي اختارتها الحالة تبين أن العبارة (1) تكررت 12 مرة، حيث عبرت عنها بأنها: تشعر بالحزن أغلب الأوقات، أنها لا تستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتادت عليه، أنها تشعر بالإثم وتأنيب الضمير عن العديد

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

من الأشياء التي قامت بها أو أشياء كان يجب أن تقوم بها ولم تقم بها، أنها تتوقع أن يقع عليها عقاب، أنها تنقد نفسها أكثر مما اعتادت، تجد صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير من المعتاد، لديها قدر من الطاقة أقل مما اعتادت، أن قابليتها للغضب والانزعاج أكبر من المعتاد، شهيتها أكبر من المعتاد إلى حد ما، أنها لا تستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة، أنها تصاب بالإرهاق أو الاجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتادت عليها وأنها أقل اهتماما بالجنس مما اعتادت.

اختارت أيضا العبارات ذات الدرجة (2) والتي تكررت مرتين، حيث عبرت عنها بأنها: خاب رجائها في نفسها، وأنها تنام أقل من المعتاد بشكل كبير.

اختارت أيضا العبارات ذات الدرجة (3) والتي تكررت مرة واحدة حيث عبرت عنها بأنها تهتاج وتستثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما.

أما بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (0) تكررت 6 مرات عبرت عنها ب: لم تضعف همتها فيما يتعلق بمستقبلها، لا تشعر بأنها شخص فاشل، ليس لديها أي أفكار انتحارية، لا تبكي أكثر مما اعتادت، أنها لم تفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة، لا تشعر بأنها عديمة القيمة.

استنتاج عام للحالة:

من خلال تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار القلق وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

_ اضطرابات في النوم حيث صرحت " النوم راح بكري ضرك حتى كي نحط راسي باه نرقد منرقدش " وكذا اختياريها البند رقم 1 في مقياس القلق " نومي مضطرب ومتقطع " .

_ سهولة التعب لاختياريها البند رقم 14 في مقياس القلق " اتعب بسرعة " .

_ صعوبة التركيز لاختياريها البند رقم 37 في مقياس القلق " لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد " .

ومنه نستنتج أن الحالة تعاني من قلق متوسط.

أما فيما يخص تحليل المقابلات وتحليل نتائج اختبار بيك للاكتئاب وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

_ انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة لاختياريها العبارة رقم 1 من البند 4 " لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه " .

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

_ أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب كل يوم تقريبا وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا وذلك لاختيارها العبارة رقم 1 من البند 5 " أشعر بالإثم وتأنيب الضمير عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.

_ اضطرابات في النوم لاختيارها العبارة رقم 2 من البند 16 " أنام أقل من المعتاد بشكل كبير.

_ انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز لاختيارها العبارة رقم 1 من البند 19 " لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة "

_ اضطرابات في الشهية لاختيارها العبارة رقم 1 من البند 18 " شهيتي أكبر من المعتاد إلى حد ما "

و منه نستنتج أن الحالة تعاني من اكتئاب خفيف .

• تقديم الحالة (م. ش):

البيانات الأولية:

الاسم: م

السن: 27

الجنس: أنثى

المهنة: ممرضة في مصلحة تصفية الدم

الحالة المدنية: متزوجة

المستوى الدراسي: متحصلة على شهادة البكالوريا

المستوى الاقتصادي: متوسط

السوابق المرضية: لا توجد

ملخص المقابلات مع الحالة (م. ش):

الحالة (م. ش) امرأة تبلغ من العمر 27 سنة، متزوجة، متحصلة على شهادة البكالوريا، لا تعاني من أي مرض، قبلت الحالة (م. ش) التعاون معنا وكانت جديّة وصريحة في إجابتها عن الأسئلة المطروحة، تعيش الحالة ظروف معيشية متوسطة، كانت تعمل في السابق ممرضة في مصلحة " طب الأطفال "، بعدها انتقلت إلى مصلحة تصفية الدم .

الحالة (م. ش) واجهت صعوبات خلال العمل بالمناوبة، أما فيما يخص فريق عملها هناك تعاون في إنجاز المهام، وأن علاقتها مع الزملاء داخل المستشفى ممتازة، وجدت صعوبات في التعايش مع المرضى ومعاناتهم مع المرض بحكم أنها جديدة في تلك المصلحة، وغير متمكنة من التحكم في الآلات التصفية .

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

الحالة (م. ش) تعرضت إلى مشاكل وضغوط مع زوجها فهو رافض عملها، وقد واجهت صعوبة في تسيير حياتها العائلية والعملية، عاشت الحالة مشاكل نفسية تمثلت في " القلق " و "اضرابات في النوم " وطابع العدوانية في تصرفاتها .

دليل المقابلة: أنظر للملحق رقم (01)

تحليل المقابلات مع الحالة :

من خلال المقابلات اتضح أن الحالة (م. ش) تعيش حالة نفسية جد سيئة، واكتشفنا أن الحالة متوترة وتقلق لأتفه الأسباب، على حسب قولها " وليت نتقلق بزاف على حوايج تافهة خلاه " .

و ما لمسناه من خلال المقابلات العيادية أن الحالة تعاني من مشاكل نفسية (القلق، طابع العدوانية)، أثرت على علاقتها داخل أسرتها، حيث جاء على لسانها " المعاملة تاغي مع راجلي وولدي تبدلت بزاف توصلت بيا نضرب ولدي صغير، حتى الهدرة بيناتنا نقصت نرجع لدار غلبانة غير نرقد " .

كما أنها أصبحت حساسة لدرجة كبيرة، على حسب قولها " من حوايج تافهة نتقلق ونبكي "، أما فيما يخص علاقتها مع الزملاء داخل المستشفى جيدة على حسب قولها " نخدمو مع بعضانا كي شغل عائلة وحدة ونعرفو أسرار بعضانا " . في حين علاقتها مع المرضى متوترة فهم يخافون التعامل معها بحكم أنها ممرضة جديدة في مصلحة تصفية الدم، وأنها حسيم غير متمكنة في تركيب أسلاك آلات تصفية الدم لهم، حيث قالت " يخافو مني كي عدت جديدة وميخليونيش نقرب لهم " .

أما فيما يخص العلاقة مع زوجها تواجه مشاكل خاصة وأنه رافض عملها، وغير متقبل ذلك، و أن أمها هي التي تدعمها على مواصلة عملها، على حسب قولها " ماما هيا لي واقفة معايا " .

و من خلال المقابلات وجدنا أن الحالة (م. ش) ترى أن حياتها تغيرت إلى حد ما على ما كانت عليه في السابق، على حسب قولها " مالمقيتش روجي خلاه الضغط تاع الخدمة من جهة والضغط تاع راجلي والخدمة تاع الدار من جهة " مما يدل على أن الحالة متعبة ومرهقة بدرجة كبيرة .

عرض نتائج الملاحظة:

من خلال المقابلات العيادية مع الحالة (م) قمنا بملاحظة المظهر العام لها، حيث كان لباسها نظيف ومرتب، أما ملامح وجهها تبدو متعبة فهي ذو وجه شاحب كما لو أنها تعاني من الأرق، وفيما يخص نبرة صوتها منخفضة، وأن وضعيتها جلوسها غير معتدلة مع تحريك رجليها بسرعة أثناء التحدث .

علاقتها مع المرضى متوترة أما الزملاء ومع الأخصائية النفسية كانت تبدو جيدة .

عرض وتحليل نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح عند الحالة (م. ش):

بعد تطبيق اختبار تايلور للقلق على الحالة وجمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت كالآتي :

21 درجة متحصلة على العبارات الصحيحة .

4 درجات متحصلة على العبارات العكسية.

تحصلت الحالة على الدرجة (25) والتي تنتمي إلى المجال (من 25 إلى 29) وهذا يعني أن الحالة تعاني من قلق فوق متوسط .

ولقد تبين من خلال الإجابات الصحيحة التي تنطبق على المفحوصة والتي أجابت عليها ب " نعم " العبارة رقم (1) مفادها أن نومها مضطرب ومتقطع، والعبارة رقم (2) وهي أنها مرت بأوقات لم تستطع خلالها النوم بسبب القلق، والعبارة رقم (4) اعتقادها بأنها أكثر عصبية من معظم الناس، كذلك العبارة رقم (9) تثير قلقها أمور العمل والعمال، والعبارة رقم (15) أن الانتظار يجعلها عصبية، والعبارة رقم (18) وهي أنها تمر بفترات من عدم الاستقرار لدرجة أنها لا تستطيع الجلوس طويلا في مقعدها، إضافة إلى ذلك العبارة رقم (19) وهي أنها لا تشعر بالسعادة معظم وقتها، والعبارة رقم (21) أن شعورها بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا، والعبارة رقم (23) أنها تود أن تصبح سعيدة كما يبدو الآخرين، والعبارة رقم (24) أنها كثيرا ما تجد نفسها قلقة على شيء ما، والعبارة رقم (26) وهي شعورها أحيانا أنها تتميز، والعبارة رقم (28) أن الحياة صعبة بالنسبة لها في أغلب الأوقات، والعبارة رقم (33) أنها خشيت أشياء أو أشخاص تعرف أنهم لا يستطيعون إيدانها، والعبارة رقم (35) أنها كثيرا ما تصاب بالصداع، أيضا العبارة رقم (36) لا بد أن تعترف بأنها شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها ، والعبارة رقم (37) أنها لا تستطيع أن تركز تفكيرها في شيء واحد، والعبارة رقم (42) أن وجهها يحمر خجلا بدرجة أكبر عندما تتحدث للآخرين، والعبارة رقم (44) مرورها بأوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا تستطيع التغلب عليها، أيضا العبارة رقم (45) أنها تكون متوترة للغاية أثناء القيام بعمل ما، والعبارة رقم

(46) أن يداها وقدمها باردتان في العادة، والعبارة رقم (47) أحيانا تحلم بأشياء تفضل الاحتفاظ بها لنفسها، إضافة إلى العبارة رقم (49) إصابتها بالإمساك أحيانا .

أما بالنسبة للعبارات العكسية التي اجابت عنها ب " لا " والتي أخذت درجة عن كل واحدة منها هي كالآتي :

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

العبارة رقم (20) أنها من السهل أن تركز ذهنها في عمل ما، والعبارة رقم (22) لا تهيب الأزمات والشدائد، كذلك العبارة رقم (29) لا يقلقها ما يحتمل أن تقابله من سوء حظ، وأخيرا العبارة رقم (50) أن وجهها لا يحمر أبدا من الخجل .

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك BECK للاكتئاب عند الحالة (م. ش):

بعد تطبيق اختبار بيك للاكتئاب على الحالة (م. ش) وجمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت كالآتي :

$$21=1+3+3+0+0+0+0+0+3+2+0+3+0+3+0+0+0+2+0+0+1$$

تحصلت الحالة على الدرجة 21، التي تنتمي حسب سلم تصحيح المقياس إلى المجال (20 إلى 27) وهذا يعني أن الحالة تعاني من اكتئاب متوسط .

من خلال العبارات التي اختارتها الحالة تبين أن العبارة (1) تكررت مرتين، حيث عبرت عنها بأنها تشعر بالحزن أغلب الأوقات وأنها أقل اهتماما بالجنس مما اعتادت .

اختارت أيضا العبارات ذات الدرجة (3) التي تكررت 5 مرات، حيث عبرت عنها بأنها تلوم نفسها على كل ما يحدث من أشياء سيئة، وأن لديها الرغبة في البكاء لكنها لا تستطيع، إضافة إلى مشكلتها في اتخاذ أي قرار، وصعوبة تركيزها على أي شيء وأنها مرهقة أو مجهددة جدا لعمل أغلب الأشياء التي اعتادت عليها .

و بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (0) تكررت 12 مرة، عبرت عنها بأن همتها لم تفر فيما يتعلق بمستقبلها وأنها لا تشعر بأنها شخص فاشل، ولا تشعر بالإنتم تأنيب الضمير، لا تشعر أنه يقع عليها عقاب وأن شعورها نحو نفسها كما هو وليس لديها أي أفكار للانتحار، وأنها ليست أكثر تهيجا أو استثارة عن المعتاد، وتشعر بأنها عديمة القيمة ولديها طاقة بنفس القدر المعتاد ولم يحدث لها أي تغيير سواء في نمط نومها، أو شهيتها .

أما العبارات ذات الدرجة (2) تكررت مرتين، عبرت عنها بأنها تحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالأشياء التي اعتادت الاستمتاع بها، وأنها فقدت أغلب اهتمامها بالآخرين والأمور الأخرى .

استنتاج عام للحالة:

بعد تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار القلق وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

- صعوبة تركيز ذهنها في عمل ما على حسب قولها " منقدرش نركز غير في حاجة وحدة " .

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

- توتر عضلي ويتضح ذلك في اختيارها البند رقم (45)، (أكون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما) من مقياس تايلور للقلق الصريح .

- اضطراب النوم، يتضح في البند رقم (1) (نومي مضطرب ومتقطع) من مقياس تايلور للقلق .

- يثيرها قلق زائد خاصة في أمور العمل والعمال ويتضح في إجابتها بنعم في البند رقم (9)، على حسب قولها " وليت نتقلق بزاف مالمضغط تاع الخدمة .

و في الأخير نستخلص أن الحالة تعاني من قلق فوق المتوسط .

أما فيما يخص تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار بيك للاكتئاب وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

- تشعر بالحزن أغلب الوقت على حسب قولها " كي نعود وحدي نبكي طول "، واختيارها للعبارة (كنت قادرة على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك) من البند رقم (10) في مقياس بيك للاكتئاب .

- مزاجها منخفض معظم اليوم ويتضح ذلك في اختيارها للعبارة (أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها) من البند رقم (4) في مقياس بيك للاكتئاب .

- صعوبة تركيز عقلها على شيء ما لمدة طويلة على حسب قولها " وليت نتيه بزاف ومنقدرش نركز على حاجة وحدة " ويتضح ذلك في اختيارها العبارة (أجد نفسي غير قادرة على التركيز على أي شيء) من البند رقم (19) في مقياس بيك للاكتئاب .

و عليه نستخلص أن الحالة تعاني من اكتئاب متوسط .

تقديم الحالة (أ. ب):

البيانات الأولية:

الاسم: أ

السن: 42 سنة

الجنس: أنثى

المهنة: طبيبة عامة

الحالة المدنية: متزوجة

المستوى الدراسي: 7 سنوات طب

المستوى الاقتصادي: متوسط

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

السوابق المرضية: لا توجد

ملخص المقابلات مع الحالة (أ. ب):

الحالة (أ. ب) امرأة تبلغ من العمر 42 سنة، متزوجة، درست في كلية الطب 7 سنوات، ليس لها سوابق مرضية، الحالة (أ. ب) كانت جدية ومتعاونة معنا، تعيش في وسط مستواه المعيشي متوسط، حيث تعمل طبيبة عامة في الصحة العمومية .

الحالة (أ. ب) لم تواجه أي صعوبات خلال العمل بالمنوبة حيث يوجد تعاون في إنجاز المهام بين فريق العمل، كما أن علاقتها مع الزملاء داخل المستشفى ممتازة ولا يوجد إشكال، تعايشت مع المرضى ومعاناتهم مع المرض وكأنهم أفراد عائلتها.

عانت الحالة من مشاكل صحية ونفسية بسبب العمل بالمنوبة تمثلت في إصابتها " بمشاكل هضمية و" قلق"، " اضطرابات في النوم".

دليل المقابلة: أنظر للملحق رقم (01)

تحليل المقابلات مع الحالة (أ. ب):

من خلال المقابلات اتضح أن الحالة (أ. ب) تعاني من القلق والإرهاق ، حسب قولها " من كثرة الضغط تاع الخدمة نروح للدار ميتة"، إضافة إلى مشاكل في الهضم وفقدان الشهية واضطرابات في نومها، وأن القلق أثر على علاقتها داخل أسرتها إضافة إلى نقص الحوار مع زوجها وأولادها .

كما أنها أصبحت عصبية بدرجة كبيرة، " وليت نقلق في ساع"، أما علاقتها مع المرضى والزملاء داخل المستشفى جيدة، حسب قولها "والفنا بعضانا خلاه وليت نحسهم كيما عائلتي".

و من خلال المقابلات مع الحالة (أ. ب)، ترى أن العمل بالمنوبة غير حياتها إلى حد ما بالأخص مع زوجها وأولادها كما قالت " نروح غلبانة حتى باه نحفظ ولدي منقدرش"، إضافة أن نظرتها إلى المرضى ومعاناتهم يعتبر دافع يشجعها على الاستمرار في عملها وبذل ما بإمكانها لعلاجهم والتخفيف من مرضهم .

عرض نتائج الملاحظة:

من خلال المقابلات العيادية مع الحالة (أ) لاحظنا أن لباسها نظيف ومرتب، تعابير وجهها تدل على أنها مرهقة ومتعبة، نبرة صوتها واضحة، أما فيما يخص جلستها معتدلة مع تشابك أصابع يديها .
أما فيما يخص علاقتها مع الزملاء والأخصائية النفسية كانت تبدو ممتازة .

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

عرض وتحليل نتائج مقياس تايلور للقلق الصريح عند الحالة (أ. ب) :

بعد تطبيق اختبار تايلور للقلق على الحالة وجمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت كالتالي:

17 درجة متحصلة على العبارات الصحيحة.

4 درجات متحصلة على العبارات العكسية.

تحصلت الحالة على الدرجة 21 والتي تنتمي إلى المجال (من 20 إلى 24) وهذا يعني أن الحالة تعاني من قلق متوسط .

ولقد تبين من خلال الإجابات الصحيحة التي تنطبق على المفحوصة والتي أجابت عليها ب " نعم " العبارة

رقم (1) مفادها أن نومها مضطرب ومتقطع، والعبارة رقم (2) وهي أنها مرت بأوقات لم تستطع خلالها النوم بسبب

القلق، والعبارة رقم (9) تثير قلقها أمور العمل والعمال، كذلك العبارة رقم (11) أنها كثيرا ما تخشى أن يحمر وجهها

خجلا، والعبارة رقم (14) تتعب بسرعة، والعبارة (15) يجعلها الانتظار عصبية، والعبارة رقم

(16) أنها تشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر عليها، إضافة إلى العبارة رقم (18) أنها تمر بها فترات من عدم الاستقرار

لدرجة أنها لا تستطيع الجلوس طويلا في مقعدها، والعبارة رقم (21) تشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما، طوال

الوقت تقريبا، أيضا العبارة رقم (22) أنها لا تهيب الأزمات والشدائد، والعبارة رقم (23) تود أن تصبح سعيدة كما

يبدو الآخرين، والعبارة رقم (24) كثيرا ما تجد نفسها قلقة على شيء ما، إضافة إلى العبارة رقم (31) لاحظت أن قلبها

يخفق بشدة وأحيانا تهيج نفسها ، والعبارة رقم (34) أن لديها قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا، كذلك العبارة رقم (

36) لابد أن تعترف بأنها شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها، والعبارة رقم (42) احمرار وجهها خجلا بدرجة أكبر

عندما تتحدث للآخرين، والعبارة رقم (44) أنها مرت بأوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا تستطيع التغلب

عليها، كذلك العبارة رقم (47) أحيانا تحلم بأشياء تفضل الاحتفاظ بها لنفسها، والعبارة رقم (49) إصابتها أحيانا

بالإمساك .

أما بالنسبة للعبارات العكسية التي أجابت عنها ب " لا " والتي أخذت درجة عن كل واحدة منها هي كالاتي:

العبارة رقم (3) أن مخاوفها قليلة جدا بالمقارنة بأصدقائها، والعبارة رقم (17) أنها عادة ما تكون هادئة، كذلك العبارة

رقم (20) من السهل تركيز ذهنها في عمل ما، وأخيرا العبارة رقم (50) لا يحمر وجهها أبدا من الخجل .

عرض وتحليل نتائج مقياس بيك BECK للاكتئاب عند الحالة (أ. ب):

بعد تطبيق اختبار بيك للاكتئاب على الحالة وجمع الدرجات التي تحصلت عليها من خلال التطبيق والتي كانت كالاتي :

$$12=2+2+0+0+1+1+1+0+1+0+0+1+0+2+0+0+0+1+0+0+0$$

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

تحصلت الحالة (أ. ب) على الدرجة 12 التي تنتمي حسب سلم تصحيح المقياس إلى المجال (من 12 إلى 19) وهذا يعني أن الحالة تعاني من اكتئاب خفيف .

من خلال الإجابات التي اختارتها الحالة تبين أن العبارة ذات الدرجة (0) تكررت 12 مرات، حيث عبرت عنها أنها لا تشعر بالحزن وأن همتها لم تفر في ما يتعلق بمستقبلها، ولا تشعر أنها شخص فاشل، وأنها لا تشعر بالإثم وتأنيب الضمير وشعورها نحو نفسها كما هو، ولا تشعر بأنه يقع عليها عقاب وليس لديها أي أفكار للانتحار، إضافة إلى أنها لم تفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة وليست أكثر تهيجا أو استثارة عن المعتاد ، لا تشعر بأنها عديمة القيمة ولم يحدث لها أي تغيير في شهيتها .

اختارت أيضا العبارات ذات الدرجة (1) تكررت 6 مرات، حيث عبرت عنها أنها لا تستمتع بالأشياء بنفس القدر الذي اعتادت عليه، وأنها تبكي أكثر مما اعتادت، وأنها تجد صعوبة أكثر بكثير من المعتاد في اتخاذ القرارات، لديها قدر من الطاقة أقل مما اعتادت، وأن نومها أقل من المعتاد بشكل كبير، إضافة إلى أن قابليتها للغضب والانزعاج أكبر من المعتاد .

و بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (2) تكررت 3 مرات، عبرت خلالها أنها تنقد نفسها على كل أخطائها، وأن الإرهاق أو الإجهاد يعيقها عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتادت عليها، وأنها أقل اهتماما بالجنس لدرجة كبيرة .

استنتاج عام للحالة:

بعد تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار القلق وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

- _ سهولة التعب لاختيارها البند رقم 14 في مقياس القلق " اتعب بسرعة " .
- _ من الصعب تركيز ذهنها في عمل ما على حسب قولها " منقدرش نركز في حاجة وحدة راسي معمر ونخمم في قداه من حاجة " .

_ الشعور بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر عليها، ويتضح في اختيارها للبند رقم (16) .

وفي الأخير نستخلص أن الحالة تعاني من قلق متوسط.

أما فيما يخص تحليل نتائج المقابلات وتحليل نتائج اختبار بيك للاكتئاب وأعراضه التشخيصية حسب DSM 5 تبين أن الحالة تعاني من:

- _ لديها قابلية للغضب والانزعاج أكبر من المعتاد ويتضح ذلك في اختيارها العبارة رقم (1) من البند (17) .
- _ شعورها بالتعب وفقد الطاقة كما جاء في قولها " من كثرة الضغط تاع الخدمة نرجع للدار مية خلاه وليت حتى النوم منلقاش فيه راحتي، ويتضح في اختيارها العبارة رقم (1) من البند (15) .

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

_ الأرق وأن نومها أقل من المعتاد بشكل كبير. وذلك من خلال اختيارها الإجابة ب من البند رقم (16) .

وفي الأخير نستخلص أن الحالة تعاني من اكتئاب خفيف.

النتائج العامة للدراسة :

بعد دراستنا للحالات واستنادا إلى تحليل محتوى المقابلات العيادية النصف موجهة ومقياس تايلور للقلق الصريح ومقياس بيك للاكتئاب وجدنا أن:

الحالة (1) : تعاني من اضطرابات في النوم والشهية، بالإضافة إلى الشعور بالتعب والارهاق أو الاجهاد وكذا الشعور بالاستثارة .

الحالة (2) : تعاني من اضطرابات في النوم والشهية، بالإضافة إلى سهولة التعب وصعوبة التركيز وكذا الشعور بالحزن أغلب الوقت، كما تعاني أيضا من الشعور بالإثم وتأنيب الضمير وفقدان الاستمتاع بالأشياء .

الحالة (3) : تعاني الحالة من صعوبة تركيز ذهنها في عمل ما، إضافة إلى التوتر العضلي عند قيامها بعمل ما، كما تعاني من اضطرابات في النوم و مزاجها منخفض وعدم استمتاعها بالأشياء التي اعتادت الاستمتاع بها، وشعورها بالحزن أغلب الوقت وبكاءها عندما تكون بمفردها .

الحالة (4) : تعاني الحالة من اضطرابات في الشهية، إضافة إلى شعورها بالتعب وفقد الطاقة، كما أن نمط نومها تغير وأصبحت تعاني الأرق، وسهولة التعب وصعوبة تركيز ذهنها في عمل ما، وشعورها بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر عليها .

_ أهم أعراض القلق التي تظهر عند الأطباء والمرضى العاملين بالمنوبة الليلية :

سهولة التعب وفقد الطاقة، سهولة الاستثارة، اضطرابات في النوم، صعوبة تركيز ذهنهم في عمل ما والتوتر العضلي.

_ أهم أعراض الاكتئاب التي تظهر عند الأطباء والمرضى العاملين بالمنوبة الليلية :

اضطرابات في الشهية، الشعور بالحزن أغلب الوقت، الشعور بالإثم وتأنيب الضمير، فقدان الاستمتاع بالأشياء، مزاج منخفض، الأرق .

2. مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة :

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى :

و التي تنص: "توجد انعكاسات نفسية للعمل بالمنوبة لدى الأطباء والمرضى المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية "

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

للتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بإجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالات الأربعة، وتم التوصل إلى أنه توجد انعكاسات نفسية للعمل بالمناوبة لدى الأطباء والمرضين المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية ومن أبرز هذه الانعكاسات نجد الاكتئاب الذي ظهر جليا على مختلف حالات دراستنا بنسب متفاوتة، إضافة إلى القلق الذي يعتبر حالة من عدم الارتياح والذي بدوره يؤثر على نفسية الأطباء والمرضين العاملين بالمناوبة، ويتضح ذلك في جملة الأعراض الناتجة عنه وتتمثل في التوتر، عدم القدرة على التركيز، وسهولة الاستثارة، كذلك يعانون من اضطرابات في النوم، ومن أهم الاضطرابات الشائعة نجد: الأرق الناتج عن اضطراب الساعة البيولوجية للفرد .

و استنادا إلى كل هذا فإننا نصل إلى أن الفرضية الأولى والتي تنص: " توجد انعكاسات نفسية للعمل بالمناوبة لدى الأطباء والمرضين المتواجدين بالمؤسسة الاستشفائية " قد تحققت .

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية :

التي تنص " يعاني الأطباء والمرضين المناوبين ليلا من مستوى مرتفع من القلق " .

و للتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح مع الحالات الأربعة، والجدول التالي يبين أهم النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (04): يمثل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح

| الحالة | الدرجة المتحصل عليها من المقياس | درجة القلق |
|-------------------------|---------------------------------|-----------------|
| الحالة الأولى (ش. ب) | 22 | قلق متوسط |
| الحالة الثانية (ر) | 24 | قلق متوسط |
| الحالة الثالثة (م. ش) | 25 | قلق فوق المتوسط |
| الحالة الرابعة (أ. ب) | 21 | قلق متوسط |

فمن خلال المقابلة تبين أن أهم أعراض القلق التي تظهر عند الأطباء والمرضين المناوبين: اضطرابات في النوم، سهولة التعب، صعوبة في التركيز، سهولة الاستثارة، كل هذه الأعراض كافية لتأكيد صحة الفرضية، إضافة إلى نتائج تطبيق مقياس القلق، حيث تحصلت الحالة (ش، ب) على 22 درجة والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من قلق متوسط، الحالة (ر) تحصلت على 24 درجة والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من قلق متوسط، الحالة (م. ش) تحصلت على 25 درجة والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من قلق فوق المتوسط، والحالة (أ. ب) تحصلت على 21 درجة والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من قلق

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

متوسط، كما تعاني كل من الحالات الأربعة من اضطرابات في النوم، سهولة التعب، صعوبة التركيز والاستثارة وكل هذه أعراض للقلق حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية والعقلية DSM 5. و استنادا إلى كل هذا فإننا نصل إلى أن الفرضية الثانية والتي تنص: " يعاني الأطباء والمرضى المناوبين ليلا من مستوى مرتفع من القلق " لم تحقق".

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة :

التي تنص " يعاني الأطباء والمرضى المناوبين ليلا من مستوى مرتفع من الاكتئاب ".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بالاعتماد على المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس بيك BECK

للاكتئاب مع الحالات الأربعة، والجدول التالي يبين أهم النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (05): يمثل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس بيك BECK للاكتئاب

| الحالة | الدرجة المتحصل عليها من المقياس | درجة الاكتئاب |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| الحالة الأولى (ش. ب) | 5 | أعراض اكتئابية طفيفة جدا |
| الحالة الثانية (ر) | 19 | اكتئاب خفيف |
| الحالة الثالثة (م. ش) | 21 | اكتئاب متوسط |
| الحالة الرابعة (أ. ب) | 12 | اكتئاب خفيف |

فمن خلال المقابلة تبين أن أهم أعراض الاكتئاب التي تظهر عند الأطباء والمرضى المناوبين: اضطرابات في الشهية، اضطرابات في النوم، سهولة التعب، نقص الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة، الشعور بالذنب، انخفاض القدرة على التفكير والتركيز، الشعور بالحزن، اضطراب المزاج، كل هذه الأعراض كافية لتأكيد صحة الفرضية، بالإضافة إلى نتائج تطبيق مقياس الاكتئاب. حيث تحصلت الحالة (ش. ب) على درجة 5 والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من أعراض اكتئابية طفيفة، حيث تعاني من اضطرابات في الشهية والنوم وسهولة التعب، الحالة (ر) تحصلت على درجة 19 والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب خفيف، حيث تعاني من اضطرابات في النوم والشهية، صعوبة التفكير والتركيز، الشعور بالذنب ونقص الاهتمام والاستمتاع بالأنشطة، الحالة (م. ش) تحصلت على درجة 21 والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب متوسط، حيث تعاني من

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

صعوبة في التركيز، اضطراب في المزاج، الشعور بالحزن والبكاء الدائم، الحالة (أ. ب) تحصلت على درجة 13 والتي تعني حسب سلم تصحيح المقياس أن الحالة تعاني من اكتئاب خفيف، حيث تعاني من اضطرابات في النوم والشهية إضافة إلى الشعور بالتعب، وكل هذه أعراض للاكتئاب حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية والعقلية DSM 5.

و استنادا إلى كل هذا فإننا نصل إلى أن الفرضية الثالثة والتي تنص: " يعاني الأطباء والممرضين المناوبين ليلا من مستوى مرتفع من الاكتئاب " لم تحقق "

4. مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة:

سنتناول في مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة بعض الدراسات التي توصلت إلى نتائج مشابهة مع نتائج دراستنا ونذكر منها:

_ دراسة وردية بوديسة (2020): المعنونة بالعمل الليلي وظهور اضطراب النوم لدى الممرضين في إحدى المؤسسات الاستشفائية، حيث تمثلت الفرضية الرئيسية للدراسة في " يؤدي العمل الليلي إلى ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين العاملين في المؤسسة الاستشفائية بتيزي وزو " كما توصلت أن العمل الليلي يمارس انعكاسا أو تأثيرا في اضطرابات النوم لدى الممرضين، إذ تؤدي اضطرابات النوم إلى الحرمان من النوم وبالخصوص في ظل العمل الليلي والتناوبي أين اتخذت الساعة البيولوجية لجسم الانسان منحى آخر وتكون معاكسة لنشاطها اليومي .

وهذا ما توصلت إليه نتائج دراستنا، حيث يظهر تطابق معتبر بين النتائج، وذلك بعد تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس " تايلور للقلق الصريح " و " مقياس بيك للاكتئاب "، وكذا تحليل محتوى المقابلات، تبين أن حالات الدراسة يعانون من اضطرابات في النوم والمتمثلة في الأرق، وصعوبة العودة إلى النوم .

_ نظرا لعدم وجود دراسات تناولت موضوع القلق لدى عمال المناوبة تم الاستعانة بالدراسات التي أمكن العثور عليها في حدود امكانياتنا والتي تناولت جانبا من جوانب موضوع القلق، ويتضح ذلك في دراسة فوري (1980): حيث تناولت علاقة اضطرابات النوم بنظام العمل بالمناوبة لدى العمال، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التركيز على نوعية العلاقة الموجودة بين العمل بالمناوبة واضطرابات النوم لدى العمال من خلال متغير السن، حيث فسر الباحث ذلك التباين اعتمادا على اختلاف المستويات بينهما، فالمتقدمون في السن 98 مسؤولين عن عائلة وبالتالي نجدهم مشغولون أكثر. كما جاء في الكتابات الأدبية أن اضطرابات النوم يعتبر عرض من أعراض القلق الناتج عن جملة من الانشغالات والهموم وعدم الرضا، الناتجة عن خصائص نظام العمل بالمناوبة والتي تشكل في مجملها وفي تفاعلها بعض أعراض القلق.

الفصل السادس: عرض الحالات ومناقشة النتائج

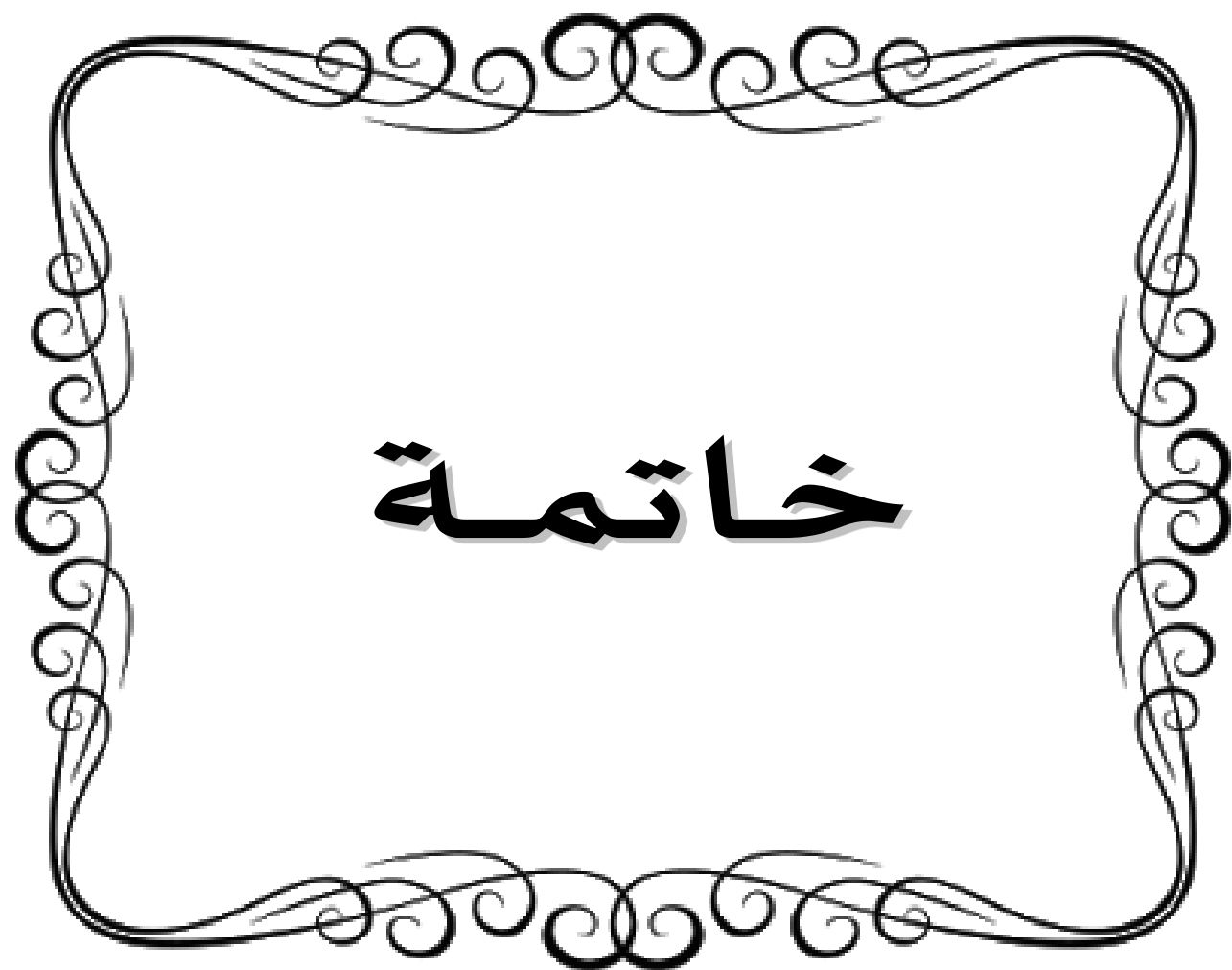
و هذا ما توصلت إليه نتائج دراستنا، أن الحالات الأربعة يعانون من أعراض القلق ومن أهمها: سهولة التعب، فقدان الطاقة، سهولة الاستثارة، اضطرابات في النوم، صعوبة تركيز الذهن في عمل ما، التوتر العضلي وتظهر هذه الأعراض عند الأطباء والمرضى العاملين بالمناوبة الليلية.

_ دراسة كلودوري (1990): تمحورت هذه الدراسة حول الكشف عن الافرازات النفس - فيزيولوجية للعمل في الوردية الليلية، وكان من أهم النتائج المتوصل إليها والتي لها علاقة مباشرة بالاكنتئاب ما يلي: أن النشاط العام للعامل في الوردية الليلية يتميز بالضعف والخمول الذي يصاحبه نوع من الصعوبة في أداء المهام في مختلف المجالات، إضافة إلى التعب والإرهاق والشعور بالحزن، ضعف مخزون الطاقة، اضطرابات النوم، التشاؤم من المستقبل .

و بعد تحليل محتوى المقابلات مع الحالات، وتحليل نتائج " مقياس بيك للاكتئاب " نجد أن هناك تطابق بين نتائج هذه الدراسة ونتائج دراستنا، حيث توصلنا إلى أن الحالات الأربعة يعانون من أعراض الاكتئاب المتمثلة في اضطرابات في النوم والشهية، الشعور بالحزن، تأنيب الضمير، الأرق، ضعف الرغبة الجنسية، وفقدان الاستمتاع بالأشياء. تظهر هذه الأعراض عند الأطباء والمرضى المناوبين ليلاً.

5. التوصيات والاقتراحات :

- _ السماح للأطباء والمرضى بتغيير المصلحة كل فترة.
- _ التكفل النفسي بالطبيب والمرضى .
- _ اقتراح اجراء دراسة مماثلة على عينة أكبر.
- _ عقد دورات تحسيسية لتوضيح الانعكاسات النفسية التي قد تنتج نتيجة العمل بالمناوبة .
- _ زيادة عدد العاملين المناوبين .
- _ تقديم الدعم المعنوي الأسري.



حاولنا في هذه الدراسة أن نتعرف على أهم الانعكاسات النفسية التي تظهر عند الأطباء والمرضى العاملين ليلا وقد تم تسليط الضوء على اضطراب القلق والاكتئاب كنماذج.

وقد توصلنا من خلال المقابلات العيادية النصف موجهة، و تطبيق مقياس " تايلور للقلق الصريح "، و "مقياس بيك Beck للاكتئاب"، و بعد تحليل الحالات توصلنا إلى أن الأطباء والمرضى العاملين بالمنوبة الليلية لديهم انعكاسات نفسية تتمثل في القلق والاكتئاب، وهذا نتيجة غياب التكفل النفسي والدعم المعنوي، إضافة إلى زيادة الحجم الساعي للعمل.

كما توصلنا إلى أن الأطباء والمرضى المناوبين ليلا لديهم درجة معتبرة من القلق والاكتئاب، حيث تم التوصل إلى ثبات صحة الفرضية الأولى في حين الفرضية الثانية والثالثة لم تتحقق، إلى أنها تبقى نسبية وغير قابلة للتعميم، نظرا لوجود متغيرات محيطة بالدراسة، كما لا يمنع من بقاء مجال هذه الدراسة مفتوح للعمق أكثر في هذا الموضوع، وذلك باقتراح إجراء دراسة مماثلة على عينة أكبر.



قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

■ قائمة المصادر والمراجع:

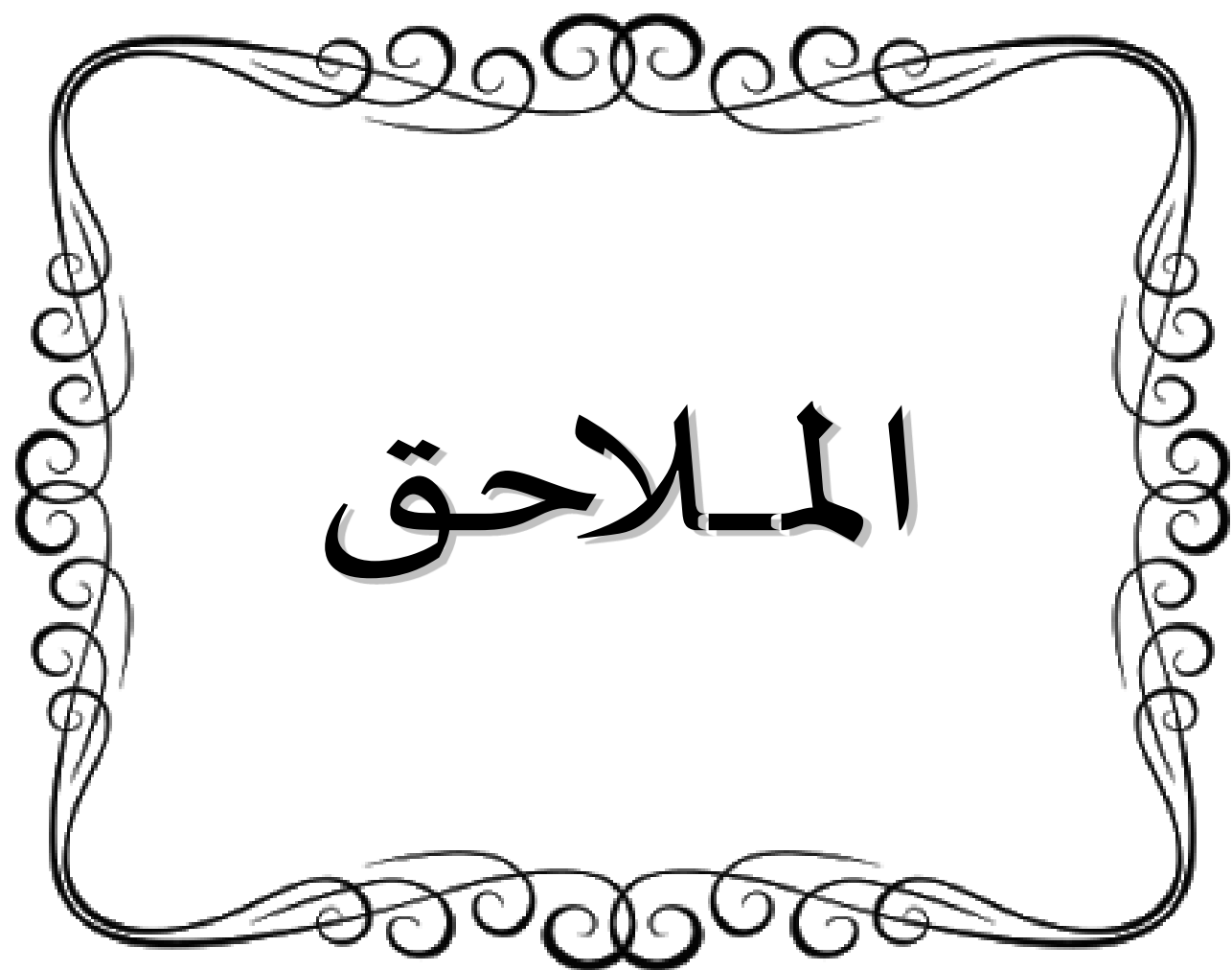
- ابراهيم، عبد الستار. (2007). الاكتئاب و الكدر النفسي فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي – نفسي. دار الكاتب للطباعة و النشر و التوزيع .
- بقادير، عبد الرحمان. (2006). العمل الليلي و آثاره الفيزيولوجية و الاجتماعية على العمال. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العمل و التنظيم، جامعة الجزائر.
- بلواضح، عبد الوهاب. (2019)، الضغوط المهنية و علاقتها بالالتزام التنظيمي لدى الممرضات العاملات بالمناوبة الليلية بالمؤسسة الاستشفائية ببوسعادة، أطروحة دكتوراه. علوم في علم النفس، فرع علم النفس العمل والتنظيم، جامعة محمد بوضياف، المسيلة .
- بن رجم، أحمد. (2012). برنامج مقترح للنشاط الرياضي الترويحي للقليل من اضطراب الاكتئاب و تنمية بعض القدرات الإبداعية لدى أطفال الروضة أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 3.
- بوديسة، وردية. (2020). العمل الليلي و ظهور اضطرابات النوم لدى الممرضين دراسة ميدانية في إحدى المؤسسات الاستشفائية بتيزي وزو. الجزائر: مجلة دراسات إنسانية و اجتماعية 16،01.
- بورماد، زكرياء ؛ بوغرة، عبد الوهاب. (2020). نظام العمل بالمناوبة و علاقته بضغوط العمل. دراسة ميدانية لأعوان الحماية المدنية بالوحدة الرئيسية. رسالة ماجستير منشورة، قسم علم الاجتماع، جامعة جيجل .
- بوظيفة، حمو. (1995). الساعة البيولوجية. الجزائر: شركة دار الأمة.
- داود عبد الله عديلة، ابتسام. (2012). مفهوم الذات و الاكتئاب لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الجسمية الحركية في محافظة بيت لحم. رسالة ماجستير منشورة. جامعة القدس، فلسطين.
- دحماني، هدى. (2011). تأثير القلق على الراشدين المصابين بمرض السكري المزمن. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر. قسم علم النفس العيادي. المركز الجامعي العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة.
- دويدار، عبد الفتاح محمد. (1999). مناهج البحث في علم النفس. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- رشاد، علي عبد العزيز موسى. (1998). سيكولوجية الفروق بين الجنسين. جامعة الأزهر، القاهرة.
- زعتر، نور الدين. (2010). سلسلة الأمراض النفسية"01". د، ب.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية و العلاج النفسي. عالم الكتب للنشر و التوزيع و الطباعة .
- سرحان، وليد. (2008). سلوكيات الاكتئاب. عمان: دار مجدلاوي للنشر و التوزيع .
- سليمان، صبرينة ؛ وادة، فتحي. (2020). الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين بالمناوبة الليلية بمصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية بالوادي. الجزائر. 6.
- الشربيني، لطفي. (2001). الاكتئاب المرض و العلاج. الاسكندرية: منشأة المعارف.

قائمة المصادر والمراجع

- الشمالي، نضال عبد اللطيف. (2015). العوامل الخمسة للشخصية و علاقتها بالاكتئاب لدى المترددين على مركز غزة المجتمعي. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الاسلامية، غزة .
- الشهري، ماجدة ؛ الشريم، نوف. مقياس تايلور للقلق الصريح. تم استرجاعه في تاريخ 2022. 03. 23 على الرابط <https://manara.edu.sy>downlods>files>
- الصطوف، لارا. (2015). الانفصال العاطفي بين الزوجين و علاقته بالاكتئاب و القلق لدى الأبناء المراهقين. رسالة ماجستير منشورة. جامعة دمشق .
- ضيف، شوقي. (2004). المعجم الوسيط. مكتبة الشروق الدولية ، القاهرة.
- عديلة ، حسين طاهر تونسي. (2002). القلق و الاكتئاب لدى عينة من المطلقات و غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير. جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- عزاوي، جيلالي. (2014). نظام العمل بالمناوبة و علاقته بالضغط المهني لدى عمال الحماية المدنية. رسالة ماجستير منشورة. فرع علم النفس عمل و تنظيم، جامعة وهران.
- عسكر، عبد الله. (2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- عكاشة، أحمد. (1976). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية .
- عماري، حنان. (2013). قلق الموت لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز مكافحة السرطان. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة .
- الغامدي، طلال عبد الله حسن . (2006). (2006). خصائص رسوم عينة من مرضى الرهاب الاجتماعي و دلالتها الرمزية. رسالة ماجستير. تخصص علم نفس التربية الفنية. جامعة أم القري: المملكة العربية السعودية.
- فرج و آخرون. (د س ن). معجم علم النفس و التحليل النفسي. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة و النشر ،
- قاسمي، سميحة. (2012). قلق الانفصال وتأثيره على السلوك العدواني عند أطفال الروضة. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير. جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة .
- قنون ، خميسة. (2007). الدعم الاجتماعي المدرك و علاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية. رسالة ماجستير منشورة. فرع علم النفس المرضي الاجتماعي. جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- لعريط، بشير (2007). الانعكاسات النفسية و السلوكية لنظام العمل بالمناوبة (8X3) دراسة ميدانية بمركب المواد البلاستيكية بسكيكدة. أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس فرع علم النفس العمل و التنظيم، جامعة منتوري، قسنطينة.
- مخلوف، سعاد. (2006). الضغط النفسي و مدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية بالمسيلة، أطروحة ماجستير منشورة. قسم علم النفس العمل و التنظيم، جامعة منتوري ، قسنطينة .

قائمة المصادر والمراجع

- المرزوقي، جاسم محمد عبد الله محمد. (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر. عمان: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- مارك، فاطمة الزهراء ز (2017). الاضطرابات السلوكية و علاقتها ببعض المتغيرات لدى عمال قطاع المحروقات. أطروحة دكتوراه. قسم علم النفس و علوم التربية. جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- معوش، عبد الحميد. (2015). قياس بيك للاكتئاب. دراسة سيكومترية على عينة من طلبة الثالثة الثانوية - بعض ثانويات ولاية المسيلة نموذجا - . رسالة ماجستير منشورة، قسم علم النفس و علوم التربية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- مقدادي، ؛ بدري إبراهيم. (2014). الصلابة النفسية و علاقتها بالرضا عن الحياة و الاكتئاب لدى المسنين و المسنات المقيمين في دور الرعاية. عمان: مجلة المنارة، 326.
- مكزي، كوام . (2013). الاكتئاب. الرياض: دار المؤلف .
- النجمة، علاء الدين ابراهيم يوسف. (2008). مدى فعالية برنامج ارشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الاسلامية، غزة.
- نميري، نجية. (2012)، القلق لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير. قسم علم النفس العيادي، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج، البويرة.
- الهور، علاء صبح حمودة. (2016). فاعلية برنامج إرشادي نفسي اسلامي لخفض أعراض الاكتئاب النفسي. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الاسلامية، غزة .



الملحق رقم (01)

دليل المقابلة

I. محور البيانات الشخصية العامة

-الاسم

- السن

- الجنس

- المهنة

II.محور الحياة العملية أثناء المناوبة الليلية

1.ما هي مواقيت العمل في مناوبتك الليلية؟

2. ما هي مدة عملك في المناوبة الليلية ؟

3. هل أجر العمل في المناوبة الليلية ؟

4. هل يتم تنظيم دورات تدريبية لفائدة العاملين في المناوبة الليلية ؟

5. هل عدد العاملين في فريق المناوبة الليلية أقل من عدد فريق العمل النهاري ؟

6. هل يتلقى العاملين في المناوبة الليلية حوافز مادية أو حوافز معنوية ؟

7. ما هي الأوقات التي يزيد فيها حجم العمل ؟

8.ما هي الصعوبات التي تواجهك خلال العمل الليلي ؟

9. هل هناك تعاون في انجاز المهام ؟

III. محور الحياة العلائقية

1.كيف هي علاقتك مع الزملائك داخل المستشفى ؟

2.كيف تعايشت مع المرضى ومعاناتهم خلال المناوبة الليلية ؟

3.من هو القريب لك في العائلة ؟

4. من الذي يدعمك أكثر في عائلتك؟
5. هل تعرضت إلى ضغوط ومشاكل في العائلة بسبب العمل ليلا؟
6. هل تجد صعوبة في تسيير حياتك العائلية والحياة العملية الليلية؟
7. هل لديك أصدقاء؟
8. هل وجدت تغيير في نوعية الحوار داخل الوسط العائلي؟
9. كيف توزع وقتك بين العائلة والأصدقاء؟
10. هل أثر العمل للمناوبة الليلية على علاقتك بأسرتك وأصدقائك؟
11. هل الروح الاجتماعية أصبحت ضعيفة لأنك تعمل ليلا؟

IV. محور انعكاسات المناوبة الليلية :

1. هل العمل في الدورات الليلية يسبب لك مشاكل صحية؟
2. هل تشعر دائما بالقلق والغضب أثناء العمل الليلي؟
3. هل تشعر بالتعب المزمن أثناء العمل الليلي؟
4. هل أصبحت تحمل طبع العدوانية في تصرفاتك نتيجة عملك الليلي؟
5. هل أصبح لديك اضطرابات النوم بسبب عملك الليلي؟
6. هل أصبح لديك اضطرابات الأكل بسبب عملك الليلي؟
7. هل في بعض الأحيان تشعر بالضغط النفسي نتيجة العمل الليلي؟
8. هل تشعر بأن الاجهاد النفسي والجسدي نتيجة العمل بالمناوبة؟
9. هل تتناول الادوية لكي تمنعك من النوم نتيجة العمل الليلي؟

V. محور الآفاق المستقبلية :

1. هل لديك برامج أفضل في كيفية تسيير المناوبة الليلية؟
2. ما هي اقتراحاتك التي تفيد العامل في تخفيف الضغوط النفسية خلال العمل بالمناوبة الليلية؟

الملحق رقم (02)

مقياس تايلور للقلق الصريح

ضع علامة (×) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم / لا)

اجب على كل الاسئلة من فضلك...

| م | العبارة | نعم | لا |
|----|--|-----|----|
| 1 | نومي مضطرب ومتقطع | نعم | لا |
| 2 | مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق | نعم | لا |
| 3 | مخاوفي قليلة جدا بالمقارنة بأصدقائي | نعم | لا |
| 4 | اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس | نعم | لا |
| 5 | تنتابني أحالم مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي | نعم | لا |
| 6 | لدي متاعب أحيانا في معدتي | نعم | لا |
| 7 | غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما | نعم | لا |
| 8 | أعاني أحيانا من نوبات إسهال | نعم | لا |
| 9 | تثير قلقي أمور العمل والعمال | نعم | لا |
| 10 | تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس) | نعم | لا |
| 11 | كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجا | نعم | لا |
| 12 | أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا | نعم | لا |
| 13 | أثق في نفسي كثيرا | نعم | لا |
| 14 | اتعب بسرعة | نعم | لا |
| 15 | يجعلني الانتظار عصبيا | نعم | لا |
| 16 | أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي | نعم | لا |
| 17 | عادة ما أكون هادئاً | نعم | لا |
| 18 | تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي | نعم | لا |
| 19 | لا أشعر بالسعادة معظم الوقت | نعم | لا |

| | | | |
|----|--|-----|----|
| 20 | من السهل أن أركز ذهني في عمل ما | نعم | لا |
| 21 | أشعر بالقلق على شئ ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا | نعم | لا |
| 22 | لا أتهيب الأزمات والشدائد | نعم | لا |
| 23 | أود أن أصبح سعيداً كما يبدو الآخريين | نعم | لا |
| 24 | كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما | نعم | لا |
| 25 | أشعر أحياناً وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي | نعم | لا |
| 26 | اشعر احياناً انني اتمزق | نعم | لا |
| 27 | أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة | نعم | لا |
| 28 | الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات | نعم | لا |
| 29 | لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ | نعم | لا |
| 30 | إنني حساس بدرجة غير عادية | نعم | لا |
| 31 | لاحظت ان قلبي يخفق بشدة و احياناً تهيج نفسي | نعم | لا |
| 32 | لا أبكي بسهولة | نعم | لا |
| 33 | خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي | نعم | لا |
| 34 | لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثراً شديداً | نعم | لا |
| 35 | كثيراً ما أصاب بصداع | نعم | لا |
| 36 | لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها | نعم | لا |
| 37 | لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد | نعم | لا |
| 38 | لا أرتبك بسهولة | نعم | لا |
| 39 | اعتقد احياناً أنني لا أصلح بالمرّة | نعم | لا |
| 40 | أنا شخص متوتر جداً | نعم | لا |
| 41 | ارتبك أحياناً بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقي جداً | نعم | لا |
| 42 | يحمرو وجهي خجلاً بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين | نعم | لا |
| 43 | انا أكثر حساسية من غالبية الناس | نعم | لا |
| 44 | مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها | نعم | لا |
| 45 | أكون متوتراً للغاية أثناء القيام بعمل ما | نعم | لا |

| | | | | |
|--|----|-----|---|----|
| | لا | نعم | يادي وقدماي باردتان في العادة | 46 |
| | لا | نعم | أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني | 47 |
| | لا | نعم | لا تنقصني الثقة بالنفس | 48 |
| | لا | نعم | أصاب أحيانا بالإمساك | 49 |
| | لا | نعم | لا يحمر وجهي أبداً من الخجل | 50 |

| | |
|--|---------|
| | الاسم |
| | الدرجة |
| | التصنيف |

الملحق رقم (03)

مقياس بيك للاكتئاب

تتضمن هذه القائمة مجموعة من الجمل تصف مشاعرك وأحاسيسك في نواحي متعددة ، يرجى القيام بقراءة كل مجموعة من الجمل واختيار جملة واحدة تعطي أدق وصف لحالتك النفسية والشعور السائد لديك خلال السبع الأيام الماضية بما فيها هذا اليوم ، وبعد أن تحدد الجملة التي تصف مشاعرك ضع دائرة حول الرقم الذي يسبقها ، أما إذا وجدت في مجموعة ما أن هناك عدة جمل تنطبق بصورة متساوية على حالتك فضع دائرة حول رقم جملة واحدة منها فقط ترجع أنها الأكثر انطباقا على حالتك و شكرا لتعاونكم .

| | | |
|----|-------------|---|
| 01 | الحزن | <p>0 _ لا أشعر بالحزن .</p> <p>1 _ أشعر بالحزن أغلب الوقت .</p> <p>2 _ أنا حزين طوال الوقت .</p> <p>3 _ أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا أستطيع تحملها .</p> |
| 02 | التشاؤم | <p>0 _ لم تفتر همتي فيما يتعلق بمستقبلي .</p> <p>1 _ أشعر بفتور الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت .</p> <p>2 _ لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي .</p> <p>3 _ أشعر لأنني لا أمل في المستقبل وأنه سوف يزداد سوءا .</p> |
| 03 | الفشل | <p>0 _ لا أشعر بأنني شخص فاشل .</p> <p>1 _ لقد فشلت أكثر مما ينبغي .</p> <p>2 _ كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل .</p> <p>3 _ أشعر بأنني شخص فاشل تماما .</p> |
| 04 | فقدان اللذة | <p>0 _ استمتع بالأشياء بنفس قدر استمتاعي بها من قبل .</p> <p>1 _ لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه .</p> <p>2 _ أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت</p> |

| | | |
|----|-------------------------------|---|
| | | <p>الاستمتاع بها .</p> <p>3 _ لا أستطيع الحصول على أي استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها .</p> |
| 05 | الشعور بالذنب | <p>0 _ لا أشعر بالإنثم تأنيب الضمير .</p> <p>1 _ أشعر بالإنثم تأنيب الضمير عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها .</p> <p>2 _ أشعر بالإنثم تأنيب الضمير أغلب الوقت .</p> <p>3 _ أشعر بالإنثم تأنيب الضمير طوال الوقت .</p> |
| 06 | الشعور بالعقاب | <p>0 _ لا أشعر بأنه يقع علي عقاب .</p> <p>1 _ أتوقع أن يقع علي عقاب .</p> <p>2 _ أشعر بأنه يقع علي عقاب</p> |
| 07 | الاحساس السلبي نحو الذات | <p>0 _ شعوري نحو نفسي كما هو .</p> <p>1 _ فقدت الثقة في نفسي .</p> <p>2 _ خاب رجائي في نفسي .</p> <p>3 _ لا أحب نفسي .</p> |
| 08 | مواقف نقد الذات | <p>0 _ لا أنقد ولا ألوم نفسي أكثر من المعتاد .</p> <p>1 _ أنقد نفسي أكثر مما اعتدت .</p> <p>2 _ أنقد نفسي على كل أخطائي .</p> <p>3 _ ألوم نفسي على كل ما يحدث من أشياء سيئة .</p> |
| 09 | الأفكار أو الرغبة في الانتحار | <p>0 _ ليس لدي أي أفكار للانتحار .</p> <p>1 _ لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها .</p> <p>2 _ أريد أن أنتحر .</p> <p>3 _ قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة .</p> |
| | | <p>0 _ لا أبكي أكثر مما اعتدت .</p> |

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------|
| <p>1 _ أبكي أكثر مما اعتدت . 2 _ أبكي أكثر من أي شيء بسيط . 3 _ أشعر بالرغبة في البكاء ولكني لا أستطيع .</p> | <p>البكاء</p> | <p>10</p> |
| <p>0 _ لست أكثر تهيجاً أو استثارة عن المعتاد . 1 _ أشعر بالتهيج والاستثارة أكثر من المعتاد . 2 _ احتاج أو استثار لدرجة أنه من الصعب علي البقاء بدون حركة . 3 _ احتاج أو استثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما .</p> | <p>الاضطراب</p> | <p>11</p> |
| <p>0 _ لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة . 1 _ أهتم بالآخرين أو بالأمر أقل من قبل . 2 _ فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمر الأخرى . 3 _ من الصعب أن أهتم بأي شيء .</p> | <p>فقدان الاهتمام</p> | <p>12</p> |
| <p>0 _ أتخذ القرار بنفس كفاءتي المعتادة . 1 _ أجد صعوبة أكثر بكثير من المعتاد في اتخاذ القرارات . 2 _ لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات . 3 _ لدي مشكلة اتخاذ أي قرارات .</p> | <p>التردد في اتخاذ القرار</p> | <p>13</p> |
| <p>0 _ لا أشعر بأنني عديم القيمة . 1 _ لا أعتبر نفسي ذو قيمة و ذو نفع كما اعتدت أن أكون . 2 _ أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين . 3 _ أشعر بأنني عديم القيمة تماما .</p> | <p>انخفاض القيمة</p> | <p>14</p> |
| <p>0 _ لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد . 1 _ لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت . 2 _ ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء . 3 _ ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء .</p> | <p>فقدان الطاقة</p> | <p>15</p> |

| | | |
|---|-------------------------------|-----------|
| <p>0 _ لم يحدث لي أي تغيير في نمط نظام نومي .</p> <p>1 _ أ _ أنام أكثر من المعتاد إلى حد ما .</p> <p>ب _ أنام أقل من المعتاد إلى حد ما .</p> <p>2 _ أ _ أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير .</p> <p>ب _ أنام أقل من المعتاد بشكل كبير .</p> <p>3 _ أ _ أنام أغلب اليوم .</p> <p>ب _ أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين ولا أستطيع أن أعود للنوم مرة أخرى .</p> | <p>التغيير في عادات النوم</p> | <p>16</p> |
| <p>0 _ قابليتي للغضب والانزعاج لم تتغير عن المعتاد .</p> <p>1 _ قابليتي للغضب والانزعاج أكبر من المعتاد .</p> <p>2 _ قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد .</p> <p>3 _ لدي قابلية للغضب أو الانزعاج طول الوقت .</p> | <p>سرعة الانفعال</p> | <p>17</p> |
| <p>0 _ لم يحدث أي تغيير في شهيتي .</p> <p>1 _ أ _ شهيتي أقل من المعتاد إلى حد ما .</p> <p>ب _ شهيتي أكبر من المعتاد إلى حد ما .</p> <p>2 _ أ _ شهيتي أقل كثيرا من المعتاد .</p> <p>ب _ شهيتي أكبر كثيرا من المعتاد .</p> <p>3 _ أ _ ليست لي شهية على الإطلاق .</p> <p>ب _ لدي رغبة قوية للطعام طول الوقت .</p> | <p>التغيير في الشهية</p> | <p>18</p> |
| <p>0 _ أستطيع التركيز بكفاءة المعتادة .</p> <p>1 _ لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة .</p> <p>2 _ من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة .</p> <p>3 _ أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء .</p> | <p>صعوبة التركيز</p> | <p>19</p> |
| <p>0 _ لست أكثر ارهاقا أو اجهدا من المعتاد .</p> | | |

| | | |
|---|--------------------------------------|-----------|
| <p>1 _ أصاب بالإرهاق أو الاجتهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها .</p> <p>2 _ يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها.</p> <p>3 _ أنا مرهق أو مجهد جدا لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها .</p> | <p>التعب</p> | <p>20</p> |
| <p>0 _ لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثا .</p> <p>1 _ أنا أقل اهتماما بالجنس مما اعتدت .</p> <p>2 _ أنا أقل اهتماما بالجنس الآن لدرجة كبيرة .</p> <p>3 _ فقدت الاهتمام بالجنس تماما .</p> | <p>فقدان الاهتمام بالجنس</p> | <p>21</p> |