



جامعة وهران 2  
كلية العلوم الاجتماعية

### أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم  
في علم النفس العمل والتنظيم

علاقة سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى  
والتعاطف والمناعة النفسية بالصحة النفسية والصحة الجسدية  
للمرضين

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة(ة): عقباني ربيعة

### أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
تيغزي امحمد	أستاذ تعليم عالي	جامعة وهران 2	رئيسا
بزايد نجاة	أستاذ محاضر —أ—	جامعة وهران 2	مشرفا ومقرررا
بن طاهر بشير	أستاذ تعليم عالي	جامعة وهران 2	مناقشا
معمرية بشير	أستاذ تعليم عالي	جامعة سطيف	مناقشا
أبي مولود عبد الفتاح	أستاذ تعليم عالي	جامعة ورقلة	مناقشا
بلال ريم	أستاذ محاضر —أ—	جامعة معسكر	مناقشا

السنة: 2021/2020

# الإهداء

أهدي هذا العمل:

إلى روح من علمتني معنى الجهاد، وقيمة العمل، وصدق الإجتهد  
وأن أفضل مكافأة هي الجزاء من عند الله،  
وأن حب الوطن لا يرتبط بجزاء  
إليك جدتي رحمك الله

إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما

إلى رفيق دربي والذي أبدى لي الدعم طيلة مشوار الدراسة  
حفظه الله

إلى قرّة عيني على يونس

إلى كل أفراد عائلتي

إلى أعز صديقة وزميلة،  
نموذج الممرضة التي لم تغيرها لا السنين ولا الظروف  
عن العمل بصدق، إلى نسرین عبد الحمید

إلى كل ملائكة الرحمة وأصحاب المآزر البيضاء  
الذين يعملون بتفان وإتقان وتظل ابتسامة الشفاء تزيّن ثغورهم بالرغم من الألم  
الذي يعصر قلوبهم. (عقباني ربيعة، 2016)



# كلمة الشكر

أتوجه بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في هذا العمل، وأخص بالذكر:

الأستاذة بزاید نجاه على إرشاداتها القيمة في تأطير هذه الرسالة وعلى الوقت والجهد الذي لم تبخله علينا، مع الالتزام والتواجد المستمر طول مدة التحضير لإنجاز هذه الرسالة

الأستاذة المحكمين لمقاييس البحث : تيغزة امحمد، مزيان محمد، مكي أحمد.

والأستاذة أعضاء لجنة مناقشة البحث : تيغزة امحمد، بشير معمرية، بشير بن طاهر، أبي ميلود عبد الفتاح، بلال ريم

والشكر موصول إلى كل من ساعدني على انجاز الدراسة الميدانية وخاصة: الزميلات بوعلي ربيعة ويوسف كريمة ، الدكتوراه سعدي عربية، الأستاذة بعطوش جميلة أخصائية في طب الانعاش الأطفال، الأستاذة بن عطة نادية أخصائية في أمراض القلب ، وكل الممرضين بمختلف المؤسسات الصحية بوهران الذين قبلوا الاجابة على استمارة البحث.

وأوجه شكرا خاصا إلى الدكتور لحمر مليود على مساعدته لي في انجاز هذا العمل

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذ تيغزة امحمد على مرفقته لهذه العمل من خلال استشاراته العلمية والتي قدمها لنا بكل سعة صدر وبكل تواضع ودون قيد أو شرط.



## ملخص البحث:

يعد مفهوم الشخصية من أبرز مواضيع علم النفس بمختلف فروعه نظرا لأهميتها في فهم سلوك الفرد والتنبؤ به ولهذا في تعتبر مفهوما جوهريا في علم النفس العمل والتنظيم الذي يدرس سلوك الأفراد داخل المنظمة للتحسين وظيفية تسيير الموارد البشرية للتحقيق الفعالية من خلال الانتقاء والتوجيه في المناصب الملائمة حسب دراسة علمية للفروق الفردية وخصائص الشخصية للعمال وهذا ما يفسر دور سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة في تحقيق هذه الأهداف وخاصة بعد تأكيد دراسات كثيرة لأهمية هذا النموذج في الأداء المهني .

أما التعاطف الذي يعتبر كقدرة فطرية في الإنسان أصبح اليوم مهارة يمكن تعلمها لتميتها لتمكين العمال من التواصل مع الآخرين وتؤكد دورها كأداة علاجية يستخدمها مهني الصحة وخاصة الممرضين في العلاقة العلاجية مع المرضى وفي إطار التعامل مع الزملاء ومرافقي المرضى، كما أنها تلعب دور حماية للممرضين من التعرض للأمراض النفسية والجسدية وكذلك الحال بالنسبة لقدرة المناعة النفسية والتي تعرف بالقدرة على التكيف الإيجابي وخاصة في المواقف الصادمة والحرية وحتى المقلقة لهذا فهي تسمح للممرضين بالوقاية من المخاطر النفسية والاجتماعية.

وفي هذا السياق تمت هذه الدراسة بهدف الكشف عن العلاقة بين سمات الشخصية والصحة النفسية والجسدية للممرضين في ظل مستويات التعاطف والمناعة النفسية كمتغيرين معدلين، وتمت الدراسة بمختلف مدراس التكوين الشبه الطبي والمؤسسات الصحية لولاية وهران باستخدام أدوات تقيس متغيرات الدراسة بعد التأكد من خصائصها السيكومترية، وكشفت الدراسة على وجود فروق في سمات الشخصية بين الممرضين المتربصين والممارسين إلى في يخص سمة الإنفتاح، كما دلت النتائج على وجود فروق بين الفئتين في يخص مستويات التعاطف والمناعة النفسية والصحة النفسية والصحة الجسدية.

ولقد كشفت النتائج على وجود اختلاف في العلاقة بين سمات الشخصية بالصحة النفسية والجسدية للممرضين باختلاف مستويات التعاطف والمناعة النفسية لدى عينة الدراسة، وتبين بأن سمي الإنبساط ويقظة الضمير مع التعاطف والمناعة النفسية تمثل عوامل حماية للممرضين بينما تمثل سمة الطيبة والعصابية مع التعاطف المرتفع عوامل خطر بالنسبة لهم. وخلصت النتائج باقتراح بعض التوصيات تبعا للنتائج المحققة.

## محتويات البحث

الصفحة	الموضوع
أ	الاهداء .....
ب	كلمة الشكر.....
ج	ملخص البحث.....
د	محتويات البحث.....
ح	قائمة الجداول .....
01	مقدمة .....
<b>الفصل الأول: تقديم البحث</b>	
05	تمهيد .....
05	1- إشكالية البحث .....
08	2- فرضيات البحث.....
10	3- دواعي اختيار البحث.....
10	4- أهمية البحث.....
11	5- أهداف البحث.....
11	6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث.....
11	1-6- التعريف الإجرائي لسمات الشخصية.....
12	2-6- التعريف الإجرائي للتعاطف.....
12	3-6- التعريف الإجرائي للمناعة النفسية.....
13	4-6- التعريف الإجرائي للصحة النفسية.....
14	5-6- التعريف الإجرائي للصحة الجسدية.....
<b>الفصل الثاني: الإطار المفاهيمي العام للدراسة</b>	
16	تمهيد.....
16	1- علم النفس المرضي للعمل.....
16	1-1- تعريف علم النفس المرضي في العمل.....
18	2-1- جذور علم النفس المرضي في العمل.....
20	3-1- أهداف علم النفس المرضي في العمل.....
21	4-1- منهجية البحث في علم النفس المرضي للعمل.....



23	..... 2-علم النفس الديناميكي للعمل
23	..... 1-1-تعريف علم النفس الديناميكي للعمل
24	..... 2-2- تطور المفهوم من علم النفس المرضي للعمل إلى علم النفس الديناميكي للعمل..
25	..... 3-2-أهم المفاهيم النظرية في علم النفس الديناميكي للعمل
32	..... 4-2- منهجية البحث والتدخل في علم النفس الديناميكي للعمل
34	..... 3- الصحة في العمل
34	..... 1-3- تعريف الصحة في العمل
35	..... 2-3- أهداف الصحة المهنية
36	..... 3-3- النماذج التي تدرس علاقة الصحة في العمل بالإجهاد المهني
36	..... 1-3-3- نموذج المتطلبات والضبط
38	..... 2-3-3- نموذج الجهد والمكافأة
38	..... 3-3-3- نموذج العدالة التنظيمية
39	..... 4-3-3- نموذج التعديل بين الفرد والبيئة
40	..... 4-3- تطور البحوث في مقارنة الصحة في العمل
41	..... 5-3- محددات الصحة في أماكن العمل
43	..... 6-3- ترقية الصحة في أماكن العمل
46	..... 4- مقارنة الفينومينولوجيا
46	..... 4- تعريف الفينومينولوجيا
48	..... 2-4- نشأة الفينومينولوجيا
49	..... 3-4- أهداف الفينومينولوجيا
52	..... 4-4- أهم مفاهيم الفينومينولوجيا
53	..... 5-4- الفينومينولوجيا كمنهج بحث في علم النفس

### الفصل الثالث: مفهوم الشخصية

56	..... تمهيد
56	..... 1- مفهوم الشخصية
57	..... 2- بعض التعاريف الخاصة بالشخصية
58	..... 3- نظريات الشخصية
58	..... 1-3- نظرية التحليل النفسي
60	..... 2-3- النظرية الإنسانية



61	..... 4-3 - النظرية السلوكية
62	..... 5-3 - النظرية البيولوجية
63	..... 4- سمات الشخصية
63	..... 1-4 - تعريف السمة
65	..... 2-4 - أنواع السمات
66	..... 3-4 - تعريف سمات الشخصية
68	..... 4-4 - نظريات سمات الشخصية
68	..... 1-4-4 - نظرية "فرانسيس غالتون"
70	..... 2-4-4 - نظرية السمات ل "قوردن ألبورت"
72	..... 3-4-4 - نظرية " رايموند كاتل"
74	..... 4-4-4 - نظرية " هانس أيزنك"
79	..... 5- سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى
79	..... 1-5 - التطور التاريخي لنموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية
82	..... 2-5 - أبعاد نموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية
85	..... 3-5 - أدوات قياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى
87	..... 4-5 - أهمية نموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية في مجال العمل

#### الفصل الرابع: تحليل مفاهيم المتغيرات التابعة في الدراسة

90	..... أولاً : التعاطف
90	..... 1- مفهوم التعاطف
91	..... 2- تعريف التعاطف
92	..... 3- الفرق بين مفهوم التعاطف وبعض المفاهيم المشابهة
92	..... 4- التطور التاريخي لمفهوم التعاطف
95	..... 5- أنواع التعاطف
95	..... 1-5 - التعاطف الجاف
95	..... 2-5 - التعاطف الرطب
95	..... 3-5 - التعاطف الفكري
95	..... 4-5 - التعاطف الوجداني
95	..... 5-5 - التعاطف العملي



96	..... 6-5 - مصطلح وادي النفور
98	..... 6- الأساس الفيزيولوجي لعملية التعاطف
99	..... 7- أهمية التعاطف في مهنة التمريض
102	..... 8- تنمية مهارة التعاطف لدى الممرضين
103	..... 9- أدوات قياس التعاطف
104	..... ثانياً، المناعة النفسية
104	..... 1- مفهوم المناعة النفسية
105	..... 2- تعريف المناعة النفسية
106	..... 3 - الإختلاف بين مفهوم المناعة النفسية وبعض المفاهيم المشابهة
107	..... 4- عوامل المناعة النفسية
107	..... 1-4- نموذج "ماستن وكوستمورث"
108	..... 2-4- نموذج "أبراهام ماسلو"
108	..... 3-4- نموذج الكوخ
110	..... 5- سيرورة المناعة النفسية
112	..... 6- أهمية المناعة النفسية في مهنة التمريض
113	..... 7- تنمية المناعة النفسية لدى الممرضين
114	..... 8- أدوات قياس المناعة النفسية
115	..... ثالثاً، الصحة النفسية والصحة الجسدية
115	..... 1- الصحة النفسية والصحة الجسدية في العمل
116	..... 2- العوامل المؤثرة على الصحة النفسية والجسدية في العمل
117	..... 3- الصحة النفسية
117	..... 1-3- تعريف الصحة النفسية
117	..... 2-3- الصحة النفسية في أماكن العمل
118	..... 1-2-3- تعريف الإجهاد المهني
118	..... 2-2-3- مصادر الإجهاد المهني
120	..... 3-2-3- آثار وأعراض الإجهاد المهني
122	..... 4-2-3- الإجهاد الناتج عن نموذج إختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة.....
124	..... 5-2-3- الآثار النفسية والجسدية الناتجة عن الإجهاد حسب نموذج "سيغريست"
126	..... 6-2-3- الوقاية من الإجهاد المهني
127	..... 3-3- مفهوم القلق





127	..... تعريف القلق.....1-3-3
127	..... أعراض القلق.....2-3-3
128	..... القلق في مهنة التمريض.....3-3-3
128	..... مفهوم الإكتئاب.....4-3
128	..... تعريف الإكتئاب.....1-4-3
129	..... أعراض الإكتئاب.....2-4-3
129	..... الإكتئاب في مهنة التمريض.....3-4-3
130	..... الصحة الجسدية.....4
130	..... تعريف الصحة الجسدية.....1-4
130	..... أهم الأعراض والأمراض الجسدية التي تصيب المرضى.....2-4
132	..... مفهوم التعب.....3-4
132	..... تعريف التعب.....1-3-4
132	..... أعراض التعب.....2-3-4
132	..... مفهوم التعب في مهنة التمريض.....3-3-4

#### الفصل الخامس: الطريقة والاجراءات المنهجية

135	..... تمهيد.....
135	..... أولاً: الدراسة الإستطلاعية.....
135	..... 1- أهداف الدراسة الإستطلاعية.....
135	..... 2- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية.....
135	..... 3- عينة الدراسة الإستطلاعية.....
136	..... 1-3- مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية.....
138	..... 4- الخصائص السيكومترية لمقياس سمات الشخصية.....
138	..... 1-4- تعريف مقياس سمات الشخصية.....
140	..... 2-4- صدق مقياس سمات الشخصية.....
140	..... 1-2-4- صدق المحكمين لمقياس سمات الشخصية.....
142	..... 2-2-4- الإتساق الداخلي لمقياس سمات الشخصية.....
143	..... 3-4- ثبات مقياس سمات الشخصية.....
144	..... 4-4- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس سمات الشخصية.....
144	..... 5- الخصائص السيكومترية لمقياس التعاطف.....

144	.....1-5- تعريف مقياس التعاطف
145	.....2-5- صدق مقياس التعاطف
145	.....1-2-5- صدق المحكمين لمقياس التعاطف
147	.....2-2-5- الإتساق الداخلي لمقياس التعاطف لدى الممرضين
148	.....3-5- ثبات مقياس التعاطف
149	.....4-5- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس التعاطف
149	.....6- الخصائص السيكومترية لمقياس المناعة النفسية
149	.....1-6- تعريف مقياس المناعة النفسية
150	.....2-6- صدق مقياس المناعة النفسية
150	.....1-2-6- صدق المحكمين لمقياس المناعة النفسية
151	.....2-2-6- الإتساق الداخلي لمقياس المناعة النفسية
153	.....3-6- ثبات مقياس المناعة النفسية
154	.....4-6- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس المناعة النفسية
154	.....7- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية
154	.....1-7- تعريف مقياس الصحة النفسية
154	.....1-1-7- تعريف مقياس اختلال التوازن بين الجهد والمكافأة
155	.....2-1-7- تعريف المقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب
156	.....2-7- صدق مقياس الصحة النفسية
156	.....1-2-7- صدق المحكمين لمقياس الصحة النفسية
158	.....2-2-7- الإتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية
161	.....3-7- ثبات مقياس الصحة النفسية
161	.....4-7- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس الصحة النفسية
162	.....8- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة الجسدية
162	.....1-8- تعريف مقياس الصحة الجسدية
162	.....2-8- صدق مقياس الصحة الجسدية
162	.....1-2-8- صدق المحكمين لمقياس الصحة الجسدية
164	.....2-2-8- الإتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية
165	.....3-8- ثبات مقياس الصحة الجسدية
165	.....4-8- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس الصحة الجسدية
166	.....ثانيا : الدراسة الأساسية

166	.....1- منهجية الدراسة
167	.....2- الدراسة الكمية
167	.....1-2- أهداف الدراسة الأساسية
167	.....2-2- عينة الدراسة الأساسية
167	.....3-2- مواصفات عينة الدراسة الأساسية
171	.....4-2- الخصائص السيكومترية لمقياس سمات الشخصية
171	.....1-4-2- الإتساق الداخلي لمقياس سمات الشخصية
172	.....2-4-2- ثبات مقياس سمات الشخصية
172	.....5-2- الخصائص السيكومترية لمقياس التعاطف
172	.....1-5-2- الإتساق الداخلي لمقياس التعاطف
173	.....2-5-2- ثبات مقياس التعاطف
174	.....6-2- الخصائص السيكومترية لمقياس المناعة النفسية
174	.....1-6-2- الإتساق الداخلي لمقياس المناعة النفسية
175	.....2-6-2- ثبات مقياس المناعة النفسية
176	.....7-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية
176	.....1-7-2- الإتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية
177	.....2-7-2- ثبات مقياس الصحة النفسية
177	.....8-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة الجسدية
177	.....1-8-2- الإتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية
178	.....2-8-2- ثبات مقياس الصحة الجسدية
178	.....3- الدراسة الكيفية
178	.....1-3- أهداف الدراسة الكيفية
179	.....2-3- عينة الدراسة الكيفية
179	.....3-3- أداة الدراسة الكيفية
179	.....3-3-1- قائمة الأسئلة الخاصة بالمتربصين
179	.....3-3-2- قائمة الأسئلة الخاصة بالمرضين الممارسين
180	.....4-3- خصائص عينة الدراسة الكيفية
180	.....1-4-3- خصائص عينة المرضين المتربصين
181	.....2-4-3- خصائص عينة المرضين الممارسين
183	.....4- الأساليب الإحصائية المعتمدة في هذه الدراسة



## الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

185	تمهيد .....
185	1- عرض نتائج الدراسة الكمية.....
185	1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى.....
185	1-1-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
190	1-1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
194	1-1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....
199	1-1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة.....
204	1-1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة.....
209	1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية.....
209	1-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى.....
211	1-2-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....
213	1-2-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....
216	1-2-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.....
218	1-2-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.....
220	1-2-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة.....
222	1-2-7- عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة.....
224	1-2-8- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة.....
226	1-2-9- عرض نتائج الفرضية الجزئية التاسعة.....
228	1-2-10- عرض نتائج الفرضية الجزئية العاشرة.....
230	2- عرض النتائج الدراسة الكيفية.....
230	2-1- نتائج عينة المرضى المتربصين.....
236	2-3- نتائج عينة المرضى الممارسين.....
247	3- مناقشة النتائج.....
296	الخلاصة والإستنتاجات.....
299	توصيات البحث.....
301	قائمة المراجع.....
322	الملاحق.....



- قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مكونات التعاطف في مهنة التمريض	102
02	أعراض ونتائج الإجهاد المهني على العامل	121
03	متغير الجنس لدى العينة الإستطلاعية	136
04	متغير السن لدى عينة الدراسة الإستطلاعية	136
05	متغير المستوى التعليمي لدى العينة الإستطلاعية	137
06	متغير السنة الدراسية لدى العينة الإستطلاعية	137
07	متغير الفئة المهنية لدى العينة الإستطلاعية	138
08	إعادة صياغة بعض عبارات مقياس سمات الشخصية بعد التحكيم	140
09	الانساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس سمات الشخصية بفقراته	142
10	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس سمات الشخصية بأبعاده الخمسة	143
11	مستويات ثبات مقياس سمات الشخصية	143
12	إعادة صياغة بعض عبارات مقياس التعاطف بعد التحكيم	146
13	الانساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس التعاطف بفقراته	147
14	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس التعاطف لدى المرضين بأبعاده الثلاثة	148
15	مستويات ثبات مقياس التعاطف لدى المرضين	148
16	إعادة صياغة بعض عبارات مقياس المناعة النفسية بعد التحكيم	151
17	الانساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس المناعة النفسية بفقراته	152
18	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس المناعة النفسية بأبعاده الخمسة	153
19	مستويات ثبات مقياس المناعة النفسية	153
20	إعادة صياغة بعض عبارات مقياس الصحة النفسية بعد التحكيم	157
21	الانساق الداخلي لكل بعد من أبعاد الصحة النفسية بفقراته	159
22	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس للصحة النفسية بأبعاده	161
23	مستويات ثبات مقياس الصحة النفسية	161
24	إعادة صياغة بعض عبارات مقياس الصحة الجسدية بعد التحكيم	163
25	الانساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة الجسدية بفقراته	164
26	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس للصحة الجسدية ببعديه	165

الرقم	العنوان	الصفحة
27	مستويات ثبات مقياس الصحة الجسدية	165
28	متغير الجنس لدى العينة الأساسية	167
29	متغير السن لدى العينة الأساسية	168
30	متغير المستوى التعليمي لدى العينة الأساسية	168
31	متغير الرتبة المهنية لدى العينة الأساسية	169
32	متغير الأقدمية لدى العينة الأساسية (ن=732)	170
33	متغير الأقدمية لدى العينة الأساسية (ن=295)	170
34	الانساق الداخلي لأبعاد مقياس سمات الشخصية بفقراته	171
35	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس سمات الشخصية بأبعاده الخمسة	171
36	مستويات ثبات مقياس سمات الشخصية	172
37	الانساق الداخلي لأبعاد مقياس التعاطف بفقراته	172
38	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس التعاطف بأبعاده الثلاثة	173
39	مستويات ثبات مقياس التعاطف	173
40	الانساق الداخلي لأبعاد مقياس المناعة النفسية بفقراته	174
41	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس المناعة النفسية بأبعاده الخمسة	175
42	مستويات ثبات مقياس المناعة النفسية	175
43	الانساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية بفقراته	176
44	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس الصحة النفسية بأبعاده الخمسة	176
45	مستويات ثبات مقياس الصحة النفسية	177
46	الانساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة الجسدية بفقراتها	177
47	الانساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس الصحة الجسدية ببعديه	178
48	مستويات ثبات مقياس الصحة الجسدية	178
49	خصائص عينة الممرضين المتربصين	180
50	خصائص عينة فئات الممرضين الممارسين	181
51	المتوسطات الحسابية لعينة الممرضين الممارسين	182
52	الأمراض الشائعة لدى عينة الممرضين الممارسين بمختلف الفئات	183
53	الفروق في مستويات سمات الشخصية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين	185
الرقم	العنوان	الصفحة

186	اتجاه الفروق في سمات الشخصية في أبعاد الانبساط والطيبة ويقظة الضمير والعصابية بين فئات الممرضين	54
187	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لسمة الانبساط	55
188	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لسمة الطيبة	56
188	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لسمة يقظة الضمير	57
189	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لسمة العصابية	58
190	الفروق في مستويات التعاطف بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين	59
191	اتجاه الفروق في البعد الكلي للتعاطف في وبعدي أهمية فهم الآخر وتثمين العلاجات الرحيمة بين فئات الممرضين	60
192	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للتعاطف	61
192	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد أهمية فهم الآخر	62
193	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد تثمين العلاجات الرحيمة	63
194	الفروق في مستويات المناعة النفسية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين	64
195	اتجاه الفروق في مستويات المناعة النفسية وأبعادها المهارات الشخصية وتقبل التغيير والقدرة على الضبط والتأثيرات الروحانية بين فئات الممرضين	65
196	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للمناعة النفسية	66
197	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد المهارات الشخصية	67
197	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد تقبل التغيير	68
198	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد القدرة على الضبط	69
198	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد التأثيرات الروحانية	70
199	الفروق في مستويات الصحة النفسية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين	71
200	اتجاه الفروق في البعد الكلي للصحة النفسية والاجهاد وبعديه المجهود الخارجي والإكتئاب بين فئات الممرضين	72
201	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للبعد الكلي للصحة النفسية	73
201	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للإجهاد	74
202	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد المجهود الخارجي	75
202	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد المكافآت	76
الصفحة	العنوان	الرقم
203	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد الإكتئاب	77

204	الفروق في مستويات الصحة الجسدية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين	78
205	اتجاه الفروق في البعد الكلي للصحة الجسدية وبعديها بين فئات الممرضين	79
206	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للصحة الجسدية	80
206	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعدها بعد شدة التعب	81
207	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعدها أعراض المرضية	82
207	الفروق في مستويات الأمراض المزمنة بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين	83
208	اتجاه الفروق على مستوى الإصابة بالأمراض المزمنة بين فئات الممرضين	84
208	ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للإصابة بالأمراض المزمنة	85
209	نتيجة تحليل التغيرات المتعددة لإختبار اختلاف العلاقة بين بعد الانبساط بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف	86
210	تحليل التغيرات المتعددة لإختبار العلاقة ما بين سمة الإنبساط والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين	87
211	نتيجة تحليل التغيرات المتعددة لإختبار إختلاف العلاقة بين سمة الطيبة بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف	88
212	تحليل التغيرات المتعددة لإختبار العلاقة ما بين سمة الطيبة والصحة النفسية وأبعادها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين	89
213	نتيجة تحليل التغيرات المتعددة لإختبار إختلاف العلاقة بين سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف	90
214	تحليل التغيرات المتعددة لإختبار العلاقة ما بين سمة يقظة الضمير والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين	91
216	نتيجة تحليل التغيرات المتعددة لإختبار إختلاف العلاقة بين سمة العصابية بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف	92
217	تحليل التغيرات المتعددة لإختبار العلاقة ما بين سمة العصابية والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين	93
218	نتيجة تحليل التغيرات المتعددة لإختبار إختلاف العلاقة بين سمة الإنفتاح بالصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف	94
الصفحة	العنوان	الرقم
219	تحليل التغيرات المتعددة لإختبار العلاقة ما بين سمة الإنفتاح والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين	95



220	نتيجة تحليل التغيرات المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الإنبساط بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية	96
221	تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الإنبساط والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى	97
222	نتيجة تحليل التغيرات المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الطيبة بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية	98
223	تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الطيبة والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى	99
224	نتيجة تحليل التغيرات المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية	100
225	تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة يقظة الضمير والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى	101
226	نتيجة تحليل التغيرات المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة العصابية بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية	102
227	تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة العصابية والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى	103
228	نتيجة تحليل التغيرات المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الانفتاح بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية	104
229	تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الإنفتاح والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى	105
230	إجابة عينة المرضى المتربصين على السؤال الأول	106
234	إجابة عينة المرضى المتربصين على السؤال الرابع	107
239	إجابة عينة المرضى الممارسين على السؤال الأول	108
242	إجابة عينة المرضى الممارسين على السؤال الرابع	109
245	إجابة عينة المرضى الممارسين على السؤال السادس	110

- قائمة الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
14	النموذج النظري للدراسة	01
97	سيرورة مفهوم وادي النفور (التعاطف الإصطناعي)	02
110	نموذج الكوخ للمناعة النفسية	03

## مقدمة :

يندرج هذا البحث في إطار البحوث العلمية الجامعية ذات الأثر التطبيقي في مجال العمل بصفة عامة وفي ميدان الصحة على وجه الخصوص، فهو ثمرة تفكير الباحثة لمدة تفوق العشرون سنة أثناء ممارستها لمهنة التمريض. فالتجربة حسب "هوسرل" هي الحقيقة المطلقة للموضوع (Jacque Hochmann, 2014)، وتساؤلات الباحثة عن هذا الموضوع تكونت منذ بداية مرحلة التربص وخاصة في مصلحة أمراض السرطان، فقد لاحظت سلوكيات بعض الممرضين مثل التجمعات والضحك الهستيري والمزاح في أوقات العمل، بينما يوجد مرضى يعانون، وهم غير مهتمين بهذه المعاناة إلا فئة قليلة إن لم أقل ممرضة واحدة تقوم بواجبها على أكمل وجه، هذه المواقف تكررت في الكثير من المصالح الإستشفائية، فهناك دائما الممرضين المهملين وغير المبالين والأدهى والأمر هو أنهم عندما يلاحظون العمل الجدي الذي تقوم به المتربصين يبادرون بالقول بأنهم مع مرور الوقت سوف يصبحون مثلهم، وبأنهم في السابق كانوا يقومون بمهامهم وواجباتهم ويهتمون بالمرضى ولكن مع مرور الوقت أصبحوا غير مبالين، هذا ما أدى بالباحثة (أي الممرضة المتربصة) إلى التأكد بأن هؤلاء الممرضين لا يصلحون لممارسة مهنة ملائكة الرحمة نظرا لغياب الضمير وحتى الشفقة من قلوبهم. وحسب (S. Lamba & al., 2019) إنّ معايشة واقع النظام الصحي يُؤلّد لدى المتدربين السلبية في الكلمات والسلوك، كما أنّ نمذجة الأدوار غير المناسبة ترفع من مستوى الضيق النفسي لديهم، لهذا كان التحدي بالنسبة للباحثة هو أنّ لا تتخلى عن ضميرها ولا عن مبادئها طيلة مسارها المهني. ومع مزاولة نشاطها بمصلحة تصفية الدم، لبضع سنوات، بدأت تساؤلات أخرى تتبادر في ذهن الباحثة، بحكم أنّها أصبحت لا تستطيع رؤية المرضى في المصالح الأخرى مثل المرضى المصابين بالحروق، هذا الشعور لاحظته أيضا لدى بعض الممرضات اللواتي يعملن في مصلحة الحروق إذ أنّهن كن يبداً بالبكاء فور رؤيتهن للأطفال المصابين بالفشل الكلوي في حين أنها تعمل معهم دون أن تشعر بالضيق، فبدأت الباحثة في التساؤل عن السبب في هذه السلوكيات المتناقضة، هل تعود العمل في مصلحة ما يسمح للممرضين بعدم الشعور بالضيق والذي قد يصل عند البعض حد عدم الإهتمام بالمرضى؟ ولماذا بمجرد التنقل إلى

المصالح الأخرى لمهمة أو لزيارة الزملاء يُظهر الممرضين حساسية شديدة لمعاناة المرضى؟. إنّ التفكير في مثل هذه السلوكيات شغل بال الباحثة لعدة سنوات، فقد كانت دائمة التساؤل عن السبب الذي يجعل الممرضين يغيرون من طبيعتهم الإنسانية في التعامل مع المرضى أو حتى مع الزملاء، وهل لظروف العمل المزرية ، أو لشعور الممرضين بعدم التقدير دور في هذا التغيير؟. لم تجد الباحثة رداً على تساؤلاتها بما أنّها كانت تعيش التجربة من الداخل، ولكن بعد مزاوتها الدراسة بالجامعة وفي تخصص علم النفس العمل والتنظيم ومن منطلق الإبوكية (le bracketing) والذي يعني حسب "هوسرل"، قيام الباحث بالوضع بين قوسين قيمه ومعتقداته وأحكامه ومعرفته النظرية المتعلقة بالظاهرة قيد الدراسة. (O'Reilly & Cara, 2014) وبإجراء الباحثة لعدد من البحوث الميدانية الخاصة بالمرضى، بدأ الغموض يتلاشى بالنسبة لبعض المواقف التي لم تجد لها تفسيراً سابقاً، كما أنّ البحث الميداني الخاص بشهادة الماجستير والمحادثات التي أجرتها مع الممرضين والمرضات، كشفت لها عن معاناة هذه الفئة من خلال تعبيراتهم، فبعضهم يعاني من الأمراض المزمنة، وآخرون يشعرون بالوحدة والعزلة، وهناك من يعاني من تسلط رؤساء المصالح والإدارة أو من الصراع مع الزملاء وأكثر ما أثار في الباحثة هو إصابة إحدى الزميلات بإضطراب نفسي نتيجة العمل بمصلحة أمراض السرطان ومعايشتها لحالات وفيات المرضى وخاصة الشباب منهم، وعلى الرغم من أنها تحصلت على منصب عمل مهني (Poste aménagé) وذلك بالعمل بمكتب الأرشيف بذات المصلحة، إلا أنها صرحت بالقول "الحمد لله أنا الآن لا أرى المرضى يموتون، ولكنني أتابع ملفاتهم فأعرف سنهم ومرضهم وكيف توفوا" هذا يدل على أنّ الممرضة لازالت في حالة معاناة.

من هنا يتجلى دور علم النفس العمل والتنظيم، خاصة في عملية انتقاء وتوظيف وتوجيه الممرضين، وإيجاد الآليات التي تسمح لهم بتسيير مسارهم المهني بما يناسب قدراتهم ويحقق لهم السلامة الجسدية والنفسية من جهة وجودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى من جهة ثانية. وهذا لا يتم إلا من خلال الكشف على المميزات الفردية للممرضين من سمات شخصية ومهارات تواصلية وقدرات للتكيف الإيجابي قبل اكتساب المهارات التقنية الخاصة بمجال التمريض، هذا التشخيص يخص فئة الممرضين المتربصين والممارسين

على حد سواء فالفئة الأولى من أجل الانتقاء والتوجيه، أما الفئة فهي تحتاج باستمرار إلى إعادة التوجيه إنطلاقاً من التقييم الدوري أو تبعاً لظروف أو أحداثاً وقعت أثناء مسارها المهني، والتي قد تؤثر بالسلب على الحالة الصحية النفسية والجسدية للمرضين وهكذا جاءت فكرة هذا البحث لمحاولة معرفة أهم سمات الشخصية التي تسهل من ممارسة مهنة التمريض وعلاقتها بمهارة التعاطف والمناعة النفسية بوصفهما مهارات أساسية لتقديم علاج ذو جودة وفي نفس الوقت معرفة أثر مكانزمات التكيف الإيجابي وفي الحماية من الأمراض النفسية والجسدية، وشمل هذا البحث الفصول التالية:

الفصل الأول تضمن تقديم البحث بالتأسيس لإشكالية الدراسة وطرح أسئلتها ثم عرض فرضيات البحث وأهميته وأهدافه والتعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث.

وتضمن الفصل الثاني الإطار المفاهيمي العام للدراسة بوصفها بحثاً في مجال علم النفس العمل والتنظيم علماً أنها تتقاطع مع بعض التخصصات كعلم النفس العمل المرضي وعلم النفس الديناميكي والصحة في العمل والمنهج الفينومولوجي.

وضم الفصل الثالث تحليل المتغير المستقل والمتمثل في الشخصية بعرض أهم التعاريف والنظريات المفسرة للشخصية وخاصة نموذج العوامل الخمسة الكبرى وكيفية إنشائه وأهميته في مجال العمل.

إحتوى الفصل الرابع تحليل المتغيرات التابعة والمتمثلة في التعاطف والمناعة النفسية ونماذج الصحة النفسية والجسدية في العمل وأهم الأدوات التي يمكن من خلالها قياس هذه المفاهيم لدى الأفراد.

إشتمل الفصل الخامس على الطريقة والإجراءات المنهجية بالتطرق إلى أهداف الدراسة الاستطلاعية ومكان وزمان إجراءها ومواصفات العينة المدروسة والخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة ثم أهداف الدراسة الأساسية ومواصفات العينة وتفريغ البيانات.

وفي الأخير، تضمن الفصل السادس النتائج المتوصل إليها ومناقشتها واختتمت الدراسة بالإستنتاجات والخلاصة وبعض التوصيات وقائمة المراجع والملاحق.

## الفصل الأول: تقديم البحث

تمهيد

1- إشكالية البحث

2 – فرضيات البحث

3- دواعي اختيار البحث

4- أهمية البحث

5- أهداف البحث

6- التعاريف الاجرائية لمفاهيم البحث.

**تمهيد:** سوف نستعرض في هذا الفصل إشكالية وتساؤلات البحث وأهمية وأهداف هذه الدراسة بالإضافة إلى التعاريف الاجرائية للمفاهيم الأساسية في هذا البحث.

## **1- إشكالية البحث:**

لجأت وزارة الصحة إلى تكوين عددا كبيرا من الممرضين لسد العجز الذي شهده قطاع الصحة في السنوات الأخيرة خاصة بالنسبة لهذه الفئة المهنية بعد الهجرة الجماعية للممرضين نحو التقاعد المسبق في نهاية سنة 2016 ، قبل الإفراج عن قانون التقاعد الجديد الذي يحدد قائمة المهن الشاقة التي يمكن لممارسيها فقط الإستفادة من التقاعد المسبق والنسبي، ويتم تحديد هذه القائمة إنطلاقا من ثقل العمل والأضرار التي تسببها المهنة على الصحة النفسية والجسدية للعمال، ويُعدّ الممرضين من بين الفئات العمالية التي سارعت إلى الإستفادة من قانون التقاعد القديم قبل انقضاء آجال العمل به، فمهنة التمريض هي من المهن ذات الثقل الإنفعالي التي لها آثار على الصحة النفسية والجسدية للممرضين، ولقد أوضح ( L. Bernez et al.,2011 ) أنّ ممارسي الصحة يستثمرون معظم وقتهم في النشاط العلائقي مع الآخر ويؤثر ثقل هذه المسؤولية على المعالجين مما يؤدي إلى تدهور صحتهم الجسدية والنفسية المعرّفة بآثار العوامل النفسية والإجتماعية، كما أورد (Mariage & Schmitte- Fourier, 2006) بأنّ المكتب العالمي للعمل أقر بتعرض ممارسي مهنة التمريض للمعاناة الجسدية والنفسية بسبب المظاهر المأساوية التي تشهدها المستشفيات والمؤسسات الصحية يوميا مثل مرافقة شخص يحتضر أو إستقبال متشرد أو الإعلان عن الإصابة بمرض مزمن أو الإعاقة، وللتكيف مع هذه المعاناة يستخدم الممرضين بعض الآليات الدفاعية مثل رفض الواقع المدرك والذي ينتج عنه ظهور سلوك التحدي والمخاطرة كعدم وضع القفازة الطبية حتى ولو كان المريض يحمل مرضا معديا، وآلية التعاون والتنظيم الذاتي ضمن فريق العمل وهذا يؤدي إلى مقاومة التغيير حتى ولو كان إيجابيا ويهدف لتطوير وتحسين ظروف العمل، وآلية التواطؤ لمواجهة عدو مشترك التي يتمثل غالبا في الإدارة أو الممرضة الجديدة التي تعتبر تهديدا بالنسبة لفريق العمل من خلال إخلالها بنظام التوازن الذي وضعه الفريق للحماية من المعاناة كما يستخدم الممرضون بعض الآليات لمواجهة بعض الحالات المرضية والتي تسمح لهم بالانتقال من الحالة الكامنة إلى الحالة النشطة باستخدام التحدي

والاستفزاز والسخرية، فعلى سبيل المثال قد نلاحظ في حالة وفاة مريض بعض المواقف المتناقضة في سلوك الممرضين أثناء الاستراحة مثل الانفجار بالضحك أو حالات الهيجان والإثارة وهي وسائل للهرب من الخوف أو التقليل من الشعور بالمعاناة المتعلقة بفقدان المريض والقلق من حالة الموت.

وتوضح (Bernier,2012) بأن الممرضات يستخدمن الآليات الدفاعية للتكيف مع الثقل العاطفي للمهنة ولحماية أنفسهن من هذه الأحداث التي تؤدي إلى شعورهن بالألم والمعاناة أو الإستياء والقلق والإنزعاج، ولمواجهة هذه الإنفعالات السلبية تستخدم الممرضات آليات لا شعورية قد تؤثر على سلوكهن وبالتالي على علاقتهن بالمريض، كما تجدر الإشارة إلى أن إستخدام الآليات الدفاعية لا يعتبر مرضي إلا في حالة الإفراط، فالتكرار وإستعمال هذه الآليات في غير محلها يؤدي إلى عدم فعاليتها وتتسبب في إضطراب العلاقة مع المريض، إذ أنّ الممرضة التي تستخدم بإستمرار آليات التجنب أو التبسيط أو التبرير تبتعد تدريجيا عن العلاقات الإنسانية التي تعد أساس مهنة التمريض وبفقدان هذه العلاقات تحس الممرضة تدريجيا بعدم الرضا والإحباط وبالتالي الإصابة بأعراض الإحترق النفسي الذي يؤثر على التكفل الجيد بالمريض، ولقد عرّف (M. Lorio1,2013) الإحترق النفسي بأنه الإستثمار المكثف للإنفعالات من طرف الممرضة إتجاه المرضى والذي يؤدي إلى إستنزاف وإستهلاك طاقاتها وتعاطفها، وحتى تحمي الممرضة نفسها من الإنهاك الكلي تبتعد شيئا فشيئا عن التواصل بالمريض وتعتبره كشيء بدلا من شخص، وهكذا تفقد الممرضة إهتمامها بمهنتها وتعجز عن تقديم رعاية صحية ذات جودة وهذا ما يسمى في علم النفس العمل بفقدان الإنجاز المهني.

هذه الدراسات السابقة تبيّن أنّ مهنة التمريض تعرض ممارسيها إلى معاناة نفسية وجسدية تؤدي بهم إلى إستخدام آليات دفاعية فردية وجماعية، كما إنّ الاستخدام المفرط لهذه الآليات يفضي بدوره إلى اختلال العلاقة مع المريض وبالتالي مواجهة الأخطار النفسية والإجتماعية، وضمن هذا السياق أورد (Mariage & Schmitte-Fourrier, 2006) أنّ نماذج "الاستقلالية في العمل" لكل من "كارازاك" (Karasek) في سنة 1979 ونموذج "اختلال التوازن بين الجهد والمكافأة" لـ "سيغريست" (Siegrist) في سنة 1996، بيّنت على وجود



علاقة بين الظواهر النفسية والاجتماعية للعمل والعديد من الأمراض مثل إرتفاع ضغط الدم، وإضطرابات النوم، غير أنّ هذه الأمراض وهذه المعاناة في العمل ترتبط أيضا بخصائص الفرد منها سمات الشخصية، فلقد أورد (A. Untas et al, 2012) أنّ أهم الدراسات التي تهتم بآثار سمات الشخصية ظهرت بتعميم استخدام نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، كما بينت (Silla Consoli, 2013) على وجود علاقة بين سمة العصائية والعديد من الإضطرابات النفسية وخاصة عدم الإستقرار النفسي، الإستخدام السيء لإستراتيجيات التصرف في المواقف الضاغطة، القيام بسلوكات مهددة للصحة، بالإضافة إلى المعاناة من عدة أمراض جسدية منها الأمراض السوماتية، ففي دراسة لدى عينة من 5877 شخص دلّت النتائج على أن الأفراد الذين تحصلوا على درجات مرتفعة في سمة العصائية يعانون من إضطرابات نفسية وجسدية منها: إضطرابات القلق أو يتناولون مضادات الإكتئاب، وأمراض المفاصل، ومرض السكري، وأمراض الكلى، وأمراض الكبد، وإضطرابات الجهاز الهضمي.

وفي سياق معاكس أشارت (N. Leroy-Frémot et al., 2014) أنّ في دراسة ل Boudrais et al. سنة 2014 عن مستوى الصحة لدى المعلمين من منظار ثنائي القطب (التوتر/الارتياح النفسي) بكل من فرنسا وكندا كشفت النتائج على تأثير الموارد الفردية ممثلة في التفاؤل والمناعة النفسية بصورة إيجابية على الصحة النفسية في العمل.

وعن علاقة سمات الشخصية بالمناعة النفسية ذكرت (Stéphanie Nann, 2014) تعريفا للمناعة النفسية للأنال " بلوك وبلوك" (Bloc et Bloc) في سنة 1980 على أنها خاصية من خصائص الشخصية تمكن الفرد من الإحساس بالسعادة وتسمح له بالإنخراط في عمل منتج، وتسمح له بالتمتع بالأمن الإنفعالي الجيد والقدرة على ربط علاقات حسنة مع الآخرين، وعن نفس المرجع قام كل من "وولين و وولين" (Wolin et Wolin) في سنة 1993 بتوصيف سبعة سمات لها علاقة بالمناعة النفسية هي حدة الذهن، الإستقلالية، الإجتماعية، المبادرة، الإبتكار، روح الدعابة والأخلاق.

وبما أننا ندرس مفهوم المعاناة في العمل والآثار الصحية المترتبة عنه، لا يمكننا الإستغناء عن مصطلح التعاطف الذي يُعد مهارة إنفعالية أساسية للمرضين ذات العلاقة الوثيقة

بمفهوم المعاناة بما أنّ التعاطف حسب (Anastasia Toliou , 2011) هو وسيلة لتحمل المعاناة ورصد المعاناة الذاتية والتعرف عليها لدى الآخر، وضمن نفس السياق ترى (Sarah Famery 2007) أنّ التعبير عن التعاطف يظهر بشدة في حالة معاناة الآخرين وعلى العكس من ذلك لا يظهر في حالة احساسهم بالمتعة، كما أنّ ميل الفرد إلى مساعدة الآخرين والتخفيف عنهم ، يتجلى أكثر عندما يكون في حالة التعاطف.

من خلال هذه الدراسات نلاحظ التداخل بين مفاهيم سمات الشخصية والإضطرابات النفسية والجسدية من جهة وبين سمات الشخصية والمناعة النفسية والعلاقة ما بين هذه الأخيرة والتعاطف والتي تعد آليات دفاعية مستخدمة بشدة في مواجهة المعاناة وخاصة تلك المتعلقة بالوسط المهني الصحي المتميز بالضغوط والمواقف الحرجة والحساسية التي تؤثر على الصحة النفسية والجسدية لممارسي الصحة وخاصة الممرضين الذين يمثلون همزة الوصل بين المرضى وأعضاء الفريق المعالج، هذا ما يقودنا إلى طرح التساؤل التالي: ما هو دور سمات الشخصية في الإصابة بالأمراض النفسية والصحية والجسدية للممرضات في ظل المناعة النفسية والتعاطف؟ هذا التساؤل يتفرع منه التساؤلين التاليين:

- ما هي مستويات سمات الشخصية والتعاطف المناعة النفسية والصحة النفسية والجسدية لدى الممرضين في عينة الدراسة؟

- هل يوجد إختلاف لأثر لسمات الشخصية على الصحة النفسية والجسدية بإختلاف مستويات المناعة النفسية و التعاطف لدى الممرضين؟

## **2- فرضيات البحث:**

للإجابة عن تساؤلات البحث السابقة وضعت الطالبة الفرضيات التالية:

**الفرضية الأولى:** توجد فروق في مستويات كل من سمات الشخصية والتعاطف والمناعة النفسية والصحة النفسية والصحة الجسدية لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين، وتتفرع من هذه الفرضية الفرضيات الجزئية التالية:

1- توجد فروق في مستويات سمات الشخصية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

- 2- توجد فروق في مستويات التعاطف السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.
- 3- توجد فروق في مستويات المناعة النفسية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.
- 4- توجد فروق في مستويات الصحة النفسية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.
- 5- توجد فروق في مستويات الصحة الجسدية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.
- الفرضية الثانية:** تختلف علاقة سمات الشخصية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف والمناعة النفسية لدى الممرضين. وتفرعت منها الفرضيات الجزئية التالية:
- 1- تختلف علاقة بعد الانبساط بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.
  - 2- تختلف علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.
  - 3- تختلف علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.
  - 4- تختلف علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.
  - 5- تختلف علاقة الانفتاح بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.
  - 6- تختلف علاقة سمة الانبساط بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.
  - 7- تختلف علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

- 8- تختلف علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.
- 9- تختلف علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.
- 10- تختلف علاقة الانفتاح بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

### 3- دواعي إختيار البحث:

فكرة هذا البحث جاءت كنتيجة حتمية لمتابعة البحث الخاص برسالة الماجستير حيث لاحظت الطالبة من خلال الدراسة الميدانية التي قامت بها بعدة مؤسسات صحية بمدينة وهران وبمرافقة من أخصائي نفسي عيادي بالمستشفى الجامعي وهران، وذلك باستخدام الملاحظة العيادية وبالتمعن في التعبيرات الشفاهية للمرضين والمرضات استنتجنا أن أغلب المرضات كن يعانين بشدة وتجلت هذه المعاناة في الأمراض الجسدية التي عبّرن عن الإصابة بها مثل إصابات الظهر والمفاصل، أمراض فقر الدم، أمراض الغدة الدرقية أو ارتفاع ضغط الدم، أما المعاناة النفسية فكانت من خلال استرسال المرضات في الحديث معنا عن ظروف العمل السيئة والصعوبات التي تواجههن في القيام بواجبهن أو في الشعور بالوحدة في بعض المصالح أو حاجتهن الملحة في التكوين لتعويض نقص المهارات لديهن، أو الشعور بعدم الإعتراف بجهدهن المبذول أو حتى تصريح البعض منهن بإصابتهم بالإنهيال العصبي.

### 4- أهمية البحث:

يندرج هذا البحث ضمن المنهج النفسي الديناميكي الذي يهتم بالأخطار النفسية والاجتماعية للعمل وأثارها على الصحة النفسية والجسدية للعمال وخاصة فئة الممرضين الذين يزاولون نشاطهم ضمن بيئة عمل تتسم بالثقل الانفعالي والظروف المهنية الصعبة والعلاقات الاجتماعية المتعددة، وهذا ما يتطلب التحليل الموضوعي للبحث عن الآليات المناسبة للتكيف والتأقلم والتكاثف لدى الممرضين لتحقيق السلامة الصحية بنوعها النفسية والجسدية

بالاعتماد على الفروق الفردية خاصة الخصائص الشخصية والمهارات الانفعالية لتحقيق مسار مهني ناجح لأطول فترة ممكنة.

## 5- أهداف البحث:

- نسعى من خلال هذه البحث إلى تحقيق بعض الأهداف العلمية والتطبيقية نذكر من بينها:
- الكشف عن مستويات المعاناة الجسدية والنفسية لدى فئة الممرضين والناجمة عن الأخطار النفسية الإجتماعية في المؤسسات الصحية، للمساهمة في تحديد قائمة المهن الشاقة في الوظيف العمومي بالبحث العلمي الموضوعي.
  - البحث عن عوامل الحماية الفردية والجماعية الفعّالة والتي تمكن للممرضين من تحقيق التوازن النفسي والجسدي وبالتالي تحقيق مسار مهني لأطول مدة ممكنة مع مستوى منخفض من الأضرار الصحية الناتجة عن ممارسة مهنة التمريض.
  - المساهمة في تشخيص واقع قطاع الصحة ببلادنا وتحديد النقائص المتعلقة بالموارد البشري وأدائه، والمشاركة بذلك في اصلاح المنظومة الصحية.
  - التمهيد لإنشاء برامج تكوين في مهارات التكيف الإيجابية للممرضين للتأقلم الإيجابي في الوسط الاستشفائي، إذ يمكن تطبيق هذه البرامج في التكوين الأساسي وفي التكوين المستمر للممرضين.
  - وضع أدوات علمية لتوظيف وتوجيه الممرضين في المصالح التي تناسب خصائصهم الشخصية وقدراتهم التكيفية لتحقيق الفعالية في تقديم الرعاية الصحية.

## 6- التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث:

**6-1- التعريف الإجرائي لسمات الشخصية:** هي الخصائص الشخصية للممرضين حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى ويعبر عنها بالدرجات المحصل عليها على النسخة المختصرة لمقياس سمات الشخصية وهي ممثلة في السمات التالية:

- **سمة الانبساط:** تتضمن هذه السمة الكشف عن مدى قدرة الممرض على التواصل وربط علاقات اجتماعية مع الآخرين والتحدث كثيرا معهم.

- **سمة الطيبة:** تشمل هذه السمة الكشف عن مدى تفهم الممرض للآخرين والتعامل معهم بلطف وعدم التعرض لهم بسوء والتسامح معهم.

- **سمة يقظة الضمير:** تتضمن هذه السمة عن علاقة الممرض بمهنته وذلك بمعرفة مدى انجاز مهامه بجدية ونشاط وفعالية.

- **سمة العصائية:** تضمن هذه السمة الكشف عن مستوى هدوء الممرض أثناء العمل في المواقف الحرجة ودرجة نرفزته والقلق والشعور بالذنب.

- **سمة الانفتاح:** تتضمن هذه السمة الكشف عن مستوى الخيال لدى الممرض وتقديره للنشاطات الفنية والخبرات الجمالية وقدرته على الابداع والتفكير بأصالة.

**2-6- التعريف الإجرائي للتعاطف:** هو مهارة تتضمن الكشف عن مدى فهم الممرض لمخاوف وخبرات وتطلعات المريض وقدرته على التعبير عن هذا الفهم، ويشمل الأبعاد التالية:

- **بعد أهمية فهم الآخر:** يتضمن الكشف على قدرة الممرض على فهم معاش الآخر (المريض وأسرته، والزملاء) قدرته على فهم انفعالات المريض وخاصة تلك التي تركز على السلوك غير اللفظي.

- **بعد تثمين العلاجات الرحيمة:** يكشف أهمية انفعالات والتواصل الوجداني للممرض أثناء تقديم العلاجات.

- **بعد القدرة على التوضع في مكان المريض:** ويقاس قدرة الممرض على أن يضع نفسه في مكان آخر (المريض) لرؤية الأشياء من وجهة نظره.

**3-6- التعريف الإجرائي للمناعة النفسية:** هي قدرة الممرض على التكيف الايجابي والارتداد إلى حالة التوازن النفسي بعد التعرض للمواقف الصعبة. وتتضمن خمسة أبعاد هي:

- **بعد متعلق بالمهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة:** ويقاس مدى بذل الممرض للجهد ومثابرتة في تحقيق أهدافه وعدم الاستسلام والافتخار بإنجازاته.

- بعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الانفعالات الناتجة عن الضغط: يكشف عن الآليات التي يستخدمها الممرض لمواجهة المشاكل وتعامله مع الضغوط وقدرته على التركيز والتفكير والمبادرة لحل المشاكل واتخاذ القرارات الصعبة.

- بعد تقبل التغيير والعلاقات الايجابية: يقيس قدرة الممرض على التكيف والتعامل مع التغييرات ومع كل ما هو جديد وربط العلاقات الآمنة وثقته في مواجهة التحديات واستعادة التوازن بعد مواجهة الصعوبات والشدائد.

- بعد القدرة على الضبط: يتضمن الكشف على تحكم الممرض في حياته وشعوره بتحقيق أهدافه ومعرفة كيفية الحصول على المساعدة.

- بعد التأثيرات الروحانية: يتضمن الكشف عن قوة إيمان الممرض بالقضاء والقدر واعتقاده بأن لكل حدث سبب محدد.

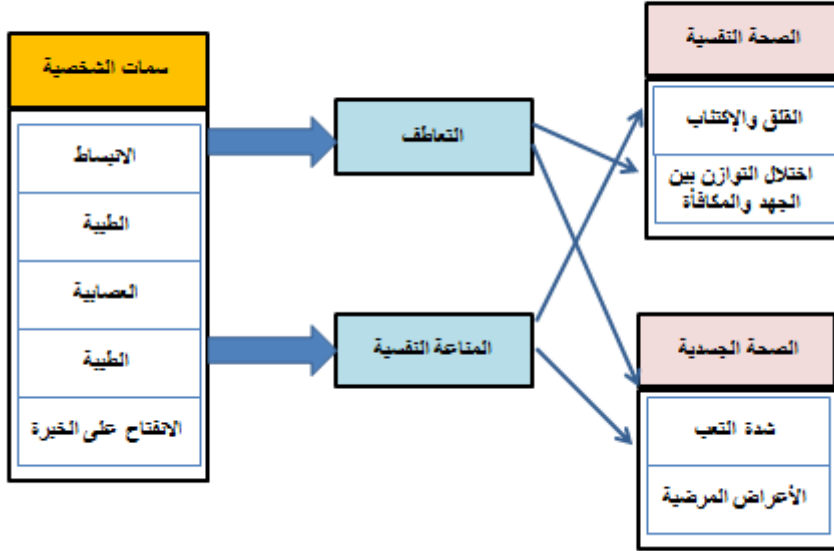
**4-6- التعريف الإجرائي للصحة النفسية:** يتضمن هذا المتغير قياس اضطراب الصحة النفسية للممرض وذلك بالكشف عن مستويات الاجهاد والقلق والاكتئاب لديه:

- **الإجهاد:** يكشف عن ظروف العمل المسببة للمرض لدى الممرض خاصة تلك التي تجمع بين المجهود المرتفع بنوعيه الخارجي والداخلي والتي تتضمن قيود الوقت وحجم المسؤولية والثقل الجسدي والعدائية ونفاذ الصبر، والمكافآت المنخفضة والتي تخص الراتب والتقدير وآفاق الترقية والأمن الوظيفي.

- **القلق:** يتضمن الكشف عن مدى انشغال الممرض بالأفكار المقلقة ومدى خوفه شعوره بالفزع وقدرته على الاسترخاء والهدوء.

- **الإكتئاب:** يقيس مدى استمتاع الممرض بالأشياء كما في السابق وتفاؤله والاهتمام بمظهره وطبيعة مزاجه.

**5-6- التعريف الإجرائي للصحة الجسدية:** يتضمن هذا المتغير قياس مدى اعتلال الصحة الجسدية للممرض وذلك بالكشف على مستوى التعب نتيجة ممارسة مهنة التمريض والكشف عن بعض الأعراض المرضية والتي تنذر عن الإصابة بالأمراض المزمنة.



الشكل رقم (01) يبين النموذج النظري للدراسة



## الفصل الثاني : الإطار المفاهيمي العام للدراسة

تمهيد

- 1- علم النفس المرضي للعمل
- 2- علم النفس الديناميكي للعمل
- 3- الصحة في العمل
- 4- مقارنة الفينومينولوجيا

**تمهيد:** في هذا الفصل سوف نعرض الإطار المفاهيمي العام للبحث، وبما أنه يندرج في تخصص علم النفس العمل والتنظيم، من خلال دراسة سمات الشخصية وآليات التكيف الايجابي للمرضين والصحة النفسية والجسدية ، رأينا أنه من المهم أن نتطرق إلى بعض التخصصات المتقاطعة مع تخصص علم النفس العمل والتي درست هذه المواضيع منها علم النفس المرضي في العمل الذي تطور إلى مفهوم علم النفس الديناميكي في العمل بالإضافة إلى النماذج المفسرة للصحة في العمل وأخيراً مقارنة الفينومولوجيا كمنهج يدرس التجارب الخاصة مجال في العمل.

## **1- علم النفس المرضي في العمل (la psychopathologie de travail):**

### **1-1- تعريف علم النفس المرضي في العمل:**

هو التحليل الديناميكي للعمليات النفسية الناتجة عن مواجهة الفرد لواقع العمل. ويعني مصطلح "ديناميكي" أنّ التشخيص يركز على درجة خطورة الصراعات التي تنشأ عن اللقاء بين الفرد الذي يحمل تاريخاً فريداً موجوداً مسبقاً قبل هذا اللقاء ، وحالة العمل التي تتميز بخصائص تكون مستقلة إلى حد كبير نوعاً ما عن إرادة الفرد. هذا يعني أنه في علم النفس المرضي للعمل نبدأ من الذاتية التي تشكلت بالفعل، والتي ستعرض في وقت لاحق لواقع العمل، بمعنى قد لا يصبح الفرد هو نفسه كما كان قبل بدء الصراع من ناحية، ويمكن لواقع العمل أن يتغير من خلال تأثير مكملات الذاتية، من ناحية أخرى. C. Dejours. (& E. Abdoucheli, 1990, p.127).

ولقد عرّف ( A. Ferrant, A. Ciccone, J-M. Talpin, 2018 ) علم النفس المرضي للعمل كمقاربة تهدف إلى الفهم العقلاني (المنطقي) للمعاناة النفسية.

أما ( A-H. Boudoukha et P Graziani, 2014 ) فلقد أوردوا تعريفاً لـ "بيرون" (Piéron) في سنة 1963 والذي يعتبر علم النفس المرضي بأنه "دراسة الاضطرابات النفسية من حيث وصفها وتصنيفها وآلياتها وتطورها".

ويتطلب البحث في مجال علم النفس المرضي الجمع بين معايير مختلفة لتوضيح التجربة في المجال غير الطبيعي. حيث يقترح بعض الباحثين أربعة معايير هي: الانحراف

الاجتماعي، والإعاقة، والاتصال بالواقع، والسلوك غير القادر على التكيف)، أما "نفيدي وراثوس وغرين" (Nevid, Rathus et Greene) فقد حددوا في سنة 2009 معياريين آخرين هما الثقافة وندرة سلوك معين. يمكن باستمرار إضافة معايير أخرى لهذه القائمة من خلال ثلاث معالم تساعد على تسهيل هذه المهمة وهي : الوعي بالواقع وسوء التكيف، شدة ومدة المعاناة أو الشكوى التي أعرب عنها الفرد أو محيطه، الحدود أو التهديد أو الخطر على الذات أو الآخرين.( Abdel-Halim Boudoukha et Pierluigi Graziani, 2014, p.10).

ويرى (C. Dejours & E. Abdoucheli, 1990) أنه تم الاحتفاظ في علم النفس المرضي للعمل بمصطلح علم النفس المرضي (Psychopathologie) بسبب أن المصطلح يضم الجذر (pathos) والذي يشير إلى كلمة (pathique) بمعنى المعاناة وليس فقط المرض أو الجنون. وبهذا المعنى يعرف علم النفس المرضي بدراسة "الميكانيزمات والعمليات النفسية الناتجة عن المعاناة". وضمن سياق التطور النظري في علم النفس المرضي في العمل، بالكاد تغيرت الإشارة إلى نظرية التحليل النفسي للوظيفة النفسية، من ناحية أخرى، خضع مصطلح "العمل"، إلى العديد من التغييرات في المحتوى بسبب توسيع المعطيات التجريبية والارتباط مع التخصصات الأخرى بالنسبة للإنسان في العمل (الهندسة البشرية، علم الاجتماع في العمل ، اقتصاد العمل ، الاثنو-الأنثروبولوجيا العمل) بالإضافة إلى علم النفس وعلم اجتماع العمل وأيضاً الطب النفسي. (P. Canoui, A. Maurange, A. Florentin, 2015, p.18)

وفي تعريف من خلال المقارنة بين النموذج الأمريكي لعلم النفس المرضي للعمل والنموذج الخاص بـ "كريستوف ديجور" (Christophe Dejours) أي النموذج الفرنسي ترى (André Petitat, 1991) أن النموذج الأمريكي لعلم النفس المرضي للعمل هو سلوكي وموضوعي ويُركّز على ربط العلاقة بين الظواهر النفسية مرضية (psychopathologique) مع مختلف المتغيرات في الوسط المهني.

أما في نموذج "كريستوف ديجور" فلم يقتصر الاهتمام بالعوامل المرضية والمعاناة فقط، بل أضاف في مقارنته بعد المتعة. لقد تخلى "ديجور" على التصور مثير- استجابة واهتم باستراتيجيات الأفراد للتكيف في الوسط المهني وكذلك باستراتيجيات التحول فهو

يعتبر أنّ كل من سمات الشخصية وتنظيم العمل يحملان جوانب مسببة للمرض ( aspects pathogènes) أو على العكس محفزة للتوازن النفسي.

كما رفض "ديجور" الاكتفاء برؤية موضوعية بحثة تقتصر على المنهج الكمي وعلى العكس من ذلك ركّز على الذاتية، والتمثلات، والمخيال (L'imaginaire)، والطموحات والمشاريع. ولهذا وضمن هذه المقاربة يعرف علم النفس المرضي للعمل بأنه دراسة العلاقات بين تنظيم العمل والعامل كموضوع للرغبة.

## 1-2- جذور علم النفس المرضي في العمل:

تعود جذور علم النفس المرضي للعمل حسب (Maranda, M. 1995) إلى العديد من المجالات مثل: التحليل النفسي، وعلم النفس، وبيئة العمل، ولكنها في الأساس جزء من نموذج علم الاجتماع الشامل، مع جوانب تخصصات علم اجتماع العمل والثقافة والاتصال والمنظمات. غير أنّ (Isabelle Billiard, 2002) تعتبر أنّ أول ظهور لمصطلح "علم النفس المرضي للعمل" كان في عام 1952، بقلم "بول سيفادون" (Paul Sivadon) في مقال نشر في مجلة "تطور الطب النفسي" (Psychiatric Evolution)، حيث أشار لأول مرة إلى وجود مجموعة من الممارسات والأسئلة المبتكرة التي وحدثت مجموعة من الأطباء النفسيين بعد الحرب العالمية الثانية، في ذلك الوقت، لم يكن الأمر واضحاً. فلقد اهتمت هذه الأقلية من الأطباء النفسيين بالإمكانيات العلاجية للنشاط العقلي، ثم بدراسة العلاقة ما بين الاضطرابات النفسية المرضية والعمل والتي كانت "نقطة التحول الديناميكية". وضمن نفس السياق تواصل (Maranda, M. 1995) في شرحها لظهور علم النفس المرضي للعمل، والذي أعيد تسميته مؤخراً بـ "الديناميكات النفسية للعمل" (La psychodynamique du travail)، شمل في تلك الفترة مجموعة من الأسئلة التي لا يمكن فصلها عن المناقشات الأيديولوجية والمذهبية المتعددة والتي هزت الطب النفسي والتحويلات التي مرّ بها المجتمع الفرنسي في نفس الوقت. بطريقة ما، لا يزال علم النفس المرضي للعمل يتأرجح بين الممارسات السريرية ونظرية الممارسة، وبين العلاجات والخبرات والنقد الاجتماعي.

ويوضح (Dejours & Abdoucheli, 1990) أنّ بداية البحوث في علم النفس المرضي للعمل، كانت للتشخيص السريري للأمراض النفسية التي يمكن أنّ يسببها العمل، تميّز السياق في ذلك الوقت بمجموعة من المعارف هيمن عليها إلى حد كبير موضوع الأمراض الجسدية المهنية الناتجة عن الأضرار (nuisances) الفيزيائية، الكيميائية والبيولوجية لمنصب العمل.

وحسب (Maranda, M. 1995) غالباً ما يرتبط علم النفس المرضي للعمل بالمرض العقلي (بمعنى الشفقة) وكان مطلوباً منه إثبات تقدمه وفقاً للطرق الوضعية للعلوم الطبيعية. كان الإنعكاس النظري هو التركيز أكثر فأكثر على فهم العلاقات الديناميكية بين الرفاه، والتوازن والمعاناة. إنّ مساهمة البحوث التي أوجدت تمييزاً واضحاً بين تنظيم العمل المحدد والمنظمة الحقيقية (أي بين العمل الرسمي والمعيشي) جعلت من الممكن وضع مجموعة كاملة من استراتيجيات الدفاع الديناميكية في الاعتبار، من قبل العمال، لم تكن هذه الاستراتيجيات دائماً في طبيعة "مقاومة التغيير" أو علاقات القوة، كما تدل على ذلك نظريات التنظيم أو ترتيب المرض، بل كانت نتاجاً لعلاقات اجتماعية ديناميكية في الحركة الدائمة، والتي فضلت المحافظة على الأفراد في العمل.

كما يؤكد (C. Dejours & I. Gernet, 2012) أنّ قدرة العمل على التسبب في المرض تمت مناقشتها في "ندوة بونيفال" (Colloque de Bonneval) في سنة 1946 ضمن سياق عام لمسببات الأمراض العقلية والنفسية والتي تؤثر وتتأثر بدور العمل والعلاقات الاجتماعية. ناقش "هنري أي" (H. Ey) نظريته الديناميكية العضوية (L'organodynamisme) على أساس المحددات الفردية للمرض والنتيجة عن تفكك الوعي والتي تؤدي إلى اختلال التنظيم العضوي للعمليات النفسية. بينما عارض "جاك لكان" (J. Lacan) فرضية السببية النفسية وهيمنة الرغبة لصالح التحليل النفسي في ظهور التفكك (المنشأ النفسي)، أما "فولان وبونافي" (S. Follin et L. Bonnafé) فركزا على الأحداث وتسلسل الحالات المعاشة وأيضاً العلاقات الاجتماعية في حين دافع "روارت" (J. Rouart) على موقف وسطي مستندا على الأعمال السوسولوجية لـ "دوركايم"، إذ ما بين المنشأ النفسي والتكوين الاجتماعي للأمراض النفسية : يمكن تشكيل الجوانب التفاعلية للأعراض

من خلال بعض العوامل الإجتماعية. وهكذا انقسم المؤسسين لعلم النفس المرضي للعمل في سنوات الخمسينات حول التصور العضوي الديناميكي (organodynamique) والتصور الاجتماعي (sociogénétique) للاضطرابات النفسية بهدف الاجابة على السؤال التالي: هل يمكن للعمل أن يكون سببا في المرض النفسي؟ إنَّ التقاليد الطبية المتعلقة بدور العمل كمصدر للمرض، استبدلت بإضفاء الطابع المؤسسي على طب العمل في عام 1946، والذي دعم في ذلك الوقت تصورا مزدوجا للصحة (الصحة النفسية / الصحة الجسدية).

### 1-3- أهداف علم النفس المرضي في العمل:

يهدف علم النفس المرضي للعمل بتحليل دور ظروف وتنظيم وخصائص العمل فما يتعلق بالمنظمة والأداء النفسي للفرد. لقد تم وصف الضغوط النفسية ( Contraintes psychiques) الناتجة عن العمل لأول مرة بالتعب ثم الثقل النفسي. بالنسبة إلى "ديجور"، فإنَّ دراسة المعاناة الناجمة عن الثقل النفسي هي الرابط الاستقصائي المميز لعلم النفس المرضي للعمل. (Canoui et coll., 2015, p.18)

بينما يرى (Petitat, 1991) أنّ علم النفس المرضي للعمل يهتم بثلاث أبعاد لثقل العمل وهي: الثقل الجسدي والذي يعد موضوع الدراسات الأروغونومية، الثقل العقلي والمتعلق بالعوامل النفس حسية والعوامل المعرفية، والثقل النفسي والذي يمثل المشاركة الوجدانية في الحالة المهنية. ولقد كانت أكبر مساهمات "ديجور" في البعد الأخير أي الثقل النفسي.

ويوضح (C. Dejours & I. Gernet, 2012) أنّ البحوث الأولى في علم النفس المرضي للعمل كانت تهدف إلى التفسير العيادي للأمراض النفسية التي قد يسببها العمل. تميّز السياق في ذلك الوقت باستخلاص مدونة معارف يسيطر عليها إلى حد كبير علم الأمراض المهنية الجسدية الناتجة عن الأضرار الفزيائية الكيميائية البيولوجية لمنصب العمل.

ولقد أوردت (Maranda, M. 1995) أنّ علم اجتماع العمل كان مزدهرا خلال سنوات الستينيات مما أسهم في ظهور التفكير النقدي حول الضرر الذي يلحق بالمجتمع الصناعي لهذا كان عمل "ديجور" في بداية سبعينيات القرن العشرين، مستوحى من هذا التيار، حيث اقترح علم النفس المرضي في العمل كنظام تخصص في مجال الصحة، موجه نحو تحليل

وكشف وعلاج أمراضا نفسية معينة ذات صلة بالعمل. غير أنّ "ديجور" اكتشف بأنّ معدلات الأمراض النفسية المرتبطة بالعمل في تلك الفترة كانت منخفضة نسبيا بالنظر لصلابة المنظمة التaylorية، فوجه اهتماماته بالآليات التي يستخدمها العمال لتجنب المرض النفسي بدلا من المرض بحد ذاته.

كما ساهمت نظريات الإجهاد (Stress)، الشائعة في أمريكا الشمالية، أيضاً في تطوير علم النفس المرضي للعمل لأنها ربطت حالات التعب أو الأمراض الجسدية بحالات عمل محددة. وهكذا فإنّ تأثير العمل على الفرد مكن من إقامة علاقات سببية معينة. ولذلك كان موقف علم النفس المرضي من العمل هو وجود علاقة دالة بين تنظيم العمل والعمال، كأفراد من الجماعة، والاستراتيجيات الدفاعية أو الممارسات الجماعية المستخدمة، لحماية أنفسهم من العوامل العدائية للعمل. فعندما لا يتوفر هامش مناورة ضروري لتحقيق التوازن للفرد، في هذه الحالة يتم تفعيل آليات واستراتيجيات دفاعية وهكذا أصبحت دراسة الاستراتيجيات الدفاعية الفردية والجماعية الهدف المتميز للبحث في علم النفس المرضي للعمل.

#### 1-4- منهجية البحث في علم النفس المرضي في العمل:

اعتمدت البحوث الأولى في علم النفس المرضي سنوات الخمسينات على المقابلات الفردية بالاستناد على علم النفس الفيزيولوجي لـ "بافلوف"، إذ قام فريق من العياديين بتشخيص ووصف أعراض لديها علاقة كبيرة بحالات العمل و هكذا اكتُشف "عصاب مشغلي الهاتف" (névrose des téléphonistes). (Dejours, 1990, P.690)

ولقد أحالت (Maranda, M. 1995) شرحا لهذا العصاب بوصفه اضطرابا نفسيا لديه مكونان: الإرهاق العصبي، ونشر السلوكيات النمطية أو غير المتوقعة المكتسبة خلال وقت العمل، على سبيل المثال، عند سماع هؤلء العمال لأصوات معينة في السوق أو في مترو الأنفاق، مشابهاً للأصوات التي من المعتاد سماعها في وحدة التحكم الخاصة بهم، يقوم بعض الأخصائي الاتصالات الهاتفية تلقائياً بخضم الجمل التي كان عليهم تكرارها آلاف المرات في اليوم للمشاركين، والذي أعطاهم بالطبع انطباعاً بأنهم آليون أو غريبو الأطوار.

لقد سمح اكتشاف هذه المتلازمة من تحديد الصور النمطية التي يتم تعلّمها في العمل نتيجة التكيف مع المحفزات، ومع ذلك، فقد بيّن هذا البحث أنّ هذه الأعراض ليست خاصة بأمراض نفسية محددة كما أنّها اختفت عندما تم توقيف العمال عن العمل لفترة معينة.

ويرى (Petitat, 1991) أنّ مقاربة "ديجور" تعتمد على استراتيجيات الدفاع الجماعية في مواجهة المعاناة في العمل والانفتاح على المتعة، كما تستخدم هذه المقاربة مفهوما مركزيا وهو جماعات العمل (collectif du travail)، يُمثّل هذا المفهوم الفضاء المعياري والرمزي الذي تمنحه مرونة المنظمة وقواعدها للتعبير عن الرغبات، هذا الفضاء الداخلي المشترك والتعبير عن استقلالية الأفراد يتكون من القواعد الجماعية والممارسات اللغوية الناتجة والمحافظ عليها من طرف أعضاء الجماعة. من هذه الاعتبارات الأولية نستنتج أنّ طبيعة المنهجية المستخدمة في مقاربة "ديجور" والتي تعطي الأولوية للبحث النوعي واستخدام الملاحظة بالمشاركة، والتعبير الجماعي عن المعاناة والرغبات، الانفتاح على البحث عن الفعل النهائي أين يتم استكشاف معنى الأفعال لدى الأفراد المفحوصين لتطوير حلول وأنماط عمل تجعلهم أكثر فعالية.

وفي مقال حديث يوضح (Dejours, 2016) أنّ منهج علم النفس المرضي للعمل هو غير عادي بعض الشيء مقارنة بعلوم الإنسان. في الواقع، بما أنّ المجال الخاص بعلم النفس المرضي للعمل هو المعاناة ومحتواها ومعناها وأشكالها، فبمجرد الانتهاء من التحقيق والوصف والتفسير، فإنّ نتائج العملية لا تؤدي بالضرورة إلى أفعال علاجية، بمعنى أنّ المعاناة التي يتم كشفها عن طريق علم النفس المرضي للعمل لا تستوجب العلاج النفسي. بما أنّ شبكة التفسير تكون نتيجة الصراع الخاص والذي يتعارض بين الأداء النفسي وتنظيم العمل، فإنّ التدخلات لا يتم إجراؤها في اتجاه الأفراد الذين سيتعين علاجهم، ولكن في اتجاه تنظيم العمل الذي يحتاج إلى التغيير.



## 2- علم النفس الديناميكي للعمل (la psychodynamique du travail):

### 2-1- تعريف علم النفس الديناميكي للعمل:

لقد عرف (H. G. Adandogou, 2016) أن علم النفس الديناميكي للعمل كفرع حديث في العلوم الاجتماعية، يقترح أدوات نظرية لتحسين العلاقات بين الإنسان والعمل، وللاستجابة للطلب الاجتماعي الناجم عن حقيقة مشاكل المعاناة في العمل، من أجل فهم العلاقات بين الأداء النفسي وتنظيم العمل، وبالتالي يُعد علم النفس العمل الديناميكي أداة نظرية لدراسة العلاقة بين الصحة النفسية للعامل وتنظيم العمل.

وتعرفه (Maranda, 1995) بأنه العلم الذي يدرس علاقات الإنسان فيما يتعلق بسلوكه الاجتماعي وتنظيم العمل: الإنسان بالمعنى العام وكفرد من جماعة العمل، فالجماعة (Le collectif) لا تقتصر على عدد من الأفراد المجتمعين لتلبية متطلبات العمل، بل هي تمثل مجتمع من الانتماء ومصدر لتحديد الهوية والاعتراف الاجتماعي، والذي يعمل وفقاً للقواعد والتعاون في عمل مشترك. يشمل المجال الخاص بعلم النفس الديناميكي للعمل دراسة المتعة أو المعاناة في العمل من حيث المحتوى والمعنى والشكل، وتعتمد هذه المقاربة بشكل أساسي على التحليل الديناميكي للعمليات النفسية التي تفرضها مواجهة الموضوع الاجتماعي (الفرد) مع واقع العمل.

ويفترض علم النفس الديناميكي للعمل أنّ العمل هو رابط حيث تجتمع العمليات التي تسمح بالبناء والدفاع عن الصحة، ومواجهة محددات تاريخ الفرد الخاص وأنّ العمل يؤثر على هويته. ولقد بينت البحوث في علم النفس الديناميكي للعمل أنه لا يمكن للعمال أن يبقوا غير مباليين في مواجهة المعاناة المعاشة في العمل لهذا فهم يحاولون حماية أنفسهم من الآثار الضارة الناتجة عن بعض القيود الموجودة في أماكن العمل. وبهذا فإنّ هذه المقاربة تركز على العلاقات بين المتعة والمعاناة في العمل من جهة وتنظيم العمل من جهة ثانية، بمعنى آخر الفهم كيف للعمل والذي يتضمن دائماً بعد التعب والمعاناة قد يؤدي أحياناً إلى الانهك وحتى إلى الموت المبكر، كما يمكن أيضاً أن يكون في كثير من الحالات عامل قوي لبناء الصحة. (Jacinthe Douesnard, 2012, p.35)

ويوضح (Adandogou, 2016) أنّ علم النفس الديناميكي للعمل كان نتيجة الارتباط ما بين التحليل النفسي والأرغونوميا في سبعينيات القرن العشرين، وقد استفاد هذا الفرع من المعرفة الذي كان يسمى "علم النفس المرضي للعمل" حتى عام 1992، من التبادلات المتعمقة والبناءة مع الباحثين من العلوم الاجتماعية الأخرى الذين درسوا "الإنسان في العمل" (علماء الاجتماع، المؤرخون، الاثنولوجيون (علماء الأعراق)، الأطباء العمل...); وساعدت هذه التبادلات على تحفيز النقاش حول أهمية هذا النهج الجديد وأسفرت عن تغيير الاسم لتوسيع إطاره النظري من جهة، وإزالة الغموض الذي تسبب به مصطلح علم النفس المرضي في المجتمع العلمي من جهة ثانية.

## 2-2- تطور المفهوم من علم النفس المرضي في العمل إلى العلم النفس الديناميكي للعمل:

ترى (Maranda, 1995) بأن مثل جميع الاختصاصات التي تهتم بدراسة المجتمع المعاصر، واجه علم النفس المرضي للعمل واقع غير متجانس ومعقد. ونتيجة لذلك، خضع لبعض التحولات من أجل فهم أفضل للعلاقة الديناميكية القائمة بين أنواع معينة من تنظيم العمل والعلاقات الاجتماعية المقابلة. وبداية من سنوات الثمانينيات، ركّز علم النفس المرضي للعمل على الدراسة المقارنة للعمليات الطبيعية والمرضية للحياة النفسية في العمل، واقترح فكرة المعاناة بدلاً من المرض لفهم العلاقات النفسية في مكان العمل، والتي تصف حالة تتميز بالملل والرتابة والخوف والسلبية والعصبية والحزن والغضب، إلخ. تأتي الفائدة من استخدام فكرة المعاناة (بدلاً من اضطراب الشخصية أو المرض) من حقيقة أنّ طريقة الفهم هذه تحدث قطيعة مع النظرية التحليل النفسي اللاشعوري، وتسعى بدلاً من ذلك للبحث في الجانب المعاش للممارسات اليومية التي تكون مصدراً للإستياء.

في أوائل التسعينيات، اتخذ قرار لتغيير إسم نظرية علم النفس المرضي للعمل حيث أوردت (Adandogou, 2016) أنه تم تغيير مصطلح علم النفس المرضي للعمل إلى مصطلح علم النفس الديناميكي للعمل، وفسّر "ديجور" هذا التغيير في مقال نشره سنة 1993 بأنه حتى لو لم يتم استبعاد علم النفس من مجال الاستقصاء في هذا التخصص، فإنّ أكثر ما يهم في التحقيق هو البحث في حالات السوية (la normalité) والمعاناة في سياق نشاط العمل، مع ظهور مفهوم قوي " المعاناة السوية " ("normalité souffrante")،

ويُفسر "ديجور" بأنه لا يجب اعتبار الحالة السوية على أنّها مجرد حالة تتسم بغياب المرض، ولكنها كنتيجة غير مستقرة لإستراتيجيات دفاعية يطورها الفرد لمقاومة منظمة عمل مُهدّدة لإستقراره أو مضرّة بأدائه النفسي وصحته النفسية.

### 2-3- أهم المفاهيم المصطلحات النظرية في علم النفس الديناميكي للعمل:

- العمل: لقد أورد (Michel Vézina, 2000) أنّ انشاء التصور النظري للعمل في علم النفس العمل الديناميكي تم بالإعتماد على اكتشافات الهندسة البشرية وبعض التيارات لعلم اجتماع العمل والتي لا تعتبر العمل مجرد تنفيذ تقني، إذ يوجد دائماً فرق بين العمل المحدد (الموصوف) والعمل الفعلي، هذا الفرق يفتح مساحة من التكيف القسري بمقاومة العمل الفعلي. هذه المقاومة قد تكون نتيجة للتغيرات الجوهرية في الأدوات أو الآلات أو المواد المستخدمة أو البيئة المادية بشكل عام، ويمكن أيضاً أن تكون هذه المقاومة نتيجة للتنوع والتباين في العمليات المعرفية، وآثار التعب أو الشيخوخة، وقد تكون العلاقات مع زملاء العمل مصدراً لمقاومة العمل الموصوف، لأنّها تعتمد بشكل أكبر على الثقة التي يضعها الناس في بعضهم البعض بدلاً من آليات التنسيق.

هذه المقاومة للواقع أو للعمل الحقيقي تُحرّك ذاتية الأفراد، لذلك يمكن أنّ تكون مزعزة لإستقرارهم بما أنّها تولد القلق والشك وخيبة الأمل وحتى الألم أو الإحباط إلى أنّ يتم إيجاد الطريقة الصحيحة لإنجاز العمل حتى تصبح جهود الإبداع والابتكار مثمرة ومعترف بها، وهكذا يصبح للجهد المبذول معنى. كما يتدخل البعد الشخصي بشكل حاسم في نشاط العمل والذي، بالنسبة لـ علم النفس العمل الديناميكي، يمرّ بتعبئة ضرورية للفرد أو بإستثمار شخصي من جانبه.

وحسب (Douesnard, 2012) يُنظر إلى العمل في علم النفس الديناميكي للعمل على أنه تعبئة الرجال والنساء لمواجهة كل ما هو غير مُخطّط له من القواعد المنصوص عليها، وفي مواجهة كل ما لم يتم الحصول عليه من منظمة العمل، في الواقع، بالنظر إلى أنّه من المستحيل التنبؤ بكل شيء في تنفيذ المهام مع وجود اختلافات بين ما تم التخطيط له وما يحدث في الواقع، فإنّ العمل يبدأ حقاً من حيث ينتهي كل ما هو موصوف. في هذه المرحلة

من نشاط العمل، يجب على العمال بذل الجهود وإبداء الحيل والاختراع وإعادة تفسير التعليمات من أجل مواجهة التناقض بين العمل المحدد (الموصوف) والعمل الفعلي.

ويعرف العمل أيضا بأنه مساحة (espace) للمعنى بين الفرد والمجال الاجتماعي ويفسر المعنى في علم النفس الديناميكي حسب تعريفين أين يترابط الفرد مع الفعل، ببناء رابط اجتماعي حيث تتكون الهوية والمكانة الاجتماعية انطلاقا من نشاطات الانتاج والاعتراف بالآخرين. بهذا المعنى يعتبر العمل سواء كان مأجورا أو بدون أجر عامل قوي محرك للصحة ولتكوين الهوية وعلى العكس غياب العمل ينطوي على أخطار مهددة للصحة النفسية. (M-F. Maranda, C. Leclerc, 2000, p.116)

وتوضح (M. Alderson, 2004) بأن العمل لطالما تضمن وجهين متناقضين: الأول ايجابي، فهو مصدرا للمتعة وعامل للإنجاز ولدعم الهوية ومحافظ على الصحة، والآخر سلبي، فهو مصدرا للمعاناة والمشاكل المحتملة وكل ما هو سلبي. إذا العمل هو موردا للإبتكار والحرية والسعادة والتوازن وكذلك مصدرا للضغوط وسبب للمعاناة والانحرافات المحتملة والمُسببة للمرض؛ هذه هي حقيقة تناقض العمل. كما يتميز العمل من وجهة نظر علم النفس الديناميكي للعمل بإعتباره "نشاطاً ذاتياً" (activité subjectivante) يدعم فيه كل من الإجهاد الموضوعي والعملية الذاتية بعضهما البعض"، وهذا، ما يميز مقاربة علم النفس الديناميكي للعمل والذي تقدم ميزة نظرية تتمثل في تجاوز الرؤية التقنية والعملية والنفعية والموضوعية للعمل.

- **مجتمعية العمل (Le collectif du travail):** يعرف كل من (C. Boivin- Desrochers & M. Alderson, 2014) مجتمعية العمل (Le collectif du travail) بأنها تجمع للمهنيين الذين يشتركون في هدف واحد ويعملون بشكل توافقي وتعاوني من خلال رابطة الثقة. ويوضح (Sébastien Roché, 1998) بأن المجتمعية تقتض تجربة للحياة المشتركة، وفي كثير من الأحيان، نجد أنّ هناك أشخاصاً حاضرين في العمل، ولكنهم لا يشاركون في روابط اجتماعية أخرى غير هذا الوجود المشترك. وحسب (M-F. Maranda & P. Moissette, 2002) إنّ مجتمعية العمل لا تعطي فقط المزيد من القوة في التنفيذ بل هي نتيج الفعالية، ويرتبط دعم الآخرين ، والشعور بتقاسم مصير مشترك بهدف محدد -

الإنتاج – وهذا ينمي التعاون في العمل ، وهي ضرورية للعمل في إطار الأمن الجسدي والنفسي، كما تساعد المجتمعية على إعطاء معنى لما يقوم به الأفراد، وكذلك تحدد التوصيات التي يتم من خلالها تجاوز الصعوبات التي تواجههم. ويمكن تعريف المجتمعية على أنها مجموعة من الأفراد الذين تكون عضويتهم على النحو الذي يسمح لهم بالتواصل الواضح وتبادل التصورات لتحقيق الأهداف المشتركة. ولقد أشارت ( Sandrine Caroly, 2012) إلى وجود عدة عوامل تساهم في بناء مجتمعية العمل، تتمثل هذه العوامل في المعرفة المتبادلة لعمل كل فرد، الثقة المشتركة في المعلومات المتبادلة والأعمال المنجزة، وجود مرجع مشترك فيما يخص المهنة، وأخيراً وجود مرجع مشترك حول سير العملية (أي تكوين المجتمعية). ويمكن إدراك مجتمعية العمل من خلال ثلاثة أوجه هي طريقة انجاز العمل، والعلاقات مع الآخرين ووفقاً للفرد نفسه.

- **الهوية:** تعرف الهوية حسب معجم مصطلحات علم النفس بأنها "حقيقة الشيء من حيث تميزه عن غيره وتسمى أيضاً وحدة الذات". (عبد المجيد السالمي وآخرون، 1998، ص.253).

وفي شرحها لتعريف الهوية ضمن مقاربة علم النفس الديناميكي للعمل، أوردت ( Marie Potiron, 2015) بأنها مفهوم يختلف عن ما يعنيه وهي بذلك تفصل بوضوح مفهوم الهوية في الديناميكيات النفسية للعمل عن ما يمثله هذا المصطلح في علم النفس العام. فالهوية في علم النفس الديناميكي للعمل هي إطار للصحة النفسية، فكل أزمة نفسية هي أزمة هوية. ويؤكد (Vézina, 2000) بأنّ تكوين الهوية هو بنية للصحة النفسية، ومثل الألم أو الحب ، لا يمكن وصف الهوية الذاتية إلا من خلال تعبيرات الفرد. أما "ديجور" يعتبر الهوية في تعريفه لها سنة 2002 والذي أحالته (Potiron, 2015) " بأنها علاقة جوهرية بالذات، والبحث عن شعور بوحدة الشخصية وكإحساس بالاستمرارية لهذا الوحدة، على الرغم من القيود التي تتسبب في تجزئتها، تنشأ هذه القيود من الظروف الخارجية أو الحركات الغريزية التي تؤثر عليها من الداخل. وبالتالي فإنّ الهوية ضمن هذه المقاربة هي ثمرة النضال والبحث واختراع الحلل الوسط بين المحددات البيولوجية (التعلق)، والمحددات النفسية (التبلور في اللاشعور الجنسي) ، والاجتماعية (مهمة النوع وتوابعه)،

فالهوية تُبنى في مجال الحب وفي مجال العمل وليست مستقرة بشكل دائم، وعلى عكس "الشخصية"، تُتيح الهوية التفكير في الجزء غير المستقر الذي لا يمكن التنبؤ بما سيصبح عليه الفرد.

ولقد أكدت (M. Alderson, 2004) على أنّ علم النفس العمل الديناميكي يُفسر إشكالية الصحة النفسية في العمل انطلاقاً من مفهوم الهوية، كما يعتبر الطب النفسي والطب السوماتي أنّ الهوية هي النواة المركزية للصحة النفسية، ولقد أظهرت أعمال كل من "ديجور" و"ماندل" (Mendel) و "سانسوليو" (Sainsaulieu) أهمية مسألة الهوية والدور الذي تلعبه في أماكن العمل إذ أشاروا إلى مدى تشتت تركيز الفرد بين رغباته واستخدامه من قبل المديرين، من خلال ظروف وعلاقات العمل في المنظمة.

- **الإعتراف:** تشير (Potiron, 2015) بأنّ الإعتراف يمثل بالنسبة للعلم النفس الديناميكي للعمل، المكافأة الرمزية للعمل بالنسبة للفرد. هذا ما يتوقعه العمال في مقابل التعبئة الذاتية التي ينخرطون فيها في العمل الإنتاجي وفي العمل التعاوني، هذه التعبئة الذاتية تتطلب استثمار الطاقة الغريزية للجسم وللذات ككل في العمل كمواجهة مع العمل الحقيقي (حقيقة البيئة، وتنظيم العمل، وحقيقة الآخر وحقيقة الذات...)، وبناء التعاون أو المشاركة في استراتيجيات الدفاع الجماعية. ويعتبر (Vézina, 2000) أنّ الإعتراف في العمل هو بمثابة الدليل على مساهمة الفرد في بناء عمل مشترك وابتكار مفيد للمجتمع، وفي نفس السياق يوضح (G. Nougé, 2012) بأنّ هذه المقاربة تهتم بالطريقة التي يقوم بها العمال بإنجاز العمل والذي يتم عن طريق الإبتكار والإبداع والإخلاص، وهي تأخذ بعين الاعتبار قدرات التكيف وأيضا الأخطار المتخذة والجهود المبذولة للوصول إلى النتيجة المرجوة في ظروف قد تكون أحيانا صعبة. بهذا المعنى يُعد الإعتراف حسب (Vézina, 2000) عاملاً محددًا للإنجاز الذاتي ولتكوين هوية الفرد. هذا الإعتراف يمنح مخرج مُعترف به إجتماعياً للصعوبات والمشاكل التي تواجه الفرد أثناء تطبيق الأوامر أو إنجاز المهام، إذا فهو مُنتج للمعنى وللمتعة في العمل. وعلى العكس فإنّ النكران أو عدم الإعتراف من طرف الآخر لحقيقة العمل الفرد يمكن أن يكون مصدراً لمعاناة نفسية كبيرة، وإذا إستمرت هذه الحالة قد تؤدي بالفرد إما إلى أن يشكك في نفسه وفي هويته مما يسفر عنه إنخفاض مستوى تقدير

الذات وبالتالي إلى الاكتئاب وإما قد يؤثر على قناعاته حول حقيقة علاقته بالعمل والذي قد يؤدي به إلى الشعور باللاعادلة وبالتالي الإصابة بالذهان (Paranoïa).

والإعتراف هو عامل موجه لبناء الهوية والصحة النفسية في العمل، ينطوي الإعتراف داخل المنظمة على نوعين من الأحكام على العمل المنجز: حكم المنفعة وحكم الجمال. يصدر حكم المنفعة على فائدة العمل المنجز أي حول الأبعاد التقنية والاجتماعية والاقتصادية التي تمنح للفعل قيمته في مجال العمل. هذا الحكم يكون صادرا من الآخرين على المستوى العمودي أي من طرف الرؤساء والمشرفين والمرؤوسين (والمرضى وعائلاتهم في حالة المستشفى)، أما حكم الجمال فيكون صادرا أساسا من طرف الآخرين على المستوى الأفقي أي من طرف الأقران والزملاء وأفراد مجتمع الإنتماء ويتضمن هذا الحكم جزئيين: الأول يخص مطابقة العمل للمعايير المنصوص عليها، كما أنّ هذا الحكم يمنح الانتماء للمجتمعية (collectif) أو مجتمع الإنتماء ويتضمن دائما ، في إعلانه ، تقديرا لجمال العمل المنجز مثال " هذا التدخل للممرضة رائع جدا". وفيما يخص الجزء الثاني من حكم الجمال هو أبعد ما يكون من الإعتراف بالقواعد الفنية للعمل وهو تقدير لخصوصية، وأصالة، والأسلوب الشخصي لإنجاز العمل، وهو يمنح للعامل الإعتراف بهويته الفريدة. ( M. Alderson, 2006, p.87)

- **المعاناة:** تنشأ المعاناة في العمل حسب (Francis Dauvers, 2009)، سواء كانت معاناة جسدية أو معاناة نفسية من حالة العمل، علما أن مصطلح العمل (travail) يأتي من معنى الكلمة اللاتينية « tripaline » والتي تعني التعذيب بآلة تسمى « tripalium » وهي أداة قديمة للتعذيب، وهذا ما يدل على أنّ المعاناة والعمل مرتبطان منذ زمن طويل.

يمثل مفهوم المعاناة في علم النفس العمل الديناميكي مساحة للصراع بين الارتياح النفسي والمرض، وفي نفس الوقت تعتبر ظاهرة عدوانية بالنسبة للوعي. وتحدث المعاناة عندما يكون من المستحيل على الفرد التكيف مع منظمة العمل ومع احتياجاتها وعندما تكون مساحات التواصل مغلقة. وبذلك يتحول الشعور بالعجز، والاحساس بالذنب، واليأس إلى سلوكيات سلبية وإلى الأمراض وال فشل الشخصي. (M.F. Maranda & P. Moissette, 2002,)

( p.93

ويشير (Vézina, 2000) إلى أنّ المعاناة تكون نتيجة الخلل أو عدم الاعتراف حيث تصبح المعاناة ظاهرة، ليس عندما لا يكون الاعتراف صريحًا، ولكن عندما يتم رفضه، أو عندما يتم استبداله بالتعالي، والاحتقار، والنكران، وحتى العقوبة والظلم، ولمواجهة المعاناة يتبنى الأفراد استراتيجيات دفاعية لحماية أنفسهم. وضمن نفس السياق يشرح (Dauvers, 2009) بأنّ المعاناة تتواجد في مختلف حالات العمل وتمس مختلف فئات العمال حتى ولم يتم الاعتراف بها. وللتخفيف من المعاناة وعدم الإحساس بتلك الخاصة بالآخرين، يضطر العمال إلى تفعيل إستراتيجيات دفاعية ضرورية لمواصلة العمل بالرغم من المعاناة ولكن لهذه الإستراتيجيات تأثير ضار، إذ تصبح المعاناة مقبولة "أخلاقية" وبالتالي المساهمة بحماس في السير الحسن للنظام، على سبيل المثال من خلال تفضيل "العمل القذر" (الأفعال التي يتم توبيخها عادة).

- **الاستراتيجيات الدفاعية :** الإستراتيجيات الدفاعية والتي تدعى أيضا حسب (Vézina, 2000) بإستراتيجيات الحماية حيث عرفها (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014) بأنها مجموعة الوسائل التي تسمح للفرد بالتعامل مع الضغوطات والصعوبات التي يواجهها في العمل والتي تسمح بالحفاظ على الصحة في أماكن العمل. ولقد أشارت (Alderson, 2004) إلى احتفاظ علم النفس الديناميكي للعمل بتعريف التحليل النفسي لعمليات الدفاع والذي يعتبرها على أنها تمرد الأنا ضد التجارب المؤلمة لتجنب عدم الارتياح وضمان الفرد لسلامته وأمنه النفسي، ولقد أشار "ديجور" في سنة 1995 إلى أنه إذا ما كانت العمليات الدفاعية لاشعورية، قد تصبح البعض منها شعورية، في ظل ظروف معينة. ولكن الجانب السلبي لإستخدام الإستراتيجيات الدفاعية هو منع التفكير في ما هو مصدر المعاناة في العمل والذي بدوره يعرقل تحول هذه المصادر للمعاناة.

في المستوى الأول، تترجم الدفاعات إلى مواقف أو سلوكيات صحية ومفيدة للصحة النفسية من خلال مساعدة الأفراد على مقاومة إعتداءات تنظيم العمل ( غياب القوة، نقص في الاستقلال الذاتي، غياب دعم) أو لدرء الخوف من مخاطر معينة في العمل، فهي تحافظ على التوازن النفسي وبالتالي لا تهدف هذه الدفاعات إلى التغيير الموضوعي للعناصر العدوانية، ولكنها تقلل من التصور السلبي لهذه العناصر. أما على المدى الطويل يصبح



لهذه الدفاعات الكثير من الآثار السلبية على الصحة النفسية للأفراد الذين يستخدمونها إلى الحد الذي يجعلهم يتأقلمون مع المعاناة أو يحاولون الهرب من مواقف المعاناة بدلاً من محاولة تغييرها، كما أنهم يتعرضون لخطر ضعف قدرتهم الدفاعية والتي ينتج عنها التعبير عن المعاناة عن طريق الجسدية (la somatisation). ومن المهم أيضاً أن نرى أنّ الآليات الدفاعية التي يستخدمها الأفراد (على سبيل المثال ، الصمت فيما يتعلق بمصادر المعاناة التي يواجهونها، وتبسيط ونكران المعاناة المعاشة) من المحتمل أن تستغلها المنظمة لصالحها. ويوضح (Vézina, 2000) أنّ الإستراتيجيات الدفاعية تنقسم إلى نوعين هما:

**-الاستراتيجيات الفردية:** تكون بناءً على مجموعة من المعارف والتجارب المتعلقة بالتاريخ الشخصي للفرد، وهي تدل في بعض الأحيان على قدرته على التحليل والتأمل، و التحكم في مصيره. ويعرفها (J-M. Lange, 2002) بأنها كبت للنزوات من خلال التسامي الفكري أو الروحي ومن خلال المهام المتكررة، ولكن هذه الأخيرة وإن كانت تحمي الفرد من المرض النفسي فهي من جهة ثانية غالباً ما تكون مصدراً للأمراض الجسدية.

**الاستراتيجيات الجماعية:** تعتبر هذه الاستراتيجيات حسب (Vézina, 2000) إيديولوجية دفاعية تتميز بمجموعة من السلوكيات التي تثنى المجموعة بأكملها والتي تكون خاصة بمنظمة العمل وقيودها. تصبح هذه السلوكيات معياراً مرجعياً للجميع، وهو معيار غير قابل للمناقشة إذا يجب على الجميع الإلتزام به وإلا التعرض للتهميش أو الإقصاء. ويرى كل من (Boiviri-Desrochers & Alderson, 2014) بأنّ هذه الإستراتيجيات تسمح بالتقليل من مستوى المعاناة المعاشة في العمل حتى ولو كانت هذه المعاناة فردية وخاصة بكل فرد بحد ذاته. وتتمثل وظيفتها حسب (F. Debout, 2018) في " إنكار حقيقة الخطر" الذي يواجه العامل (وبالتالي التعرض للخطر)، كما أنها تمنع الإحساس بالخوف أثناء العمل، وفي نفس الوقت تساهم هذه الإستراتيجيات في تخدير المعنى الأخلاقي. بالإضافة إلى ذلك، تتمحور إستراتيجيات الدفاع الجماعي حول مجموعة من السلوكيات التي تم تطويرها وصيانتها بشكل جماعي وتسمح بانتقاء المبتدئين، كل من لا يستطيع أو يرفض هذه السلوكيات ستكون لديه صعوبة في الاندماج ضمن الجماعية وبالتالي صعوبة الإندماج في العمل. كما أنّ هذه

الإستراتيجيات تهدف إلى الحفاظ على الذات في العمل و متابعة العمل (المحددة في قواعد العمل وقواعد المهنة) ولهذا فهي تعتمد على عمل ذاتي على نفسية الفرد.

ولقد أورد (Vézina, 2000) بأن الإستراتيجيات الدفاعية الجماعية تتميز ببعض الخصائص نذكر منها: تتكيف و تعدل هذه الإستراتيجيات حسب ظروف العمل، لا يمكن التعرف على هذه الإستراتيجيات على الفور، ولكن يمكن الكشف عنها عن طريق التعابير الإرادية للعمال سواء كانت مقصودة وواعية أو عن غير قصد وبدون وعي، كما تعد هذه الإستراتيجيات جزء من السجل الرمزي وغالبًا ما يكون معناها غير معروف بالنسبة للفرد، ويمكن أن تصبح الاستراتيجيات الدفاعية الجماعية متطرفة و تصبح غاية في حد ذاتها، وتتفصل عن المعاناة التي أدت إلى ظهورها.

## 2-4- منهجية البحث والتدخل في علم النفس الديناميكي للعمل:

يعتمد التحليل في علم النفس الديناميكي للعمل حسب (M-M. Lord, P-Y. Therriault, J. Rhéaume, 2016) على منهجية تستند إلى المقابلات جماعية يتم فيها مشاركة تجارب العمل الملموسة مع الزملاء، كما يمكن أن يشكل شرح مصادر المتعة والمعاناة والإستراتيجيات الدفاعية، وخاصة فهمها من خلال التعبيرات جماعية، منهجا وقائيا لحفظ صحة العمال في المنظمة. لهذا تعتبر هذه المنهجية نموذج للبحث عن عمل تفسيري (recherche action interprétative) ، يسعى إلى تغيير البيئة.

ويشرح كل من (Vézina, 2000) أنّ علم النفس الديناميكي للعمل يركز بشكل خاص على إعداد مجال البحث أو إمكانية إجراء تحقيق، والذي يهدف إلى الكشف ومناقشة شروط البدء وسير عملية التحقيق الذي يوفر فهمًا ذاتيًا مشتركًا يمثل نطاقًا حقيقيًا للتدخل وهذا يعني أنّ نتائج التحقيق في علم النفس الديناميكي للعمل تخضع لموافقة المنظمة وتصبح أداة للتغيير في المنظمة. تؤكد هذه المنهجية على أهمية إجراء التحقيق بناءً على طلب العمال حيث يجب أن يستوفي هذا الطلب شروطا معينة لضمان نجاح العملية. وحسب نظرية الظواهرية، تعتبر حقيقة العمل غير ثابتة أو مطلقة بحيث يمكن قياسها. هذه الحقيقة هي بالأحرى متحركة وتتطلب تفسيرات مرنة، لتناول التجربة الذاتية للعمال المتأصلة في أي

حالة العمل. حيث تخضع منهجية البحث في علم النفس الديناميكي للعمل إلى ثلاثة أبعاد، يخص البعد الأول الحياة اليومية، وهي السلوكيات التي يمكن ملاحظتها (الممارسات ، معدل الغيابات ، السلوكيات العدوانية للعمال ....)، وهذه السلوكيات يمكن أن تكون مهمة من وجهة نظر الأفراد. يخص البعد الثاني جانب المعاش الذاتي (مصادر ومظاهر المتعة والمعاناة في العمل، المخاوف، القلق، الإغتراب، بناء استراتيجيات دفاعية لمواجهة الصعوبات، إدراك التنظيم المحدد للعمل، التنظيم الفعلي للعمل ...)، أما البعد الثالث فهو يخص المشاركة ما بين الباحثين والعمال لفك رمزية المعنى الذي يعطيه العمال لأفعالهم، أي لتعزيز الوعي لديهم.

في هذا السياق يبين (Lord & al., 2016) دور الباحثين المتدخلين في تشجيع العمال على الحديث من خلال استراتيجية طرح الأسئلة، والتي تركز على استكشاف تجربة العمل وتحليلها ضمن المجموعة، كما يمكن للباحثين أيضاً مرافقة المشاركين في تحديد طرق التدخل أو التغييرات، ولكن قرار التدخل يخص في الأساس مختلف الجهات الفاعلة في المنظمة لتخطيط وتنظيم تنفيذها.

يتكون التحقيق في علم النفس الديناميكي للعمل من عنصرين: التحقيق الأولي يشمل جميع إجراءات ما قبل المقابلة والتحقيق الفعلي ، انطلاقاً من المقابلات الجماعية إلى تقديم تقرير التحقيق إلى المشاركين، حيث يفرض البناء المشترك بين الباحثين والمشاركين مناقشة تقرير التحقيق معهم والتحقق من صحته. يتم تقديم التقرير لكل مشارك قبل تقديمه إلى جهات أخرى (مقدم الطلب ، الإدارة ، إلخ) حسب الحالة. لإجراء التحقيق، يتم تشكيل مجموعات تضم العمال والباحثين.

خلال المقابلات الجماعية، يحفز الباحثون العمال على التعبير الحر عن المتعة والمعاناة في العمل وعن الوسائل المتاحة لهم لمواجهتها. في وقت لاحق، تقدم نتائج نشاط الفهم والتحليل الذي قام به الباحثون إلى العمال لإعادة البناء والتحليل المشترك. أخيراً، يسجل الباحثون نتائج عملهم في تقرير يقدم للمشاركين من أجل التصديق عليه خلال المقابلة الأخيرة. طوال العملية، يحافظ الباحثون على روابط التأكيد مع جماعة أكبر، والتي تدعى الجماعة المرجعية.

### 3- الصحة في العمل (la santé au travail):

#### 3-1- تعريف الصحة في العمل:

يعتبر كل من (Didier Truchot et Gustave-Nicolas Fischer, 2002) بأن دراسة العلاقة بين الصحة والعمل ليست حديثة فلقد أورد "هازليش" (Herzlich) و"بياري" (Pierret) في سنة 1984 عدة دراسات بعضها يعود تاريخها إلى القرن الثالث عشر تظهر الأثر السلبي للعمل على الصحة والتي كانت من اهتمامات الأطباء لمدة طويلة. فلا يُعدّ العمل بالضرورة خطير، وعلى العكس من ذلك وبالإضافة للمكاسب المادية الخارجية فهو يمثل مصدر داخلي يتميز بعدة منافع نفسية، إذ يحصل الفرد بفضل العمل على أدوار اجتماعية ذات قيمة ويمارس مهاراته ويطور شبكة من الدعم الاجتماعي، بإختصار يكسب الفرد بذلك الارتياح النفسي، وعلى النقيض من ذلك فإنّ الحرمان من العمل يكون على العموم مقترنا بتدهور الصحة النفسية والصحة الجسدية وبالفعل ونظرا لأهمية الفوائد التي يحققها العمل ومتطلبات الوقت الذي يخصصه الفرد للعمل طيلة حياته فإنّ العمل في ظروف سيئة تكون نتائجه حتما سلبية.

ويعتقد (Koorosh Massoudi, 2009) أنه قد تناول الصحة في العمل منذ فترة طويلة من خلال الدراسة الحصرية لمصادر الخطر الجسدي والأمراض المهنية والحوادث الناتجة عنها. ومع ذلك، يبدو من الواضح اليوم أنّ تراكم التوتر المتعلق بالخصائص النفسية والاجتماعية للحالات المهنية له تأثير كبير على صحة الأفراد وأنّ النشاط المهني هو أحد أهم مصادر الإجهاد اليومي.

وهكذا فلقد أصبح إشكالية الصحة والعمل حسب (D. Lhuilier, & M. Litim, 2009) تشير في معظم الأحيان إلى جانب واحد وهو إنحراف التغيير وتدهور وضعف الصحة بسبب العمل، هذا المنظور يتجاهل الدور الذي يلعبه العمل في تنمية وتطوير الصحة والذي يرجع التحقيقات حول الصحة والعمل عندما تكون الأمراض وحوادث العمل ناتجة عن عوامل أخرى بعيدة عن النشاط المهني.

وتعرّف منظمة الصحة العالمية بأنّ ممارسة الصحة في العمل تركز على تعزيز وحماية وإستعادة الصحة لجميع العمال في بيئة عمل آمنة وصحية. (J. Acult & S.P. Hatting, 2008, p.242)

لقد أكد "تيرنر وآخرون". (Turner et al.) في سنة (2002) أنّ العمل الصحي يعني تعزيز الرفاه النفسي والجسدي. حيث قدموا نماذج من العمل التي تحقق الصحة للفرد وهي تتنمّل في إعادة تصميم العمل، والعمل الجماعي، والقيادة التشاركية وهي ممارسات تساعد العمال على تطوير توجهات أكثر مرونة للأدوار، مما يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى المناعة النفسية والتفؤل لدى العمال. كما يمكن أنّ تؤثر هذه الممارسات أيضًا بشكل غير مباشر على النتائج الإيجابية من خلال الثقة والعدالة ما بين الأفراد والالتزام التنظيمي. يخلص الباحثون إلى أنّ فهم العمل الصحي هو عنصر حاسم في علم النفس الإيجابي. (D.L. Nelson & B. L. Simmons, 2005, p.103 )

### **3-2- أهداف الصحة المهنية:**

يهدف علم نفس الصحة المهنية الحديث، سواء كان في نطاق البحوث أو الممارسة المهنية، إلى إنشاء "أماكن عمل صحية" حيث يمكن للأفراد الإنتاج وتقديم الخدمة والرقي ونيل التقدير. وبدلاً من إستهداف مجالات الصحية محددة، على سبيل المثال، التركيز على الوقاية من أمراض القلب التاجية أو مختلف الأمراض المزمنة، فإنّ الترقية الفعالة للصحة في أماكن العمل تستهدف الأفراد ككل بما في ذلك: قدرة العمل على تحقيق التوازن في الحياة، الرقي والتنمية، الصحة والسلامة، والإعتراف والمشاركة. وبما أنّ الصحة ناتجة عن تفاعل عوامل متعددة ومترابطة، فإنّها تتطلب إهتماماً مستمرًا وتجديدًا متواصلين، بما في ذلك هدف تحقيق الصحة المثلى. (J.Oltmanns, G.Richter, B. Godde, U. M. Standiner, 2016, p.70)

### 3-3- النماذج التي تدرس علاقة الصحة في العمل بالإجهاد المهني:

يوضح (Truchot et Fischer, 2002) بأن دراسة العلاقة ما بين العمل والصحة حفز على ظهور مجموعة من النماذج النظرية الناتجة عن دراسات كثيرة من بينها نماذج الإجهاد المهني ونموذج علم النفس الديناميكي للصحة (Psychodynamique de la santé). أما فيما يخص نماذج الإجهاد في العمل فلقد أكد (Lhuilier, & Litim, 2009) على أهمية هذه النماذج المتعاقبة والتي كان لديها دائما منظورا مزدوجا للتكيف والقياس، حيث يُعرف الإجهاد بأنه إستجابة الجسم للتغيرات أو المتطلبات أو التهديدات التي تفرضها البيئة، من أجل التكيف، ومن بين الوظائف الأساسية لجسم الإنسان (التنفس، الهضم، التكاثر، المناعة..) توجد وظيفة أخرى مهمة جدا وهي التكيف مع البيئة أي "الوقاية من الإجهاد في المنظمة". وتسمح نماذج الإجهاد حسب (Laurent Guillet, 2010) بتحديد المفاهيم التي تتدخل في سيرورة الإجهاد وتبين الروابط الموجودة بين المثير (القيود في العمل على سبيل المثال) وإستجابة الإجهاد (ظهور المرض). ولقد مكن بناء هذه النماذج، وخاصة النماذج التفاعلية والعملية، من استخلاص النماذج الخطية للإجهاد مع متطلبات البيئة والإستجابة الفسيولوجية أو النفسية للفرد، وتركز نماذج الإجهاد في العمل على الموارد الاجتماعية، إذ أنّ جودة العلاقات مع الآخرين تؤثر على مستويات الإجهاد في العمل.

لقد أثارت الدراسات على الإجهاد حسب (Lhuilier, & Litim, 2009) الكثير من الخلافات من بينها: المقاربات حول السياق، الإستعدادات الشخصية، التعريفات التبادلية، الموضوعية حسب الأعراض أو "الإجهاد المدرك" المقاس من خلال الإختبارات. وبالرغم من أنّ الغموض الاستدلالي للمفهوم يبقى قائما، يوجد نموذجان مهيمان على تحديد وقياس الإجهاد هما: نموذج "الطلب والاستقلالية في العمل" لـ "كارازاك" (Karasek) ونموذج "اختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة" لـ "سغريست" (Siegrist).

### 3-3-1- نموذج المتطلبات والضبط (Le modèle exigences –contrôle):

أشار (Vézina, M., Tores, T. & Brisson, C., 2015) إلى أنّه تم اقتراح هذا النموذج في نهاية سنوات السبعينيات وكان نتيجة للجمع بين نظرية الإغتراب الإجتماعي ونظرية

الفزيولوجيا النفسية، ويعتمد هذا النموذج على ملاحظة حالات العمل التي تتميز بالجمع بين المتطلبات النفسية العالية وضعف إستقلالية إتخاذ القرارات والتي تزيد من خطر الإصابة بمشكلة الصحة الجسمية والنفسية.

إذ تعد مصادر الاجهاد المهني كثيرة ومختلفة (ثقل العمل، رتابة العمل وتكراره، المراقبة، التسيير التعسفي) ، ولقد قدم "كارازاك" (Karasek) في سنة 1979 هذا النموذج العملي أين تم ملاحظة خاصيتين مشتركة بمصادر الإجهاد: متطلبات أو ضغوط العمل (وجوب العمل بسرعة) والضبط الضعيف مثل انخفاض مستوى الحرية لإتخاذ القرارات الخاصة بالعمال، حيث تتيح حرية اتخاذ القرار، فرصة للفرد لممارسة مهاراته، و يظهر الإجهاد حسب "كارازاك" عندما تكون متطلبات العمل مرتفعة مع انخفاض في حرية اتخاذ القرار. (Truchot, et Fischer, 2002, p. 515)

ويفسر (Vézina, & al., 2015) هذا النموذج بكون أنّ المتطلبات النفسية ترتبط بثلاثة مكونات هي مقدار العمل الذي يجب القيام به، والمتطلبات النفسية المتعلقة بالتعقيد والصعوبات في العمل، وأخيرا القيود الزمنية التي يجب على العمال مواجهتها. إذ تشير الاستقلالية في إتخاذ القرار إلى قدرة العامل على إتخاذ القرارات الخاصة بعمله وخاصة إمكانية العامل لإستخدام وتطوير مهاراته. أما التركيبية ما بين إنخفاض مستوى الإستقلالية في إتخاذ القرار وإرتفاع مستوى متطلبات العمل (والتي يشار إليها أحياناً باسم "الإجهاد المهني) ) تعكس معاش الإغتراب لدى العمال، وتعتبر مسببة للأمراض بشكل خاص، سواءً أمراض القلب والأوعية الدموية أو مشاكل الصحة النفسية.

و في أواخر الثمانينات ، تم إضافة مفهوم الدعم الإجتماعي إلى نموذج "كارازاك" بمساعدة "توريل" (Karasek et Theorell). يشمل الدعم الإجتماعي بصفة عامة جميع التفاعلات الإجتماعية المفيدة والمتاحة في أماكن العمل ما بين الزملاء وحتى مع الرؤساء. إنّ التركيبية ما بين كل من المتطلبات النفسية العالية، وانخفاض الاستقلالية في اتخاذ القرار والدعم الاجتماعي المنخفض تؤدي إلى الإجهاد المزمن (Iso-strain) والذي يعتبر أكبر مسبب للأمراض. وبالإضافة للبعدين الأولين للنموذج، فإنّ غياب الدعم في العمل يؤدي إلى آثار سلبية على صحة العمال المعرضين لهذا الحالة.

ولقد أوضح (Truchot, et Fischer, 2002) أنه يمكن استخراج ثلاثة تنبؤات أخرى من هذا النموذج وهي كالتالي:

- تنتج توترات نفسية ضعيفة عن حالات العمل الأقل تطلبا مع درجة مرتفعة من الضبط.
- تنقص القدرة على حل المشاكل وتؤدي إلى حالات اللامبالاة عندما تتميز حالات العمل بمتطلبات ضعيفة مشتركة مع فرص ضعيفة للضبط.
- تسمح المتطلبات المرتفعة المشتركة بدرجة مرتفعة من الضبط بتعزيز التعلم التكيفي النشط واستراتيجيات المواجهة المتنوعة وموضع داخلي للضبط. ( locus de contrôle interne ).

من وجهة نظر هذه النظرية، لا يكون تدهور الصحة مرتبطا بصفة مباشرة بإرتفاع متطلبات العمل ولكنه مرتبط بدرجة ضبط الفرد الممارس على نشاطه. هذه التصورات تُعرف باسم نموذج المتطلبات والضبط (Modèle exigence-contrôle) أو نموذج التوتر في العمل (Modèle de la tension au travail).

### 3-3-2- نموذج الجهد والمكافأة (Le modèle effort-récompense):

تم تأسيس هذا النموذج من طرف "سيغريست" (Siegrist) في سنة 1996 والذي يسمح بالربط بين الحاجات النفسية الأساسية مثل تقدير الذات والفعالية الذاتية بالبنية الاجتماعية حيث يمارس الفرد مهاراته. وسوف نتطرق لهذا النموذج بالتفصيل في الفصل الرابع بما أننا إخترناه كبعد لقياس الصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

### 3-3-3- نموذج العدالة التنظيمية:

تشير العدالة التنظيمية حسب (Vézina, & al., 2015) إلى مفهوم الإنصاف في العلاقات والإجراءات وفي تقسيم الموارد في العمل، كما أنها تعد بنية تقييم جودة التفاعلات الاجتماعية في العمل والقواعد والمعايير الاجتماعية التي تحكم المنظمة. لقد تم وضع العدالة التنظيمية كنموذج يسمح بتقييم عوامل الأخطار النفس اجتماعية التي يمكن أن تساهم في تفسير إختلال الصحة النفسية والتعرض لأمراض القلب والأوعية الدموية.



وفيما يخص الصحة والأداء يمكن تحديد مكونان أساسيان لنموذج العدالة التنظيمية ويتمثل المكون الأول في العدالة العلائقية والتي تشير إلى درجة اللطف والكرامة والإحترام التي يتم التعامل بها مع العمال من طرف مرؤوسيه، أما المكون الثاني فيتمثل في العدالة الإجرائية والتي تقيم إلى أي مدى تدمج أساليب صنع القرار في المنظمة آراء الأفراد المعنيين وإلى أي مدى يتم تطبيقها بطريقة متسقة وملزمة وغير متحيزة وأخلاقية.

تشير نتائج البحوث إلى أن الإجهاد الذي يقيسه نموذج العدالة التنظيمية له آثار ضارة على الصحة النفسية، بغض النظر عن نموذج "المتطلبات والضبط والدعم في العمل" ونموذج الجهد والمكافأة".

### **3-3-4- نموذج التعديل بين الفرد والبيئة (le modèle de l'ajustement personne/environnement):**

يقترح نموذج التعديل بين الفرد والمحيط ل (French et coll ; 1982, Holland ;1997) إطار مفاهيمي عام، وحسب هذا النموذج يبحث الأفراد على بيئات عمل تتوافق مع خصائصهم أي أنها تسمح لهم بالتعبير الجيد عن مهاراتهم وقيمهم، ويكون الإجهاد بالتالي نتيجة للخلل في التعديل بين خصائص الفرد وتلك الخاصة بالبيئة. حيث يمكن تطبيق هذا النموذج بالإهتمام بدرجة التعديل أو الإختلال ما بين متطلبات بيئة العمل (ثقل العمل، تعقيد المهمة إلخ...) وقدرة الفرد على الإستجابة لهذه المتطلبات ولكن يمكن أيضا الإهتمام بالتفاعل الأكثر تعقيدا ما بين تطلعات الفرد (الإستقلالية، الأجر، الترقية، إمكانية الفرد لممارسة مهاراته) والفرص المتاحة في محيط العمل، هذا قد يؤثر على سلوك واتجاهات الأفراد بطريقتين: أولا عن طريق المثيرات التي تحدث على إستجابات سلوكية موقفية وبيولوجية. ثانيا بفضل الفرص المتاحة أو إمكانية مواصلة الأهداف من طرف العامل. ولهذا يقترح هذا النموذج بأن بعض بيئات العمل تتلاءم مع بعض الأهداف الفردية أو الجماعية.

هذا النموذج لا يتوقف عند الخصائص الموضوعية للفرد (مستوى تكوينه) أو خصائص البيئة (ثقل العمل) ولكنه يمنح دورا مهما للتصورات التي تمكن من شرح أثر الفروق الفردية في ظهور الإجهاد. وفي هذه المقاربة التفاعلية تعد المعارف والتعديل الذاتي متغيرات مرتبطة مباشرة بالإرتياح أكثر من التعديل الموضوعي حيث يكون التعديل الجيد

نتيجة لتغير الفرد (قد يتكيف الفرد مع إنخفاض آفاق الترقية) أو نتيجة تغير المحيط بآخر (مثلا بيئة العمل تتيح استقلالية أكبر). (Truchot & Ficher, 2002, p. 515)

### 3-4- تطور البحوث في مقارنة الصحة في العمل:

لقد ظهرت مقاربات كثيرة تدرس الآثار الصحية الناتجة عن العمل بالإضافة إلى النماذج تم ذكرها سابقا، من بينها ما أورده (Lhuilier, & Litim, 2009) مثل مقارنة الروابط بين المرض والعمل على أساس ثقل العمل والتي تؤدي إلى إعادة تقييم الفرضية المسببة للأمراض المستوحاة من النموذج المتعلق بالسموم لصالح مقارنة أكثر ديناميكية وليس فقط مقارنة سببية. هذه المقاربة تعترف بأن العمال يظلون خاضعين لعملهم وفاعلين في ظروف عملهم بالمعنى العام لعلم النفس العمل أي أنّ مجموع العوامل الخارجية والداخلية في نفس الوقت هي التي تحدد سلوك العمال.

كما أنّ مقارنة الصحة النفسية في العمل تشهد نفس هذه التطورات الكبيرة، والمفاهيم التي ظهرت في علم النفس العمل المرضي مثل "العصاب في العمل" و"المتلازمة الشائعة للتعب العصبي" (le syndrome commun de la fatigue nerveuse) "الدراما الإنسانية للعمل" (le drame humain du travail) والتي كانت ناتجة عن النموذج السببي ونماذج التحليل، قدمت بالتدرج تحقيق متعدد العوامل وديناميكي، ولكن ولادة مقارنة جديدة تهتم بالأخطار وسميت بالأخطار النفسية الإجتماعية (les risques psychosociaux) وإضفاء الطابع المؤسسي عليها، يشهد مرة أخرى على استمرار إنخفاض الرابط بين الصحة والعمل لصالح الرابط الخاص بتدهور الصحة بسبب العمل. ولكن يمكن تجاوز الغموض في هذه المقاربة والتي تجمع ما بين الإجهاد المهني والتحرش والمعاناة والعنف والإنتحار والإكتئاب والإدمان والوقاية من الإجهاد والمخاطر من خلال موضوعية البحوث الكمية.

### 3-5- محددات الصحة في أماكن العمل:

لقد أوردت (Birgit A. Grenier, 2012) بأن تحسين ظروف العمل للوقاية من الإصابات والحوادث وغيرها من الآثار الضارة بالصحة ، وتعزيز الصحة ، تعد من المهام اليومية للعديد من ممارسي الصحة والسلامة المهنية. وعادة ما يقوم هؤلاء الممارسين بالبحث في السلوك الفردي أو بيئة العمل المباشرة للعاملين وذلك بهدف التغيير عن طريق إجراءات تعليمية أو تنظيمية أو تقنية أو إدارية. على سبيل المثال ، يبذل الكثير من الجهد في تحليل دور الخطأ البشري في التحقيقات الخاصة بالحوادث الفردية وتطوير برامج التكوين الخاصة بالسلامة. ويقدم منظور محددات للصحة زاوية أخرى للممارسة حيث يتم النظر إلى ظروف العمل وتأثيرها على الصحة ضمن سياق أوسع لمستويات مختلفة: يتم تشكيلها وتحديدتها من خلال العوامل الاجتماعية والمجتمعية والظروف الاجتماعية والإقتصادية والثقافية والبيئية العامة، من أجل تحسين ظروف العمل والحصول على آثار صحية مستدامة للعمال.

لقد وضعت (Carol Wilkinson, 2001) بعض المحددات الاجتماعية للصحة في أماكن العمل من خلال فهم الإمكانيات الصحية التي يمكن الوصول بها إلى الحد الأقصى وذلك بالإعتراف بالإحتياجات الفردية والتنظيمية، مع التأكيد على الحاجة إلى إنشاء متطلبات ومواقف محددة حتى يتمكن الفرد من تحقيق الصحة المثلى والحفاظ على التوازن بفضل العمل وتحسين جودة الحياة في العمل. وتشمل المحددات الاجتماعية للصحة في أماكن العمل ما يلي: (أولاً) التحكم، فغياب التحكم في أنظمة العمل وفي العمل المنجز من طرف العامل يسبب الإجهاد، ويكون لدى العامل الإستعداد للتعرض لأمراض القلب والأوعية الدموية. لهذا فإن القدرة على التأثير على سياسة المنظمة والتفاوض على الجوانب وشروط حالة العمل والتحكم الفوري في عمليات العمل تعد أمر ضروري للصحة والرفاهية في أماكن العمل. (ثانياً) المهارة: إنّ عملية حل المشكلات وتقسيم مهام العمل لها علاقة وثيقة بالإجهاد. (ثالثاً) التحفيز: يؤدي العقل الذي تنقصه التغذية وغير المستغل في العمل إلى عمل رتيب يقلل من مستوى الانتباه والتحفيز. (رابعاً) القدرة على الإسترخاء وحرية التعبير: والتي تعد امتياز خاص بالرجال بعد الخروج من العمل، إذ يجب مراعاة دور

المرأة والتفاعلات بين العمل والمنزل. (خامسا) المشاركة: يمثل الأفراد المعرضون لظروف العمل السيئة والضغط وعدم المشاركة هدفا للمواجهة مع مشاكل العمل. (سادسا) تقليص العمل الإنفعالي: يعتبر العمل الإنفعالي ضارا بالنسبة للمرأة من حيث التأثير على الصحة وأنماط السلوك المعتمدة، فهو يدفعها للعمل بطرق مضادة لمصالحها الخاصة. وينتج عن الأداء في العمل الإنفعالي على المدى الطويل الإحساس بعدم الأمان ويحفز ظهور الإنقسامات الاجتماعية، كما أن "إنكار" هذه المشاعر له علاقة واضحة بأمراض القلب التاجية. (سابعاً) حرية إتخاذ القرار: يمكن أن تظهر إنعكاسات الإجهاد الجسدية مثل التعب والقلق والإكتئاب والمرض الجسدي عندما تكون المتطلبات النفسية للمنصب مرتفعة وتكون حرية اتخاذ القرار للعمال في المهمة منخفضة. (ثامنا) التفاعل مع الآخرين: قد ينتج عن هذا التفاعل أثارا جسدية ونفسية إيجابية وسلبية على الفرد، وبالتالي يجب إيجاد التوازن في مكان العمل. فالتفاعل مع الآخرين يؤثر على الأداء النفسي والفسولوجي. والسلبية في العمل تؤدي بدورها إلى السلبية في الحياة العائلية. (تاسعا) الدعم الاجتماعي: تعد العلاقات الإنسانية عامل مهم في الصحة النفسية والجسدية. فغياب هذا الدعم يعرض العمال لخطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. (عاشرًا) العدالة والإنصاف: يجب تعزيز الديمقراطية في أماكن العمل. (إحدى عشر) الوقاية من التعرض للإصابات: يتحمل جميع أرباب العمل التزامًا قانونيًا بضمان بيئة عمل آمنة للعمال والتي لا يمكن تجنبها، والتي تم إدراجها ضمن محددات النموذج الصحة في أماكن العمل.

أما (Philippe Sarnin, 2015) فلقد أكد على أهمية دور بعض أبعاد تنظيم العمل في تحديد الحالة النفسية للعمال نذكر من بينها:

- **ثقل العمل** : حيث يمكن لثقل العمل المرتفع أن يلعب دورا هاما في تطوير مهارات الفرد وبراعته وكذلك هويته بينما قد يكون ثقل العمل المنخفض جدا ، على العكس من ذلك مدمرا لهوية العامل.

- **استقلالية الفرد في العمل** : يمكن لحرية العامل في اختيار ترتيب وطبيعة أنشطته، وتحمل المسؤولية عن أفعاله أن ترفع من مستوى الارتياح النفسي لديه.

- **الدعم الاجتماعي** من طرف الزملاء والمشرفين وكذلك الدعم التقني ، وحتى الإنفعالي لديه تأثيراً مُعدّلاً بالنسبة لضغوطات العمل التي يمكن أن تخل بالتوازن النفسي للفرد.

- **المشاركة في اتخاذ القرارات والخيارات التنظيمية** والنقاش بين الزملاء حول النشاطات.

- **إن العدالة** التي يتصورها العمال فيما يتعلق بالاعتراف (بالأجور والترقية والاحترام) لجهودهم تعدُّ بعداً يتم أخذه في الاعتبار بشكل متزايد في البحوث الحديثة.

- **معنى العمل، ومعرفة أهداف نشاطاته،** تماسك هذه العناصر مع عناصر ترتيب التماثيل التي يتم إجراؤها من العمل وتثبيت علاقتها بالعمل.

- يبدو أن تدخلات في تنظيم العمل هي الأكثر صلة بإنشاء بيئات العمل التي يمكن أن تعزز تطوير رفاهية الموظفين. هذا بدلاً من تلك التي تهدف إلى تعزيز مواردها أو الاعتناء بها عند حدوث الضرر.

### **3-6- ترقية الصحة في أماكن العمل:**

يمكن للمؤسسة حسب (E. Spiess and P. Stadler, 2016) استخدام مجموعة متنوعة من الأدوات لتعزيز الصحة التنظيمية، مثل تشكيل اللجان والمجموعات الصحية والتحقيقات والتقارير الصحية التنظيمية وتنظيم المخاطر بإجراء الفحوصات الطبية كتدابير وقائية وتنظيم المحادثة مع الموظفين والإستعداد والفحص الطبي كتدابير وقائية ومحادثات الموظفين، اختيار الموظفين القائم على الاتجاهات، التنظيم الوقائي للعمل والتكنولوجيا، الرعاية الصحية داخل المؤسسة، المطاعم في المؤسسة التي تقدم مجموعة متنوعة من خيارات الغذاء الصحي، مخططات وبرامج ترقية الصحة. وتتميز المنظمة الصحية ببعض الجوانب الهامة مثل حرية العمل، الإتساق، الاستقلالية (في الوظيفة)، وتمكين التعلم والتطوير، وتسهيل إمكانيات التفاعل الاجتماعي والدعم الاجتماعي والمشاركة وتتوافق هذه الموضوعات مع المعايير الكلاسيكية للتنظيم الإنساني للعمل.

ولقد أوضح (Jeremy Stranks, 2008) أنّ ممارسة الصحة المهنية تتضمن الجوانب

التالية:

- 1- توظيف الأفراد في مناصب عمل مناسبة بعد تقييم قدراتهم النفسية والجسدية الحالية وتحديد المشاكل الصحية الموجودة مسبقاً من خلال الفحوصات الطبية قبل التوظيف.
- 2- المراقبة الصحية المستمرة للأفراد المعرضون لخطر الإصابة بأمراض أخرى أو الإعاقة، مثل العمال الذين قد يتعرضون أحياناً لمستويات ضوئية مفرطة أو غبار خطير، وللأفراد المعرضون فعلياً للخطر، مثل العمال المعرضون للإشعاع.
- 3- تقديم خدمة العلاج والذي يشمل العلاج الفعال والسريع للإصابات والتسمم الحاد والأمراض البسيطة في العمل. هذه الخدمة مهمة للحفاظ على صحة العمال، وبالتالي التقليل من الوقت الضائع في الغيابات المرتبطة بالتوجه إلى المصالح الطبية الخارجية.
- 4- المراقبة الأولية والثانوية : تهتم المراقبة الأولية بشكل أساسي بالملاحظة السريرية للأشخاص المرضى الذين قد يطلبون العلاج أو الاستشارة بشأن حالتهم. أما المراقبة الثانوية فهي موجهة نحو التحكم في المخاطر التي تهدد الصحة والتي تم التعرف عليها بالفعل، على سبيل المثال، القياس السمعي المنتظم للموظفين المعرضين للضوضاء.
- 5- تجنب المخاطر المحتملة إذ تعتبر الوقاية عامل مهم للحفاظ على صحة العمال مثل تقديم توصيات فيما يتعلق باستبدال بعض المواد الخطرة بمواد أقل خطورة.
- 6- الإشراف على الفئات الهشة يشمل العمال المستضعفون الشباب والنساء الحوامل والمسنين والمعوقين والأشخاص الذين ربما عانوا من فترات طويلة من الغياب بسبب المرض، كما أنّ الأمهات الجدد والنساء الحوامل هما مجموعتان تم تحديدهما فيما يتعلق بمتطلبات تقييم المخاطر. قد تكون الفحوصات الصحية المنتظمة لتقييم اللياقة المستمرة للعمل ضرورية للأفراد في هذه المجموعات.
- 7- مراقبة الأدلة الخاصة بالأمراض غير المهنية: هذا شكل من أشكال المراقبة الروتينية للعاملين غير المعرضين للمخاطر الصحية مع الهدف الرئيسي المتمثل في مكافحة الأمراض والظروف السائدة في بعض المجموعات مثل عمال المناجم، بهدف القضاء على هذه الأمراض.

8- تقديم الاستشارة للعمال حول مجموعة من القضايا المتعلقة بالصحة، والمشاكل الشخصية والاجتماعية والعاطفية، تعد خاصة مهمة في مصلحة الصحة المهنية.

9- التربية الصحية: يتعلق الأمر في المقام الأول بتعليم العمال لاتباع أسلوب حياة أكثر صحي. ويمكن أن يشمل أيضاً تدريب الإدارة والعمال في مختلف مجالات الصحة والسلامة في العمل، على أساليب العمل الصحية وتجنب المخاطر الصحية، مثل تلك الناشئة عن المناولة اليدوية واستخدام المواد الخطرة.

10- الإسعافات الأولية وخدمات الطوارئ عادة ما تشرف مصالح طب العمل على ترتيبات الإسعافات الأولية ، وتدريب موظفي الإسعافات الأولية وإعداد جوانب محددة من ترتيبات الطوارئ في حالة نشوب حريق أو حالات الكوارث الأخرى ، مثل تسرب المواد الكيميائية الكبيرة أو حدوث انفجار.

11- السلامة المهنية هي مجال من ممارسات الصحة المهنية المعنية بتحديد الملوثات وقياسها وتقييمها ومكافحتها، والظواهر الفيزيائية الأخرى، مثل الضوضاء والإشعاع، والتي يمكن أن يكون لها آثار ضارة على صحة الأشخاص المعرضين لمثل هذه الملوثات.

12- التحكم البيئي ويهتم هذا المجال بشكل أساسي بضمان الامتثال لتشريعات حماية البيئة، مثل قانون حماية البيئة، ويغطي تدابير لمنع الملوثات المحمولة جواً والسيطرة عليها، على وجه الخصوص، مثل الغبار والغازات والأبخرة، بالإضافة إلى الضوضاء، والتي يمكن أن تكون مصدر إزعاج لسكان الأحياء المجاورة.

13- السجلات الصحية: تتم عادةً عمليات حفظ السجلات الصحية المطلوبة بموجب لوائح معينة، مثل اللوائح الخاصة بالضوضاء ولوائح التحكم في نسبة الرصاص في أماكن العمل، من خلال خدمات طب العمل. قد تكون هذه السجلات ضرورية أيضاً على أساس داخلي لضمان الحفاظ على إجراءات المراقبة الصحية وقد تظهر في الدراسات الوبائية لمجموعات معينة من العمال

14- الاتصال: يعتبر من الممارسات المعتادة لممارسي الصحة المهنية بالتواصل مع مصالح المراقبة وخاصة، الهيئة الاستشارية الطبية للتوظيف التابعة للصحة والسلامة والبيئة.

#### 4 - مقارنة الفينومينولوجيا (l'approche phénoménologique):

##### 4-1- تعريف الفينومينولوجيا:

يتكون مصطلح الفينومينولوجيا (Phénoménologie) من كلمة (phénomèn) أي "الظاهرة" وهي تعني ما يبدو، وكلمة (logie) أي علم وهو العلم بالمعنى الكلي. وهذا يعني علم الظواهر، وهذا التعريف اللغوي للمفهوم لا يتوقف عند الظواهر، بل يدل على البحث عما وراء الظواهر، لهذا أطلق عليه علم الظواهر، ويسمى في معظم البحوث الفلسفية باللغة العربية بالظاهرتية أو الظواهرية. (زهير بن كتفي، 2003، ص60)

أما بالنسبة للتعريف الفلسفي لمفهوم الفينومينولوجيا، أشار (I. Aubin-Auger & al., 2008) بأنها فهم ماهية تجربة الأفراد والظواهر. كما أوردت (L. O'Reilly & C. Cara, 2014) تعريف "هوسرل" (1970) والذي يعتبرها دراسة ظاهرة مثيرة للإهتمام بهدف وصفها وفهمها. وتعتبر هذه الفينومينولوجيا "ابستمولوجية" لأنها تهدف إلى وصف تفصيلي وبطريقة صارمة لبنية هذه الظاهرة.

ويدل معنى مصطلح الفينومينولوجيا (الظاهرتية Phénoménologie) على الدراسة الوصفية لمجموعة الظواهر كما تتجلى في الزمان أو المكان بالتعارض إما مع القوانين المجردة والثابتة لهذه الظواهر - وإما مع الحقائق المتعالية التي يمكنها أن تكون من تجلياتها - وإما مع النقد المعياري لمشروعيتها. (مخلف سيد أحمد، 2013، ص27).

ويسترسل (بن كتفي، 2003) في التعريف الفلسفي لمفهوم الفينومينولوجيا حيث يرى بأنها لا تركز في فهم صور الظواهر، بل هي تهدف إلى فهم ما وراء الأشياء الظاهرة، وهذا ما أورده عن "هوسرل" بأن الفينومينولوجيا وصف خالص لمجال محايد هو مجال الواقع المعيش (الواقع المعيش على صعيد الشعور) وما ينطوي عليه من ماهيات". من خلال هذا التعريف يستنتج بأن الشعور هو مفتاح الفهم وإدراك المعاني وبالتالي تجاوزت



الفينومولوجيا كل نزعة فلسفية تجعل من الظواهر موضوعات مستقلة عن الشعور. وأعدت موضوع الظاهرة إلى الشعور ذاته عن طريق الدراسة الوصفية للمعطيات والوقائع كما تبدو لهذا الشعور، أو كما تتحدد في نطاق المجرى الخالص للموقف المعيش كما هو للكشف عن مضمونه الماهوي. وفي نفس السياق يوضح (مخلوف، 2013) بأنّ السمة الفارقة للفينومينولوجيا هي أنها تحليل للماهية وبحث في نطاق اعتبار نظري محض وفي نطاق الغطاء بالنفس المطلق.

#### 4-2- نشأة الفينومينولوجيا:

يعد "إدموند هوسرل" (Edmund Husserl) (1859-1938)، الفيلسوف الألماني وعالم الرياضيات الأب المؤسس للحركة الفينومينولوجيا. إذ يعتبر "هوسرل" هذا العلم مستنبط من البراديجم الوضعي، الذي يهدف إلى الوصول للحقيقة الموضوعية أي التي يمكن قياسها، ويرفض الأسئلة الشمولية مثل تلك المتعلقة بمعنى الوجود الإنساني. وهذا ما قاد هوسرل إلى التفكير في النقطة التالية: "كيف يمكن للوجود الإنساني أن يكون له أي معنى، إذا كان العلم يدرك الحقيقة فقط؟" وهكذا حاول "هوسرل" تعميق الفهم بهذا العلم، فهو يرى بأنّها فلسفة توجه كل ما يسمى الفكر العلمي لأنّه يسمح بمراعاة علاقة الباحث بمشروعه البحثي، وبالتالي تعزيز الموضوعية العلمية، وعلم نفس يوفر طريقاً لاستكشاف البعد الروحي للوجود الإنساني. (O'Reilly, Cara, 2014, p.30)

ويرى (عبد القادر بوعرفة، 2018) بأنّ الفينومينولوجيا "لا تعد نظرية جديدة في المنهج والفلسفة بل هي مجرد تركيب متآلف لمجموعة من المناهج والنظريات، فالنموذج الديكارتي حضر بقوة من خلال تأملات "هوسرل" النقدية في كتابي ديكارت (تأملات) و(مقالة في الطريقة)، كما نلمس حضوراً للمنهج الماركسي ونوافث من المنهج الهيجلي وبعض المقاطع من المنهج الكانطي. مما جعل "هوسرل" مجرد مركب بارع". ولقد أوضح (Jan Patocka , 2002) بأنّ "هوسرل" قام بالتأسيس لهذا العلم على مبدأ الاختبار المنطقي والنمط الفكري لتلك الحقبة الزمنية، ألا وهو علم النفس التجريبي والذي قاده إلى التعرف ب "فرانز برينتانو" (Franz Brentano) في فيينا حيث أصبح على دراية بالعديد من الموضوعات التي أصبحت فيما بعد ضرورية لفلسفته. وهذا ما أكدّه (بوعرفة، 2018)

إذ "يعترف "هوسرل" بالفضل لعالم النفس "فرانز برينتانو" (1838-1916) في ميلاد المذهب الظواهرى (الفينومينولوجيا) من خلال أعماله حول الظواهر السيكولوجية وخاصة كتابه الشهير (كشف النفس)، والذي نبّهنا من خلاله إلى ضرورة فهم الظاهرة النفسية انطلاقاً من القصد.. وهو نفسه القائل: "الوعي هو دوماً وعي بعض الأشياء" ويمكن الجزم أنّ علم النفس هو الأرضية التي نبتت على أرضها الفينومينولوجيا".

وبالفعل لقد كتب "هوسرل" في عام 1901، في الطبعة الأولى من مؤلفه البحث المنطقي: "الفينومينولوجيا هي علم النفس الوصفي، لذلك، فإنّ نقد المعرفة هو في الأساس نفسي أو على الأقل يجب أن يبنى فقط على أساس علم النفس". ويمكن إضافة أنه للتمييز بين الدراسة الوصفية البحتة للتجارب المعاشة وبين البحوث النفسية الموجهة نحو التفسير التجريبي والوراثي، من الأفضل استخدام مصطلح "الفينومينولوجيا" بدلاً من علم النفس الوصفي، وبالرغم من ذلك تظل الحقيقة هي أن تعريف مشروع "هوسرل" كان أساسه نفسي لمنطق خالص. (Françoise Dastur, 2004, p.86).

#### 3-4- أهداف الفينومينولوجيا:

تهدف مقارنة الفينومينولوجيا حسب ( Marie Santiago-Delefosse, 2002 ) إلى إنشاء التجربة الواعية كما أنّها تهدف إلى البحث عن الحقيقة المعلنة الخارجية عن الموضوع بما أنّها مدركة ومعاشة في حركة ديناميكية يتم إعادة بناءها باستمرار من خلال الخطابات والأفعال.

ولهذا ترى ( O'Reilly & Cara, 2014 ) بأنّ الفينومينولوجيا منهجا وصفيا بما أنّها تساهم في فهم عميق للتجربة المدروسة. وهكذا تم تسمية الفينومينولوجيا لـ "هوسرل" "بالفينومينولوجيا المتعالية" بما أنّ هدفها النهائي يرمي إلى ظهور معنى (ماهية essence) خالص وشامل للظاهرة، أي ماهية تكشف الخطاب المشترك الناتج عن مجموع المقابلات التي تم تحليلها. وهذا ما أشار إليه (مخولوف، 2013) "فإنّ موضوع الفينومينولوجيا هو الماهية أي المضمون العقلي المثالي للظواهر، الذي يُدرك في إدراك مباشر، هو رؤية الماهيات".

ويؤكد (Quentin Letesson, 2009) بأنّ الفينومينولوجيا تهدف بصفة عامة إلى وصف طبيعة التجربة الإنسانية، وسيما الطريقة التي يُفهم بها العالم المادي من خلال مشاركتنا فيه. في محاولة للخروج من ازدواجية العقلانية للفاعل والموضوع على الرغم من أهميته بالنسبة للوعي من منظور الفاعل، فإنّ الفينومينولوجيا ترفع لصالح فكرة الارتباط الجسدي مع العالم المادي وتشكيل الوجود.

#### 4-4 - أهم مفاهيم الفينومينولوجيا:

- **الظاهرة:** " ويفهم من الظاهرة ما يتراءى للوعي أو ما هو مُدرك، ومرئي في المستوى الطبيعي أو في المستوى النفسي على السواء "الظواهر البيولوجية" أو الظواهر العاطفية". تقال كذلك بالمعنى الأوسع على كل الوقائع الملحوظة التي تُشكل مادة العلوم. "(مخوف، 2013، ص.27).

ويُمثل مصطلح "الظاهرة" حسب (A. Bachelor, P. Joshi, 1986) بكل بساطة التعبير عن فعل الوعي، كما يختبره الفرد ويكتشفه بكل معانيه وبالتالي فإنّ موضوع اهتمام علم النفس الظاهري هو تجربة الفرد كما هي بشكل جذري وفوري. أما (Santiago-Delefosse, 2002) فتري أنّ مفهوم الظاهرة لا يُعبر عن الموضوع المحسوس الذي يكون معزولاً عن العالم المُدرك، بل هو بناء مشترك بين الظاهرة و"الوعي"، ولا يمكن التعامل مع وصف المشاعر والإنطباعات والتجارب في مقابلة بطريقة ذاتية مثل "التجربة الشخصية"، بل يجب معالجتها من خلال مراعاة العالم الموضوعي، ولكن أيضاً من خلال دمج التعديل الذي تم إجراؤه من قبل الباحث في سياق الاجتماع. بالنسبة للفينومينولوجيا، يُعتبر مفهوم "الظاهرة" مصطلح عام يشير إلى التخوف الذي يظهره الفرد للأشياء والأحداث الموجودة في العالم. عندما يشرح الفرد "الظاهرة" (في الخطاب على سبيل المثال)، يجد نفسه منقاداً إلى التعبير عن الأشياء (مثل التصورات، والذكريات، والصور، والإدراك، وما إلى ذلك) من خلال ربطها بالمعنى وإبرازه.

- **الوعي (conscience):** ترى كل من (O'Reilly & Cara, 2014) بأنّ الوعي هو ضروري بقدر ما هو "وسيلة للوصول إلى كل ما يعيشه الفرد في التجربة، لأنّه لا يوجد

شيء يمكن أن يقال أو يتعلق بالفرد لا يشمل ضمنا الوعي ". وبالتالي، فإنه بفضل طبيعة الوعي الذاتية ، يمكن له أن يساهم في تقديم معنى للتجربة المعاشة.

لقد أورد (Denis Seron, 2015) تعريف "برنتانو" (Brentano) للوعي بأنه كل ظاهرة نفسية بقدر ما تتضمن من محتوى. في حين أشار (Jean de climent, 2019) إلى أن "هوسرل" يعتبره وعي بالماهية، وأن التفكير يتمثل في إدراك ماهية الظواهر. وفي كتابه الشهير "البحث المنطقي الخامس" (C. Serban, 2012) أكد "هوسرل" على ضرورة تمييز ثلاثة معاني للوعي وهي: الوعي بالتجارب ككل (أو تدفق التجارب)، والوعي كإدراك داخلي للمعاش النفسي بحد ذاته، وأخيرا الوعي بمعنى التجارب المقصودة (أي الوعي المقصود). وترى (Santiago-Delefosse, 2002) أن فعل الوعي في الفينومينولوجيا، يتضمن بعدان: الطاقة القصدية بحد ذاتها والفعل نفسه (الخيال ، الحكم ، النقد ، الذكريات، إلخ).

**-القصدية (Intentionnalité):** إنَّ القصدية هي وصف يطلقه "برنتانو" على جميع الأفعال العقلية أو الذهنية التي يتجه الوعي بها نحو شيء ما، بطريقة أو بأخرى، أو هي وصف للأفعال العقلية والوجدانية التي تتوسط بيننا وبين الأشياء. و"برنتانو" هو أول من أدخل تعبير "القصدية" إلى الفكر الحديث، بقصد التمييز بين الظاهرة الطبيعية والظاهرة النفسية، فانتهى إلى اعتبارها الصفة الأساسية التي تميّز الظواهر النفسية". (مخلوف، 2013، ص.105). وتطلق عليها (Santiago-Delefosse, 2002) مفهوم قصدية الوعي (L'intentionnalité de la conscience) إذ تفترض الفينومينولوجيا أولوية الوعي كحلقة مميزة للتعبير عن الوجود ، لأنه لا يمكن فعل شيء دون "قصد أو نية" كما لا يمكن إختزال إفتراض قصدية الوعي في إدراك واضح لأفعال الفرد، ولكنه يشير إلى أن أي فعل يكون ناتجا عن الرغبة في المعنى، وبالتالي فإنَّ الوعي ليس مجموعة من الحقائق النفسية (كما هو الحال في علم النفس الكلاسيكي)، وإنما هو هدف موضوع، فالقصدية ذات معنى شامل. ويعرف (D . Seron, 2017) القصدية بأنها خاصية معينة للحالة العقلية بحكم أن الأمر يتعلق بموضوع أشياء معينة، كما أنه يعتبر القصدية والوعي

مفهومان أساسيان في فلسفة العقل، بحيث يُنظر إلى العقل في الأساس، على أنه شيء يمثل العالم ولديه تجارب ذاتية.

- **الحدس (Intuition):** يعتبر "هوسرل" الحدس بأنه إنصات إلى الأشياء ذاتها بالعودة إليها. (مخلوف، 2013، ص.93) ويدعى أيضا بالحدس الفئوي (L'intuition catégoriale) إذ تؤكد (Santiago-Delefosse, 2002) بأن الفينومينولوجيا لا تتبنى مقاربة مختزلة، فهي تنطلق من الدراما الإنسانية، المعقدة والمربكة والشاملة. بالنسبة إلى "هوسرل"، تُعتبر هذه المقاربة عبارة عن فئات من "الحدس" بالمعنى الفينومينولوجي. ويسمح الحدس الفئوي بإضفاء الشرعية على الحقائق المنطقية (إذ يمكن التأكيد بأن هذا "هو" أو "ليس هو"). ويؤثر الحدس حسب (O'Reilly & Cara, 2014)، على طريقة الباحث في وصف التجربة اليومية كما يعيشها المشاركون، إنطلاقاً من عقل متفتح واستخدام وسائط متعددة للوعي. إذ يسمح الإنفتاح من وجهة نظر "هوسرل" بتجاوز التجربة الجسدية الفورية. وهكذا، فمن بين أنماط الوعي المختلفة، بالإضافة إلى الحواس الجسدية الخمسة، يعتبر الحدس الفئوي والخيال والتوقع والذاكرة والمشاعر كأمتثلة على وعي أوسع يمكن إشراكه لوصف التجربة.

- **الرد الفينومينولوجي (Réduction):** "يشير مصطلح الرد الفينومينولوجي الذي تقوم به الذات حين وضع العالم بين قوسين وهي خبرة قبلية تحدد مبدأ القصدية، إذ تظل الفينومينولوجيا من هذه الناحية "قبلية" على أساس أنها تجعل من الذات العارفة سابقة على هذا العالم، وهو ما يجعل امتلاكنا للخبرة قبلية" (مخلوف، 2013، ص.31). وتفسر (O'Reilly & Cara, 2014) بأن الرد الفينومينولوجي يتكون من اتجاهين، الإبوكية (le bracketing) والرد الماهوي (réduction eidétique). بالنسبة إلى "هوسرل"، يشير مصطلح الإبوكية (le bracketing) إلى المصطلح اليوناني «*epochè*» والذي يعني قيام الباحث بوضع ما بين قوسين كل من قيمه ومعتقداته وأحكامه ومعرفته النظرية المتعلقة بالظاهرة قيد الدراسة. وعلى نفس المنوال، يذكر "جيورجي" (Giorgi) في سنة 1997، "أنه من الضروري أن نضع جانباً أو أن نحد من تأثير أي معرفة سابقة تتعلق بالظاهرة قيد الدراسة". ويسمى الإتجاه الثاني للرد الفينومينولوجي هو الرد الماهوي (la réduction eidétique)، وهو يتوافق مع عملية تجريد تتطلب تنحية الحقائق الخاصة أو الفردية

للسهادات جانباً من أجل الميل نحو ما هو عام (الخطاب المشترك للمقابلات). وتوضح (Catherine Meyor, 2007) بأنّ الردّ الفينومينولوجي والطرق القصديّة تعدّ خاصية المنهج الفينومينولوجي لـ "هوسرل"، والتي أصبحت فيما بعد مبدأ لكل أنواع المناهج الفينومينولوجية، وهكذا فإنّ انتشار الردّ وتنفيذه يعني عودة المنهجية إلى الذاتية لوصف حركتها ووصف الأساليب القصديّة التي يرتبط بها العالم وبالتالي تعتبر الطريقة الفينومينولوجية مهناً وصفاً، مدفوع بالأمر "العودة إلى الأشياء ذاتها".

#### 4-5- الفينومينولوجيا كمنهج بحث في علم النفس:

تحتل الفينومينولوجيا حسب (Françoise Crasnier , 2012) مكاناً مهماً بشكل متزايد في مجال العلاج النفسي الإنساني وفي مجال البحوث في العلوم الإنسانية، إذ أنّ تطور هذا العلم يهدف إلى أن تصبح أكثر عملية، حيث لا يمكن تجربة الأشياء والمشاعر إلا من الداخل. وأصبح للفينومينولوجيا أهمية خاصة في مقاربات البحوث الكيفية، إذ أنّ معظم هذه المناهج تستخدم عناصر الفينومينولوجيا (Santiago-Delefosse, 2002 , p.46). "وتُعتبر العلوم الإنسانية المستفيد الأكبر من الفينومينولوجيا من حيث المنهج، وكذا من حيث البنية، فالعلوم الإنسانية ترتبط بالمقاصد الشعورية مما يجعل الذات العارفة في مازق إدراك ووصف طبيعة الشيء وماهيته". (بوعرفة، 2018، ص.229). وتشير فينومينولوجيا حسب "هوسرل" إلى منهج جديد في التحليل النظري يهدف إلى إقامة نظام سيكولوجي أولي يكون بمثابة ركيزة أساسية لإنشاء علم نفس تجريبي من جهة ولوضع فلسفة كلية شاملة تكون بمثابة معيار لفحص منهجي لسائر العلوم من جهة أخرى. (طاهر حسو زيباري، 2016، ص.351)

ويعدّ المنهج الفينومينولوجي من وجهة نظر (Bachelor & Joshi, 1986) أحد المناهج الأكثر نسقية وصرامة إذ أنه يدرس الظواهر انطلاقاً من تجارب الأفراد الواعية. لذلك فإنّ النهج الفينومينولوجي يحدد الإنضباط الذي يسعى، من خلال التقنيات الوصفية بشكل أساسي، إلى توضيح جوهر التجربة أو هيكلها أو شكلها والسلوك الإنساني، من خلال القضاء على أيّ افتراض مقدس فلسفي وثقافي قدر الإمكان. ويشكل هذا الهدف الماهوي معياراً تفاضلياً كبيراً مقارنةً بالمناهج النفسية الأخرى، بما في ذلك المقاربات النوعية.

ويوضح (زيباري، 2016) بأنّ المنهج الفينومينولوجي ليس منهاجاً إستدلالياً ولا منهاجاً استقرائياً ولا حتى منهاجاً تجريبياً فهو لا يسعى إلى تتبع الجزئيات للوصول إلى أحكام كلية أو قوانين تحدد العلاقات، كما أنه لا يسعى إلى تفسير الأشياء أو اكتشاف العلاقات السببية بينها، وإنما يهدف إلى الكشف عن حقيقة الأشياء نفسها. فالمناهج الكيفية من وجهة نظر (Yasuhiko Murakami, 2015) تأخذ بعين الاعتبار الأزمات الوجودية مثل لحظات الإضطراب والتي تقود العديد من الباحثين إلى الإهتمام بفينومينولوجيا المعاش أو التجربة كإطار مرجعي إرشادي لدراسة التجربة الجسدية في الصحة وفي المرض. كما درس بعض الباحثين في هذا المنهج الكيفي فينومينولوجيا الألم، وفينومينولوجيا التعب أو القلق (إذ يختلف عملهم اختلافاً كبيراً عن علم نفس الصحة الكلاسيكي، لأنهم يفضلون منهجية مختلفة تماماً، فهم مهتمون بالفهم الفينومينولوجي للفرد والسمات المميزة بين الأفراد. ويوضح (الزيباري، 2016) بأنّ المنهج الفينومينولوجي ومن خلال الفهم يسمح للفرد بأنّ يصف واقعه النفسي وذلك بتقديم خبراته المباشرة أثناء سرد سيرته الشخصية، ويصبح الفهم عملية ضرورية في حياة الأفراد لأنه العمل الطبيعي الذي يهدف إلى معرفة الواقع السيكلوجي وسبر غور الآخرين . ويوضح (Murakami, 2015) بأنّ الفينومينولوجيا تهتم بكل تجارب الوعي وذلك بالتطرق إلى محتوى التجارب باستخدام الملاحظة وتوسيع لوصف البنيات التي تميّز الطريقة التي تقدم بها المواضيع للعالم البشري، حيث يحث على التخلي عن التأمل البسيط: فالشعور لا يدل على أي شيء جديد، بل يجب التفكير في معنى التجربة الشعورية. وتسترسل (Crasnier, 2012) في شرح منهج الفينومينولوجيا الذي يستند حسب أعمال "هوسرل" إلى مفهوم "القصدية" الذي يؤكد "أن الوعي دائماً ما يكون وعياً لشيء ما"، وهو يحاول إدراك "الظواهر ببساطة وبالتعبير الصحيح"، فالمنهج المطلوب هو "بسيط ووصفي". لذلك يتم توجيه الإهتمام إلى تجربة الشخص من خلال ذاتيته بدلاً من توقعات البيئة (التشخيص، والتكهن، والتوجيه)، ويتمثل الجهد في تجنب التفسير الذي لا أساس له على الإطلاق في التبادلات اللفظية وغير اللفظية في الإنتاجات المساعدة والخط التوجيهي هو التجربة المعاشة في العلاقات الشخصية لتحقيق التنمية الشخصية، لهذا تعتبر النظرة الفينومينولوجية أداة مميزة للأخصائيين النفسانيين.

لقد أظهرت البحوث الكيفية التي تم إجراؤها باستخدام المنهج الفينومينولوجي في مجال عمل الممرضات أنّ لكل ممرضة ممارسة ذات بنية فريدة وغير قابلة للاختزال. يجب على كل ممرضة تطوير أسلوب ممارسة خاص بها في الحالات لمختلفة أو الطارئة أو تلك التي هي معتادة عليها، مع سياقاتها المتشابكة. يعتمد هذا الأسلوب على عدة عوامل: خصوصية كل مصلحة طبية، وعادات كل مستشفى، والمرضى، والزملاء، وقصة حياة كل ممرضة منذ الولادة وما إلى ذلك، لهذا ونظرًا لوجود العديد من العوامل الدائمة والمتشابكة في وقت واحد، فمن المستحيل اقتراح نظرية عالمية للفعل البشري. (Murakami, 2015 , p.249)



## الفصل الثالث: مفهوم الشخصية

تمهيد

- 1- مفهوم الشخصية
- 2- بعض التعاريف الخاصة بالشخصية
- 3- نظريات الشخصية
- 4- سمات الشخصية
- 5- سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى

**تمهيد:** سوف نستعرض في هذا الفصل مفهوم الشخصية بالتفصيل بما أنه يمثل المتغير المستقل في هذه الدراسة، وبإعتباره من أهم موضوعات علم النفس العام، لقد أصبحت الشخصية تشكل علماً قائماً بحد ذاته وذلك بظهور نظريات كثيرة تدرس الشخصية من وجهة نظر مقاربات وتيارات مختلفة، كما سوف نتطرق إلى النظريات الخاصة بسمات الشخصية وخاصة نشأة نموذج العوامل الخمسة الكبرى وأدوات تقييمه وأهميته في ميدان العمل.

## 1- مفهوم الشخصية:

يتسائل عموم الأفراد بصفة عامة حسب ( Cervone, D., & L. A. Pervin , 2013 ) عن معنى الشخصية: كيف يبدو صديقي حقاً؟ ما الذي يعجبني فيه حقاً؟ هل يمكن للناس تغيير شخصياتهم؟ - وإذا كان الأمر كذلك ، كيف؟ هل هناك طبيعة إنسانية أساسية؟، وإذا كان الأمر كذلك، فما هي؟ طرح هذه الأسئلة ليس بالأمر الصعب. ولتقديم إجابات قوية وموثوقة علمياً، يحاول علماء النفس تقديم هذه الإجابات من خلال البحث في مجال علم النفس الشخصية. وتتشابه أسئلة علماء النفس عن الشخصية مع الأسئلة التي يطرحها عامة الناس ومع ذلك، هناك إختلافات كبيرة بين التفكير اليومي غير الرسمي لمعظم الناس حول الشخصية والنظريات العلمية الرسمية التي وضعها علماء النفس الشخصية. ويتمثل الإختلاف في استخدام كلمة شخصية، في أنّ عامة الناس يستخدمون المصطلح غالباً لتمثيل حكم القيمة: فأنت تحب شخصاً له شخصية "جيدة" على سبيل المثال. في هذا الاستخدام العرضي، تعني كلمة الشخصية شيئاً ما مثل "الكاريزما"، ومع ذلك، يستخدم علماء الشخصية الكلمة بشكل مختلف، فالأخصائي النفسي لا يحاول تقديم أحكام قيمة حول مدى طبيعة شخصية الأفراد بل يسعى إلى تطوير البحوث الموضوعية عن الأفراد. يستخدم علماء الشخصية تعاريف مختلفة لكلمة "شخصية" وتعكس هذه الاختلافات تعدد النظريات التي تناولت مفهوم الشخصية.

فالشخصية مصطلح مجرد يرمز إلى أنماط السلوك الثابتة والمميّزة التي يتصرف بها الشخص بالنسبة لموقف الحياة. ويمكن للملاحظ أن يرى شخصاً يتصرف في موقف معيّن وفي ضوء الملاحظة الطويلة، يستطيع أن يلاحظ اتساق في أنماط السلوك التي يتصرف بها

الفرد، وهذا الإتساق في أنماط التصرف تسمى بالسمات.(كامل محمد عويضة، 1996، ص. 08).

أما المفهوم اللغوي لكلمة الشخصية في اللغة العربية فيأتي من "شخص" وقد جاء تعريف كلمة شخصية في معجم لسان العرب على أنها تعني جماعة شخص الإنسان وغيره، وهو كذلك سواء الإنسان تراه من بعيد، كل شيء رأيت جسمانه فقد رأيت شخصه. (نازك قطيشات، أمل التل، 2009، ص.55).

ويعود أصل مصطلح الشخصية (Personality) إلى الكلمة اليونانية (personae) والتي تشير إلى الأقنعة التي كان يرتديها الممثلون في المسرحيات اليونانية القديمة، إذ ما غالبا كان هناك أدورا أكثر من عدد الممثلين في المسرحية. وهكذا، كان يغير الممثلين الأقنعة لكي يعرف الجمهور بأنهم يقومون بأدوار مختلفة. (Barbara Engler, 2009, p.02)

## 2- بعض التعاريف الخاصة بالشخصية:

لقد تم تعريف الشخصية من طرف الكثير من الباحثين وذلك كل حسب التيار أو النظرية العلمية التي ينتمي إليها ونذكر فما يلي بعض التعاريف التي أوردها (Carducci, B.J., 2009):  
- تعريف "كاتل" (Cattell) في سنة 1950: الشخصية هي ما تسمح بالتنبؤ بما سيفعله الفرد في حالة معينة.

- تعريف "ماك ليلاند" (McClelland) في سنة 1959: الشخصية تتمثل في كل التصورات الأكثر ملاءمة لسلوك الفرد بكل تفاصيله.  
- تعريف "جيلفورد" (Guilford) في سنة 1959: الشخصية هي النموذج الفريد لسمات الفرد.

- تعريف "ألپورت" (Allport) في سنة 1961: الشخصية هي التنظيم الديناميكي للأنظمة النفسية للفرد والتي تحدد خصائص سلوكه وتفكيره.

- تعريف "ولتر ميشيل" (Walter Mischel) في سنة 1998: الشخصية هي السلوك المميز (بما في ذلك الأفكار كوجدان ، أي المشاعر والإنفعالات والأفعال) الخاص بكل فرد بطريقة دائمة.

- تعريف "بارفان وجون" ( Pervin & John ) في سنة 2001: تمثل الشخصية خصائص الفرد التي تفسر أنماط المتسقة للشعور والتفكير والسلوك.
- تعريف "فاندر" ( D. C. Funder ) في سنة 2001: تشير الشخصية إلى أنماط التفكير والإنفعالات والسلوك الخاصة بالفرد والآليات النفسية الناتجة عن هذه الأنماط.
- تعريف "فيجيريدو" وآخرون ( Figueredo & al ) في سنة 2005 : تصنف سمات الشخصية وفقاً للمشاكل التكيفية التي صممت لحلها وتتطور السمات وفقاً للمشاكل التكيفية التي واجهها الفرد خلال فترة النمو.
- وتعرف (قطيشات، التل، 2009) الشخصية بأنها مجموعة من الصفات الجسدية والنفسية سواء كانت موروثية أو مكتسبة والعادات والتقاليد والقيم والعواطف متفاعلة كما يدركها الآخرون من خلال التعامل في الحياة الإجتماعية.

### 3- نظريات الشخصية:

تعتمد نظرية الشخصية حسب (M. Hansenne, 2018) من حيث المبدأ على الملاحظة الدقيقة للسلوك والحالات النفسية المختلفة، والنظرية هي مجموعة من المبادئ والقواعد المرتبطة بظواهر مختلفة، لها هدفين رئيسيين، يتمثل الهدف الأول في شرح الظاهرة المدروسة، أما الهدف الثاني فهو التنبؤ بمعلومات جديدة. وهكذا، فإنّ نظرية الشخصية تسمح بالفعل بالتنبؤ بطرق تصرف الفرد في المواقف المختلفة. وتمر النظرية بأربع مراحل أساسية هي الملاحظة والتعميم والتحقق من التعميم وبناء النظرية.

### 3-1- نظرية التحليل النفسي:

لعب فرويد دوراً مهماً في تطوير الدراسة العلمية للشخصية وذلك من خلال إنشاء وتطوير نظرية للشخصية نفسية بحثة تركز على التحليل المنهجي للتجربة الحية والتنمية الفردية، وذلك بإقتراح أساليب بحث جديدة (التداعي الحر وتفسير الأحلام، والإسترخاء وزلات اللسان)، وتوفير بيانات الملاحظة والفرضيات الجديدة التي تشكل نقطة إنطلاق لسلسلة كبيرة من البحوث. وتعتبر نظرية التحليل النفسي لا نظير لها من حيث مجموعة متنوعة من الظواهر النفسية التي يمكن أنّ تعالجها والطريقة التي يُنظر بها إلى دور العمليات النفسية للفرد. (W. Huber, 1977, p.204)

وتؤكد (Karen Huffman, 2007) على تأثير اللاشعور في النهج التحليلي للشخصية ويبدو أنّ للعقل البشري ثلاثة مستويات (الشعور، تحت الشعور، واللاشعور) أما الشخصية فتتكون من ثلاثة بنيات مميزة هي (الهو، الأنا والأنا الأعلى). ويسعى الأنا إلى الإستجابة لمطالب الهو والأنا الأعلى. عندما تكون هذه المطالب متناقضة، فإنّ الأنا يستدعي آليات الدفاع للحد من القلق الناتج عن هذه التناقضات. والشخصية المتوازنة السليمة حسب (مصطفى عشوي، 2002) هي الشخصية التي تستطيع تحقيق التوازن بين متطلبات هذه البنيات المختلفة والمتناقضة في حاجاتها ومتطلباتها. وما يميّز هذه النظرية أنّ فرويد يعتبر "اللاشعور" أكثر أهمية من "الشعور" من حيث الحجم (الكتلة) ومن حيث التأثير.

ويؤكد منتقدو نظرية التحليل النفسي ل "فرويد" على إستحالة التحقق من صحة مفاهيم التحليل النفسي كما أنّ النهج يقدم أهمية مبالغ فيها للمحددات البيولوجية ولتأثير اللاشعور، ولا يستند بشكل كافٍ على الحقائق التجريبية، وهي نظرية متحيزة لأثر الجنس على تكوين الشخصية مع تجاهلها للمعطيات الثقافية. (Huffman, 2007, p.25)

ولقد لقيت نظرية الشخصية ل "فرويد" معارضة حتى من طرف تلامذته والذين أنشأوا التيار الحديث للتحليل النفسي وهم حسب (R. B. Ewen, 1998) كل من "كارل يونغ" (Carl Jung)، "ألفريد أدلر" (Alfred Adler)، "كارين هورني" (Karen Horny)، "أريخ فروم" (Erich Fromm)، "هاري سوليفان" (Harry S. Sullivan)، "إريك إريكسون" (Erik Erikson) و"هنري موراي" (Henry Murray). ولقد ركّز هؤلاء الباحثين حسب (عشوي، 2002) على دور وتأثير الثقافة والمجتمع والمحيط بصفة عامة في تحديد سلوك الفرد ولهذا فإنّ للشعور من وجهة نظرهم، الدور الأكبر في توجيه السلوك على العكس من نظرية "فرويد" والتي تعتبر أنّ اللاشعور هو الذي يؤثر بصفة أساسية في سلوك الفرد. ولقد أورد (Ewen, 1998) أنّ "يونج" مثل "فرويد" إعتبر أنّ عمليات اللاشعور مهمة للغاية ومع ذلك، فقد ركّز بدرجة أقل على النشاط الجنسي كحافز إنساني وقدم قائمة أوسع من الغرائز، بما في ذلك غرائز التغذية والقوة والإبداع والتفرد. ويشدد "يونج" على أنّ الأفراد لا يتأثرون فقط بالأحداث الماضية، ولكن أيضاً بأهدافهم وخططهم المستقبلية وتخلي عن بنية الشخصية الفرويدية والتي تتكون من الهو والأنا والأنا الأعلى.

ويوضح (عشوي، 2002) بأنّ "يونغ" إهتم بمفهوم جديد وهو "الشعور الجمعي" وتأثيره على السلوك فيما إهتم "أدلر" بالفروق الفردية بين الأشخاص وتأثير عقدة النقص في السلوك. وبصفة عامة لقد إهتم هذا التيار الجديد بدور الشعور ودور الأنا الذي إستقل عن الهو والأنا الأعلى في توجيه السلوك وكذلك أهمية العوامل الثقافية والإجتماعية في التأثير على السلوك الفردي والجماعي.

ويوضح (Ewen, 1998) بأنّه على الرغم من الإختلافات الكبيرة بين بناء نظرية التحليل النفسي الجديدة ونظرية التحليل النفسي الخاصة بـ"فرويد"، فإنّ العديد من علماء النفس الحديث يخالفون كلا النظريتين لأنّهم يفضلون التركيز على الجوانب الأكثر وضوحاً والتي يُمكن ملاحظتها وإخضاعها للبحوث التجريبية، ولذا هم يَعتبرون نظرية فرويد ونظرية معارضية متشابهتين تماماً لأنّ كليهما تؤكدان على أهمية عملية اللاشعور.

### 3-2- النظرية الإنسانية:

غالبا ما توصف النظرية الإنسانية للشخصية بالتصور الفينومينولوجي. هذا يعني أنّ الشخصية تتكون من الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى العالم ويفسره بها. هذا التصور للواقع هو الذي يوجه السلوك، وليس سمات الشخصية، أو الدوافع اللاشعورية، أو المكافآت والعقاب. وتركز النظريات الإنسانية على الأنشطة الداخلية والأفكار والمشاعر التي ينشأ منها مفهوم الفرد عن الذات. ولقد أكّد "كارل روجرز" (Carl Rogers) على مفاهيم احترام الذات ونظرة التقدير الإيجابي للآخر غير المشروطة، فيما أكّد "أبراهام ماسلو" (Abraham Maslow) على إمكانيات تحقيق الذات. (Huffman, 2007, p.32)

ولقد أورد (Ewen, 1998) بأنّ " روجرز" كان متفائلاً جداً بالطبيعة البشرية، وإعتقد بأنّ الأفراد مدفوعون بقوة إيجابية واحدة فقط، والتي تعتبر ميل فطري لتطوير قدراتهم البناءة والصحية وتمثّل هذه القوة في تحقيق الذات، إذ كان " روجرز" أول منظري الشخصية الذي ركّز على الذات، والتي تحولت إلى بنية مهمة تمت دراستها على نطاق واسع.

وعلى عكس معظم منظري الشخصية، كرس "أبراهام ماسلو" اهتمامه بشكل أساسي لدراسة الأفراد الذين يمتلكون قدرات تكيف جيدة. ويعتبر "ماسلو" أنّ النظريات القائمة

كليا على البيانات السريرية لا يمكن إلا أن تنتج حقائق جزئية عن الشخصية الإنسانية. لذلك قام بدراسته على عدد قليل من الأفراد والذين وصلوا حسبه إلى أعلى مستوى من التكيف (تحقيق الذات).

لقد إنتقدت المقاربة الإنسانية للشخصية حسب (Huffman, 2007) من طرف عدة باحثين باعتبارها نظرية تستند إلى فرضيات ساذجة وغير قابلة للتحقق بطرق علمية، ولا تدعمها بيانات تجريبية.

### 3-4- النظرية السلوكية:

لقد حاول معظم الباحثين في الشخصية شرح السلوك الإنساني من حيث الأسباب الداخلية: الغرائز، الأنماط، مركب النقص، السمات، الإحتياجات، لكن صحة هذه الدوافع داخل النفس لم تلقى الإجماع، ففي نفس الفترة التي قدم "فرويد" بناء الشخصية القائم على الهو والأنا والأنا الأعلى، إنتقد عالم النفس الأمريكي الشهير جون واتسون ( John B. Watson) هذه النظرية من خلال إثبات أنّ الرهاب (الخوف غير العقلاني من كائن أو من موقف غير خطير)، يمكن أن يكون بسبب قوى خارجية. لقد تأثر "واتسون" بشكل إيجابي بعمل "إيفان بافلوف" (Ivan Pavlov)، وخلص "واتسون" بالتالي إلى عدم إمكانية ربط علم النفس المرضي بسبب داخلي، مثل عقدة أوديب التي لم تتم تسويتها أو الصراع بين الهو والأنا. لهذا اقترح "واطسون" بضرورة إعادة تعريف علم النفس بإعتباره دراسة السلوك الذي يمكن ملاحظته. (Ewen, 1998, p.26)

إنطلاقا من دراسة "واتسون" ظهرت عدة نظريات للشخصية ضمن المقاربة السلوكية أو المعرفية وهذا ما أشار إليه ( Wayne Weiten, 2014 ) حيث يرى "سكينر" (Skinner) وأتباعه أنّ الشخصية هي مجموعة من أنماط الإستجابة حسب المحفزات المختلفة، فهم يفترضون أنّ تنمية الشخصية هي عملية تستمر مدى الحياة يتم فيها التحكم في أنماط الإستجابة من خلال التعلم، خاصة التكيف الإشرطي.

وتركز نظرية "باندورا" (Bandura) المعرفية الإجتماعية على مساهمة التعلم بالملاحظة في تحديد أنماط السلوك المميزة للفرد، إذ تم ربط الفعالية الذاتية المرتفعة بعدة عوامل مثل

الأنظمة الصحية الفعّالة والنجاح الأكاديمي والأداء الرياضي العالي وتقليل من التعرض للقلق والإكتئاب والغيرة.

وضمن المقاربة السلوكية، شكك "ميشيل" (Mischel) في درجة اتساق السلوك في المواقف، ولهذا زادت حجج "ميشيل" من إدراك محددات السلوك الظرفية. وتجدر الإشارة إلى أن المقاربات السلوكية للشخصية تعتمد على بحوث دقيقة كما أنها قدّمت الكثير من المعلومات حول مساهمة العوامل البيئية في بناء الشخصية.

وككل نظرية واجهت المقاربة السلوكية للشخصية انتقادات كثيرة وذلك حسب (عشوي، 2010) هي نظرية جزئية تركز على تأثير التعلم والمحيط في تحديد السلوك متجاهلة بذلك العوامل الذهنية وتأثير الهرمونات في بنية الشخصية، كما أنّها نظرية تهمل الجانب الإبداعي والإرادة والتي يمكنهما تغيير السلوك وتوجهه بغض النظر عن المنبهات الخارجية والبيئية.

### 3-5- النظرية البيولوجية:

بينما يرى منظرو المقاربة المعرفية للشخصية، أنّ معتقدات الفرد وتوقعاته هي أساس بناء شخصيته، فإنّ النظريات البيولوجية تركز على الدماغ والكيمياء العصبية وعلم الوراثة. وتشكل الدراسات على سمات معينة، مثل المشاعر القوية والإنبساط، أساساً قوياً للنهج البيولوجي. (Huffman, 2009, p.38)

إعتبر "أيزنك" حسب (Weiten, 2014) أنّ بنية الشخصية هي عبارة عن سلسلة هرمية من السمات. وهو يعتقد بأنّ الوراثة تؤثر على الفروق الفردية. وكشفت الدراسات الخاصة بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي أجريت على التوائم أنّ هناك تشابه في الشخصية لدى التوائم المتماثلة أكثر من التوائم الغير متماثلة، مما يشير إلى أنّ الشخصية تعتبر موروثة جزئياً، إذ يمثل دور الوراثة في تكوين الشخصية حوالي 50 %، وأشارت البحوث الحديثة في علم الوراثة السلوكية إلى أنّ البيئة العائلية المشتركة لها تأثير ضعيف في بناء الشخصية. لقد جمع الباحثون أدلة مقنعة على أنّ للعوامل الوراثية تأثيراً كبيراً على الشخصية.



#### 4- سمات الشخصية:

قد تكون فكرة سمات الشخصية قديمة قدم اللّغة البشرية نفسها، فلقد ألف "أرسطو" (Aristote) (322-384 قبل الميلاد) كتاب الأخلاق في القرن الرابع قبل الميلاد، حيث اعتبر أنّ تصرفات مثل الغرور والتواضع والجبن هي عوامل محددة للسلوك الأخلاقي وغير الأخلاقي، كما وصف الفروق الفردية في هذه التصرفات، وغالبًا ما يشير إلى المستويات المرتفعة والمنخفضة والمتوسط لكل منها. كما وضع طالبه "ثيوفراستوس" (Théophraste) (287-371 قبل الميلاد) مؤلفا يصف فيه ثلاثون شخصية أو أنماطا للشخصية، لاحظ أحد المترجمين أنّ عنوان كتاب " ثيوفراستوس" كان من الأفضل أن يكون "السمات" والفكرة الرئيسية لهذا العمل تكمن في أنّ السمات الفردية الجيدة أو السيئة للشخصية يمكن عزلها ودراستها بشكل منفصل. وفي العصر الحديث حدد كل من (Allport and Odbert 1936) ما يقرب من 18000 المصطلح باللغة الإنجليزية المتعلق بالشخصية، إذ يمكن حسبهما أنّ يكون للأسماء والعبارات وحتى الأفعال دلالة عن الشخصية. (Matthews, G., Deary, I.J., Whiteman, M.C, 2009, p.03).

والمقصود بالسمة هو أي خاصية يختلف فيها الناس أو تتباين من فرد إلى آخر، ويأتي تحديد السمة عادة من ملاحظة السلوك (مثل هذا الشخص عدواني)، مع أنّ ملاحظة السلوك يستخدم في تحديد السمة ولكن السمات لا تفسر السلوك في الظروف المختلفة. (رائد يوسف الحاج، 2008، ص85).

#### 4-1- تعريف السمة:

تُعرف السمة لغة بالصفة أو الخصلة أو العلامة المميزة. ( أحمد محمد عبد الخالق، 2016، ص73)، أما المعنى اللغوي "لمفهوم السمة بكسر السين وفتح الميم من الفعل وسم والوسم هو أثر الكي، وقد وسمه وسمًا وسمَةً إذا أثر فيه بسمة وكي، وفي الحديث أنه كان يسم إبل الصدقة أي يُعلم عليها بالكي، وإتسم الرجل إذا جعل لنفسه سمة يُعرف بها، وفي القرآن الكريم "سنسمه على الخرطوم" أي سوف نجعل له علامة في أنفه يعرف بها، وتوسم فيه الشيء تخيله يقال توسمت في فلان خيرا أي رأيت فيه أثرا منه وعرفت فيه سمة

وعلامته، فالسمة في اللغة تعني العلامة التي تميّز الشيء عن غيره". (إيهاب محمد مليحة، 2010، ص33).

وحسب (R. Mc Crae & P. Costa, 2008) تمت دراسة السمات بشكل رسمي من قبل علماء النفس بداية من "فرانسيس غالتون" (Francis Galton) إلى "جوردون أولبورت" (Gordon Allport) إلى "هانز إيسنك" (Hans Eysenk). وعلى الرغم من الاختلافات النظرية، يبدو أنّ المتغيرات الأخرى للفروق الفردية (بما في ذلك الإحتياجات والأنواع والمفهوم الشعبي) ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالسمات. في الواقع، تقيس معظم الاستبيانات النفسية شكلاً من سمات الشخصية، عادةً ما تكون ثابتة، وتشير السمات إلى أنماط أو ردود فعل متناسقة ومتكررة إلى حد ما تميز الفرد وتفرقه عن الآخرين في نفس الوقت، وتسمح باكتشاف التعميمات التجريبية حول الكيفية التي من المحتمل أن يتصرف بها الأفراد ذوي السمات المماثلة وردود أفعالهم.

ولقد أورد (J-P. Rolland, 2013) بعض التعاريف الخاصة بالسمة ضمن المقاربة الفارقة للشخصية والتي تقر بأهمية مفهوم السمة بالنسبة للتماسك النسبي والاستقرار النسبي للسلوك، نذكر من بينها تعريف "ألبرت" في سنة 1961 والذي يعتبر السمة بأنها بنية نفسية عصبية (neuropsychique) لديها القدرة على تقديم العديد من المنبهات الوظيفية المكافئة لتحفيز وتوجيه أشكال مكافئة من السلوكيات التكيفية والتعبيرية. أما التعريف الثاني فهو ل"روفال" (Revelle) في عام 1995 والذي يعتبر أنّ السمات لا تعني التصرفات بل هي عبارات تصف احتمال ومعدلات التغيرات التي تحدث في التصرف استجابة لمثيرات موقفية معينة وبالإضافة إلى ذلك يمكن تصور هذه الاستعدادات الثابتة من حيث الاختلافات في الحساسية للمواقف وأنماط الإستجابة. كما تتدخل ما بين السمات والمواقف والاستجابات حالات إنفعالية ومعرفية ظرفية، وأورد (Schultz, D.P. & Schultz, S.E., 2017) تعريف "كاتل" (Cattell) للسمة بأنها اتجاهات لردود الأفعال الدائمة والتي تشكل البنية الأساسية للشخصية.

#### 4-2- أنواع السمات:

لقد ميّز "ألبرت" بين نوعين من السمات، الأولى هي السمات الفردية أي الاستعدادات الشخصية التي تحدد الطابع المتميز للشخص، أما السمات الثانية فهي السمات المشتركة والتي يشترك فيها مجموعة من الأشخاص وهي قابلة للتغير بتغير المعايير الاجتماعية والقيم. (مصطفى عشوي وآخرون، 2015، ص39) وهناك تقسيم آخر للسمات وضعه "ألبرت" سنة 1961 حسب درجة تأثير السمات على السلوك الإنساني والذي أورده (Firouzeh Mahran, 2010) وهو تقسيم ثلاثي أي: السمات الأساسية (traits cardinaux) وهي سمات تسيطر على الشخصية وتؤثر على جميع أنشطة الفرد ولا يمكن هذا الشكل من الإستعداد أن يبقى مخفي وهي تخص فئة قليلة من الناس حيث تظهر عند الكثير من الشخصيات المشهورة مثل: "دون جوان" (Don Juan) و"جان دارك" (Jeanne d'Arc). والسمات المركزية (traits centraux) هي سمات أقل تأثيراً من السمات الأساسية ولكنها تُعبر عن الإستعدادات العامة للفرد، ويمكن القول بأنها حجر الزاوية في بناء الشخصية، فالسمات المركزية هي الإتجاهات التي غالباً ما يعبر عنها الشخص ويمكن للآخرين من حوله تمييزها بسهولة، إذ يمكن وصف شخصاً ما بهذه السمات، على سبيل المثال يُمكن وصف شخص في رسالة توصية بالقول بأنه منتبه، إجتماعي...، أما النوع الثالث والأخير فهي السمات الثانوية (traits secondaires) والتي تُعتبر إستعدادات أقل وضوحاً وأقل تعميماً وأقل تناسقاً، وبالتالي لديها إرتباط ضعيف بتحديد شخصية الفرد. على سبيل المثال، تفضيلات الطعام، كما يمكن تصنيف بعض الإتجاهات الخاصة في هذه الفئة. ووفقاً لـ "ألبرت" يمتلك البشر السمات الثانوية أكثر من السمات المركزية والسمات الأساسية.

ويوجد تصنيف آخر للسمات وضعه "كاتل" والذي ذكره (Schultz & Schultz., 2017) حيث تم تقسيم السمات إلى ثلاث مجموعات هي كالتالي: المجموعة الأولى تخص السمات المشتركة والسمات الفريدة (Common traits and unique traits) فالسمات المشتركة هي سمات يشترك فيها جميع الأفراد مثل الذكاء، الإنبساط ولكن بنسب مختلفة، أما السمات الفريدة فهي تبدو واضحة بشكل خاص في مصالح واتجاهات الأفراد. على سبيل المثال ، قد

يكون لدى شخص ما اهتمام كبير بعلم الأنساب، في حين قد يهتم آخرون بتاريخ الحرب الأهلية أو البيسبول أو فنون القتال الصينية. والتصنيف الثاني لـ "كاتل" يضم ثلاث أنواع من السمات وهي سمات القدرة (Ability traits) التي تحدد مدى فاعلية الفرد على العمل بذكاء لتحقيق أهدافه، وسمات الطبع (temperament traits) التي تصف الأسلوب العام والنبرة الإنفعالية لسلوك الفرد، مثل درجة الحساسية أو السخط، وتؤثر هذه السمات على طريقة تصرف الفرد وردود أفعاله حسب المواقف، وأخيراً السمات الديناميكية (dynamic traits) وهي تعتبر محرك لسلوك الفرد، كما أنّها تحدد دوافع الفرد وإهتماماته وطموحاته. والمجموعة الثالثة من التصنيف تضم السمات السطحية والسمات الأصلية (Surface traits and source traits) والسمات السطحية هي سمات متعلقة بالسمات الأصلية بالاعتماد على ثباتها وإستمراريتها، فالسمات السطحية هي خصائص شخصية مرتبطة ببعضها البعض ولكنها لا تكوّن عاملاً بسبب عدم تحديدها من مصدر واحد. وعلى سبيل المثال، تتداخل عدة عوامل للسلوك مثل القلق والتردد والخوف غير العقلاني لتشكل مصدرًا واحدًا. وبما أنّ السمات السطحية تتكون من عدة عناصر، فهي أقل ثباتًا واستمرارًا، وبالتالي فهي أقل أهمية في وصف الشخصية. في حين تعد السمات الأصلية عوامل بنيوية للشخصية أكثر ثباتًا واستمرارية وذات أهمية كبيرة، فكل سمة أصلية تكون عوامل فردية مستخلصة من تحليل العوامل لتأخذ بعين الاعتبار السمات السطحية.

#### 3-4- تعريف سمات الشخصية:

تعرف (M. Doussey & al., 2005) سمات الشخصية بالعادات المألوفة للتصرف والتفاعل، من خلال طريقة إدراك الفرد لبيئته ولذاته، وهي طرق تكون مستدامة ويمكن تحديدها بملاحظة السلوك. وعادة ما يتم وصف سمات الشخصية عن طريق الصفات أو خصال مثل: عفوي، اجتماعي، خجول، خاضع، عطوف، متفهم.

وأورد (Schultz & Schultz, 2005) تعريف "ألبرت" في (1937) لسمات الشخصية بأنّها ميول الفرد للإستجابة بنفس الطريقة أو بطريقة مشابهة لأنواع المحاكاة. بمعنى آخر، فإن السمات هي طرق متسقة ومستدامة لإستجابة الفرد لبيئته. ولخص "ألبرت" خصائص السمات بالطريقة التالية :

- إنَّ سمات الشخصية هي حقيقية وموجودة لدى جميع الأفراد، وهي ليست عبارة عن صيغ شفوية أو وضع تسميات تؤخذ بعين الإعتبار في فهم السلوك.

- تحدد السمات السلوك أو تكون هي السبب في حدوثه وهي لا تحدث فقط إستجابة لمحفزات معينة بل تحفز الفرد للبحث عن الإستجابات الصحيحة وتتفاعل مع البيئة لإنتاج السلوك.

- يُمكن البرهنة على السمات تجريبيا، من خلال مراقبة السلوك لساعات إضافية، تستخلص السمات في تناسق إستجابات الفرد للمحفزات المماثلة أو المشابهة.

- السمات مترابطة: يمكن للسمات أن تتداخل فيما بينها، حتى لو كانت تمثل خصائص مختلفة. على سبيل المثال، تُعد العداوة والعدوانية سمتين مختلفتين ولكنهما ذات صلة، وكثيرا ما يُرى أنها تحدث معًا في سلوك الشخص.

- تختلف السمات حسب الحالة، على سبيل المثال، قد يُظهر الشخص سمة النظافة في

موقف ما وسمة الفوضى في موقف آخر (Schultz & Schultz, 2005, p.256)

وعرّف (J. Grégoire, 2005) سمات الشخصية بأنها تصنيفات مستقرة للتفكير والإنفعالات أو الأفعال التي تُميّز الأفراد عن بعضهم البعض. ولقد أكد كل من (Cottraux, J. et Blackburn, I.M., 2006) على ضرورة التمييز بين سمات الشخصية والحالات، حيث أنّ معظم المصطلحات المستخدمة لتوصيف سلوك الفرد، على سبيل المثال مؤنس، عدواني، حريص، متجنب، خائف، يمكن استخدامها كخصائص مستقرة (السمات) واستخدامها أيضا في حالات التقلبات المزاجية أو سلوك الإستجابة لوضعيات أو أحداث فورية والتي تعبر عن الإنفعالات والنبضات والأحاسيس الفسيولوجية التي يتصورها الشخص لفترة وجيزة من الوقت وبالمقارنة مع سمات الشخصية، تعتبر الحالات عابرة، وأكثر قابلية للتغيير.

#### 4-4- نظريات سمات الشخصية:

يستخدم المنظرين السمات كبنيات خطية لتحقيق وظيفتين علميتين على الأقل وأحياناً ثلاث وظائف هي الوصف والتنبؤ والشرح، حيث تتمثل وظيفة الوصف في تلخيص سمات السلوك المعتاد للفرد ووصف لما يشبهه، ولا يسعى معظم منظري السمات لوصف الأفراد ببساطة مرة واحدة، بل يحاولون إنشاء مخطط وصفي شامل يمكن فيه وصف أي فرد. وبمعنى آخر، إنشاء تصنيف للشخصية. وبما أنّ مفاهيم السمات تشير إلى أنماط متسقة من الخبرة والسلوك، فإنّ تصنيف السمات هو وسيلة لتصنيف الأفراد وفقاً لأنواع تجاربهم وأفعالهم، أما وظيفة التنبؤ فهي تسمح بالتنبؤ بسلوك الأفراد في تصرفاتهم اليومية طبقاً لسمات شخصياتهم على سبيل المثال، معرفة التقييمات الذاتية للطلاب لسمات الإنبساط والضمير، تسمح بالتنبؤ بجوانب من بيئتهم الشخصية، مثلاً الزخارف ودرجة نظافة مساحات العمل وطريقة ترتيب غرفهم، أما فيما يخص وظيفة الشرح فيرى المنظرين بأنّ تصميمات السمات تُمكن من شرح سلوك الفرد، وعلى سبيل يُمكن القول أنّ الطالب الذي يصل في الوقت المحدد لحضور الفصل ويتحصل على علامات جيدة لديه سمة الضمير.

#### 4-4-1- نظرية "فرانيسيس غالتون" «Francis Galton»:

إنّ نظرية السمات الشخصية الحديثة تنحدر من البحوث والدراسات حول طبيعة الذكاء وهنا يجب ذكر "السير فرانيسيس غالتون" (Sir Francis Galton)، الذي حاول منذ حوالي قرن من الزمن إنشاء اختبار الذكاء بالنسبة للأفراد الذين الذين يتميزو بسمات إنسانية مختلفة. (K. Srivastava, 2005, p.233)

ويعتبر (Workman&Reder, 2004) أنّ "غالتون" شخصية بارزة في تاريخ علم النفس فإضافة لإعتباره بأن الشخصية والذكاء يعدان من الصفات الموروثة، وتطويره لبعض الاختبارات في هذا السياق، يُعد "غالتون" أب ما يعرف بإسم القياس النفسي، فلقد كان أيضاً السباق في استخدام منهج علم النفس التجريبي بالتركيز على إستعمال المعطيات الكمية الناتجة عن عينات الأفراد كبيرة الحجم.

وتؤكد (Srivastava, 2005) بأنّ نظرية السمات لـ"غالتون" تعتمد بشكل مباشر على نظرية التطور لـ"داروين"، حيث أكد "داروين" سنة (1871) على أنّ التطور يعتمد على "البقاء للأصلح". ويرى "فرانسيس غالتون" والذي يعد من المناصرين لـ"داروين" بأنّ البقاء للأصلح يعني البقاء "للأكثر ذكاءً" أو "للموهوبين فكرياً" وافترض أنّ الاختلافات تكون أساساً نتيجة للوراثة وليس إلى التكوين المكتسب.

وحسب (Winfid Huber, 1977) إهتم "غالتون" بدراسة الفروق الجسدية والعقلية لدى الإنسان. واقتنع "غالتون" من وراثة الخصائص الفردية، لهذا حاول التحقق من إفتراضاته من خلال تطوير طرق لقياس هذه الفروق الفردية (الإختبارات)، وطرق التعامل مع مشاكل الوراثة (السيرة الذاتية، مقارنة مشكلة الوراثة، الطريقة التوأم). في كتابه "العبقريّة الوراثة" (Le génie héréditaire) الذي ألفه في سنة (1869)، بدأ "غالتون" في إظهار أنّ عدد الشخصيات البارزة في الأسرة لا يمكن أنّ يكون بمحض الصدفة، وحاول دحض الإعتراض على أنّ هذا الإكتشاف سيكون نتيجة للظروف الإجتماعية والإقتصادية، بإفتراض أنّ العلاقة أقوى عندما تكون العلاقة الأسرية وراثية. وهكذا درس "غالتون" إحصائيّاً تباين الوراثة في السمات البشرية الجسدية والعقلية، مثل الطول ولون العينين والذكاء والشخصية، وما إلى ذلك، وبالتالي قدم وصفاً أكثر دقة للظواهر الوراثة بشكل عام، وتلك الخاصة بالوراثة البشرية على وجه الخصوص.

وذكرت (Jone Roecklein, 1998) أنّ مساهمات "غالتون" كانت متعلقة بدور الوراثة والبيئة في الفروق الفردية والجماعية والقدرات البشرية والسمات والمواهب البشرية. فلقد درس "غالتون" وراثة القدرات العامة لدى 1000 شخص بلغوا التميز وسجل تواتر الرجال البارزين من بين جميع أقاربهم. لقد لاحظ انخفاض درجة القرابة الوراثة وبالتالي انخفاض تدريجي ملحوظ لنسبة الأقارب البارزين (أو المتميزين) كما هو متوقع لنموذج التراث الجيني لـ"غالتون" والذي فسر أيضاً وراثة الخصائص الجسدية مثل بصمات الأصابع والطول. إنطلاقاً من هذه النتائج جادل "غالتون" على أنّ القدرات العقلية هي أيضاً وراثية مثل العديد من السمات الجسدية.

من خلال هذه البحوث أوردت (Srivastava, 2005) تعريف "غالتون" للسمات بأنها نماذج قابلة للقياس، متناسقة الأداء وذات طابع بشري وافترض أيضا بأن السمات هي وراثية وبالتالي لا يمكن تغييرها بطريقة واضحة، حيث إذا اكتسب الفرد سمة ما فسوف تستمر معه طوال حياته. وآمن "غالتون" أيضا بأهمية عمليات اللاوعي، إذ يعتقد "غالتون" بأن تجارب الطفولة والخبر المكتسبة التي كان الفرد غير مدرك لها، لديها تأثير على تفكيره في مرحلة البلوغ.

#### 4-4-2- نظرية السمات ل "جوردن ألبرت" (Gordon W. Allport):

لعب "جوردون ألبرت" دورًا تاريخيًا هامًا في تطوير نظرية السمات وعلم نفس الشخصية عمومًا. لقد أكد "ألبرت" على الجوانب الصحية والمنظمة للسلوك البشري، كما ركّز "ألبرت" في أول منشور كتبه مع شقيقه الأكبر "فلويد" (Floyd) ، في سنة 1921 على السمات باعتبارها جانبًا مهمًا في نظرية الشخصية. يعتقد "ألبرت" أنّ السمات هي الوحدات الأساسية للشخصية وهي تركز على الجهاز العصبي، فالسمات تمثل استعدادات عامة للشخصية التي تأخذ بعين الاعتبار إنتظام أداء الفرد من خلال المواقف وبمرور الوقت.

تعتبر السمة البنية الأساسية للشخصية في نظرية ألبرت وقام كل من Allport et Odbert في سنة 1936 بتمييز السمة عن باقي وحدات التحليل للشخصية حيث عرفا السمات بأنها اتجاهات محددة وعامة وشخصية للطرق المتجانسة والمستقرة لتكيف الفرد مع محيطه. (D.Cervone & L.A.Pervin, 2013, p.237)

وبعد تمييز السمات عن الحالات والنشاط قام "ألبرت" بتقسيم السمات إلى ثلاث أنواع هي السمات الأساسية والسمات المركزية والسمات الثانوية والتي قمنا بشرحها سابقا.

وإعتبر (Cottraux & Blackburn, 2006) بأنّ "ألبرت" طوّر وجهة نظر إنسانية للشخصية التي تم وصف فيها الأفراد بأوصاف مثل النشاط والإبداع والعقلانية والقدرة على التغيير والفخر بأنفسهم، ولقد أنشأ هذه النظرية كرد فعل مضاد لنظرية "فرويد" ، بالرغم من أنّها لاقت شعبية كبيرة في بداية القرن العشرين. وحسب (Mahran, 2009) يعتبر



"ألبورت" أنّ الهدف الرئيسي لعلماء النفس هو تفسير تميّز الفرد، كما يؤكد على عدم وجود شخصان متطابقان تمامًا ولا يمكن أبداً أن يتفاعل فردان بنفس الطريقة مع نفس الموقف النفسي ومع نفس المثير (المحفز). فنظرية "ألبورت" هي مزيج من المقاربات الإنسانية وتلك الموجهة نحو الشخصية. من جانبها الإنساني، فهي تعترف بجميع جوانب الكائن البشري، بما في ذلك إمكاناته للتطور والتفوق. أما الجانب المتعلق بمقاربة الشخصية فهو يهدف إلى الفهم والتنبؤ بتطور الفرد الحقيقي.

وتعتبر السمة بالنسبة إلى "ألبورت"، حسبما أورده (Cottraux & Blackburn, 2006) نظاماً عصبياً خاص بالفرد، لديه القدرة على تقديم معادلة وظيفية للمحفزات المختلفة وتوجه ردود الفعل والسلوكيات الملائمة والمستمرة في هذه المواقف. وتُعتبر السمات غير مرئية ولكنها تقع في الجهاز العصبي ومستنتجة من خلال تناسق السلوك.

"فالسمة شيء موجود فعلاً لكننا لا نستطيع رؤيتها، وإنما نستدل على وجودها فعلاً عن طريق ملاحظتنا لأنماط السلوكية الثابتة لدى الفرد. في مواقف عدة، مما يسمح بقياسها كميًا، عن طريق ملاحظتنا لأنماط السلوكية الثابتة لدى الفرد في مواقف مختلفة". (سفيان صائب المعاضيدي، 2014، ص.17).

ويوضح (Cottraux & Blackburn, 2006) أنّ نظرية "ألبورت" تؤكد على التكاملية والشمولية في الخصائص الفريدة للشخص. بمعنى أنها نظرية قابلة للتطبيق سريريًا، رغم أنها تستند إلى دراسة التطور الطبيعي للشخصية. واستعار "ألبورت" المفاهيم النظرية التي تم التحقق منها قليلاً في الدراسات التجريبية، ولكن، مع ذلك، كان لها تأثير مهم على تطور نظريات الشخصية، مع التركيز على الطابع الفريد لكل فرد، وأهمية السمات والاستعدادات الشخصية. وفي نفس السياق تشرح (Mahran, 2009) أنّه يمكن اعتبار "ألبورت" عالمًا شموليًا لأنه قام بدمج أفكاره النظرية في الفلسفة والدين والأدب وعلم الاجتماع ومزجها من أجل فهم أفضل لتفرد وتعقيد الشخصية.

ويقيم "ألبورت" حسب (Claude R. Boucher, 1990) الأفراد البالغين كما يرون أنفسهم، أي إستنادًا إلى سمات بسيطة وسهلة التحديد، في الواقع لقد وضع "ألبورت" قائمة

تضم 17953 سمة من سمات الشخصية التي تُحفز السلوك وتحرك ثبات التصرفات في الكثير من الظروف المختلفة. وميّز أيضاً بين الإستعداد المهيمن الذي يؤثر على خطاب الفرد وأفعاله، والسمات الثانوية التي تلعب دوراً بسيطاً في الشخصية.

وفي نقدهما لهذه النظرية يرى (Cervone & Pervin, 2013) بأنّ "ألبرت" ساهم بشكل كبير في التأسيس لعلم النفس الشخصية كفرع علمي قائم بحد ذاته، وبالرغم من ذلك فقد كانت المساهمات التجريبية لـ"ألبرت" محدودة خاصة في البرهنة على أهمية مصطلح السمة ولقد كان يعتقد بأنّ العديد من السمات هي وراثية ولكنه لم يتم بحثها على أساسها الوراثي بل لم يتم تقديم تفسير علمي لها.

إذ لا يمكن وصف الشخصية من خلال مجموعة من السمات فقط بل يجب توضيح العلاقة بين تلك السمات، ولقد إفترض "ألبرت" وجود السمة وجوداً حقيقياً في الشخصية بالرغم من أنّ بعض علماء النفس يرون أنّ ثبات الشخصية ليس فقط بسبب ثبات سمات الفرد بل للبيئة الفرد أيضاً دوراً في هذا الثبات، وفي الأخير هذه النظرية لم تضع أبعاداً للسمات الفردية وهذا من شأنه أنّ يؤثر على الباحث في تصنيف الشخصية. (محمد هاني محمد، 2015، ص.61)

#### **4-4-3- نظرية " رايmond كاتل " ( Raymond Cattell ) :**

لقد وضع " رايmond كاتل " وعلى العكس من "ألبرت" نظرية الشخصية والأساليب المنهجية لتقييم الشخصية والتي تم دراستها على نطاق واسع ولا زالت تستخدم إلى يومنا هذا، فهو يعتبر الشخصية كنظام علاقات تربط بين الفرد وبيئته، وحاول شرح التفاعلات التي تؤدي إلى التغيير والتنمية الشخصية. ولقد شدد "كاتل" على أنّ نظرية الشخصية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار التحفيز والسلوك اللذان يؤديان إلى أهداف محددة. ويرفض "كاتل" النظريات التأملية لصالح المنهج الإستقرائي والتجريبي الذي يتضمن مناهج التقييم الدقيقة والتحليل الإحصائية متعددة المتغيرات ومن بينها التحليل العملي الذي يُعد طريقة لتحليل تعقيد وتعدد العوامل (السمات) والتي نعني بها الشخصية. (Cottraux & Blackburn, 2006, p.24)

ويعتبر (M.C., Ashton, 2014) أنّ "كاتل" هو أول باحث إستخدم التحليل العاملي لتقييم السمات التي تم جمعها من طرف "ألبرت و أودبارت". ولقد أكدّ (Robert B. Ewen, 2010) على أنّ التحليل العاملي سمح لكاتل بتحديد السمات الأكثر أهمية من بين الآلاف من السمات، فلقد استخرج 16 سمة أساسية والتي تدعم البعض منها نظرية التحليل النفسي لـ"فرويد" واللاوعي، وتعتمد نظريته على قدر كبير من الأبحاث غير أنّ صعوبة المصطلحات المستخدمة وغير العادية كانت من بين أسباب محدودية تأثير نظريته.

ويذكر (Cottraux & Blackburn, 2006) أنّ "كاتل" اشتهر بمقياس تقييم الشخصية (قائمة العوامل 16) (PF 16)، حيث بدأ بفحص جميع المصطلحات الموجودة في اللّغة الإنجليزية والتي تصف السمات، وبالفعل فلقد أحصى "ألبرت وأدبارت" سنة 1936 أربعة آلاف وخمس مائة 4500 مصطلح، وبعد حذف بعض المصطلحات مثل المرادفات قلص "كاتل" عدد السمات إلى 171 سمة ثم قام بتطبيق التقييم على العديد من الأفراد وبإستخدام التحليل العاملي فظهرت 36 سمة سطحية (Trait surface)، أضاف لها "كاتل" 10 سمات استخلصها من الدراسات النفسية والتجريبية السابقة وخلص إلى أنّ هذه 46 سمة سطحية تصف كل مجال الشخصية. وانطلاقا من هذه السمات قام "كاتل" وزملاءه بتحديد 16 سمة أساسية وضعها في قائمة العوامل الستة عشر (16PF).

وفي مقدمتهما لنظرية "كاتل" يعتبر (Cervone & Pervin, 2013) أنّها نظرية تناولت جميع الجوانب الرئيسية للشخصية، حيث أنّ قائمة العوامل 16 لقياس سمات الشخصية ظلّت تُستخدم على نطاق واسع ضمن السياق التطبيقي الذي يتطلب تقييم الفروق الفردية. وعلى الرغم من ذلك فإنّ أثر عمل "كاتل" يعتبر ضعيفا فيما يخص دراسات الشخصية وهذا بسبب مشاكل تطبيقية وأخرى علمية، فلقد قدم "كاتل" نظاما يتكون نظريا من 16 عاملا يُكوّن الشخصية ومن الناحية العملية، يصعب على الأخصائي في علم النفس مراعاة هذا العدد الكبير من العوامل عند تقييم شخصية الأفراد. وحرص "كاتل" على التأكيد على أهمية وضرورة كل هذه العوامل، إلى أنّ ظهرت نظريات جديدة حاول المنظرون من خلالها إنشاء بنية أبسط لسمات الشخصية.

وقد تكون مشاكل أعمق من هذا العائق التطبيقي، حيث أنّ "كاتل" كان مُهتماً بشكل أساسي بمشكلة القياس والذي يُعتبر جيد غير أنّ المقياس الغير مناسب قد يُضعف البرنامج العلمي، ولهذا فإنّ أعمال "كاتل" لم تستخدم عملية القياس فقط من أجل القياس بل تم استخدامه للغرض الثاني وهو التأسيس للنظرية وبعبارة أخرى فإنّ البنية الأساسية لنظرية "كاتل" (عدد ومحتوى) السمات المصدر تم تحديدها بشكل كامل من خلال نتائج عملية القياس (التحليل العاملي) لقياس السمات السطح. ويعتبر التأسيس للنظرية عن طريق القياس إستراتيجية خطيرة، وتكمن المخاطرة في إمكانية وجود صفات مهمة يجب دراستها ضمن نظرية شاملة لا يمكن الكشف عنها من خلال نظام قياس واحد حيث تصبح النظرية تفتقر إلي تغطية الموضوع من جميع جوانبه. فعلى سبيل المثال، تفترض أنّ أغلبية الأفراد لديهم "تاريخ حياة" (Histoire de vie)، وإذا طلب من شخص ما سرد قصة حياته أو سيرته الذاتية لا يمكن بأي حال من الأحوال إستخدام القياس العددي مثل ذلك المستخدم من طرف "كاتل" لتحليل ولإلتقاط محتوى هذه القصص ولا يمكن تحليل معنى القصة بإستخدام تقنية الإحصاء التحليل العاملي. وبقدر ما يمتلك الأفراد من سمات شخصية مثل تاريخ الحياة لا يمكن إختزالها في مجموعة من الأرقام وبالتالي يتم التغاضي عن هذه السمات من طرف نظام القياس الخاص ب"كاتل" وهذا ما يؤكد محدودية نظرية كاتل في مجال نظريات الشخصية.

#### 4-4-4- نظرية " هانس أيزنك" "Hans Eysenck" :

لقد أشار (Cervone & Pervin, 2013) إلى تأثير "هانس أيزنك" فكرياً بعمل علماء النفس الأوروبيين الذين درسوا أنواع الشخصية (وخاصة يونغ وكريتشر) ، من خلال البحث عن وراثه الخصائص النفسية، والعمل التجريبي على الإشراف الكلاسيكي الذي أجراه عالم الفيزيولوجيا الروسي بافلوف. وحسب (Ewen, 2010) إستخدم "ايزنك" مثل "كاتل" التحليل العاملي في وضع نظرية السمات الخاصة به، كما أنه ربط السمات بالمسببات الفيزيولوجية والإجتماعية وحاول إبتكار نظرية متفوقة على نظرية التحليل النفسي ل"فرويد" والتي يعتبرها غير علمية وغير فعالة. وأكدّ (Cervone, Pervin,2013) على الإسهام الكبير ل"ايزنك" في مجال الشخصية، فإضافة إلى بناء نظرية السمات، إنتقد

"أيزنك" نظريات أخرى إعتبرها ناقصة، وخاصة نظرية التحليل النفسي، إذ يعتقد "أيزنك" أنّ فشل المحللين النفسانيين في توفير مقاييس دقيقة وموثوقة لبنياتهم النفسية يمثل قصورًا كبيرًا. وفي بناءه لنظرية السمات، سعى "أيزنك" لتجنب هذه المشكلة من خلال استخدام مقاييس موثوقة لقياس الفروق الفردية واعتبر أنّ هذه المقاييس ضرورية أيضًا لتحديد الأسس البيولوجية المفترضة لكل سمة.

وفي شرحها لنظريته ترى (Barbara Engler, 2004) بأنّ "أيزنك" طوّر نظرية الشخصية باستخدام اختبارات للقياس النفسي، حيث تبنت مقاربة "أيزنك" موقفا فطريا بالأساس، بإعتبار أنّ الشخصية تنبع في معظمها من الميول الفيزيولوجية والوراثية بينما يلعب تأثير البيئة دورا بسيطاً في تحديد الشخصية. ولقد إعتبر "أيزنك" نفسه أخصائياً في علم النفس السلوكي، لكن إستخدامه للمصطلح كان مختلفاً إلى حد ما عن الباحثين السلوكيين وإدعائه الإنتساب إلى المدرسة السلوكية يرتكز أساساً على أخذ عينات من السلوك بدلاً من الآراء والمواقف وإستخدام الإستبيانات الشخصية بدلاً من التركيز على التعلم باستخدام الإشراف مثير واستجابة. ويعتبر "أيزنك" أنّ كل فرد فريد من نوعه، ويكمن التفرد في وجود مجموعة معينة من السمات لدى الفرد بالرغم من أنّ السمات نفسها مشتركة بين الجميع.

وحسب (Cottraux, Blackburn, 2006) ميّز "أيزنك" في سنة 1970 مصطلح الطبع (Caractère) الذي يتعلق بالسلوك الذي يعكس التحفيز الذي يكون مستقراً وثابتاً نسبياً لدى الفرد، عن مصطلح المزاج (Tempérament) والذي يتعلق بالسلوك الذي يعكس الإنفعالات والمشاعر والذي يكون مستقراً وثابتاً نسبياً. كما أنه ميّز أيضاً أنواع السمات والعادات والتي تكون منتظمة بشكل هرمي، ثم وضع أول بعدين هما بعد الإنبساط والإنطواء وبعد العصابية والإتزان الإنفعالي، ويتكرر هذين البعدين في مختلف الدراسات القديمة إلى الدراسة العاملة لـ"كاتل". فيما بعد أضاف "أيزنك" بعد الذهانية، وتُعرف هذه الأنماط كالتالي:

- النمط الذهاني (Le psychotisme): ويشمل سمات مثل العدوانية، البرودة، الأنانية، الإندفاع، السلوك المعادي للمجتمع، قلة التعاطف، الإبتكار، القسوة.

- نمط الانبساط (L'extraversion): يتضمن سمات مثل الإجتماعية، النشاط، الحيوية، متلهف المشاعر، التهور، السيطرة، المغامرة.

- نمط العصابية (Le neutoticisme): ويتكون من سمات مثل القلق، الإكتئاب، الشعور بالذنب، التوتر، الخجل، اللاعقلانية، الإنفعالية، إنخفاض في تقدير الذات، تقلب المزاج.

لقد تم إختبار الأسس البيولوجية لسمات الشخصية في العديد من الدراسات التجريبية، ويشير (Cervone & Pervin,2013) بأنّ بعد الإنبساط هو أهم بعد تم تفسيره بدقة على أساس بيولوجي من طرف "أيزنك" حيث إقترح أنّ الفروق الفردية في بعد الإنبساط- الإنطواء تعكس الإختلافات الفردية في الأداء الفسيولوجي العصبي لقشرة الدماغ. والفكرة هي أنّ الأفراد الإنطوائيين هم أكثر إثارة. وفي نفس السياق يوضح (Cottraux & Blackburn,2006) بأنّ الفروق الفردية في بعد الإنبساط- الإنطواء حسب "أيزنك" هي متعلقة بالجهاز الشبكي التصاعدي (Système réticulaire ascendant) ويفترض أنّ هذا الجهاز هو المسؤول عن الإثارة في القشرة الدماغية بالإستجابة للمنبهات الخارجية ويكون مستوى الإثارة أعلى لدى الإنطوائيين بالنسبة للإنبساطيين إستجابة لنفس المثير الخارجي. يُعتبر هذا التمايز مسؤولاً عن جميع الفروق الفردية الملحوظة بين الإنطوائيين والإنبساطيين فعلى سبيل المثال يكون التكيف أسرع لدى الإنطوائيين وعتبة التخدير أعلى لديهم بينما يفضل الإنبساطيين منبهات أقوى مثل الكحول والتبغ والموسيقى الصاخبة. وتوجد العديد من الدراسات تظهر بأنّ أدوية الإكتئاب والمنشطات تعمل بشكل مختلف لدى الإنطوائيين والإنبساطيين. وأضاف (Cervone &Pervin,2013) بأنه توجد عدة دراسات حديثة تقيس بشكل مباشر نشاط دماغ الإنطوائيين والمنبسطين تدعم نظرية "أيزنك". كما أنّ "أيزنك" إستشهد بالكثير من الأدلة التي توضح صلة البيولوجيا بهذا البعد بما في ذلك الدليل على أنّ الإنطوائيين قد يتأثروا أكثر بالعقوبات أثناء التعلم، في حين أنّ الإنبساطيين هم أكثر تأثراً بالمكافآت. توجد أيضاً بعض الحقائق الأخرى التي تتفق مع النظرية البيولوجية لـ "أيزنك" منها أنّ بعد الإنطواء - الإنبساط يوجد في مختلف الثقافات، وأنّ الفروق الفردية مستقرة مع مرور الوقت، وترتبط المؤشرات المختلفة للوظائف البيولوجية (مثل نشاط الدماغ،

معدل ضربات القلب، هرمون المستوى، نشاط الغدة العرقية) بالدرجات المتحصل عليها على بعد الإنطواء-الإنبساط.

أما فيما يخص الأساس البيولوجي لبعد العصابية – الإلتزان الإنفعالي يرى (Cottraux & Blackburn,2006) أنّ الأسس البيولوجية لهذا البعد هي أقل وضوحاً غير أنّ "أيزنك" يفترض أنّ هذا البعد يرتبط بالجهاز الحوفي (Le système limbique) حيث تُظهر العديد من الدراسات أنّ الدرجة العالية من العصابية ترتبط بزيادة التفاعل في الجهاز العصبي الودي (Système nerveux sympathique) إذ يستجيب الأشخاص العصبيين بقوة أكبر للمنبهات مما يظهر إستجابات أعلى للجهاز العصبي اللاإرادي (Système nerveux végétatif) وهذا ما يفسره أكثر كل من (Cervone & Pervin, 2013) حيث إفترض "أيزنك" أنّ الأجهزة العصبية الرئيسية هي (أ) الجهاز الحوفي- منطقة دماغية ذات مستوى أدنى تشارك في الإثارة العاطفية ، و (ب) الجهاز العصبي المستقل - جزء من الجهاز العصبي الذي يؤثر على الإثارة الجسدية (على سبيل المثال معدل ضربات القلب ونشاط الغدة العرقية) وهذا بدوره ينظمه الجهاز الحوفي. افترض "أيزنك" على وجه الخصوص بأنّ الجهاز العصبي اللاإرادي يستجيب بسرعة وبشكل خاص للتوتر لدى الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة في سمة العصابية، ويبدأ في تقليل نشاطه بمجرد إختفاء الخطر. لسوء الحظ بالنسبة لنظرية "أيزنك"، لم يدعم أي بحث هذه النظرية الفسيولوجية الخاصة بالآثار العصبية. ومع ذلك، فقد أجريت بحوث حديثة بإستخدام تصوير المخ التي لم تكن متاحة لـ "أيزنك"، دعمت نتائجها.

ويعتبر الأساس البيولوجي للبعد الذهاني أقل دراسة من طرف "أيزنك". ومع ذلك، فلقد إقترح وجود أسباب وراثية ، ولا سيما إرتباط الذكورة بسمة العدوانية والتي تعد مكون من بعد الذهانية، إذ ترتفع مستوياتها لدى الرجال وقد تتأثر بمستويات هرمون التستوستيرون. ويوجد إفتراض حديث يؤكد على دور ناقل عصبي في الدماغ، وهو الدوبامين في تحديد هذه السمة. تشير الأبحاث إلى أنّ الأشخاص الذين يعانون من مستويات أعلى من الدوبامين النفسي لديهم مستويات أعلى من النشاط العصبي القائم على الدوبامين.

عن الانتقادات الموجهة للنظرية السمات على الأسس البيولوجية يوضح (Cottraux & Blackburn, 2006) أنه على الرغم من أن شهرة "أيزنك" في بريطانيا تعد أكثر من أي مكان آخر، إلا أن أعماله انتشرت كان لها صدى أوسع من أعمال "كاتل" نظراً لأن نظريته تكاملية وصارمة وأكثر جاذبية لجهوده في ربط البيولوجيا بعلم النفس، ولهذا يرى منتقدوه أن نقطة ضعف نظريته تتمثل في تركيزه على الأسس البيولوجية للشخصية على حساب التأثيرات البيئية، ومع ذلك، لا يزال يتم اختبار تصنيفه للشخصية في العديد من الدراسات، كما أن قوتها التنبؤية تزداد يوماً بعد يوم بفضل البحوث التجريبية الحديثة.

أما (Cervone & Pervin, 2013) وفي مقدمتهما لنظرية "أيزنك" فهما يعتبران أن مساهمات "أيزنك" في علم الشخصية كانت مثالية من نواح كثيرة، حيث حافظ على أعلى المعايير العلمية في وضع نظريته وقدم أشكالاً مختلفة من الأدلة لمعالجة قضايا الفروق الفردية.

غير أن الكثير من العلماء المعاصرين إنتقدوا استراتيجية "أيزنك" التي تعتمد في وصف الأفراد من حيث الدرجات على عدد صغير من أبعاد الشخصية العالمية وهذا من بين أسباب التقليل من التأثير العلمي لهذه النظرية وبالتالي إبتعاد الكثير من علماء النفس عن إعتقاد وجهة نظر "أيزنك"، ويمكن ذكر بعض العوامل الأخرى التي ساهمت في التقليل من تأثير النظرية وهي كالتالي: أولاً تم اقتراح نماذج بديلة ثنائية وثلاثية الأبعاد لتتوافق بشكل أفضل مع البيانات المتاحة، على سبيل المثال، غالباً ما تظهر الفروق الفردية في أبعاد الإندفاع والقلق، بدلاً من بعدي الإنبساط والعصابية. ثانياً وبإعتراف "أيزنك" في سنة (1990)، فإن نظريته حول الأسس البيولوجية لسمات الشخصية – وخاصة العصابية والذهانية – تفتقر إلى الأدلة العلمية الثابتة. ثالثاً ربما هناك حاجة إلى أكثر من عاملين أو ثلاثة لوصف الشخصية فلربما لن يحتاج منظرو السمات إلى 16 سمة أساسية. ومع ذلك، يتطلب قياس سمات الشخصية أكثر من اثنين أو ثلاثة أبعاد.

##### **5- سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى:**

حاول الكثير من الباحثين في علم الشخصية، منذ ما يقرب من 100 عام على إنشاء تصنيف موحد أو هيكل تنظيمي لسمات الشخصية. على الرغم من أنه لا يزال هناك



خلاف، فإنّ تصنيف السمات في نموذج العوامل الخمسة الكبرى يُعدّ في الوقت الحاضر النموذج الأكثر قبولاً لتنظيم سمات الشخصية. تمت صياغة مصطلح "الخمس الكبار" (Big five) من قبل "لويس ر. غولدبرغ" (Lewis R. Goldberg) في عام 1981 ويعني أنّ هذه السمات ذات طبيعة واسعة. بشكل عام ، تم إنشاء تصنيف السمات الخمسة الكبرى على شكل تسلسل هرمي لأبعاد السمات التي يتم تحديدها باختصار بحيث يمثل الحد الأدنى من مستوى تصنيف سلوك خاص. (Frederick L. Oswald, 2007, p.53)

### 5-1- التطور التاريخي لنموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية:

يبدو أنّ فكرة وجود سمات تهدف إلى توصيف وتمييز الميول السلوكية للأفراد ظهرت منذ بداية التاريخ البشري ، أو على الأقل منذ ظهور اللغة البشرية، فوجد المعنى المشترك كما يتم التعبير عنه يومياً في اللّغة ، فكرة قوية لتحديد ما يسمى بمفهوم سمات الشخصية، لذا فإنّ ما وراء بعض الاختلافات السلوكية التي تظهر حسب الظروف، كل فرد يمتلك طبيعة أساسية مستقرة نسبياً طوال حياته، وحسب السياقات التي سيتعيّن عليه المرور بها.

ولقد كانت الأنماط شائعة في العالم العلمي اليوناني القديم، على سبيل المثال، كتب "ثيوفراستوس" (Théophraste) تلميذ أرسطو، مستخلص يصف فيه جميع الطباع أو أنماط الشخصية. يمكن أن نذكر أيضاً "أبقراط" (Hippocrate) الذين شرح أصل الأمراض التي ترتبط بمختلف أنواع الحالة المزاجية، إذ يعتبر الصحة جيدة هي نتيجة عن نسبة الخلط المناسبة بين الأمزجة الأربعة. (D. Pasquier, B. Gangloff, 2011, p.24)

كان "أبقراط" (حوالي 460-377 قبل الميلاد) و"جالين بيرجاموم" (Galen of Pergamum) (130-200 ميلادي) من أوائل المؤلفين للنظريات الحالية للسمات، كما إتمد على مفهوم أبقراط حول مسببات الأمراض الجسدية على نظرية الحالة المزاجية أو السوائل الجسدية، بما في ذلك الدم والبلغم والصفراء السوداء والصفراء الصفراء. وأصبحت الأمزجة في كتابات "جالينوس" (Galen)، الطبيب اليوناني هي أساس الطبع، إذ تضمنت المصطلحات التالية، المزاج المكتئب (الميل إلى إنخفاض الحالة المزاجية)، المزاج

الغضوب (الميل إلى الغضب)، المزاج المتلبد (الميل إلى الهدوء المطلق) والمزاج الدموي (الميل إلى التفاؤل والثقة بالنفس). (G. Matthews, & al., 2009, p.08)

في القرن الثاني ميلادي، طوّر "جالينوس بيرغاموس" (Galen of Pergamos) نظرية الأمزجة الأربعة لأبقراط، بيّن الطبيعة الحيوية الكيميائية ذات الأساس الإنفعالي والسلوكي، وهكذا هيمنت نظرية الأمزجة على العلوم الطبية حتى عصر النهضة بدعم من الكنيسة. وفي وقتنا الحاضر ما زالت هذه النظرية، تستخدم التصنيف الطبي الحديث للمزاج حيث يستلهم علنيًا بعض الباحثين هذه النظرية لشرح عن طريق الميراث الفسيولوجي، الإختلافات السلوكية والضبط الإنفعالي أو فرط النشاط لدى بعض الأطفال، أو أخيرًا سلوك المستهلك.

يمكننا أيضًا ذكر أعمال "هيمانز وويرسما" (1909) والتي إستأنفها لاحقًا كل من "لوسان" (le Senne) في سنة (1945) و"بيرجر" (Berger) في سنة (1952) في إطار إنشاء نظرية أنماط الشخصية حيث تتحد ثلاثة أبعاد للشخصية (العاطفية، والنشاط، والاحتفاظ) للحصول على ثمانية أمزجة: وهي كالآتي:

المزاج الانفعالي النشط الأولي يعطي الطبع الغاضب والمسمى أيضا الطبع المتحمس، المزاج الانفعالي غير النشط الأولي يعطي الطبع العصبي، المزاج الانفعالي النشط الثانوي يعطي الطبع الشغوف؛ المزاج الانفعالي غير النشط الثانوي يعطي الطبع العاطفي؛ المزاج غير الانفعالي النشط الأولي يعطي الطبع الدموي؛ المزاج غير الانفعالي غير النشط الأولي يعطي الطبع (الضعيف)؛ المزاج غير الانفعالي النشط الثانوي يعطي الطبع البلغمي (البارد) وأخيرا المزاج الغير انفعالي غير النشط الثانوي يعطي الطبع اللامبالي.

وظهرت الحاجة لثلاثة شروط أساسية بهدف التهيئة الحقيقية للبحث العلمي حول سمات الشخصية، حيث تتمثل هذه الشروط في سلسلة من المعطيات المنهجية والتقنيات الإحصائية لتحليلها وتطوير نظريات يمكن التحقق منها. (Pasquier, Gangloff, 2011, p.24)

بدأت هذه الظروف تتجمع في بداية القرن الماضي، على سبيل المثال، في وقت مبكر من عام 1915، جمع "واب" (Webb) مجموعة من بيانات التقييم المتعلقة بالذكاء والإنفعالات

والتواصل الإجتماعي والنشاط والصفات الشخصية بإجراء دراسات لدى عينة تشمل 194 طالبًا و 140 تلميذاً، وبمجرد إستخراج عامل الذكاء، تم تفسير العامل الثاني على أنه سمة للطبع التطوعي. لقد قام "كاتل" بإنجاز هذا البحث في الأربعينيات من القرن الماضي، بإستخدام الكمبيوتر من أجل تخفيض قائمة السمات هذه وذلك بتطبيق التحليل العاملي. وفي عام 1963 إفترض "نولرمان" إمكانية تخفيض عوامل "كاتل" الستة عشر إلى خمس عوامل، وكانت هذه البداية لظهور نموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية.

بينما يؤكد (Jean Pierre Rolland, 2013) بأنه على عكس ما هو معروف، تم تقديم نموذج العوامل الخمسة الكبرى والتحقق من صحته (في عام 1932 و عام 1934) من قبل إثنين من علماء النفس البارزين في المجالات المرموقة. بعد ذلك، قام مؤلفون آخرون بتكرار هذه النتائج ونشرها في مجلات أخرى معروفة مثل دراسة " فيسك" التي نشرها سنة 1949 في مجلة (le Journal of Abnormal and Socialpsychology) ودراسة "نورمان و جولدبرغ" التي نشرها في سنة 1966 في مجلة ( Journal of Personality and Social Psychology) ومع ذلك فإن هذه الدراسات تم تجاهلها بصفة كبيرة.

يعود أصل النموذج عوامل الخمسة الكبرى إلى البحوث التي إعتمدت على المنهج المعجمي النفسي، من هذا المنظور، يُفترض أنّ الإختلافات الفردية التي لها تأثير كبير في معاملات الأشخاص اليومية ينتهي بها المطاف إلى ترميزها باللّغة في شكل كلمة. هكذا توفر اللّغة قائمة من الصفات التي تصف سلوكيات الفرد المعتادة، بغرض تمييز هذا الفرد عن الآخرين. إنّ تحليلاً لتباينات صفات الذات (أو أي شخص آخر) التي تتحقق من خلال هذه الواصفات يجعل من الممكن الإفصاح عما يسميه الشخص سمات الشخصية فضلاً عن أنماط التباين بين معالمه، أي بنية الشخصية.

## 5-2- أبعاد نموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية:

تتمثل الأبعاد الخمسة الكبرى للشخصية حسب (S. Dilchert & al., 2006) في سمة الإستقرار العاطفي، سمة الإنبساط، سمة الإنفتاح، سمة الطيبة، وسمة الوعي أو يقظة الضمير. تختلف أسماء هذه الأبعاد أحياناً حسب تفضيلات الباحث والمؤلف. على سبيل المثال، يفضل بعض المؤلفين تسمية البعد الثالث بالبعد الفكري، بدلاً من الإنفتاح كما يفضل آخرون تسمية بعد الإستقرار العاطفي بعكسه وهو بعد العصابية. ومع ذلك تتداخل في الغالب محتويات الأبعاد الخمسة فيما بينها عبر العديد من المفاهيم المختلفة للشخصية.

### -الإستقرار الإنفعالي :

يشير هذا العامل إلى ميل الفرد إلى الإضطراب إنفعالياً، غالباً ما يطلق عليه إسم بعد الاستقرار الإنفعالي أو سمة العصابية (Neuroticism) على القطب السلبي لهذا البعد. يميز هذا البعد الأفراد من حيث قابليتهم لتجربة الضيق الإنفعالي وإستراتيجيات المواجهة غير المتكيفة (الغير منسجمة مع المواقف). وتشمل السمات الشائعة المرتبطة بالقطب السلبي لهذا البعد القلق والإكتئاب والغضب والإنزعاج والإنفعال والتردد وعدم الإستقرار في حالة الخوف والإحساس بعدم الأمان. يكون الأفراد المستقرون على المستوى الإنفعالي أكثر تكيفاً، ويتسمون بالإرتياح، والثقة في النفس، والنشاط، والإعتدال والهدوء. يتم وصف الفرد الذي يحصل على درجة منخفضة في مستويات بعد الإستقرار الإنفعالي على أنه مزاجي، قلق، غير آمن، ومتوتر، وتشمل بعض الجوانب المفترضة لبعد العصابية، العدائية، الإكتئاب، الوعي الذاتي، الحساسية، انخفاض مستوى تقدير الذات، المشاعر السلبية.

### - الإنبساط:

يشمل بعد الإنبساط السمات المتعلقة بالتواصل والهيمنة والنشاط والمشاعر الإيجابية، ويتضمن أيضاً ميل الفرد إلى البحث عن التحفيز الشخصي والقدرة على الفرح. يتم وصف الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية في هذا البعد على أنهم نشيطون وحيويون وأقوياء وثرثارون وحازمون ومرحون، وإجتماعيون ولديهم القدرة على الإقناع والإيجابية، كما أنهم يبحثون عن مواقف إجتماعية يتفاعلون فيها مع الآخرين ويسيطرون عليهم إجتماعياً.

أما الأفراد الذين يتحصلون على درجات منخفضة في هذا البعد فيوصفون بأنهم إنطوائيين، صامتين، خاضعين، سلبيين، خاملين، إنسحابيين، ومتردددين. أهم أوجه بعد الانبساط هي الهيمنة، تأكيد الذات والحزم، والإجتماعية، والتناغم، ومستوى الحيوية، والنشاط، والإنفعالات الإيجابية. كما تم اقتراح الإثارة والدفء كأوجه لهذا البعد.

### - الإنفتاح:

لقد تم تفسير هذا العامل بأنه الإنفتاح على الخبرة أو الفكر أو الثقافة، وترتبط بهذا البعد سمات الخيال، والفضول، والأصالة، رجاحة العقل، والذكاء. يؤدي الإنفتاح إلى التسامح مع الغموض والحساسية الفنية. يصف هذا البعد الفروق الفردية في التسامح والإنجذاب إلى كل ما هو غير مألوف وتم وصفه كسمة مؤثرة على مدى وتعقيد التجارب العقلية لدى الفرد. يوصف الفرد الذي يتحصل على درجات مرتفعة في هذا بأنه شخص ذو إهتمامات واسعة، خيالي، وفضولي، وخلاق، وثاقب الفكر كما أنه يفضل التعقيد والتغيير على المواقف المألوفة والمستقرة، في حين يوصف الفرد الذي يحصل على درجات منخفضة بأنه سطحي، تقليدي، غير تحليلي، واقعي، ويفتقر إلى الخيال.

### - الطيبة:

يتضمن بعد الطيبة خصائص مثل الود، واللطف، والكياسة، والحنان. يتم وصف الفرد الذي يحصل على درجة عالية في هذا البعد على أنه ودي، تعاوني، شعبي، سهل المعشر، حساس، مراعي، إثاري، لطيف، لبق، وحنون، ويكون مهتما بمساعدة الآخرين والتصرف بطرق مقبولة إجتماعيا، ويمكن وصف الفرد الذي يسجل درجات منخفضة على هذا البعد بأنه غير متعاون وغير مقبول وغير ودي وأناني وعدائي وإستقلالي. حظيت جوانب بعد الطيبة بقليل من الإهتمام في البحوث. وحسب التصور المفاهيمي، فقد تضمنت أيضا الثقة والتواضع والتسامح والبساطة، والعطف والرقّة.

### - يقظة الضمير:

يشير بعد يقظة الضمير(الوعي) إلى مجموعة الصفات المتعلقة بالحصافة والإنجاز والفعالية والمثابرة والنظام والتحكم في النزوات. على الرغم من أنّ هذا البعد يطلق عليه في

أغلب الأحيان "يقظة الضمير"، فإنه يشار إليه أحياناً بإسم "المطابقة" أو "الموثوقية" (الانتباه، الدقة، المسؤولية، التنظيم، الكفاءة، التخطيط)، نظراً لارتباطه بمجموعة متنوعة من مقاييس الإنجاز التعليمي وارتباطه بالإرادة (العمل الجاد، وتوجيه الإنجاز، والمثابرة)، فقد تم تسميته أيضاً "الإرادة للنجاح". وتشمل السلوكيات النموذجية التي تميّز الأفراد الذين يحتلون مكانة عالية في هذه السمة التخطيط الدقيق، واتباع القواعد والمعايير، والتنظيم، والعمل الجاد، والمثابرة في السلوك الموجه نحو الأهداف. كما يتم وصف الأفراد الذين يحرزون درجات عالية في هذا البعد على أنهم منظمون وشاملون وأكفاء وموجهون نحو العمل ومثاليون ومحفزين. وغالباً ما يكون الأفراد الذين يسجلون درجة منخفضة من "يقظة الضمير" غير منظمين، مهملين، وغير مسؤولين، وضعاف الإرادة، وغير موثوقين، وفي بعض الأحيان باحثين عن المتعة ومندفعين. وفقاً لمفاهيم مختلفة، تشمل جوانب "يقظة الضمير" الفعالية، والنظام الجيد، ومراقبة النزوات، والحذر، والحسم، والإلتزام بالمواعيد والشكليات، والطبع التوافقي (لديه قيم تقليدية)، وتوجه نحو الإنجاز، والعمل الدؤوب.

#### - نموذج "جون" 1990, (Modèle de John):

يتضمن هذا النموذج العوامل التالية:

- 1- **الإنفتاح على التجارب (Ouverture aux expériences)**: التي تؤدي إلى الخيال وقبول التجارب الجديدة، والحاجة إلى التنوع، وغياب العقائدية، والفضول الفكري.
- 2- **القيود (Contrainte)**: ويشمل سمات الضمير، السيطرة، الإعتماد على الانضباط الذاتي الموجه لتحقيق الأهداف والإلتزام الصارم بالمبادئ.
- 3 - **الإنبساط (Extraversion)**: يتمثل في صفات الإجتماعية، البشاشة، الحيوية، النشاط، والحماس.
- 4- **الإيثار (Altruisme)**: تتحول الإجتماعية في هذا البعد إلى اللطافة والإستئناس والثقة والمحبة والإيثار.
- 5- **العصابية (Neuroticisme)**: يعبر عنها بالقلق والغضب والعصبية والإكتئاب وغيرها من المشاعر السلبية. (Cottraux, Blackburn, 2006, p.2006).

- نموذج "دون هيلريجل وسلوكوم" في سنة 2006 (Don Hellriegel, Slocum):  
إستخلص الباحثان هذا النموذج من نموذجي "هوجان" في 1991 ونموذج ماكري وكوستا  
في 1999 واستنتجا الأبعاد التالية:

**1- القدرة على التكيف (La capacité d'adaptation):** يكون الفرد إما واثق من نفسه،  
فعّال، عصبى، أو يفتقر إلى الثقة بالنفس، وغريب الأطوار.

**2- الاجتماعية (La sociabilité):** يعتبر الفرد إجتماعي، نشيط، لديه القدرة على فرض  
نفسه أو خجول، لا يفرض نفسه، منسحب.

**3- الضمير الأخلاقي (La conscience morale):** يسعى الفرد لإنجاز الكثير من  
المشاريع، عبقرى، موثوق أو متسرع، مهمل، وغير مسؤول.

**4- الدماثة / اللطافة (L'aménité):** يوصف فرد بكونه دافئ، رقيق، مراعى أو مستقل،  
بارد، غير مهذب.

**5- الإنفتاح الفكري (L'ouverture intellectuelle):** يكون الفرد مبدع، فضولي،  
أصلي أو ممل، بدون خيال، مبتذل. (John W. Slocum، Don Hellriegel، 2006، p.59)

- نموذج "هوجان" (Hogan): لقد ميّز "هوجان" خمسة عوامل تبيّن الخصائص الهامة  
للسلوك الإنساني وهي: الإنبساط، سهولة المعشر (convivialité)، يقظة الضمير، الطبع  
العصابى، والإنفتاح على الخبرة. (M. Kets de Vries, 2006, p.190)

### **3-5- أدوات قياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى:**

في سردهما للتطور التاريخي لمقاييس سمات الشخصية حسب العوامل الخمسة الكبرى،  
أشار (Oliver P. John , Sanjay Srivastava, 1999) إلى المقياس الأولي لسمات الشخصية  
(NEO Personality Inventory) ل "ماكري وكوستا" (Costa & McCrae) والذي تضمن  
مقاييس لتقييم أبعاد العصابية والإنبساط والإنفتاح، لكنها لم تتضمن الأوجه لقياس بعدي  
المقبولية ويقظة الضمير اللذان تم اضافتها لاحقاً. في عام 1992، نشر "ماكري  
وكوستا" قائمة جرد سمات الشخصية (NEO PI-R) المتكونة من 240 فقرة، والتي تسمح  
بقياس متباين لكل بُعد من الأبعاد الخمسة الكبار من خلال ستة جوانب محددة لكل عام، تم  
تطوير هذا المقياس بإجراء الدراسة على عينة من الأفراد الراشدين في منتصف العمر

وكبار السن، وذلك باستخدام كل من إجراءات الصدق التحليلي والمناهج المختلفة للتحقق من صحة بناء الإختبار، ولقد أظهر المقياس اتساقًا داخليًا كبيرًا واستقرارًا زمنيًا وصدق تقاربي وتمييزي.

تعتبر قائمة جرد الشخصية (NEO PI-R) طويلة إلى حد ما بالنسبة للكثير من البحوث التطبيقية. لهذا قام كل من "ماكري وكوستا" بتطوير قائمة مختصرة (NEO-FFI) المتكونة من 60 فقرة عن طريق التحليل العاملي للقائمة (NEO PI) التي أصدرها في سنة 1985، وتتضمن مقاييس هذه القائمة الجديدة 12 فقرة على العناصر التي تم تحميلها بشكل كبير على كل من العوامل الخمسة في هذا التحليل. تم تعديل محتوى عناصر المقاييس إلى حد ما لضمان تغطية محتوى كافية من الجوانب؛ ومع ذلك، لا تمثل هذه المقاييس بالتساوي كل من الجوانب الستة التي تحدد كل عامل. على سبيل المثال، يشتمل مقياس التوافق على خمسة عناصر من جانب الإيثار، وثلاثة من الإمتثال، وإثنان من الثقة، وواحد من العطاء، وواحد من الاستقامة، ولا شيء من التواضع. يرتبط مقياس NEO-FFI إرتباطًا كبيرًا بمقياس NEO-PI-R، مما يشير إلى أنه يرث جزءًا كبيرًا من صلاحية المقياس الأطول.

وقام "جون وآخرون" (John et al.) في سنة 1991 بتطوير قائمة جرد الخمسة الكبرى (BFI) التي تتكون من 44 فقرة في نسختها الأمريكية، وتتضمن القائمة جمل قصيرة بناءً على صفات السمات المعروفة بأنها العلامات النموذجية لـ "الخمس الكبار". يتمثل الهدف من إنشاء هذه القائمة (BFI) هو توفير وسيلة فعّالة للباحثين والأخصائيين العيادين تتميز بالموثوقة وصالحة لقياس الاختلافات الفردية من خلال الأبعاد الخمسة الكبرى للشخصية، تتميز هذه القائمة بالإيجاز، وقصر وقت تطبيقها (أقل من عشر دقائق)، وسهولة فهمها، ويسر تحليل البيانات المتحصل عليها. (O. Plaisant et al., 2010, p.98)

وتوضح (Ryser, V.-A. 2015) على أنه بالرغم من قصر قائمة جرد الخمسة الكبرى (BFI-44) لـ "جون، دونا هو وكينتل" (John, Donahue et Kentle) مقارنة بقائمة جرد العوامل الخمسة الكبرى (NEO-PI-R) لـ "كوستا وماكري"، غير أنها تبقى طويلة جدًا بالنسبة للإستطلاعات متعددة الموضوعات. لهذا ظهرت إصدارات قصيرة لمقياس سمات الشخصية الخمسة الكبرى مستمدة من (BFI-44)، إذ تم تطوير نسختين قصيرتين: النسخة



المختصرة لمقياس الخمسة الكبار (le Big Five Inventory-Short Version (BFI-15)) ل "جيرلتز و شوب" (Gerlitz & Schupp) في سنة 2005 والتي تتكون من خمسة عشرة فقرة، ومقياس الخمسة الكبار الذي يتضمن 10 فقرات (Big Five Inventory-Ten (BFI-10)) ل "رامشتيدت وجون" (Rammstedt & John) في سنة 2007، هاذين المقياسين مخصصان للبحوث التي تتطلب مدة زمنية قصيرة لإنجازها، وعلى نفس المنوال، قام "جوسلينج وآخرون" (Gosling et al.) في سنة (2003) بتطوير قائمة جرد الشخصية المكونة من عشرة فقرات (TIPI) لتقييم سمات شخصية الخمسة الكبرى.

#### 4-5- أهمية نموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية في مجال العمل:

لقد أوضح (P.A. Touzé, 2005) أنه ظهرت في السنوات الأخيرة دراسات إهتمت باستخدام أبعاد الشخصية في مجال الإنتقاء المهني ولقد إهتمت هذه البحوث في الأساس، أولاً بتحديد مكونات الشخصية الضرورية للدراسة العلمية وقدرتها على التنبؤ بالنسبة للتقييم المهني، ثانياً بناء أدوات فعّالة متكيفة مع مجال المنظمات، ثالثاً دراسة مختلف مناهج الإنتقاء ودور الشخصية بالنسبة لهذه الطرق، رابعاً وأخيراً إيجاد آفاق جديدة لتقييم الأداء المهني. ولقد ساهم نموذج العوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية بصفة كبيرة في هذا المجال، فلقد منحت دراسة أبعاد الشخصية معلومات قيّمة للتنبؤ بالأداء بحيث قد تظهر مثلاً العلاقات المتناقضة بين سمة من سمات الشخصية ومعايير من معايير الأداء. هذا ما أكدته (Claude Lévy-Leboyer, 2005) والتي ترى أنّ نموذج العوامل الخمسة الكبرى لقياس الشخصية لديه فعالية حقيقية ليس فقط في تقييم الأداء العام ولكن على مختلف الجوانب المرتبطة بالأداء المهني.

كما شدّد (Dilchert & al., 2006) على أهمية الأبعاد الخمسة الكبار للشخصية في توفير إطار لتنظيم سمات الشخصية المستخدمة في البحث والممارسة في مجال علم النفس الصناعي والعمل والمنظمات. ولقد تمت دراسة هذا النموذج في مجالات مختلفة من بينها الإتجاهات المهنية، السلوك والنتائج، على سبيل المثال، ربطت الدراسات بين الإطار الخاص بالعوامل الخمسة الكبار والمصالح المهنية والقابلية للتوظيف والنجاح المهني والأداء المهني والرضا المهني.

## الفصل الرابع: تحليل لمفاهيم المتغيرات التابعة في الدراسة

تمهيد

1 - التعاطف

2- المناعة النفسية

3- الصحة النفسية والصحة الجسدية

4- العوامل المؤثرة على الصحة النفسية والجسدية في العمل

**تمهيد:** سنتناول في هذا الفصل تحليل مفاهيم المتغيرات المعدلة في البحث وممثلة في التعاطف والمناعة النفسية، وتحليل مفاهيم المتغيرات التابعة وهي الصحة النفسية والصحة الجسدية في العمل وخاصة في مهنة التمريض.

## أولا التعاطف

### 1- مفهوم التعاطف:

التعاطف هو أحد أبعاد الذكاء الانفعالي ويعتبر محور هذه المهارة العلائقية نظرا لأهميته في التواصل بين الأفراد ويعتبر كل من (C. Malaret, F. Vaslet, 2014/2016) التعاطف بأنه رباط إجتماعي يقوي التماسك الإجتماعي وهو أفضل ما يميّز الجنس البشري و بدون التعاطف لا وجود للبشرية ولكن يصبح العالم يضم مجموعة من الأفراد المتفرقين، إذا التعاطف يعني تفهم تفكير الأفراد الآخرين فهو يمثل فهم وجهة نظر فرد آخر وأخذ مكانه والإحساس بمشاعره.

ولقد تم إستعارة كلمة التعاطف (empathie) باللغة الأجنبية أولاً من الكلمة الإغريقية (iatarpe) أي (إكراتيا) والتي كانت تعني "المعانة مع" والتي تُعزى الآن بشكل عام إلى مصطلح "الإنجذاب" الذي غالباً ما يتم الخلط بينه وبين التعاطف.

ولقد ظهر مفهوم التعاطف في القرن التاسع عشر تحت إسم "einfühlung" الذي إستخدمه الرومانسيون الألمان، بحيث أنّ فعل "einfühlung" يمثل عملية إتصال حدسية مع العالم، والتي تعارض المعرفة العقلانية للكون وهي طريقة للمعرفة الذاتية. ( M-L. Brunel & C. Martiny, 2004, p.474 )

ويسمى أيضا بالتعاطف الوجداني، التقمص الوجداني والتفهم، ويطلق عليه في بعض المراجع أيضا مصطلح المشاركة الوجدانية والمشاركة الإنفعالية، وهو كفاءة إجتماعية وتعني القدرة على التعرف وقراءة مشاعر الآخرين والإستجابة المناسبة لها على أساس الوعي بالذات. يعتبر "تيسيرون" (S. Tesser, & Bass, H., 2011) أنّ أول من اقترح مفهوم التعاطف هو "ثيودور ليبس" (Théodore Lipps) في القرن التاسع عشر في إطار تأسيسه لعلم النفس الجديد الذي يأخذ في الإعتبار المهارات الحسية والحركية، ولكن هذا

المفهوم سقط من إهتمام الباحثين في القرن العشرين نظرا لإهتمامهم الحصري باللّغة، وهذا على الرغم من الإهتمام الذي خص به "فرويد" مفهوم التعاطف. وفي سنوات الستينات وجد التعاطف مكانه، ضمن مقاربة "كارل روجرز" (Carl Rogers) ثم في التحليل النفسي لـ"هاينز كوهوت" (Heinz Kohut). أما في الوقت الحاضر يحتل التعاطف حيزا هاما من خلال الإكتشافات في العلوم المعرفية بتسليط الضوء على دور التقليد في نمو الطفل مثل التقليد الحركي، والتقليد العاطفي، الإهتمام المشترك، والتقليد الشفهي.

## 2- تعريف التعاطف:

عرّف "كارل روجرز" (Carl Rogers) في سنة 1980 التعاطف، ضمن مقاربة العلاج الإنساني (La thérapie Humaniste)، بأنّه المهارة أو القدرة على فهم ومشاركة التجربة الداخلية لشخص آخر. (Karen Huffman, 2007, p.440)

وتعرف (G. Provost Flatow, 2009) التعاطف بأنّه قدرة الفرد على وضع نفسه في مكان شخص آخر لفهم انفعالاته".

أما "رايموند بيسلي" (Raymond Piclet, 2015) يعتبر التعاطف بأنّه الشعور بالإنجذاب نحو فرد ما سواء كان قريبا أو غريبا، ويمكن لهذا الشعور أن يكون حتى نحو الحيوان، هذا الإنجذاب قد يتحول إلى الرغبة في المساعدة والحماية، كما يجب التنويه بأنّه لا توجد خصائص فيزيولوجية أو نفسية تولد تلقائيا هذا الإحساس فهو يتحرك لدى أفراد دون غيرهم.

ويعرف "ألان كرجين" (Alain Kerjean) التعاطف بأنّه عملية إنتقاط الإشارات الإنفعالية ومنحها معنى". أما "دانيال جولمان" (Daniel Goleman) فيعرفه بأنّه إدراك مشاعر الآخرين ويمثل العامل الأساسي للذكاء الإنفعالي. وتعتبر مدارس التحليل النفسي بما فيها مدرسة "روجرز" (l'école rogréienne) بأنّ التعاطف هو قدرة الفرد على الزج بنفسه في العالم الشخصي لفرد آخر إنطلاقا من العوامل المحصل عليها عن طريق الإتصال اللفظي وغير اللفظي. وفي مقاربة تنظيمية خاصة بالمؤسسة والتسيير يعرف "إريك أدلر" (Éric

(Alber) التعاطف بأنه القدرة والرغبة على التوضع في مكان الفرد الآخر لفهم شعوره ومما تتكون إنفعالاته وأيضاً تطلعاته وإحباطاته وآماله. (S. Famery, 2007, p.10)

### 3- الفرق بين مفهوم التعاطف وبعض المفاهيم المشابهة:

لتحديد مفهوم التعاطف بدقة شدد (S. Tesseron, & Bass, H., 2011) على أنه غالباً ما يتم الخلط بين مفهوم التعاطف (Empathie) ومفاهيم أخرى كالإنجذاب (Sympathie) والشفقة (Compassion) والتماهي (Identfication)، فالتعاطف يختلف جداً عن هذه المفاهيم، ويدل مفهوم الإنجذاب على أن الفرد يتشارك مع الآخر نفس العواطف أو الأحاسيس وأيضاً نفس القيم والذي قد يؤدي إلى مفهوم الميل نحو الآخر ومشاركته الأهداف والمثل وليس هذا هو الحال بالنسبة لمفهوم التعاطف.

أما مفهوم الشفقة فهو متعلق بالمعاناة، كما أنه لا ينفصل عن فكرة وجود ضحية يجب الدفاع عنها ضد قوة معادية أو عدوان بشري، ويتمثل المعنى الرئيسي لهذا المفهوم، في أنه لا يترك مجالاً كبيراً للمعاملة بالمثل، ويترافق أحياناً مع الشعور بالتفوق.

أما بالنسبة لمفهوم التماهي فما هو سوى الدرجة الأولى من بين ثلاثة درجات مكونة للتعاطف، و بالإضافة إلى التماهي، تتمثل الدرجة الثانية في الإعراف المتبادل أما الدرجة الثالثة فتسمى بالإتصال ما بين الذات (l'intersubjectivité).

### 4- التطور التاريخي لمفهوم التعاطف:

لقد أكدت (Brunel & Martiny, 2004) بأن مفهوم التعاطف جذوراً في ما قبل التاريخ، فمن أجل المحافظة على قدرة البقاء لأنواع الكائنات الحية، يُعتقد أن التعاطف كان موجوداً لفك رموز البيئة المعادية منذ بداية ظهور الإنسان على وجه الأرض. وقام "بلوتشيك" (Plutchik) في عام 1987، بتسليط الضوء في مقال عن جذور مفهوم التعاطف فيما يخص وظائف الإتصال والبقاء على قيد الحياة، إذ أنه ذكر إشارات خاصة والتي تحفز التأثيرات المناسبة والإجراءات (بما في ذلك سلوك المحاكاة) في مواجهة الخطر هذه الإشارات تُعرف بالقدرة على التماهي، وهي السمة التي وجدت في التعاطف.

تاريخياً، حسب (M-L. Dimon, 2011) تعتبر النظرية الأولى للتعاطف نظرية جمالية حيث ظهر مصطلح (Einfühlung) لـ"روبارت فيشر" (Robert Vischer) والذي فسّر الطابع الحسي للتعاطف بإعتباره تقاطع جمالي مع الإنفتاح على الفن، إذ تسمح الأحاسيس بالتماهي من خلال الإسقاط الوجداني على الموضوع "ليشعر بالداخل"، ويتأثر الفرد في حساسيته بالأشكال ومحتوياتها، ثم جاءت نظرية "ثيودور ليبس" (Theodor Lipps) لتمنح تصوراً أوسع لمفهوم التعاطف وذلك بإدراجه في الفلسفة وعلم النفس من خلال فهم التجربة الذاتية للآخرين.

وتؤكد (Brunel & Martiny, 2004) على الإهتمام الخاص الذي أولاه الفيلسوف الفينومولوجي "هوسرل" (Husserl) لمفهوم التعاطف في مؤلفه "تأملات ديكارتيّة". يعتبر التعاطف بالنسبة لـ"هوسرل"، عملية أساسية للذاتية والتي تُمثل شكلاً من أشكال المعرفة المشتركة التي تُكتسب عن طريق التماثل. وهذا يعني أنه عندما "نلتقي بالآخرين، نحن لا نُكوّنهم" لأن تكوين الأنا لا يمكن أن يتم إلا من قبل الشخص نفسه: معرفة "أنا" و"أنت" هي التي تخلق مساحة للحوار وتسمح بإقامة علاقات في العالم المشترك عن طريق التشابه. ويعتبر "هوسرل" أنّ الذاتية هي الشكل الموضوعي للغيرية. في الواقع، يفترض "هوسرل" أنّ الذاتية تأخذ أشكالاً مختلفة وهي الأخرى فبالإضافة للغيرية، تعبر عن التعاطف، الرد الذاتي، وعالم العقل. وغالباً ما تعتبر الذاتية كوسيلة للربط بين الأفراد وذلك بجعلهم حساسين بالجانب الإنفعالي للآخر. ولقد أكدّ "أغوستا" (Agosta) على وجود علاقة بين التعاطف والذاتية: فمن ناحية، يُمثل التعاطف أساس الذاتية الإنسانية والوسيلة أو الطريقة المفضلة لإقامة أو إعادة الإتصال مع الآخر. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنه يمكن للفرد الذي ينخرط في سيرورة الذاتية أن يكون في عملية تعاطف.

وفيما يخص مفهوم التعاطف في التحليل النفسي، يؤكد (Jacque Hochmann, 2012) أنّ "فرويد" (Freud) يعتبر التعاطف مثل "ليبس" (Lipps)، وسيلة من وسائل المعرفة الفكرية التي تتميز عن قربها العاطفي البسيط الذي تتسلل إليه ديناميكية اللاشعور. ويضيف (Dimon, 2011) بأنّ "فرويد"، وبإعترافه بنظرية "فيشر"، ذهب إلى أبعد من التماهي في شرحه لمفهوم التعاطف والذي يكون لا شعورياً، إذ يرى أنه يمكن للفرد تقليد وتمثيل

الأخر بعضلات جسمه، دون معرفة كيفية التفكير في ذلك، وهذا إشارة إلى آثار الذاكرة للإيماءات التي تم إنتاجها بالفعل. ومع ذلك، لا يزال "فرويد" متناقضًا تجاه فكرة التعاطف.

فهو حسب (Hochmann, 2012) يُجَرِّد التعاطف من الغموض من خلال التأكيد على طابعه ما قبل الشعور (préconscient) وحتى العقلاني. ويختلف هذا الطابع الفكري والعقلاني للمعرفة التعاطفية، إختلافًا كبيرًا عن الفهم الإنجابي، والذي يأتي بشكل دوري في أعمال "فرويد". ومن ثم ميّز "فرويد" الإنجاب عن التعاطف. وبالتالي، فإنّ التعاطف هو الذي سمح لـ "فرويد"، الذي إعتاد أكثر على لغة المصابين بالهستيريا، بفهم "لغة" العصاب الهوسي، عندما وجد نفسه في مواجهة خطابًا جديدًا لرجل الفنران. ومن خلال التعاطف أيضًا تمكّن من معرفة أنماط التفكير البدائي للرجل الذئب، بالرغم من الصعوبات المرتبطة بالإنتماء إلى ثقافة أجنبية.

وضمن المقاربة الإنسانية استمد "كارل روجرز" (C. Rogers) تصوره لمفهوم التعاطف حسب (Hochmann, 2014) من الفينومينولوجيا لـ "بوبر" (M. Buber) و"هوسرل" (Husserl) ومن البراغماتية في إصدار "جون ديوي" وتراثه البروتستانتية، فلقد لعب "كارل روجرز" دورًا مهمًا في نشر مفهوم التعاطف في مجال العلاج النفسي والإستشارات. وقام بتعريف مفهوم التعاطف من خلال علم النفس السريري للإشارة إلى القدرة على الإنغماس في العالم الذاتي للآخر والمشاركة في تجربته بالقدر الذي يسمح به التواصل اللفظي وغير اللفظي. وبمعنى آخر، هو القدرة على التوضع في مكان شخص آخر ورؤية العالم كما يراه.

يمكن ملاحظة قرب هذا التعريف من الفينومينولوجيا بوضوح. إنّ فكرة التجربة التي تعني أنّ الفرد إختبر ذلك الشيء تدل على أنها عملية تتضمن كل من العقل والجسم في البحث عن الوحدة، وفي إنفتاح تام قدر الإمكان على الأفكار والمشاعر والتجارب الداخلية والخارجية للجسم. بهذا المعنى تكون قريبة جدا من مصطلح الإبوخية لـ "هوسرل" والتي تعتبر أنّ التجربة هي الحقيقة المطلقة للموضوع. ويقول روجرز: "التجربة بالنسبة لي هي أعلى سلطة"

## 5- أنواع التعاطف:

تختلف أنواع التعاطف باختلاف النظرية التي تفسر هذا المفهوم، فمن خلال المقاربة الفلسفية لـ "تيودور ليبس" يحدد (Hochmann, 2012) نوعين من التعاطف حيث الاستخدام:

### 5-1- التعاطف الجاف (empathie sèche):

ويمثل الاستخدام العقلاني للتعاطف كوسيلة للتموضع في مكان الآخر لفهم تفاعلاته ومعتقداته ومشاعره، وهذا الإستعمال يوافق مقاربة كل من "فرويد" و "هوسرل".

### 5-2- التعاطف الرطب (empathie humide):

ويتمثل في إستخدام أكثر وجداني لمشاركة الحياة الإنفعالية بخلق مناخ يسمح بالتنمية والإزدهار، وهذا الإستخدام أيده كل من "روجرز" و "هانز كوهورت" (Heinz Kohut).

يرى كل من (Brunel, Martiny , 2004) أنّ التعاطف يرتبط بمجموعة من الظواهر

الإجتماعية والسلوكية والنفسية، ويظهر في ثلاثة أشكال هي:

### 5-3- التعاطف الفكري:

وهو مجموعة من التصورات (التمثلات) ذات أساس ذاتي.

### 5-4- التعاطف الوجداني:

وهو مجموعة من العواطف تتكون على أساس العدوى

الإنفعالية.

### 5-5- التعاطف العملي:

هي محاكاة الإماءات الحركية على الأساس الجسدي.

وبالتالي يبدو وجود ثلاثة مسارات ضرورية في كل عملية للتعاطف:

(أ)- السلسلة الخطابية خاصة اللفظية وهي تؤكد على البعد الإعلامي (التعاطف

الفكري).

(ب) - سلسلة الإدراك الحسي، تكون في معظم الأحيان غير لفظية مثل الصوت

والحركة وتميل إلى التعبير العاطفي (التعاطف الوجداني).

(ج)- بالإضافة إلى هذين المسارين يوجد مسار ثالث الذي يتكون من خلال عملية

التزامن التفاعلية (التي تدعى المحاكاة أو التماهي) بالمظاهر الجسدية (التعاطف العملي).

هذه الإعتبارات تقودنا إلى الإعتقاد بوجود ثلاثة أبعاد لعملية التعاطف هي:



- **البعد النشط** الذي يستحضر الأفعال التالية: الملاحظة، والإستماع، التصور، التمييز، الإستنباط، الإستنتاج، الفهم، والتفسير وهي تمثل العمليات العقلية التي تسلط الضوء على الوظيفة المعرفية.

- **البعد السلبي** الذي يستخدم الصيغ الإسمية التالية: الصدى، العدوى الإنفعالية، الإسقاط، التماهي، الإنعكاس، فقدان الذات المؤقت، الخيال الداخلي، حضور الآخر، وهي كلها ذات صبغة عاطفية.

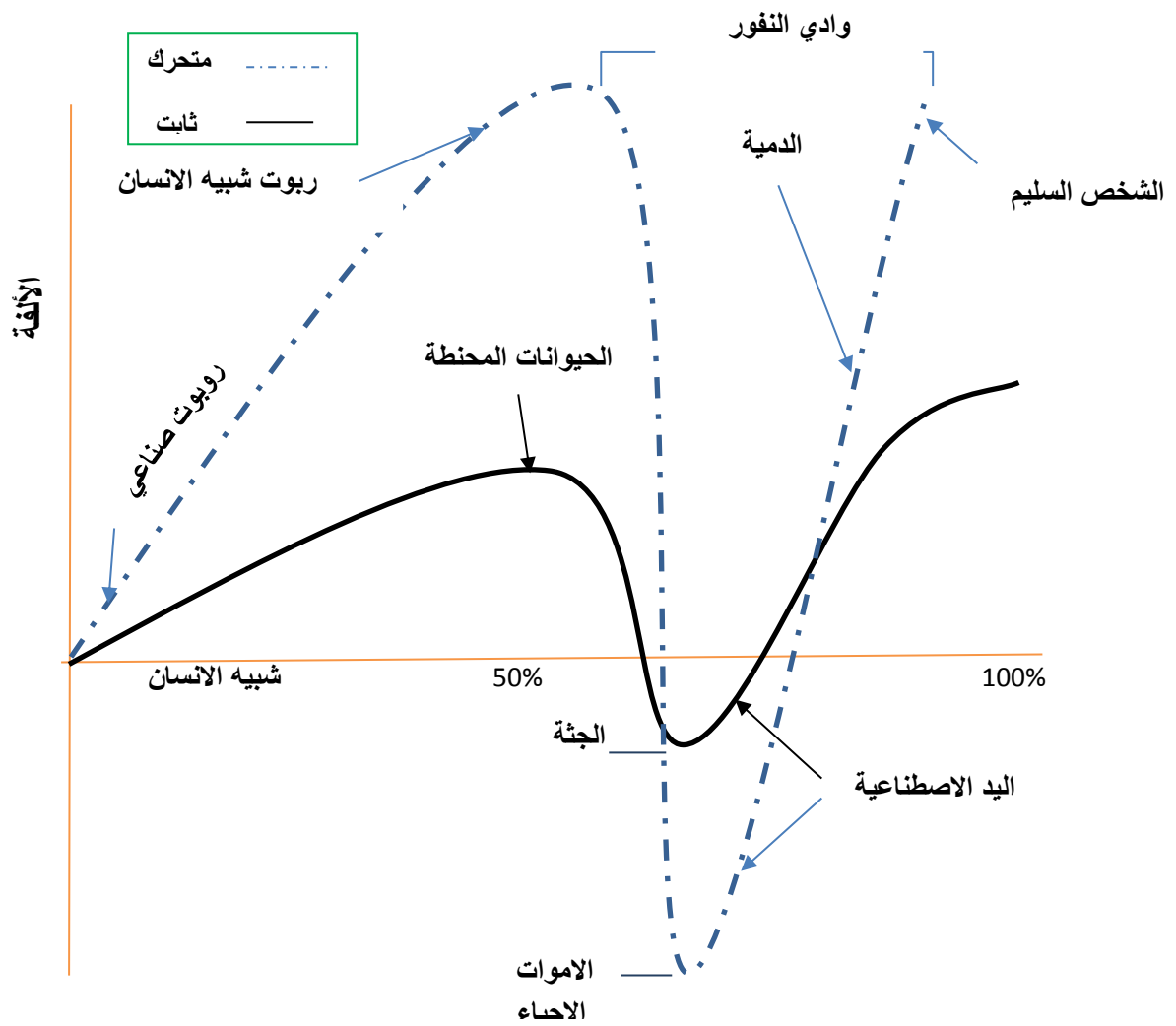
- **البعد الحركي** وهو بعد نشط وسلبي في نفس الوقت، وفي البعد الحركي النشط يستخدم الفرد حركات جسمية بالتزامن مع الطرف الآخر مثل الإماء، التقليد، النسخ والمحاكاة، وهي تدل على وجود نظام وجداني حركي قادر على تسهيل التبادل وتشفير الإشارات بين الشركاء المتفاعلين.

ويشير (هايل على مذابي، 2018) إلى وجود نوع آخر من التعاطف هو ما يسمى بالشعور بالنفور ويكون عندما يشعر الأفراد بأنواع معينة من التعاطف دون الأخرى.

#### **6-5 - مصطلح وادي النفور (Uncanny Valley) :**

والشعور بالنفور أو ما يسمى بمصطلح وادي النفور أو التوجس هو نوع من التعاطف ظهر مع بداية التطور التكنولوجي، فحسب (Rozzano Locsin & al., 2011)، منذ أكثر من 40 عامًا ، درس "موري مازاهيرو" (Masahiro Mori) الآثار التي كان للمظهر المرئي للروبوتات على الجذب العاطفي أو التنافر البشري. وفقًا لفرضية "موري" (1970)، فكل روبوت مصمم ليشبه إلى حد ما الإنسان في المظهر والسلوك، وكلما زاد شعور الإنسان بالألفة، سيشعر بمزيد من الإيجابية والتعاطف إتجاه الروبوت. ومع ذلك، عندما يصبح الإنسان الآلي في مظهر إنساني أكثر من اللازم، يتم الوصول إلى نقطة يبدأ فيها البشر فجأة في الشعور بالنفور، على سبيل المثال عندما يرون يدًا بها العضلات والأوتار والأوردة ثم يدركون بأنه طرف إصطناعي، سيشعرون بالغرابة أو "الألفة السلبية". وبالمثل، يحدث الشعور السلبي عند رؤية الشخص المتوفى: جسد الشخص موجود، لكن الشخص قد رحل، هذا الشعور هو وادي النفور (نوع من التعاطف).

عندما يقترب مظهر وسلوك الروبوت إلى شبه حقيقي بالإنسان، يمكن أن يبدأ البشر مرة أخرى في الشعور بالإيجابية والتعاطف ويكون لديهم نفس الشعور بالتقارب بالنسبة للروبوت كما هو الحال بالنسبة للبشر أنفسهم. على الرغم من القبول المختلط لفرضية موري فإن رد فعل المستهلكين الذين يدعمون الطلب على تقنيات الرعاية الصحية يغير بلا شك مدى تأثير الروبوتات البشرية ، مهما كان شكلها، على الرعاية الصح



شكل رقم (02) يوضح سيرورة مفهوم وادي النفور (التعاطف الإصطناعي)

المرجع ( Rozzano and al, 2011, p .354 )

وبالرغم من أنّ هذا النوع من التعاطف يمكن إعتباره تعاطفاً إصطناعياً ويخص التطور التكنولوجي في ميدان الصحة، يمكن القول بأنّ هذا التعاطف وشعور التوجس ظهر لدى المعالجين والمرضى بصفة خاصة في بداية ظهور جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) إتحاف المرضى المصابين بالفيروس، فعلى الرغم من شعور المعالجين بمعاونة المرضى إلا أنّ خوفهم من العدوى، إذ أنّ طريقة إنتقال المرض والعدوى كانت في البداية مجهولة بالنسبة لهم مع نقص وسائل الحماية مما ولد لديهم شعور التوجس (شعور وادي النفور)، وهذا ما أثر على جودة العلاج المقدم وكذلك على نفسية المعالجين والذين وجدوا أنفسهم في وضعية متناقضة، فواجبهم يفرض عليهم التقديم الرعاية الصحية للمرضى المصابين ولكن الخوف من المرض المجهول وخاصة الخوف من نقل العدوى إلى أسرهم وأقاربهم جعلهم يترددون في الإقتراب من هؤلاء المرضى، وهذا ما يدل على نقص في التكوين وفي المهارات اللازمة أثناء هذا النوع من الأزمات الصحية.

## 6- الأساس الفيزيولوجي لعملية التعاطف:

لقد أوضحت (E. Simon, 2009) أنّ الإكتشافات الحديثة في الفيزيولوجيا العصبية توفر عوامل مهمة لفهم عملية التعاطف والتي يبدو أنّها تستند إلى عنصرين رئيسيين هما الإستعداد الفطري ولا شعوري للإحساس بأنّ الآخرين " هم مثلنا" وقدرة واعية لوضعنا عقلياً في مكان الآخرين. يظهر المكون الأول من المراحل المبكرة لنمو الطفل، عن طريق تنشيط الخلايا العصبية "المرآة" (Neurones miroirs) من خلال الملاحظة البسيطة لتصرف شخص آخر، وذلك بسبب ظاهرة الرنين الحركي بين دماغ وآخر: " التصور هو محاكاة داخلية للحركة"، كما يقول "بيرثوز" (Berthoz). يتطور المكون الثاني في وقت لاحق، وهو يتطلب القدرة على التعامل مع التمثلات العقلية. وأخيراً، يتحقق الفهم للحالة الذاتية للآخرين دون الخلط بين الفرد والشخص الآخر، ويتم تشكيل القدرة على التعاطف من خلال اهتمام الفرد وتحفيزه.

ولقد أوردت (D. Hutto Douglas, 2012) العديد من الدراسات الحديثة التي إستكشفت الأساس البيولوجي للتعاطف نذكر من بينها دراسة "جريميل وآخرون (Greimel et al.) في سنة (2010) حيث بحثوا في التغييرات التي تحدث في تطوير الآليات العقلية الكامنة

وراء التعاطف. كما أنّ " شولت روثر " وآخرون (Schulte-Ruther et al.) في عام (2007) يّبنوا العلاقة ما بين النشاط العقلي وقدرات التعاطف. فيما أجرى "فولم وآخرون" (Vollm et al.) في سنة (2006) دراسة تؤكد أن الألم العقلي والتنبيه التعاطفي يرتبطان بالشبكات العصبية. ولقد قدم "هيرليمان وآخرون" (Hurlemann et al) (2010) أول دليل على أن هرمون الأوسيتوسين (ocytocine) يمكن أن يسهل التعلم المعتمد على الأميغدالا (amygdale) والذي يقوي الروابط الاجتماعية والتعاطف الإنفعالي لدى الانسان.

## 7- أهمية التعاطف في مهنة التمريض:

يتضمن مصطلح التعاطف من وجهة نظر (C. Leclerc, 2018) مفهومين على الأقل: الأول هو القدرة على التعرف على مشاعر الآخر (بشكل أساسي تعبيرات وجهه) والثاني هو فهم المشاعر مثل (الخوف والقلق والألم المعنوي أو الجسدي)، ولكي يكون الفرد متعاطفاً، يجب أن يرى نفسه في معاناة الآخر، وتختلف هذه القدرة من فرد لآخر حسب حساسيته وتاريخه الشخصي وخبراته وسنه.. إلخ.

في مجال العلاج، يصبح التعاطف "رعاية"، ويجب أنّ يكون ملموساً في بعض الأفعال مثل: الإصغاء، الانتباه، اللطف، الطمأنينة، المساعدة، المشاركة في المعرفة عن الرعاية أو العرفة عن المرض، والتموضع على نفس مستوى المريض. لهذا يجب على المُعالج إظهار تعاطفه مع أولئك الذين يعانون أو يشعرون بالخوف. وتظهر فائدة التعاطف بطرق مختلفة، أولاً بالنسبة للمريض الذي يجد التفهم والإعتراف والذي سيكون بلا شك أكثر التزاماً بالعلاج المقدم إليه، بالإضافة إلى ذلك، سيستفيد بلا شك من "تأثير الدواء الوهمي" المرتبط بالعناية أكثر من العلاج، وهذا يثمن الجهد الشخصي للمعالج ولفريق الرعاية، من خلال هذا "التأثير النموذجي"، يتم تدريب المعالجين على كيفية التصرف في العلاقة العلاجية.

وضمن نفس السياق توضح (C. Isnard Bagnis, 2017) بأنّ التعاطف في العلاقة العلاجية هو عبارة عن عملية إدراكية وتماتلية وإسقاطية وذاتية تسمح للمُعالج بتمثيل الحالة الإنفعالية للمريض وتمييزها عن حالته، في اللحظة التي يواجه فيها المعالج المريض والذي سوف يعلم للتو أنه سيتعين عليه بدأ عملية تصفية الكلي أو علاج الكميائي لمرض

السرطان، سوف يشعر ويرى ويسمع معاناته. يجب على المعالج أن يتعرف على معاناة أو حزن المريض، وحتى أن يعبر لفظياً عن ملاحظته ذلك، لكنه لا يتشارك نفس الإنفعالات، من هذا المكان في العلاقة العلاجية يمكن للمعالج أن يكون مع هذا المريض ويساعده ضمن دوره في تقديم الرعاية.

وتوضح (B. A. May, 2007) بأنّ التعاطف هو مفهوم مهم جداً في مجال التمريض لأنه يرتبط إيجابياً بالمرضى والممرضات، إذ ركزت معظم دراسات التمريض حول التعاطف على عملية التفاعل أو العلاقة الشخصية بين الممرضة والمريض. وفي نفس السياق تؤكد (Douglas, 2010) بأنّ التعاطف يمثل بُعد من أبعاد مهنة التمريض فهو أساس مهارة الرعاية، وغالباً ما يتم تقديمه كجوهر وفن التمريض، ولقد تبين أنّ تقديم العلاج بالتعاطف يحسن النتائج الفيزيولوجية والنفسية للمرضى ويبدو أنّ التعاطف يحقق جودة العلاقات الشخصية والتي تسمح بالرفع من مناعة الأفراد وتحسين صحتهم.

بينما يؤكد (Z. S. Yaseen & A.E. Foster, 2019) بأنّ التعاطف لا يرفع من مستوى رضا المريض عند اللقاءات الطبية فحسب، بل إنه يحسن أيضاً نتائج العلاج ويرتبط أيضاً بالرضا المهني والالتزام المهني بالنسبة للمعالجين. ويسمح الدعم والتعاطف الذي يقدمه المعالج للمرضى بالتعبير الواضح عن مشاعرهم وآرائهم حول مشكلاتهم الطبية، ويساهم في التقليل من القلق، والضيق النفسي، والألم و مستوى ضغط الدم، وتحسين الوظائف الحيوية للمريض بشكل عام. كما أشار إلى أنّ المرضى الذين حصل أطباؤهم على درجات عالية من التعاطف على مقياس جيفرسون للتعاطف (JSPE) كانت لديهم مستويات أفضل بشكل كبير فيما يخص الهيموغلوبين (l'hémoglobine A1c) والكوليسترول (cholestérol) من المرضى الذين عولجوا من طرف الأطباء الذين لديهم درجات منخفضة من التعاطف.

ينقسم التعاطف في إطار العلاقة العلاجية إلى عدة أنواع، وحسب (A. Bioy, F.) (Bourgois, I. Nègre, 2003) هناك شكلين من التعاطف هما:

- **التعاطف التلقائي (الغريزي):** يكون هذا التعاطف نتيجة تشارك المُعالج والمريض نفس الرؤية لذات الموقف ( الحالة العلاجية)، فعندما يتناقشان، يتشاركان وجهات نظرهما ورؤيتهما للأشياء ويسعيان إلى إستكشاف عالم الآخر، والطريقة التي ينظر بها إلى الموقف.

- **التعاطف الصعب:** يتدخل في لحظات الأزمات بالنسبة للمريض، وحين تتغلب عليه معاناته، إذ تعتبر الرعاية الصحية بالنسبة حالة خاصة، بينما لا تمثل للمُعالج أي استثناء. ويبدو رد فعل المريض خارجا عن المألوف، ومن الصعب فهمه، إذ يجب على المعالج أن يسعى إلى إدراك اختلافه مع المريض، بالإصغاء لكلماته وردود أفعاله على الرغم من طبعه الغريب بالنسبة له ليس كمعالج إعتاد على حالة الرعاية الصحية ولكن بصفته (أي المعالج) صانعا للقرار أو الفاعل الأول النشط في العلاقة العلاجية، أي في الحالة المهنية.

هذا مفهوم مهم جدا لأنه يفترض من المعالج أن يكونا حساسا في نفس الوقت، للرسائل المفاهيمية الواردة من المريض (البعد المعرفي) والذي يمثل الإختلافات في المعنى الذي يعطيه المريض لنفس الحدث أو لأحداث مختلفة والذي يستخدمه لشرح آلامه ومعاناته. وللرسائل الإنفعالية (البعد الوجداني) والتي تمثل جميع الإنفعالات، وخاصة تلك التي تشوش المشاعر التي يعاني منها المريض.

ولقد قام كل من (J. R. Cutcliffe, H. P. McKenna, 2005) بعد مراجعة شاملة للأدبيات عدة أنواع للتعاطف في العلاقة العلاجية، بعرض بعض أشكال التعاطف منها، أربعة مكونات للتعاطف حددها "مورس وآخرون" في سنة (1992) وهي: التعاطف الأخلاقي والتعاطف الإنفعالي و التعاطف المعرفي و التعاطف السلوكي، في حين وضح ويليامز (1990) أنّ أكثر مكونات التعاطف المعترف بها على نطاق واسع هي التعاطف الإنفعالي، التعاطف المعرفي، التعاطف التواصلي والتعاطف العلائقي. وأضاف مكون آخر للتعاطف وهو التعاطف العلائقي و الذي يدركه المرضى.

## الجدول رقم (01) يوضح مكونات التعاطف في مهنة التمريض

القدرة على معايشة التجربة الذاتية ومشاركة الحالة النفسية والمشاعر الداخلية للآخر	المكون الإنفعالي
قوة الإيثار الداخلية التي تحفز على ممارسة التعاطف.	المكون الأخلاقي
القدرة الفكرية للمعالج على تحديد وفهم مشاعر الآخر ووجهة نظره ضمن حالة موضوعية.	المكون المعرفي
الإستجابة الإتصالية لفهم وجهة نظر الآخر	المكون السلوكي

ويوضح (Bioy & al. 2003) أنه مهما كان نوع التعاطف فهو يتطلب قبول طريقة تفكير الآخر، ويكون هذا القبول بدون إصدار للأحكام من طرف المعالج لما يسمعه ويلاحظه ويدركه عن المريض، وأن يكون الفرد مع الآخر بهذه الطريقة يعني أنه يدع جانباً آرائه وقيمه من أجل إختراق عالم الآخر دون تحيز.

وتجدر الإشارة إلى أن التعاطف يبقى إتجاها صعبا في مواقف العلاج الحادة التي تفرض على المعالج الشعور في نفس الوقت بالتأثر وبالعجز وتعبئة المشاعر المختلفة مثل الظلم والقلق والشفقة، ومع ذلك، فإن المريض الذي يواجه موقفاً صعباً يحتاج أولاً إلى شخص موجود بجانبه ويساعده على التعامل مع ما يحدث له، وليس بحاجة إلى شخص يتفاعل في مكانه.

### 8- تنمية مهارة التعاطف لدى الممرضين:

إنّ معايشة واقع النظام الصحي حسب ( S. Lamba, A. Kunac, A. Mosentathal, ) (2019) يولد لدى المتدربين السلبية في الكلمات والسلوك، كما أنّ نمذجة الأدوار غير المناسبة تزيد من الضيق النفسي الذي يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة الحياة لديهم. فالمتدرب المنهك يبدي تعبيراً منخفضاً عن التعاطف اتجاه المرضى. ويعد التعاطف مكون مهم في "الإحترافية" في الممارسة الطبية. وتؤكد (Bagnis, 2017) بأنه قد لوحظ بصفة مقلقة انخفاض مستوى التعاطف الطبيعي لدى المعالجين أثناء تكوينهم. وهذا ما يتطلب إدراج التدريب على مهارة التعاطف لدى المعالجين خلال التكوين الأساسي.

وتوضح كل من (M. L. Farrell & M. E. Muscari, 2000) بأنّ تنمية التعاطف مثل الكثير من المهارات الأخرى هي عبارة عن سيرورة، ويتطور التعاطف مع مرور الوقت

لهذا يجب تنمية التعاطف المهني، إذ يكون المهنيون المتعاطفون واعيين بالطبع المتميز لمشاعر المرضى ويهتمون بإحتياجاتهم كما يمكنهم ربط اتصال مفتوح وفعال معهم.

لقد أوردت (Bertha Ku, 2016) دراسة قام بها "هيرباك ويامارينو" (Herbek et al) (Yammarino) في سنة 1990 لتقييم فعالية برنامج تدريبي للتعاطف لدى الممرضات في المستشفيات. على الرغم من أن نتائج الدرجات قبل وأثناء وبعد التكوين بين المشاركات أظهرت دلالة بسيطة، إلا أن الممرضات في المجموعة التجريبية اللواتي تلقين تدريبات على التعاطف، إعتبرن أن العمل الجماعي أصبح أفضل بعد التدريب على التعاطف، كما أنهن أصبحن أكثر اهتماما بإنفعالات وإنشغالات المرضى مع إرتفاع مستوى الرضا المهني لديهن.

وتؤكد (Bagnis, 2017) أنه في مراجعة حديثة لأهم البحوث حول تنمية مهارة التعاطف لدى المعالجين، حدد "كالم" (Kelm) في سنة 2014 من بين مائة دراسة تلبية المعايير المنهجية، 50 دراسة على مدى السنوات العشر الماضية حققت هذا الهدف. تم استخدام أنواع مختلفة من التدخلات في هذه التجارب السريرية من بينها التدريب على الإتصال، ولعب الأدوار، والمسرح، وورش العمل للكتابة...، واختلفت طرق التنشيط، ومدة وشكل التدخلات. وتم قياس التغييرات الملاحظة في درجة التعاطف بشكل رئيسي من قبل المعالجين أنفسهم باستخدام مقاييس التعاطف، أظهرت نتائج 66% من الدراسات إرتفاع دال في مستوى التعاطف (على الفور وحتى 21 سنة فيما بعد).

## 9- أدوات قياس التعاطف:

يمكن قياس التعاطف حسب (D. Gudon, J.L. Bernaud, 2008) من خلال مقارنة علم النفس الفارقي الذي وُظف عدة مقاييس للتقييم الذاتي للتعاطف نذكر من بينها:

- مقياس "دايفس" (Davis, 1980/ 1994) والذي يعتبر من بين أفضل الوسائل لقياس التعاطف، يعتبر هذا المقياس متعدد الأبعاد إذ أنه يتضمن مكونات معرفية وأخرى وجدانية، وهو يحتوي على أربعة أبعاد هي: بعد التعرف على وجهة نظر الآخر و الذي يقيس الميل إلى تصور وجهة نظر الآخرين في الحياة اليومية، بعد الإهتمام التعاطفي والذي يقيس



درجة شعور الفرد بالإنجذاب والشفقة نحو الآخرين، بعد الشدة الشخصية وقياس إتجاهات الفرد للإستجابة الوجدانية مثل الأزيمة والقلق، أما البعد الأخير فهو بعد الخيال (الفانتازيا) الذي يقيس ميل الفرد للتحول الوهمي إلى حالة شخصية خيالية (مثل قراءة الكتب ومشاهدة الأفلام).

- مقياس "أيزنك وأيزنك" (Eysenck et Eysenck, 1978) والذي يعتبر أن التعاطف هو أحادي البعد، يتكوّن هذا المقياس من 54 فقرة تتوزع على ثلاثة أبعاد هي بعد الإندفاعية والذي يتضمن 19 فقرة وبعد البحث عن المغامرة والذي يتكون من 16 فقرة وبعد التعاطف والذي يشمل 19 فقرة.

- مقياس "بارون وكوهان" (Baron-Cohen, 2003) ويدعى بمقياس حاصل التعاطف الذي يحتوي على 40 فقرة، وتم تصميم هذا المقياس لتقدير كل من التعاطف المعرفي والتعاطف الوجداني.

- مقياس "وانغ وآخرون" (Wang & al., 2003) ويعد أول مقياس للتعاطف استخدم في مجال العمل، إعتد هؤلاء الباحثين على نموذج "ريدلي ولينغل" (Ridley, Lingle, 1996) الذي يعتبر التعاطف الثقافي كقدرة متعلّمة، يتميز هذا المقياس بطابعه متعدد الأبعاد والذي يتضمن ثلاثة عمليات مترابطة وهي: العملية المعرفية (التعاطف الفكري)، العملية الوجدانية (التعاطف الانفعالي) والعملية الإتصالية (وهي سيروة الإتصال بين العمليتين السابقتين).

## ثانياً، المناعة النفسية

### 1- مفهوم المناعة النفسية (La résilience):

يحتل نموذج المناعة النفسية حيزاً هاماً من إنشغالات المعالجين (les cliniciens) على المستوى التطبيقي لأنه يسمح بإثراء التمثلات الكلاسيكية للإضطرابات النفسية والصحية للإنتفاخ على أفق ومقاربات جديدة تأخذ بعين الاعتبار الأخطار والمخاطر وكذلك الموارد والمهارات (الإجتماعية والمعرفية والسلوكية) للفرد ومحيطه.

لقد تكوّن الإطار النظري لمفهوم المناعة النفسية على أساس تعدد التخصصات وبالتالي تأسس المصطلح ضمن النموذج المركب. (Marie Anaut, 2004, p.9)

ويرى (سميح عاطف الزين، 1991) بأنّ البحوث في علم النفس تشبّه المناعة النفسية بالمناعة الجسدية، فكلما ارتفعت المناعة في الجسم، زاد نشاطه وارتفعت قدرته على مقاومة الأمراض وتحمل الآلام الناجمة عنها، فكل ذلك المناعة النفسية تزود النفس بقدرات تسمح لها بتقبل الخير ورفض السوء وتحمل المصاعب النفسية.

## 2- تعريف المناعة النفسية ( La résilience ):

يعود أصل مصطلح المناعة النفسية ( La résilience ) حسب (أحمد الشيخ على، 2014) إلى الفيزياء والرياضيات وهو يشير إلى سعة المادة عند العودة لحالة التوازن بعد الإزاحة، وهي جزء من قياس الإستقرار في الرياضيات، وما يسفر عن هذا المفهوم هو أن السلوك الديناميكي بشكل عام يحاول العودة إلى حالة التوازن، أنّ الحركة وعوامل المرونة هي عوامل مصاحبة للمناعة النفسية، وتلعب دورا هاما في العودة لحالة الإستقرار من عدمها.

وضمن النموذج النظري، اقترح "تومكيويز" (Tomkiewicz) في سنة 2001 تعريفا للمناعة النفسية بالمفهوم الصحي تعني أنّ الشخص اللدن هو الذي على الرغم من المحن التي تواجهه يبلغ حالة صحية تصفها منظمة الصحة العالمية بحالة من الإرتياح الجسدي والنفسي والإجتماعي... ( Michelle Van Hooland, 2011, p.12 )

أما "بوريس سيروولنيك" (Boris Cyrulink, 2012) فيعرف المناعة النفسية بأنّها سيروورة بيولوجية، نفس وجدانية وإجتماعية وثقافية تسمح بتطور جديد بعد التعرض لصدمة نفسية.

و يعرفها "دوبوا وواتارا" (J.L. Dubois et M. Ouattara, 2013) بأنّها قدرة الفرد أو الجماعة أو النظام على أن يرتد أو حتى على أن يتجدد بعد حدوث الصدمة والتمزق الذي يحدث بعدها والذي قد تؤدي إلى تدمير جزء من سلامته.

والمناعة النفسية هي قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب، وتحمل المصاعب والمصائب، ومقاومة نتائجها من أفكار سلبية ومشاعر الغضب والسخط والإنتقام أو مشاعر اليأس والعجز والإنهزامية والتشاؤم. (الزين، 1991، ص.211).

وتعرف ( Anaut, 2004 ) المناعة النفسية بأنها فن التكيف مع المواقف السيئة (الظروف البيولوجية والنفسية الاجتماعية) من خلال تطوير القدرات المرتبطة بالموارد الداخلية (داخل النفس) والخارجية (البيئة الاجتماعية والانفعالية)، مما يسمح بالربط بين بنية نفسية مناسبة والاندماج الاجتماعي، وبالتالي يمكن اعتبار المناعة النفسية عملية متعددة العوامل ناتجة عن التفاعل بين الفرد وبيئته، وهي أكثر من طريقة للتكيف أو التعديل مع المواقف الحرجة، فالمناعة النفسية هي عملية ديناميكية وتطورية، لها جذورًا داخلية للفرد (البنية النفسية، والشخصية، والآليات الدفاعية) وأخرى خارجية ( خصائص البيئة الاجتماعية والإنفعالية).

أما ( P. Tap, C. Tarquinio, F. Sordes-Ader, 2002 ) فيعتبر المناعة النفسية كمهارة لمواجهة الحالات الصعبة بالقدرة على التحمل وبقاء الفرد عندما تسوء الحالة والقدرة على المتابعة مهما كان مصير الفرد.

### 3 - الإختلاف بين مفهوم المناعة النفسية وبعض المفاهيم المشابهة:

تؤكد ( Anaut, 2004 ) بأن المناعة النفسية تختلف عن استراتيجيات التكيف، أو عمليات التعديل، وبشكل أساسي فيما يتعلق بالحركة الأولى والتي تتمثل في الإستجابة وإدارة العناصر المجهدة أو الصادمة، إذ تشير استراتيجيات التكيف (Coping) إلى الإجراءات التنظيمية الواعية التي طورها الأفراد للتعامل مع المواقف المجهدة. ويمكن لهذه الإستراتيجيات أن تشارك في المرحلة الأولى من المناعة النفسية (الإستجابة للصدمة ومحاولة التعامل مع المشاكل المرتبطة بالإجهاد) التي تميز ما يعتبره البعض المناعة النفسية على المدى القصير.

أما في ما يخص الصلابة النفسية والتي يعتبرها ( G. M. & A. M. Dionisi, 2010 ) (Fisk) بأنها مورد شخصي، مثل المناعة النفسية، فهي تحمي الأفراد من الإجهاد في العمل وفي الحياة، ومع ذلك، فمن المهم التأكيد بأن الصلابة تختلف عن المناعة النفسية من حيث طبيعتها الشبيهة بالسماوات. إذ تؤكد (Judith V. Jordan, 2006) على أنّ الصلابة النفسية تتضمن متغيرات فيزيولوجية فطرية. بينما ويوضح ( H. R. Winokuer, D. L. Harris, )

(2012) بأنّ المناعة النفسية والصلابة هما مفهومان مترابطان، يستحضران إمكانية تحقيق نتائج إيجابية بعد التعرض لخسائر كبيرة. وتميل المناعة النفسية إلى التركيز على القدرة على الإستمرار في العيش بعد المشقة والمحن (بدلاً من التوقف أو التدمير بسبب ذلك). المناعة النفسية هي أشبه "بالعودة إلى البداية" من حيث الأداء ووجهات النظر حول الحياة، أما الصلابة فهو مفهوم يصف الميول الفطرية لبعض الأفراد عندما يواجهون التحديات.

وتعرف المناعة النفسية بأنها القدرة على التكيف الإيجابي، بينما تُحدد ( K. A. Moore & al., 2017) أوجه الاختلاف بين مفهوم المناعة النفسية ومفهوم التكيف من خلال ما اقترحه "لازاروس" (Lazarus) في سنة 1993 بأنّ أهداف المناعة النفسية تختلف عن أهداف التكيف، وبهذا المعنى يمكن القول بأنّ التكيف الكافي مع الشدائد هو "التغلب" على الوضع والتخلص من الإجهاد بأخف الأضرار، أما المناعة النفسية فهي تعتمد على قدرة الناس ليس فقط على "التغلب" الشدائد، ولكن أيضاً على التكيف بشكل إيجابي والخروج أكثر ثراءً فيما يخص تنمية قدراتهم مما كانوا عليه قبل الحدث. أما "فليتشر وساكار" (Fletcher et Sakar) في عام (2013) يعتبران بأنّ المناعة النفسية ترتبط دائماً تقريباً بالنتائج الإيجابية، في حين أنّ التكيف يمكن أن يكون إيجابياً أو سلبياً.

#### 4- عوامل المناعة النفسية :

لقد أقر الكثير من الباحثين، حسب (Serge Tisseron, 2012) بأنّ المناعة النفسية للفرد تتطلب عدة عوامل تتمثل في عوامل داخلية ذات صبغة وراثية وأخرى سلوكية وعوامل مرتبطة بمحيط الفرد. ولهذا تعدد نماذج المناعة النفسية، نذكر من بينها:

#### 4-1- نموذج "ماستن وكوستمورث" ( Masten et Coastmorth ) :

ميّز هذا النموذج ثلاثة عوامل للحماية يمكن لها أن تساهم في تحقيق حماية كافية وتحقيق نوعية جيدة من العلاقات المتبادلة والدعم الوجداني، وتتمثل هذه العوامل فيما يلي:

(أ)- **الموارد الداخلية للفرد:** وهي تمثل الوظيفة الفكرية (الذكاء العام المرتفع، القدرة على التخطيط، القدرة على حل المشاكل بسهولة)، تقدير الذات (حب الذات "أي النظرة الإيجابية للذات"، الثقة في النفس)، المهارات العلائقية، سهولة الطبع، الإحساس بالأمن، وجود

المعتقدات (الإيمان، الأخلاقيات)، وأخيرا القدرة على استخدام آليات الدفاع المتاحة بطريقة ملائمة مثل الإنغلاق، التسامي، التفكير، روح الدعابة..

**(ب) - عوامل الحماية العائلية:** ويتعلق الأمر بالتربية الحسنة، وجود علاقات جيدة مع الوالدين الأكفاء الذين يمنحون الدعم الكافي، وجود تفاهم جيد بين الأبوين، وجود علاقات دعم بين أفراد العائلة الكبيرة.

**(ج) - عوامل الحماية خارج العائلة المتعلقة بالمجتمع والثقافة:** وهي العلاقات الحسنة مع الراشدين خارج العائلة (مثل الأصدقاء زملاء العمل، الأطباء، الجيران، الأساتذة)، ووجود علاقات مختلفة مع المنظمات الإجتماعية، التمدرس ضمن نظام تعليمي تربوي متاح للجميع ومتفتح يتميز بالتحصيل الدراسي الجيد.

#### **4-2- نموذج "أبراهام ماسلو" :**

لقد اقترح "أبراهام ماسلو" ( Abraham Maslow ) في سنة 1943 ترتيبا للحاجات الإنسانية حسب خمسة مستويات، وفي الأصل لم يستخدم شكل الهرم في هذا النموذج، ولكن نظرا لسهولة رسم الهرم في تفسير النموذج استخدمه الباحثون لاحقا، كانت فكرة "ماسلو" أن الفرد يبحث عن تلبية الحاجة في مستوى معين قبل التفكير في تلبية الحاجات التي تكون في المستوى الأعلى. لقد استخدم هذا النموذج على نطاق واسع في مجال التسويق للمنتجات، ثم استخدم من طرف المختصين في مجال المناعة النفسية لإضفاء الطابع التنظيمي لعوامل الحماية.

#### **4-3- نموذج الكوخ (La Casita):**

قدم هذا النموذج "فانستاندايل" (S. Vanistendael) في سنة 1996، بحيث يصور هذا النموذج المناعة النفسية على شكل "كوخ" أو ما يسمى باللغة الأجنبية ( La Casita ) .

تمثل "الأرض" ( Le sol ) التي يبني فوقها الكوخ إشباع الحاجات الأساسية مثل الأكل، العلاج، النوم، وتوفير الأكل والحماية للأقرباء، أما "أساس البناء" ( les fondations ) فيمثل الثقة في النفس التي تسمح بإنشاء روابط متينة ومستقرة تحقق الإحساس بالمقبولية لدى الآخرين. وتمثل "الحديقة" ( le jardin ) العلاقات الإجتماعية مع العائلة الكبيرة

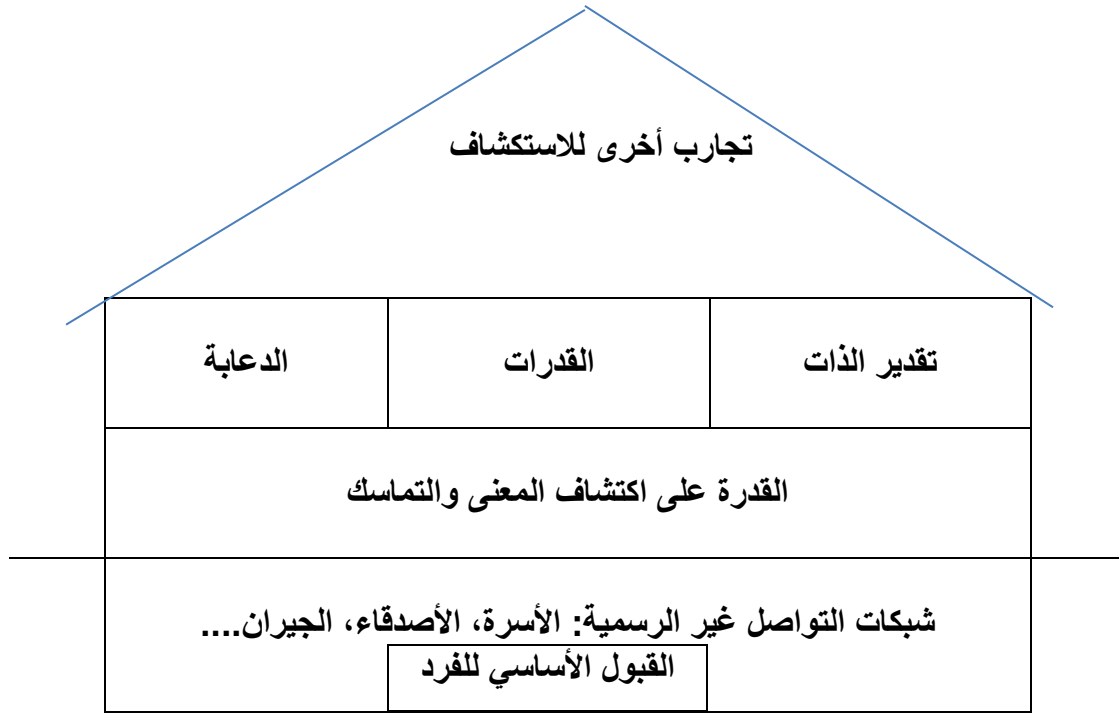
والأصدقاء والجيران. هذه الشبكة العلائقية التي تتميز بالتغير المستمر تقوي الشعور بالانتماء وتقدير الذات كما أنّ أوقات اللقاء والوحدة المتعاقبة تحدث في حياة الفرد مثلما تحدث في الحديقة. تتمثل أهمية هذا المستوى في أنّ محيط الفرد وبعض العلاقات الإجتماعية تقدم له قيم مؤسسة في حالة ما لم يكن بإمكان لعائلته أن تؤدي هذا الدور بطريقة صحيحة.

ويتكون "الطابق الأرضي" ( le rez-de-chaussée ) للكوخ من قدرة الفرد على تكوين وإعطاء معنى لحياته. ويمكن القول بأنه لا يتم إنشاء هذا المستوى من الكوخ أو المنزل ما لم يتم بناء المستويات السابقة وخاصة الأساس والذي يجب بناءه بطريقة صحيحة.

أما "الطابق الأول" ( le premier étage ) فهو يمثل مختلف أشكال تقدير الذات المرتبطة بالإستثمار ومركز الاهتمام الشخصي، ويدمج المهارات المعرفية والإنفعالية وأيضا المهارات الإبداعية. ونجد أيضا في هذا المستوى روح التخطيط وفهم الذات وقدرة الفرد على تحديد انفعالاته الذاتية وضبطها وتحديد الأولوية لتلبية الحاجات. أما بالنسبة للقدرات الإبتكارية يضع المختصين في المناعة النفسية التعبير الفني في أعلى مستوى وأيضا الكتابة وروح الدعابة هذه الأخيرة تسمح للفرد بالتقليل من مستويات الإجهاد الداخلي بالسخرية من مشاكله الخاصة فهي وسيلة لترضية الذات (مواساة الذات).

وأخيرا "العلية" ( le grenier ) التي تتكون من كل التجارب الجديدة التي يعيشها الفرد في مختلف المراحل العمرية من حياته، وتمثل القدرة على المساعدة المتبادلة جزءا مهما من هذه التجارب، فمساعدة الآخرين هي طريقة لمساعدة الذات، وخاصة لدى المعالجين أو الأفراد الذين لديهم انتماء مؤسساتي أو جمعي قوي، وهذه القدرة تساعد أيضا على تطوير الكفاءة التنظيمية ومهارة التحكم في الإنفعالات والتجريد وحل الصراع.

في الأخير يجب التنويه بأن هذا النموذج مثل الهرم الحاجات ل "ماسلو" يدعو للتفكير في أنّ مكونات المناعة النفسية هي مرتبة ترتيبيا متسلسلا، إذ لا يجب أن يسبق مستوى، الآخر، ولكن في الواقع يحاول بعض الأفراد مثلا بتعويض مستوى "الأساس" ( les fondations ) الضعيف بإيجاد معنى لحياتهم من خلال ممارسة نشاطات إبتكارية



### الشكل رقم (03) يوضح نموذج الكوخ للمناعة النفسية

المرجع (S. Harrison et al., 2016, p.74)

وتوضح (M. Anaut, 2012) بأن المناعة النفسية كنموذج تسمح بفهم كيف يتمكن الأفراد من بناء وتطوير انفسهم من خلال دمج وتحويل التجارب الصادمة. إذ يصف هذا النموذج ويحلل الظواهر غير المرضية لدى الأفراد الذين يواجهون تجارب صادمة ومؤلمة كما أنه يسمح أيضا ببناء طرق لمرافقة سيرورة المناعة النفسية التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص للتغلب على حالات الأزمات.

### 5- سيرورة المناعة النفسية:

تعتبر المناعة النفسية كسمة للشخصية عند بعض الباحثين غير معظم المنظرين أكدوا على أنّ المناعة النفسية هي عبارة عن سيرورة ومن بينهم (Michel Delage, 2008) الذي أكد على أنه من غير الممكن إعتبار المناعة النفسية خاصية أو سمة يمكن وصف الأفراد أو الجماعات بها، بل هي بكل تأكيد عبارة عن سيرورة نفسية والتي تتميز عن باقي العمليات النفسية بتغذيتها من العلاقات البين ذاتية ولكنها بالأساس عبارة عن سيرورة أو مجموعة من السيرورات.

وتمر المناة النفسية كسيرورة حسب (Thérèse Psuik, 2005) بمرحلتين هما: المواجهة مع الصدمة وإعادة البناء الإيجابي، إذ يُميز " بوريس سيروولنيك" (B. Cyrulnik) بين مرحلتين في سيرورة المناة النفسية: مواجهة الصدمة أو الصدمات وذلك بمقاومة الإضطراب النفسي والتغلب على هذه الصدمة من خلال آلية إعادة البناء والإصلاح التي تؤدي إلى القدرة على العيش مع سلوكات مقبولة اجتماعيا.

وبمزيد من التفصيل شرحت (Anaut, 2004) مراحل سيرورة المناة لدى الفرد إذ تكون المرحلة الأولى على المدى القصير، أما المرحلة الثانية فتحدث على المدى الطويل:

**أ)- مرحلة المناة النفسية على المدى القصير:** وهي مرحلة المواجهة مع الصدمة ومقاومة الإضطراب النفسي. في هذا الوقت من مواجهة الصدمة، أو سياق المعاناة، سوف يمر بتفكيك جزء غير محتمل من الواقع باستخدام الآليات الدفاعية الإستعجالية، إذ يستخدم الفرد آليات الحماية المختلفة للتعامل مع إعتداءات الواقع المحبط والمتمثلة في الإنكار والتحويل (Dépalcement) والإسقاط والخيال وقمع التأثيرات والدعابة والتسامي.

**ب)- مرحلة المناة النفسية على المدى الطويل:** يتم فيها الإندماج في الصدمة والإصلاح (أو الإصلاح الذاتي) والتخلي عن بعض آليات الدفاعية الإستعجالية (مثل الإنكار أو الإسقاط) لصالح المزيد من أشكال الحماية والآليات الدفاعية الأكثر مرونة والأكثر ملاءمة، ويتم في هذه المرحلة تنشيط العملية العقلية بإعطاء معنى للصدمة وتجاوزها وإعادة بناء الذات.

ولقد بينت (M. Anaut, 2012) بأن سيرورة المناة النفسية تنقسم إلى نوعين هما:

**أ)- سيرورة المناة النفسية الفردية:** تتعلق بأنماط التكيف مع المواقف الحرجة (الظروف البيولوجية والإجتماعية والنفسية) التي يستخدمها الأفراد بالإعتماد على الموارد الداخلية (داخل النفس) والخارجية (الروابط مع البيئة الوجدانية والإجتماعية). إنّ الفرد الذي يتمتع بمستوى عالٍ من المناة النفسية والذي يواجه حالات الصدمة أو أوجه القصور الخطيرة التي تعرضه لإختبار الألم النفسي، سيندمج ويتغلب على الأزمة من خلال وضع



استراتيجيات وقائية تسمح له بإستئناف تطور نفسي جديد مع الحفاظ على جودة الحياة. وبالتالي، فإنّ عملية المناعة النفسية هي إستجابة فريدة للصدمة أو أوجه القصور الحادة.

**ب) - المناعة النفسية لدى العائلة ولدى الجماعات الإجتماعية:** قد تتعلق معايير المناعة النفسية الأسرية والإجتماعية بالدعم الذي يمكن أن يحصل عليه الفرد من عائلته أو مجموعته الإجتماعية، لكن المناعة النفسية الأسرية والإجتماعية تعني أحياناً أنّ الأسرة أو المجموعة الاجتماعية تُعتبر وحدة ذات مناعة تعمل ككل.

## **6- أهمية المناعة النفسية في مهنة التمريض:**

تعتبر المناعة النفسية ذات أهمية كبيرة في مجال التمريض نظراً لدورها في تحقيق التوازن النفسي للمرضى في بيئة عمل تتميز بمصادر الإجهاد المختلفة، وضمن هذا السياق ترى (M. Mc Allister & J.B. Lowe, 2011) بأنّ المناعة النفسية هي إستراتيجية شخصية وثقافية للبقاء وتجاوز الشدائد، لهذا يتم استخدام المفهوم الآن لإستكشاف وفهم مهنيي الصحة الذين يعيشون ويزدهرون في أماكن عملهم. وتعد المناعة النفسية ميزة ضرورية للنجاح في مهنة التمريض لأنّ ظروف العمل تكون في الغالب غير ملائمة، إضافة إلى ذلك، إذا كانت الرعاية هي صميم مهنة التمريض، فإنّ كثيراً من المرضى يهملون الرعاية الذاتية والتي تعد عاملاً مهماً في المناعة النفسية.

ولقد ذكر (G. McDonald & al., 2011) بعض الخصائص المهمة للمناعة النفسية في أماكن العمل والتي تتمثل في "إقامة علاقات مهنية إيجابية ومحفزة، والحفاظ عليها بشكل إيجابي، وتطوير رؤية إنفعالية، وتحقيق التوازن في الحياة والروحانية، وأن يصبح الفرد أكثر تفكيراً"، إذ يمكن لإرتفاع مستوى المناعة النفسية لدى الممرضات والقابلات أن يساعدن على مواجهة السلبيات في حياتهن المهنية والشخصية والتعامل بشكل أفضل مع تحديات العمل وتحت الضغط.

لقد ظهر تعريف المناعة النفسية في مهنة التمريض حسب Mc Allister, M., Brien, D. L. (2020) نتيجة لمقاربتين مختلفتين، المقاربة الأولى متعلقة برعاية المرضى والتي عرّفمن

خلالها "فليتشر وساركر" (Fletcher & Sarkar) في سنة 2012، المناعة النفسية بأنها مجموعة من الخصائص الناتجة عن التأثير السلبي المحتمل للإجهاد.

أما المقاربة الثانية فهي مقاربة بنيوية إذ قام مركز ستوكهولم بتعرف المناعة النفسية ضمن هذه المقاربة على أنها قدرة نظام ما على استخدام الصدمات والإضطرابات لتحفيز التجديد والتفكير الابتكاري. ولقد أوردت (Gerardiana Harnett, 2015) عن "هانتر" (Hunter) في 2012 وفي شرحه لتصورات الرضا والمخاطر في العلاقات العلاجية في سياق المشاركة العلاجية بأنّ المناعة النفسية هي فعل غير مباشر تعمل كمثل موازن للحد من خطر الصدمة للممرضات وللمرضى، على حد سواء، وبالتالي فإنّ المناعة النفسية تدعم إعادة صياغة الأحداث السلبية وتحسن مهارات التأقلم لدى الممرضات.

#### 7- تنمية المناعة النفسية لدى الممرضين:

برهنت العديد من التخصصات حسب (Mc Allister & Lowe, 2011) على إمكانية تعلم الأفراد للمناعة النفسية وإكتساب خصائصها، وكانت حركة علم النفس الإيجابية رائدة في هذا المجال، فلقد ركزت أعمال "سليغمان" (Seligman) في سنة 1998 على دور التفاؤل المكتسب لدى الفرد في إعطاء معنى والتأثير على التجارب السلبية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن للفرد أن يتعلم كيف يكون متفائلاً باستخدام تقنيات سلوكية معرفية مستهدفة تتحدى التفكير المتشائم وبالتالي يكتسب مناعة نفسية مرتفعة ويصبح أكثر تكيفاً، فالأشخاص المتفائلون لا يستسلمون بسهولة ويعتبرون الحالات الحرجة أو الصعبة بأنها أوضاع غير دائمة، كما أنهم لا يلومون أنفسهم، بل يعتقدون بأنّ المواقف أو العوامل الخارجية قد تكون السبب في حدوث الأمور السيئة.

وتؤكد (Harnett, 2015) على أهمية إدراج التدريب على المناعة النفسية في تعليم التمريض، إذ إنّ تعزيز المناعة النفسية ضروري في تدريب الممرضين لرعاية المرضى والالتزام معهم في تكوين العلاقات العلاجية كما أنّ العوامل المسببة للإجهاد بما في ذلك الطبيعة الحرجة لبيئة مهنة التمريض، تتطلب من الممرضين المتربصين التمتع بمستوى كاف من المناعة النفسية، فالشدائد المتعلقة بالعمل لها آثار سلبية تراكمية على الصحة

والإرتياح النفسي للمتربصين، لهذا يمكن دمج المناعة النفسية في عملية التطوير المهني بحيث يتمكن الممرضين المتربصين من تطوير سلوكيات المناعة النفسية في وقت مبكر من حياتهم المهنية، لهذا وجب تشجيع الممرضين المتربصين على إستخدام الفكاهة والمشاركة في الأنشطة الإجتماعية ذات التوجه الصحي، مثل مجموعة الجري والتنزه والنشاطات الترفيهية، لبناء المناعة النفسية وتعزيز القدرة على الإرتداد في مواجهة الشدائد.

ولقد أوردت (Mc Allister & Lowe, 2011) خمس إستراتيجيات لتطوير المناعة

النفسية لدى الممرضات وهي:

- بناء علاقات مهنية إيجابية من خلال الشبكات العلائقية والمرافقة.
- الحفاظ على الإيجابية من خلال الضحك والتفاؤل والعواطف الإيجابية.
- تطوير إستبصار عاطفي لفهم المخاطر وعوامل الحماية الذاتية.
- تحقيق التوازن في الحياة وإستخدام الروحانية لإعطاء معنى للحياة.
- التعمق في الفهم، مما يساعد على إكتساب القوة العاطفية ويساعد على خلق معنى وبالتالي تجاوز المحنة الحالية.

## 8- أدوات قياس المناعة النفسية:

أورد كل من "هاملن وجوردان اينيسكو" (A. Hamelin, C. Jourdan-Ionescu, 2011)

عدة أدوات لقياس المناعة النفسية نذكر من بينها:

- مقياس المناعة النفسية ل" واغنيلا و يونغ" (Wagnild , Young, 1993)، تم تطوير هذه الأداة إنطلاقاً من دراسة كمية سنة 1990 لدى عينة ضمت 25 امرأة يتراوح سنهن ما بين 53 إلى 95 سنة تكيفن بصفة جيدة مع أحداث كبيرة في حياتهن. في سنة 1993 قام الباحثين بإعادة الدراسة على عينة من 782 من البالغين. يضم هذا المقياس 25 فقرة لقياس بعدين هما بعد الشعور بالمهارة الشخصية وبعد تقبل الذات والحياة.

- مقياس المناعة النفسية للأنا (L'Ego-Resiliency scale) من إعداد الباحثين "بلوغ وكريمان" (Block et Kremen, 1996)، تم إنشاء هذا المقياس على أساس تعريف المناعة النفسية للأنا والتي هي القدرة على التكيف بحسب مستوى التحكم المدرك خلال حالة

خاصة. فالمناعة النفسية هي نتيجة لقدرة التكيف المرنة. يحتوي هذا المقياس على 14 فقرة تقم خصائص مختلفة ممثلة في المرونة، الفضول، الكرم والمهارات الإجتماعية.

- مقياس المناعة النفسية ل "كونور ودافيدسون" ( La Connor-Davidson Resilience Scale ) ، تم التأكد من الخصائص السيكومترية لهذا المقياس على عينة تضم 806 مشارك وزعوا على خمسة مجموعات: المجموعة الأولى تضم 517 فردا لا يعانون من أي اضطرابات نفسية أو جسدية، المجموعة الثانية مكونة من 139 فردا يخضعون للمتابعة الخارجية، المجموعة الثالثة تتكون من 43 فردا يعالجون من اضطرابات نفسية بالعيادات الخاصة، المجموعة الرابعة تتكون من 25 فردا يعانون من اضطراب القلق العام أما المجموعة الخامسة فهي تتكون من 22 فراد يعانون من حالات قلق ما بعد الصدمة.

يقيس هذا الإستبيان خمسة أبعاد هي بعد المهارة الشخصية ويحتوي على 8 فقرات، البعد الثاني هو بعد الثقة في الغرائز الذاتية ويقيس مدى تحمل الانفعالات السلبية وتعزيز آثار الإجهاد و يضم 7 فقرات، بعد تقبل التغيير والعلاقات ما بين الأشخاص الإيجابية ويحتوي على 5 فقرات، وبعد الشعور بالتحكم يحتوي على 3 فقرات وأخيرا البعد الروحاني والذي يضم فقرتين.

### ثالثا، الصحة النفسية والصحة الجسدية:

#### 1- الصحة النفسية والصحة الجسدية في العمل:

يعتبر "كريستوف ديجور" (Christophe Dejour,2012) أن العمل يرتكز على إلتزام نفسي وجداني للفرد الذي يجد نفسه مرتبط إجتماعيا مع محيطه الجماعي في العمل. فالعمل يضفي أهمية مركزية على الصحة النفسية والفكرية إذ أنه يسمح بتحويل المعاناة إلى متعة كما يسمح العمل بتعلم النقاش والحوار، إحترام الآخر وأيضا الإصغاء ويدفع الفرد للتعبير عن اتجاهاته وأراءه.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) الصحة النفسية بأنها "حالة من الإرتياح الجسدي والنفسي والإجتماعي"، ويرى كل من (P. Bouffartigue, J.R. Pendariès, J. Bouteiller, 2010) أن التفسير البيوطبي للصحة يتمثل في الحالة العادية المناقضة للحالة المرضية، فالصحة

هي القدرة على العيش وإنشاء وسط للعيش، وكل فرد يقيم صحته إنطلاقاً من تطلعاته الشخصية وإدراكه للعلاقة ما بين صحته وحياته المهنية.

فحسب الأروغونوميا في المدرسة الفرنسية أو أروغونوميا النشاط، كلما سمحت حالة العمل للعامل من القيام بنشاطاته في ضوء خبرته والتفرد بها، كلما تمكن من الحفاظ على صحته.

كما توجد مقاربات الأخرى مثل "المعاناة والمتعة" في العمل ل (Dejours, 1987)، وتلك الخاصة "بالوظيفة النفسية في العمل" و"القدرة على العمل" للباحثين (Clot, 1999,2008) و (Davezies, 2001, 2008)، ونموذج "نموذج كارازاك" في سنة 1979 المستخدم بصورة كبيرة في الدراسات الخاصة بالأخطار النفسية والاجتماعية في العمل بالإضافة إلى نموذج سيغرسيت في سنة (1996)، كلها بينت آثار العمل على الصحة النفسية والجسدية للعامل ولقد سبق أن تطرقنا لها في الفصل الثاني.

## 2- العوامل المؤثرة على الصحة النفسية والجسدية في العمل:

يرى كل من ( J. Bué, T. Coutrot, N. Guignon & N. Sandret, 2008 ) أنّ تطور العمل وظهور مصطلحات جديدة مثل كثافة أو ثقل العمل، إزدياد النشاطات أو الوظائف العلائقية مع الزبائن، تآكل الطبقة العاملة فتح المجال أما العديد من البحوث عن الأخطار المهنية تحت مسميات عديدة نذكر منها "الأخطار النفسية الإجتماعية"، "الضغوط"، "العنف"، "التحرش المعنوي"، "المعاناة في العمل"... هي مصطلحات ساهمت في المناقشات العملية لتفسير إضطرابات الصحة النفسية والجسدية العمال نتيجة التطور في العمل.

ومن أهم العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية والجسدية نذكر ما يلي : الأخطار التنظيمية، الأخطار الفيزيائية والبيولوجية والكيميائية، الإعتداءات الجسدية واللفظية من طرف الزبائن، العنف المعنوي في أماكن العمل، كما يحدد (P. Colombat et al. 2011) من بين العوامل المسببة للمعاناة في العمل خصائص الفرد أو العامل وطبعه وتاريخ حياته السابق والحديث، والآثار المتعلقة بثقل العمل، والآثار الناتجة عن طريقة التسير.

### 3- الصحة النفسية:

#### 3-1- تعريف الصحة النفسية:

تعتبر الصحة النفسية من المواضيع الهامة في علم النفس والتي تناولها الكثير من الباحثين فهي تهتم بتحقيق الإتزان النفسي للأفراد وقدرتهم على التكيف في بيئتهم مع الحفاظ على قدراتهم المعرفية والعلائقية، فهي " حالة دائمة نسبيا حيث يشعر الإنسان بأنه متوافق مع نفسه ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويحس بالرضا عن نفسه ويشعر بالأمن والسلام والإقبال على الحياة" (نازك قطيشات، أمل التل، 2009، ص. 15)

أما (I.L.D. Houtman, M. A. J. Kompier, 2000) فيُعرف الصحة النفسية على ثلاثة أوجه: التعريف الأول يعتبر الصحة النفسية كحالة ، على سبيل المثال حالة من الإرتياح النفسي والإجتماعي للفرد في بيئة إجتماعية وثقافية معينة والتي تشير إلى المزاج والوجدان الإيجابيان (المتعة، الرضا والرفاهية) أو المزاج والوجدان السلبيان(القلق، الإكتئاب وعدم الرضا)، أما التعريف الثاني فيعتبر الصحة النفسية كسيرورة تدل على سلوك التكيف مثل البحث على الحرية والإستقلالية واللذان يعتبران من العوامل المهمة في الصحة النفسية. وأخيرا التعريف الثالث والذي يعتبر الصحة النفسية كنتيجة لسيرورة أي أنها حالة مزمنة ناتجة عن المواجهة المكثفة أو الحادة مع حدث مجهود مثل في حالة الإجهاد ما بعد الصدمة أو في حالة إستمرار الإجهاد والذي لا يكون بالضرورة مكثفا مثل في حالة الإحترق النفسي أو الذهان وإضطرابات الإكتئاب والإضطرابات المعرفية والإدمان.

#### 3-2- الصحة النفسية في أماكن العمل:

إنّ الصحة المهنية لا تهدف فقط إلى الحفاظ على السلامة الجسدية والنفسية للعمال ولكنها تهدف أيضا إلى ترقية إرتياحهم النفسي. إذ يمكن للعمل أن يكون مصدرا للإرتياح النفسي وتكون آثاره ايجابية على صحة الأفراد كما يمكن أن يكون مصدرا للمعاناة لها آثار سلبية على صحة العمال، لهذا أصبحت الصحة في العمل وخاصة الصحة النفسية موضوع اهتمام خاص وتشكل إنشغالا هاما في المجتمع وألوية في الصحة العمومية بسبب

التغييرات الكبيرة التي طرأت على عالم الشغل والتي أدت نتائجها إلى ظهور مصطلح جديد هو الأخطار النفسية اجتماعية. ( F. Alexandre-Bailly & al., 2013, p.348 )  
وفي دراستنا الحالية اخترنا دراسة الصحة النفسية لدى الممرضين من خلال نموذج يتضمن الإجهاد المهني والقلق والاكتئاب.

### **3-2-1- تعريف الإجهاد المهني:**

تعرف (K. Laughrea & E. Renard, 2004) الإجهاد بصفة عامة على أنه رد فعل طبيعي للفرد للتكيف مع بيئته، أما (Alexandre-Bailly & al., 2013) فيعرف الإجهاد المهني بأنه حالة تحدث عندما يشعر الفرد بالإختلال بين إدراكه للضغوط والمخاطر التي تفرضها بيئته وإدراكه لموارده المتاحة لمواجهة هذه المخاطر. وعلى الرغم من أنّ عملية تقييم الضغوطات والمخاطر وموارد المواجهة هي نفسية فإنّ آثار الإجهاد لا تكون ذات طبيعة نفسية فقط ولكنها تكون أيضا على مستوى الصحة الجسدية والإرتياح النفسي وإنتاجية الفرد المجهد، إذ يرتبط الإجهاد حسب (S. Annamalai, R. Nandagopal, 2014) بكل حدث أو حالة أو فرد أو طلب مدرك من طرف العمال.

### **3-2-2- مصادر الإجهاد المهني:**

لقد قام باحثون مختلفون بتصنيف مصادر الإجهاد المهني بأشكال مختلفة نذكر من بينهم:  
- ميز "كوبر ومارشال" (Cooper et Marshall) في سنتي (1976، 1978) مصادر الإجهاد في عوامل متعلقة بجوهر المهنة، وعوامل ناتجة عن الدور المكتسب في المنظمة، وتطور المسار المهني، والعلاقة مع باقي الهياكل التنظيمية والمناخ التنظيمي.  
- بين "إيفاسوفيتش و ماترسن" ( Ivancevich and Matterson ) في سنة 1980 أنّ مصادر الإجهاد تتمثل في المحيط الفيزيقي وعلى المستوى الفردي وعلى مستوى الجماعة وعلى المستوى التنظيمي.

- وعدّ "باركر ودوكتيس" ( Parker and Decotiis ) مصادر الإجهاد في بعض العوامل مثل خصائص وظروف العمل بحد ذاته، والظروف المرتبطة بالهيكل التنظيمي، والمناخ

وتدفق المعلومات، والأسباب ذات الصلة بالأدوار وعلاقات العمل وتطوير المسار المهني والإلتزام والمسؤوليات الخارجية.

- صنف "كويك وكويك" (Quick and Quick) في سنة 1984 مصادر الإجهاد على أنّها عوامل ناتجة عن متطلبات المهام ومتطلبات الدور والمتطلبات الفيزيائية والمتطلبات الشخصية.

- "بورك" (Burke) في سنة 1988 ميّز في بحوثه بين مصادر الإجهاد في العوامل الناتجة عن البيئة الفيزيائية، والبنية التنظيمية للأدوار وخصائص التوظيف، والعلاقات مع الآخرين، وتطوير المسار المهني، والصراعات بين متطلبات العمل والمتطلبات العائلية.

- قسم "كوير وآخرون" (Cooper et al.) في 1988 مصادر الإجهاد المهني إلى عوامل خاصة بالمهنة، ودور الإدارة، والعلاقات مع الآخرين، والوظيفة والإنجازات، والهيكل التنظيمي، المناخ والتداخل بين الواجبات في العمل والواجبات العائلية. (Annamalai, Nandagopal, 2014, p. 68).

إنّ مصادر الإجهاد في مهنة التمريض حسب (S. W. Booyens, 1998) تكون نتيجة عدة عوامل نذكر من بينها:

الإجهاد الناتج عن المهام والبيئة التنظيمية، إذ يتطور الإجهاد من خلال بعض الشروط مثل المهام المتضاربة، والقيام بمهام تشعر الممرضة بعدم الإستعداد أو الخبرة الكافية لتنفيذها على أكمل وجه، والمعلومات غير الواضحة أو غير الكافية حول تنفيذ مهمة ما. كما يرفع سلوك المشرف الذي يتميز بأسلوب إشراف إستبدادي وعقابي من مستوى الإجهاد لدى الممرضين.

وتتمثل العوامل التنظيمية المسببة للإجهاد في التغييرات كبيرة أو المتكررة في التعليمات والسياسات والإجراءات، عندما تخضع المؤسسة لإعادة تنظيم كبيرة، أو عندما يحدث تغيير مفاجئ وكبير في طبيعة عمل الممرضة وعندما تتعارض مطالب المشرفين الذين يكونون في صراع فيما بينهم .



إنّ التطوّر السريع لبيئة مرافق الرعاية الصحية (والتي تشمل التغيير التكنولوجي والتقدم فيما يخص المسؤولية المجتمعية) يجعل من دور الممرضات أكثر صعوبة وأكثر إجهاداً.

تعتبر الأدوار المتعددة للممرضة المتزوجة مصدرًا كبيرًا للإجهاد، حيث تعاني الممرضة من الصراع عندما تحتاج إلى تغيير الأدوار بسرعة من العمل كمهنية في المستشفى، ثم العودة إلى المنزل ولعب أدوار الأم، مديرة المنزل، الزوجة. يضاف إلى ذلك ضغط العمل التناوبي المرهق، كما يستغرق معدل ضربات قلب الممرضة عدة أسابيع للتكيف مع التغييرات الفيزيولوجية التي يسببها العمل التناوبي. ويكون الإجهاد في مهنة التمريض ناتج عن صراع الأدوار وغموض الأدوار عندما يكون هناك نقص في المعلومات المتسقة الواضحة حول الأنشطة التي يجب القيام بها أو الأهداف التي يجب متابعتها في منصب معين داخل المنظمة.

### 3-2-3- آثار وأعراض الإجهاد المهني:

يمكن للإجهاد السلبي أن يؤثر على السلامة النفسية والجسدية لعامل ويخل بتوازنه إلى حد الإنهيار. كل شيء يصبح قاسياً بالنسبة له: الإحساس بالعذاب في العمل، الإنهيار العصبي، والشعور بالهواء معقود في الحلق، إلخ... هذه الأعراض تظهر بشكل خاص لدى الأفراد الذين يمارسون مهناً تخضع للتوتر الدائم نتيجة العمل الإستعجالي والتعرض للمخاطر والالتزام بالتركيز أو ضرورة إتخاذ القرار بسرعة وبشكل جيد. عندما يعاني الشخص من جميع أنواع الضغوط من بيئته الخارجية، فليس أمام الجسم خيار سوى الإستجابة لهذه الضغوط. إنّ تراكم الإجهاد يؤثر على جسم الإنسان ككل، إذ تبدأ الإزعاجات الأولى بالظهور، و يتم إرسال هذه العلامات من قبل الجسم لإعلام الفرد بأنّه محل متطلبات كبيرة، ثم بعد ذلك تظهر أمراضاً أكثر خطورة، علاوة على ذلك، فإن تطور وصفات الطبية الخاصة بالأدوية المضادة للإجهاد يؤكد مدى وشدة الإجهاد. ( et al., 2011, ) (D. Alis p.765

الجدول رقم (02) يبين أعراض ونتائج الإجهاد المهني على العامل

الأعراض والنتائج	الإصابة بالإجهاد
<p><b>العصبية:</b> اندفاع قوي، ردود فعل منفجرة، إيماءات مؤسفة، هيجان جسدي، خطاب حاد، العدوانية.</p> <p><b>التهيج:</b> فقدان القدرة على التحكم في ردود الأفعال، قلة الصبر، عدم التساهل، عدم المرونة، صعوبة التعامل مع الانزعاجات، التوتر في العلاقات مع الأفراد.</p> <p><b>القلق:</b> أكثر عدوانية في ردود الأفعال، الثوران الشديد، صعوبة اتخاذ القرار.</p> <p><b>التعب النفسي:</b> إرهاق كبير، فقدان الحماس، حالة اكتئاب، حساسية مفرطة، انخفاض التكيف والسيرورة الفكرية، عدم الرضا في العمل، انهالك مهني.</p> <p><b>أعراض أخرى:</b> الشعور بعدم الفعالية وعدم الفائدة، الشعور بالضعف، فقدان الثقة بالنفس،..</p>	<p><b>على المستوى النفسي</b></p>
<p>- <b>إضطرابات النوم:</b> أرق، عدم النوم في الليل والتفكير باستمرار في كيفية حل المشاكل المهنية والعائلية.</p> <p>- <b>إضطرابات الذاكرة:</b> نسيان العناوين ، والأرقام الهاتف، والأسماء..</p> <p>-<b>إضطرابات هضمية:</b> قرحة المعدة، جفاف الفم، آلام في البطن، انتفاخ، التشنجات..</p> <p>- <b>إضطرابات أخرى طفيفة:</b> اضطرابات جلدية، خفقان القلب، توتر عضلي، حساسية، التعرق المفرط، اضطرابات الأمراض النسائية، الرهاب، اضطرابات المفاصل، تعرق الأيدي.</p> <p>- <b>إضطرابات كبيرة:</b> أمراض القلب، أمراض الجهاز التنفسي، ارتفاع ضغط الدم، الانتانات الفيروسية، البدانة.</p>	<p><b>على المستوى الفيزيولوجي</b></p>
<p>إنخفاض المردودية، نقص التحفيز وإنخفاض الإهتمام بالعمل، فقدان معنى المسؤولية، الإفراط في تناول القهوة، الكحول والمخدرات والأكل، الإهمال المهني، كثرة الأخطاء المهنية، والحوادث، تبذير الطاقة، تغير في المظهر الجسدي.</p>	<p><b>على المستوى السلوكي</b></p>

المرجع: (D. Alis et al., 2011, p.766)

### 3-2-4- الإجهاد الناتج عن نموذج إختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة:

لقد درس الكثير من الباحثين الإجهاد من خلال مقاربات نظرية مختلفة نتج عنها نماذج متعددة، ولقد ذكر (Alexandre-Bailly & al., 2013) بعض هذه النماذج:

- النموذج البيولوجي ل "سولاي" (Selye) في سنة 1956.

- نموذج المقاربة التبادلية ل "لازاروس وفولكمان" ( Lazarus et Folkman ) في سنة 1984.

- نموذج الطلب والضبط ل "كارازاك" (Karasek) في سنة 1979 و"كارزاك وثيرال" (Karasek et Theorell) في سنة 1990.

- النموذج التكاملي المتعدد العوامل ل "بروشون وشويرتزر" (Bruchon-Schweitzer) في سنة 2002.

- نموذج إختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة ل"سيغريست" (Siegrist) في سنة 1996 والذي اعتمدنا عليه في إنجاز هذه دراسة بإعتبار الإجهاد بعد من أبعاد الصحة النفسية لدى الممرضين.

اقترح هذا النموذج من طرف "جوهان سيغريست" (Johannes Siegrist) في بداية سنوات التسعينيات من القرن الماضي، ويرتكز على الملاحظة بأنّ حالة من العمل والتي تتميز بإرتباط الجهد المرتفع وإنخفاض المكافآت يترافق مع ردود أفعال مَرضية على المستوى الإنفعالي والمستوى الفيزيولوجي.

وقد تكون المكافآت المنخفضة ذات طبيعة إقتصادية (الأجر غير كاف) أو طبيعة إجتماعية (نقص التقدير والاحترام) أو طبيعة تنظيمية (إنعدام الأمن الوظيفي، ونقص آفاق الترقية).

أما بالنسبة للمجهود المرتفع، قد يكون نتيجة لمصدرين، المصدر الأول خارجي أما الثاني فهو داخلي. ويرتبط المجهود الخارجي بالقيود الزمنية، الإنقطاعات المتكررة، المسؤوليات الكثيرة، إرتفاع ثقل العمل، الإلتزام بالعمل لساعات إضافية والمجهود الجسدي

الكبير وهذا ما يدعى باختلال التوازن ما بين المجهود الخارجي والإعتراف والذي يتنبأ بظهور إضطرابات الصحة النفسية والجسدية.

أما بالنسبة للمجهود الداخلي والذي يدعى أيضا بالإستثمار المفرط، فهو يعكس نزعة الفرد إلى ممارسة الضبط المفرط وتحميل نفسه إنجاز مطالب غير معقولة، ويتجلى الإستثمار المفرط في عدم قدرة العامل عن الإبتعاد عن إلتزامات العمل أو منع إنشغالات العمل من غزو حياته الخاصة.

يعد هذا النموذج مهم جدا في تقييم تأثير التعقيد المتزايد لنشاط العمل المرتبط على وجه الخصوص بالتطورات التكنولوجية، والذي يخلق، إلى جانب المتطلبات المتزايدة للجودة والكمية، صعوبات جديدة للعامل. (M. Vézina, T. Theorell, C. Brisson, 2015, pp. 318-319)

ويؤكد (Robert I. Dipboye, 2018) أن الإجهاد من وجهة نظر "سيغرسيت" لا يحدث فقط بسبب التناقض بين الشخص والمتطلبات البيئية، ولكن أيضا بسبب عدم التوازن بين مجهود العامل أو المكافآت المقدمة نظير هذه المجهودات، حيث تتم مكافأة العمال في إستثمارهم للوقت والجهد بالمكانة المهنية والمكافآت الخارجية والإعتراف من طرف المشرفين وإقرار الزملاء.

ولقد شرح (D. Truchot, G-N. Fischer, 2002) هذا النموذج من وجهة نظر "سيغرسيت" الذي يؤكد بأن العمل يسمح بالربط ما بين الحاجات النفسية الأساسية مثل تقدير الذات، الفعالية الذاتية مع البنية الإجتماعية حيث يمارس الفرد مهاراته. إن المجهود الذي يبذله الفرد هو جزء من سيرورة التبادل الإجتماعي.

هذه السيرورة تشارك فيها المنظمة من خلال ثلاثة أنواع من المكافأة: الأجرة ، التقدير وفرص ترقية المسار المهني حيث تتضمن هذه الأخيرة الأمن المهني. لكن هذه الآثار الإيجابية للعمل ترتبط بالمعاملة بالمثل (المعاملة بالمثل أو التبادل المدرك) وقدرة الفرد على ضبط أرباحه أو مكافآته على المدى الطويل.

في هذا النموذج يخص مفهوم الضبط الأرباح، إذ أنّ إستثمارات الفرد يجب أن تقابل بأجر أو جزاء وإذا ما أدرك الفرد بوجود إختلال ما بين أرباحه والتكاليف مثلا أن يكون منصب العمل متطلب مع غياب الأمن المهني، يشعر العامل بحالة من الأزمة الإنفعالية والتي تتسبب في ردود أفعال في شكل الإجهاد.

لقد تنبأ "سيغريست" بأنّ الإجهاد الناتج عن إختلال التوازن يظهر في ثلاث حالات هي:

- عند انعدام فرص الإختيار في سوق العمل والذي يمنع الفرد من ترك العمل حتى عندما يفقد الرغبة في مواصلة هذا العمل.

- عندما يقبل العمال ولأسباب إستراتيجية، بحالة من الإختلال الضار في الوقت الحاضر، للرفع من فرصهم في الترقية في المستقبل.

- عندما تتميز سلوكات العمال بالإلتزام الكبير وهو خاصية فردية وهو نمط للمواجهة والذي يتجلى من خلال بذل مجهود كبير لتلبية متطلبات العمل وبرغبة كبيرة في التقدير والمدح، هذا النوع من المواقف يولد تحيزًا إدراكيًا ، في الواقع ، لا يصبح الأفراد قادرين على تقييم نسبة الفرق بين التكلفة (المجهود) والفائدة (الإعتراف) بالشكل صحيح.

ويؤكد "سيغريست" على إمكانية تطبيق هذا النموذج على مجموعات مهنية كبيرة وخاصة أولئك الذين يعانون عدم الإستقرار في سوق العمل أو الذين يكونون معرضين لعدم الأمن المهني، أو إلى تغيرات إقتصادية سريعة، ويضيف أنّ عمال مهن الخدمات وخاصة تلك التي تتطلب التفاعل مع العملاء يكونون معرضون بشدة لإختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة.

### **3-2-5- الآثار النفسية والجسدية الناتجة عن الإجهاد حسب نموذج "سيغريست":**

وفقًا لمقاربة الإجهاد الناتج عن إختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة، يعاني العامل من الضيق النفسي عندما يتحمل تكاليف باهظة (المجهود المرتفع) يحصل في مقابلها على مكافآت ضعيفة. وتتجلى معاناة العامل حسب (Dipboye, 2018) في فقدان السيطرة على مكانته والذي يهدد تقدير الذات لديه مع الشعور بعدم الكفاءة ويثير في نفسيته الإنفعالات السلبية مثل الخوف والاكتئاب والغضب والتهيج.

ويؤدي التعرض لفترات طويلة إلى إختلال التوازن ما بين الجهد والمكافأة إلى ضغوط نفسية وجسدية، إذ أنّ بحوثاً عديدة تدعم بشكل عام هذا النموذج مثل بحوث "لاندول وآخرون" (Landolt et al) في سنة 2017 ، كما بيّن "إيدي وآخرون" (Eddy et al.) في سنة 2016 إرتباط إرتفاع عدم التوازن ما بين الجهد والمكافأة بإنخفاض في وظيفة المناعة الجسدية، كما وجد "أومانسكي وآخرون" (Omansky et al.) في سنة 2016 أنّ المهام غير الموصوفة تولد استجابات الإجهاد من خلال هذا النموذج. وأكدّ "برنال وآخرون" (Bernal et al.) في سنة 2015 أنّ الممرضات ومساعدات التمريض المصابين بالإضطرابات العضلية والهيكل العظمي كانوا أكثر عرضة للإجهاد الناتج عن إختلال التوازن بين الجهد والمكافأة.

ولقد أورد (Michel Vézina, 2003) نتائج أربعة دراسات عن نموذج "سيغريست" للإجهاد والتي كشفت عن إرتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب الإقفارية (cardiopathie ischémiques) لدى العاملين المهنيين و الإطارات المتوسطة وموظفي الإدارة العامة، كما تبين أنه بالإضافة إلى إرتفاع نسبة الغيابات لدى الإطارات المتوسطة إرتفع خطر الإصابة بإرتفاع ضغط الدم وزيادة الدهون الضارة لدى أولئك الذين يعانون من إختلال التوازن بين الجهد والمكافأة مقارنة بالآخرين، أما بالنسبة لموظفي الإدارة العامة الذين يعانون من هذا الإختلال ، تبين ارتفاع مؤشر الوزن ومشاكل النوم لديهم، بالإضافة إلى زيادة احتمال الطلاق والإنفصال.

ولقد أورد (D. Truchot, G-N. Fischer, 2002) نتائج دراسة "بيكر وآخرون" (Bakker et coll.) في سنة 2000 التي أكدت على صحة هذا النموذج بتطبيقه على عينة تشمل 204 ممرضة في ألمانيا، إذ أظهرت النتائج على أنّ إدراك الممرضات لإختلال التوازن ما بين جهودهن وأرباحهن يعرضهن إلى إنهاك انفعالي ويظهرن إتجاهات أكثر سلبية إتجاه المرضى، إضافة إلى ذلك يرتفع لديهن الإنهاك الإنفعالي والإتجاهات السلبية خاصة بالنسبة للممرضات اللواتي يشعرن بإختلال التوازن واللواتي يبدين إلتزام داخلي مرتفع.

### 3-2-6- الوقاية من الإجهاد المهني:

إنّ مصادر الإجهاد متعددة ومختلفة لهذا وجب إيجاد حلولاً مختلفة، ويمكن تمييز ثلاثة مستويات للتدخل والوقاية من الإجهاد المهني وهي على المستوى الفردي وعلى مستوى جماعات العمل وعلى المستوى التنظيمي، إذ يجب وضع برنامج للتقليل من نسبة الإجهاد يستهدف هذه المستويات الثلاثة، إلا أنّ المستوى التنظيمي يعتبر أهم مستوى للوقاية نظراً لفعاليته الكبيرة على المدى الطويل:

#### أ - يمكن للإدارة فردية للإجهاد أن تستهدف:

- المستوى الفيزيولوجي: أسلوب الحياة، تقنيات الإسترخاء، الإرتجاع البيولوجي (وسلية تسمح بتعلم التحكم في معدل ضربات القلب على سبيل المثال)
- المستوى السلوكي: تأكيد الذات، تقييم وتغيير تقنيات المواجهة.
- المستوى المعرفي: إعادة الهيكلة المعرفية (تعديل أنماط التفكير التلقائية)، تحديد وإعادة تقييم مصادر الإجهاد.

#### ب- التدخلات على مستوى جماعات العمل:

- التقييم (360°) والتكوين على الإدارة.
- التكوين في إدارة الإجهاد، وفي أداء الفريق وبناء الفريق.
- الوعي بمشكلات العنصرية والتمييز الجنسي.

#### ج) التدخلات على مستوى تنظيم العمل، تخص الإستراتيجيات التي تهدف إلى تحسين

ظروف العمل وثقل العمل: تغيير ساعات العمل والعمل التناوبي، تقليل المخاطر التكنولوجية، مراجعة المسارات المهنية، تغيير استخدام التدريب والتكنولوجيا، التناوب، وإثراء المهام، وتشجيع الإستقلالية، رفع المؤهلات والإعتماد على التسيير التشاركي.

(Philippe Sarnin, 2012, p.235)

### 3-3- مفهوم القلق:

#### 3-3-1- تعريف القلق: " القلق هو حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان

ويسبب له الكثير من الضيق والألم" (سيغموند فرويد، 1926، ص،13)

ويعرف القلق أيضا "بأنه حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده ويتربقب وقوعه أو يخشى وقوعه، وهو توتر إنفعالي وإضطراب نفسي وجسمي" (أنس شكشك، 2008، ص.204).

وتعرف ( Françoise Molière, 2012 ) القلق بأنه حالة إنفعالية من التوتر العصبي والمخاوف القوية والمزمنة في كثير من الأحيان، تتميز هذه الحالة النفسية بتوقع خطر وشيك غير محدد، مصحوباً بعدم الراحة والخوف والشعور بالعجز.

#### 3-3-2- أعراض القلق:

يتسبب القلق في ظهور أعراض فيزيولوجية وإضطرابات نفسية حسب شدته، ولقد أشار كل من ( N. G. Vaillant & F-C. Wolff, 2010 ) إلى أنّ للقلق المرضي ثلاث خصائص، فهو يستمر لعدة أسابيع، ويعاني منه الفرد كل يوم تقريبا وذلك من خلال التعبير عن عدد متغير من الأعراض، كما أنه يؤدي إلى إعاقة أو ضعف وظيفي (لا يستطيع الشخص أن يعيش نفس الحياة كما كان من قبل).

تشمل إضطرابات القلق حسب (Randal D. Beaton, 1998) رهاب الخلاء، الرهاب (أو مخاوف غير عقلانية)، وإضطراب الوسواس القهري، ونوبات الهلع والقلق العام. ووفقاً للطبعة الرابعة لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM 4) ، تشمل أعراض إضطراب القلق العام، الشعور بـ "الأرق أو الشعور بالإرتفاع أو السقوط من الحافة"، وصعوبات في التركيز مع الإرهاق ، وتوتر العضلات المفرط وإضطرابات النوم.

بينما تؤكد (Molière, 2012) بأنّ حالة القلق تتميز بردود فعل عصبية وأعراض فيزيولوجية مثل انقباض تنفسي، وضيق في التنفس، وتسارع أو تباطؤ نبضات القلب، والشحوب، وإسترخاء عضلات الوجه أو التقلص العنيف للجبهة، كما تؤثر هذه الحالة على



عملية إسناد المعنى والمعاني للتجربة من خلال التحريفات الإدراكية ومعالجة المعلومات، فالقلق يؤثر على الفرد والذي يصبح في بعض الحالات غير فعّالاً اجتماعياً ومهنياً.

### **3-3-3- القلق في مهنة التمريض:**

تتميز بيئة مهنة التمريض بالتغير السريع والمتطلبات الكثيرة والإستجابات السريعة حسب الحالات التي تستلزم الرعاية الصحية، بالإضافة إلى كثرة التفاعلات العلائقية بين الأشخاص، هذه بعض العوامل التي تساهم في زيادة مستوى القلق لدى الممرضين، ولقد أكد (D. R. Costa Schmidt & al., 2011) على أنّ ظروف الوسط المهني للممرضات يمكن أن تتسبب في إصابتهم بالقلق، خاصة في ظروف تتسم بعدم الإستقرار أو تدهور صحة المرضى، نقص المواد والمعدات والموظفين، والعلاقات مع أقارب المرضى، وكذلك الصعوبات في تنظيم رعاية التمريض والإجراءات المعقدة للغاية.

ويوضح (A. A. Ghods & al., 2017) أنه نظراً إلى الإنتشار الواسع لإضطراب القلق بين الممرضات ولأن هذا النوع من الإضطراب يُمكن أن يحدث في جميع المستشفيات لدى الممرضات مهما كانت فئتهم العمرية ومهما كانت مدة سنوات خبراتهم المهنية، يبدو أنّ طبيعة مهنة التمريض مُرهقة بغض النظر عن طبيعة المهام التي تقوم بها الممرضات أو العوامل أخرى، لذلك، يجب على السلطات تصميم وإعتماد تدابير أخرى لتحسين صحة الممرضات.

### **3-4-4- مفهوم الإكتئاب:**

#### **3-4-1- تعريف الإكتئاب:**

لقد تم التنظير تاريخياً للإكتئاب على أنه حالة شاملة تتراوح ما بين الضيق الإنفعالي

والياس إلى الكآبة. (R. E. Ingram & C. L. Hammen, 2009, p.70)

ويعرف (شكشك، 2008) الإكتئاب بأنه إضطراب إنفعالي ينجم عن إنخفاض مستوى تقدير الذات، والشعور بالأسى والعجز وتكون هذه المشاعر نتيجة الإدراك المشوه وغير الحقيقي في إحترام الذات ولوم الذات والهروب من الواقع بالإستغراق في أحلام اليقظة والخيال.

### 3-4-2- أعراض الإكتئاب:

يتميز الإكتئاب أو الإنهيار العصبي حسب (N. G. Vaillant & F-C. Wolff, 2010) بحالة مرضية يصحبها مزاج حزين ومؤلم مرتبط بانخفاض في النشاط النفسي والبدني. ولقد أشار (M. C. Ohler, M. S. Kerr, D. A. Forbes, 2010) إلى أنّ أعراض الإكتئاب تشمل المزاج المكتئب، وفقدان الإهتمام، وزيادة الوزن أو فقدانه بشكل ملحوظ، والأرق أو فرط النوم، والهباج أو التخلف الحركي النفسي، أو التعب أو فقدان الطاقة، الشعور بعدم القيمة أو اليأس، وانخفاض القدرة على التفكير أو التركيز وتكرار أفكار الموت أو فكرة الإنتحار أو حتى محاولة الإنتحار.

### 3-4-3- الإكتئاب في مهنة التمريض:

يرتبط الإكتئاب في أماكن العمل حسب ما أورده (A. A. Brandford, D. B. Reed, 2016) بارتفاع نسبة التغيب عن العمل، والعجز قصير الأجل، وإنخفاض الإنتاجية، وقد يعاني العمال المكتئبون من ضعف في إصدار الأحكام وبالتالي يُمكن للحكم السيئ في أماكن العمل أن يؤدي إلى حدوث إصابات خطيرة.

ويشير (Schmidt & al., 2011) إلى أنّ الأدلة العلمية تظهر ارتباط الإكتئاب بعوامل كثيرة، مثل الإختلالات الكيميائية في الدماغ، وخصائص الشخصية، والضعف الجيني، والأحداث الظرفية. ويمكن ربط العوامل المسببة للإكتئاب لدى الممرضات بالعوامل الداخلية لبيئة العمل ولسيرورته، مثل: المصالح الإستشفائية، وأوقات العمل، والعلاقات بين الأفراد، وثقل العمل، ومشاكل ساعات العمل، وإستقلالية تنفيذ المهام، ورعاية المرضى والإرهاق والدعم الإجتماعي وإنعدام الأمن وتضارب المصالح وإستراتيجيات التكيف المستخدمة، والعوامل الخارجية للعمل، مثل الجنس والسن وعبء العمل المنزلي ودعم الأسرة والدخل والصحة العامة للعمال والخصائص الفردية.

ويؤكد كل من (Ohler & al., 2010) على حاجة الممرضات المصابات بالإكتئاب إلى الدعم من خلال التشخيص المبكر حتى يتمكن من الحصول على العلاج المناسب والتقليل من تأثير الإكتئاب على قدرتهن على تقديم الرعاية بأمان، كما يجب على مؤسسات الرعاية

الصحية أن تسعى جاهدة لتوفير أماكن عمل أقل إرهاقًا وأكثر احترامًا من أجل دعم الصحة الجسدية والإنفعالية والعقلية لموظفيها بطريقة إستباقية وتفاعلية. هذا ينطبق بشكل خاص على الممرضات اللواتي يعتبرن أساس جودة الرعاية الصحية.

#### 4- الصحة الجسدية:

##### 4-1- تعريف الصحة الجسدية:

إنّ التعريف التقليدي لمفهوم الصحة الذي يحددها بغياب العلة أو المرض، يعتبر منهجا سلبيا محدودا بما أنه لا يعرف الصحة بدقة ولكنه يذكر الجانب السلبي منها. ( Jennie J. Kronenfeld, 2002, p.21). لهذا فإنّ التعريف الشامل للمنظمة العالمية للصحة يربط بين الصحة الجسدية والصحة النفسية كمؤشرات للصحة العامة وللإرتياح الجسدي والنفسي، وضمن هذا السياق يعتبر (Michael Nach, 2010) بأنّ الإرتياح الجسدي مهم لجميع الأفراد، سواء كان لديهم مشاكل تتعلق بالصحة النفسية أم لا. كما أنّ ضعف الصحة الجسدية يؤثر على الصحة النفسية والعكس صحيح، إذ يمكن لإضطرابات الصحة النفسية أن تزيد من خطر الإصابة بحالة من المرض الجسدي على المدى الطويل، ومع ذلك، فإنّ الصحة الجسدية السيئة تؤثر على جودة الحياة، والتي تؤثر بدورها على معدل أو مدى الشفاء.

وبما أنّ الصحة الجسدية مرتبطة إرتباطا وثيقا بالصحة النفسية وجب ذكر الأمراض العضوية الناتجة عن الإجهاد المهني لدى الممرضين.

##### 4-2- أهم الأعراض والأمراض الجسدية التي تصيب الممرضين:

لقد بينت الكثير من الدراسات بأنّ مهنة التمريض تعرض ممارسيها للإجهاد المهني والذي بدوره يؤثر على صحتهم الجسدية، ولقد أورد ( M. Bruchon-Schweitzer & B. Quintard, 2001) بعض الأمراض العضوية التي تظهر نتيجة التعرض للإجهاد حيث تم ملاحظة أعراض بيولوجية وفيزيولوجية (على المدى القصير) وبعض الإضطرابات الجسدية (على المدى المتوسط أو الطويل).

على المدى القصير يعتبر مستوى الكورتيزول (cortisol) في الدم واللعاب والبول أهم مؤشر بيولوجي لهذه الاضطرابات. أما على المدى الطويل، يتواتر ظهور بعض الأمراض بشدة، من بينها أمراض القلب ممثلة في الجلطة القلبية ارتفاع ضغط الدم، تصلب الشرايين، أو الاضطرابات الهضمية مثل قرحة المعدة والتهاب القولون.

ويؤكد (Canoui, P., 2003) بأنّ الأعراض الإكلينيكية تصيب الممرضين نتيجة الإنهاك المهني وهي أعراض جسدية وسلوكية غير محددة، مثل اضطرابات النوم، والاضطرابات الجهاز الهضمي، والأمراض الجلدية، والاضطرابات الجنسية، والنوبات متكررة من أمراض الأنف والأذن والحنجرة ، والتعب..

وبما أنّ أغلبية الممرضين يمارسون العمل التناوبي سواء المناوبات النهارية أو الليلية، فلقد شددت ( Béatrice Barthe, 2015 ) على الأخطار الصحية للعمل التناوبي والتي تتمثل في اضطرابات النوم المتعلقة بإنخفاض المدة الزمنية الكافية للنوم، وأخرى متعلقة بنوعية النوم مثل الصعوبة في النوم والأرق، واضطرابات الجهاز الهضمي مثل الغثيان، الإسهال، البدانة، الإعتلال الوظيفي للقولون، قرحة المعدة، واضطرابات عصبية، إرتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب. بالإضافة إلى ذلك سُجِّل إرتفاع خطر الإجهاض والولادة المبكرة لدى النساء الحوامل اللواتي يعملن بنظام العمل التناوبي.

كما تم تصنيف العمل التناوبي من طرف المركز الدولي لبحوث السرطان التابع لمنظمة الصحة العالمية على أنه أحد العوامل المسببة للسرطان، إذ تشير الدراسات الحديثة إلى زيادة محتملة في خطر الإصابة بسرطان البروستاتا والقولون وتجرى حاليا العديد من الدراسات لنفي أو تأكيد هذه الروابط. و تلعب مدة التعرض دورًا حاسمًا في بداية هذه الاضطرابات، فعندما حدوثها، لا يمكن عكسها، أي أنها لا تختفي مع العودة إلى ساعات العمل العادية. وتجدر الإشارة إلى إعتراف الدنمارك مؤخرًا، بالسرطان كمرض مهني لدى النساء اللواتي يعملن في النوبات الليلية وبالتالي ثبت حقهن في التعويض.

### 3-4- مفهوم التعب:

#### 3-4-1- تعريف التعب:

التعب حسب (Chantal Jouteau-Neves, 2012) هو حالة من الإنهاك الناتجة عن المجهود أو الإفراط في بذل الجهد الجسدي أو الفكري، كما أنه يُعتبر ظاهرة متعددة العوامل ومتعددة الأبعاد، فمكوناتها هي ذات طبيعة بيو كيميائية وفيزيولوجية ونفسية ومعرفية وسلوكية.

#### 3-4-2- أعراض التعب:

يعتبر (Çelik, S., & al., 2017) التعب كمشكلة صحية، تؤدي إلى انخفاض الإنباه والقدرات البدنية، والتهيج، والنسيان، وصعوبات في مواجهة المواقف غير المتوقعة، وتباطؤ عمليات التفكير، وإنخفاض الإدراك وردود الأفعال، وصعوبات في التواصل.

وأورد (C. Jouteau-Neves, 2012) مجموعة من أعراض التعب والتي تتمثل في الشعور بإنخفاض في مستوى الطاقة، وصعوبة القيام بالأنشطة اليومية وصعوبة في التركيز، والتذمر، وإنخفاض الأداء والرغبة الجنسية، والنعاس، والصعوبات الإنفعالية أو التهيج، وأخيرًا الميل إلى التعرض للحوادث.

#### 3-4-3- مفهوم التعب في مهنة التمريض:

يُعتبر التعب من وجهة نظر (Marc Lorient, 2004) شكوى متكررة في عالم الشغل، ولقد أكدت البحوث التي كانت تهدف إلى إنشاء نظرية مفسرة لمفهوم التعب على البعد الذاتي والمتعدد لعوامل التعب، كما ركّز الكثير من الباحثين في مفهوم التعب في العمل على المكون النفسي الاجتماعي للتعب، وبالنسبة للكثير من للباحثين لم تعد حالة العامل المعاصر تتسم بالإنهاك الجسدي وإرهاق العضلات بل بالقيود والصعوبات النفسية.

ولقد أظهرت نتائج الدراسات السابقة التي أوردها (Çelik, S., & al., 2017) بوجود علاقة وثيقة بين التعب وأنماط الحياة والحالات النفسية للعاملين في المناوبات، ولا سيما المناوبة لمدة 12 ساعة أو أكثر، والعمل في المناوبات الليلية، إذ يعمل الممرضين في

النظام التناوبي أكثر من 40 ساعة في الأسبوع. كما أنّ أدوار ومسؤوليات ممرضات فيما يتعلق بعملهن، والأسرة والحياة الإجتماعية تسبب مشاكل في النوم وعدم الراحة الكافية، والإرهاق الجسدي وكذلك تغيرات نفسية وإنفعالية والتي تعتبر كلها عوامل مسببة للتعب. إنّ التعب بين الممرضات هو عامل مهم متعلق بطبيعة العمل ويؤثر بشكل مباشر على الأداء والرعاية وصنع القرار ويمكن أن يصبح مشكلة كبيرة، غالبًا ما يؤدي إلى إنهيار العلاقات بين الممرضة والمرضى وعائلات المرضى وأعضاء فريق العمل، كما يتسبب إرتفاع إحتمال حدوث أخطاء في تقديم الأدوية وضعف في إتخاذ القرار والممارسات التي تنطوي على مراقبة المريض ومتابعته. ويمكن أن تؤدي آثار التعب هذه إلى إنخفاض جودة رعاية المرضى وتعريض سلامتهم للخطر.

ويؤكد (Sagherian, K. & al., 2017) على ضرورة تحسين أماكن عمل الرعاية الصحية من خلال مراقبة وإدارة التعب لدى الممرضين (على سبيل المثال ، مراجعة جداول العمل، والعمل الإضافي وأيام الراحة)، والتي يمكن أن تضر بالعلاقة ما بين العمل التناوبي والأداء المهني للممرضين. بالنسبة للممرضين، يمكن للراحة الكافية والنوم خارج ساعات العمل مقاومة التعب المزمن، مما يجعلهم يشعرون بالإنعاش والجاهزية للعمل في المناوبة التالية.

## الفصل الخامس: الطريقة والإجراءات المنهجية

تمهيد

أولاً: الدراسة الإستطلاعية

- أهداف الدراسة الإستطلاعية
- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية
- مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية
- الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة الإستطلاعية

ثانياً: الدراسة الأساسية

- منهجية الدراسة الأساسية
- أهداف الدراسة الأساسية
- الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة الأساسية
- مواصفات عينة الدراسة الأساسية
- الأساليب الإحصائية المعتمدة في هذه الدراسة

**تمهيد:** سنستعرض في هذا الفصل أهداف الدراسة الإستطلاعية ومكان وزمان إجراء الدراسة وعينة البحث والخصائص السيكومترية للأدوات الدراسة، تم نتطرق إلى الدراسة الأساسية والتي تضمنت الدراسة الكمية والدراسة الكيفية والأساليب الإحصائية المعتمدة في هذه الدراسة.

### **أولاً: الدراسة الإستطلاعية:**

#### **1- أهداف الدراسة الإستطلاعية:**

قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية للتعرف على مجتمع العينة ولمعرفة مواصفاتها السوسيو مهنية والتعرف على الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة لدى عينة المرضين المتربصين بمختلف رتبهم وباستخدام بعض الأساليب الإحصائية المتمثلة في التكرارات والنسب المئوية والمتوسط الحسابي ومعامل جوتمان ومعامل ألفا كرونباخ.

#### **2- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية:**

تمت الدراسة الاستطلاعية بالمعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي، الشهيدة قعابي جدية، والمعهد الوطني للتكوين العالي الشبه الطبي حي السلام، ملحقة التكوين شبه الطبي بالمستشفى الجامعي وهران، المدرسة الخاصة للتكوين شبه الطبي السانية، والمدرسة الخاصة للتكوين شبه الطبي البيبان، وكلها متواجدة بوهران، في الفترة الممتدة من 08 جانفي 2017 إلى غاية 30 أكتوبر 2017.

#### **3- عينة الدراسة الإستطلاعية:**

أنجزنا هذه الدراسة الميدانية بتطبيق أدوات الدراسة لدى عينة تم إختيارها بالطريقة العرضية وتضم 437 من مساعدي التمريض والمرضين في الصحة العمومية المتربصين بالمصالح الإستشفائية والمؤسسات الصحية الجوارية الصحية لبعض الولايات الغربية نذكر من بينها : ولاية وهران، ولاية عين تيموشنت، ولاية معسكر، ولاية تيارت، ولاية تلمسان، ولاية سيدي بلعباس.



### 3-1- مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية:

#### - الجنس:

الجدول رقم (03) يمثل متغير الجنس لدى العينة الإستطلاعية

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	65	14,9%
أنثى	372	85,1%
المجموع	437	100%

يبين الجدول رقم (03) عدد الذكور والإناث الذين طببت عليهم الدراسة الاستطلاعية، حيث تمثل الإناث أغلبية العينة بنسبة 85,1% من العدد الإجمالي ب 372 ممرضة متربصة، أما عدد الذكور فهو يساوي 65 ممرض متربص بنسبة 14,9% من العينة، وهذه النسب تتطابق مع واقع الصحة في الجزائر حيث تستقطب معاهد تكوين شبه الطبي الإناث أكثر من الذكور خاصة مع قصر مدة التكوين.

#### - السن:

الجدول رقم (04) يمثل متغير السن لدى عينة الدراسة الإستطلاعية (ن= 437)

الحد الأدنى	الحد الأقصى	المتوسط الحسابي	السن
18	39	21,41	

يبين الجدول رقم (04) متوسط السن لدى العينة الإستطلاعية والذي يتمثل في 21,41 سنة ، في حين أنّ الحد الأدنى ف يساوي 18 سنة أما الحد الأقصى للسن لدى عينة الدراسة فهو يساوي 39 سنة وهذا يدل على أنّ التكوين في مهنة التمريض لا يقتصر على الشباب فحتى فئة الكهول تسعى للحصول على منصب في مجال الصحة خاصة بالنسبة لفئة مساعدي التمريض والذي يتم قبولهم بمدارس التكوين الخاصة.

## - المستوى التعليمي:

الجدول رقم (05) يمثل متغير المستوى التعليمي لدى العينة الاستطلاعية

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
60,4%	246	ثانوي
33,4%	146	بكالوريا
4,6%	20	ليسانس
1,6%	7	ماستر
100%	347	المجموع

يبين الجدول رقم (05) المستويات التعليمية للمرضيين المتربصين حيث توزعت كالتالي: عدد المرضيين ذوي المستوى الثالثة ثانوي 60,4% من مجموع العينة وهو خاص بفئة مساعدي التمريض، أما المتحصلين على شهادة البكالوريا فعددهم يساوي 146 بنسبة 33,4% من العينة أما المرضيين المتربصين ذوي الشهادات الجامعية فيمثلون 20% بالنسبة للمتحصلين على شهادة الليسانس و 1,6% بالنسبة للمتحصلين على شهادة الماستر، وتجدر الإشارة إلى أن فئة مساعدي التمريض تضم كل المستويات التعليمية المذكورة بالرغم من أن المستوى المطلوب هو الثالثة ثانوي غير أنها تستقطب فئة الجامعيين لسهولة الحصول على منصب عمل بعد نهاية التكوين سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص.

## - السنة الدراسية:

جدول رقم (06) يمثل متغير السنة الدراسية لدى العينة الإستطلاعية

النسبة المئوية	التكرارات	السنة الدراسية
73,7%	322	السنة الأولى
26,3%	115	السنة الثانية
100%	347	المجموع

يبين الجدول رقم (06) السنة الدراسية التي يزاوّل بها المرضيين المتربصين تكوينهم، حيث أنّ 73,7% من عينة الدراسة هم في السنة الأولى من التكوين في حين 26,3% يدرسون بالسنة الثانية، غير أنّ كل المرضيين المتربصين بالعينة الاستطلاعية قد قاموا بالتربص الميداني وكان لهم اتصال بالمؤسسات الصحية المختلفة وتعاملوا مع المرضى.

## - الفئة المهنية:

جدول رقم (07) يمثل متغير الفئة المهنية لدى العينة الإستطلاعية

الفئة المهنية	التكرارات	النسبة المئوية
مساعدى التمريض	347	79,4%
المرضى فى الصحة العمومية	90	20,6%
المجموع	347	100%

يبين الجدول رقم (07) الفئة المهنية للمرضى المتربصين فى معاهد تكوين شبه الطبى، حيث تمثل فئة مساعدى التمريض 79,4% من العينة فيما تتمثل فئة المرضى فى الصحة العمومية نسبة 20,6%، وهذا ما يعكس التوجه الحالى فى التكوين شبه الطبى الذى يركز على تكوين أكبر عدد ممكن من مساعدى التمريض والذى يهدف إلى تحسين الرعاية القاعدية (le nursing) للمرضى.

### 4- الخصائص السيكومترية لمقياس سمات الشخصية:

#### 4-1- تعريف مقياس سمات الشخصية:

لقد تم إنشاء عدة مقاييس لتقييم سمات شخصية حسب العوامل الخمسة الكبرى والتي وإن لم تختلف من حيث عدد الأبعاد فهي مختلفة من حيث عدد الفقرات. وتعد قائمة جرد الشخصية حسب العوامل الخمسة الكبرى المنقحة (NEO PI-R) من إعداد "كوستا وماكري" (Costa and McCrae) من أشهر الأدوات المستخدمة لقياس سمات الشخصية حسب هذا النموذج، وهو إستبيان تتم الإجابة عليه بإستخدام ورقة وقلم رصاص ويتكون من 240 إلى 249 فقرة، حسب سنة الإصدار. ومع ذلك، فإنّ السلبيات الأساسية لهذا الإستبيان هي طوله والمقدار الكبير من الوقت والتركيز المطلوب لإكماله، مما يفرض أيضاً عبءاً إدراكياً مرتفعاً إلى حد ما على المستجوب، بالإضافة إلى صعوبة إجراءه فى البحوث الإستقصائية بإستخدام المقابلات بالهاتف أو عن طريق الإعلام الآلي وهذا ما إستوجب انشاء نسخ مختصرة. (Ryser, V.-A., 2015, p. 04)

وأكدّ (O. A. Brust, S. Hader, M. Hader, 2016) أنه تم استخدام نسخ قصيرة من مقياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى (BFI) تتكون من 10 أو

15 فقرة في دراسات كبيرة مثل البرنامج الدولي للمسح الاجتماعي (ISSP) ، واللجنة الاجتماعية الاقتصادية الألمانية (SOEP) ، والمسح البريطاني للوحات الأسر المعيشية، والأسرة، والمسح الأسترالي للأسرة والدخل وديناميكية العمالة في أستراليا (HILDA) .

واستخدمنا في بحثنا النسخة المختصرة لقياس سمات الشخصية حسب العوامل الخمسة الكبرى (The Big Five Inventory-Fifteen) المتكونة من 15 فقرة من إعداد "لونج وآخرون" (Lang et al.) في سنة 2001 والذي أوردناه عن (V.A. Ryser, 2015) إذ تحتوي هذه الأداة على 15 فقرة موزعة على خمسة أبعاد هي :

بعد الانبساط يتكون من الفقرات: 01، 06، 11

بعد الطيبة يتكون من الفقرات: 02، 07، 12

بعد يقظة الضمير يتكون من الفقرات: 03، 08، 13

وبعد العصابية يضم الفقرات: 04، 09، 14

وأخيرا بعد الانفتاح يضم الفقرات: 05، 10، 15

وحسب (Lang, F.R. & al., 2011) تُعتبر النسخة المختصرة لقياس سمات الشخصية حسب العوامل الخمسة الكبرى (BFI-S) أداة قصيرة وموضوعية لقياس الأبعاد الخمسة للشخصية موجهة للإستخدام في المسوحات والتحقيقات الكبيرة، ولقد تم التحقق من صدق وثبات النسخة الألمانية للقائمة المختصرة باستعمال الورقة وقلم الرصاص من طرف "لانج" (Lang) و "جيليتز و شوب" (Gerlitz et Schupp) في سنة 2005، حيث تم قياس كل بعد بثلاثة فقرات وكانت قيم ألفا كرونباخ مقبولة وهي كالاتي:

بعد العصابية = 0,60 ، بعد الانبساط = 0,66 ، بعد الطيبة = 0,50 ، بعد الانفتاح

=0,63 وبعد يقظة الضمير = 0,60.

## 4-2- صدق مقياس سمات الشخصية:

### 4-2-1- صدق المحكمين لمقياس سمات الشخصية:

لقد تم تحكيم النسخة المخ<sup>1</sup>تصرة من مقياس سمات الشخصية من طرف ثلاثة أساتذة بقسم علم النفس والأرطفونيا بكلية العلوم الإجتماعية بجامعة وهران 2 محمد بن أحمد (01)، حيث قامت الباحثة بترجمة النسخة الإنجليزية من المقياس إلى اللغة العربية واطلعت على النسخة الفرنسية، وكان تحكيم الأساتذة خاصا بالصياغة اللغوية للفقرات، إذ قامت الباحثة بتغيير بعض الفقرات طبقا لملاحظة المحكمين مع الحفاظ على معنى تلك الفقرات بما يتوافق مع الأبعاد التي تنتمي إليها، وفيما يلي جدول يبين صيغة التعديل قبل وبعده حسب اقتراحات المحكمين:

جدول رقم (08) يبين إعادة صياغة بعض عبارات مقياس سمات الشخصية بعد التحكيم

الفقرة	صيغة الفقرات بعد ترجمة الباحثة	صيغة الفقرات في صورتها المعدلة بعد التحكيم
01	أعتبر نفسي متحفظا	أعتبر نفسي متحفظا (حذر)
02	أنا مراعاة ولطيف مع الجميع تقريبا	أنا متفهم ولطيف مع الجميع تقريبا
03	أعمل بضمير	أعمل بإخلاص
04	ألتزم الهدوء في المواقف المقلقة/الضاغطة/الحرجة	ألتزم الهدوء في المواقف المقلقة (الحرجة)
05	لدي خيال واسع	لم تتغير
06	أنا اجتماعي ومنبسط.	أنا اجتماعي و أحب التحدث مع الآخرين
07	أكون وقحا مع الآخرين في بعض الأحيان	أكون أحيانا خشنا (فضا) مع الآخرين
08	أميل إلى أن أكون كسولا	لم تتغير
09	أتعصب بسهولة	أتنرفز بسهولة
10	أقدر النشاطات الفنية والخبرات الجمالية	أستمتع بالنشاطات الفنية والخبرات الجمالية.
11	أنا ثرثار	لم تتغير
12	أنا متسامحا بطبيعتي	لم تتغير
13	أنا فعّال في عملي	أنجز عملي بفعالية
14	أنا كثير القلق	أنا كثير الهموم
15	أنا مبدع ولدي العديد من الأفكار الأصيلة	أنا مبدع ولديّ العديد من الأفكار الجديدة

<sup>1</sup> الأستاذ امحمد تيغزة، الأستاذ مزيان محمد، الأستاذ مكي أحمد.

يتبين من الجدول رقم (08) تعديل فقرات المقياس من حيث الصياغة اللغوية طبقاً  
لاقتراحات المحكمين وذلك باستخدام كلمات بسيطة ودقيقة بحيث يمكن فهمها من طرف  
أفراد عينة الدراسة دون أن تغير من المعنى العام للمقياس واستثنيت الفقرات التالية (05)،  
(08)، (11)، (12)، والتي كانت واضحة.

#### 4-2-1- الإتساق الداخلي لمقياس سمات الشخصية:

قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى باستخدام الإتساق الداخلي من خلال الكشف عن العلاقة بين كل بعد وفقراته وبين الأبعاد الخمسة والبعد الكلي للمقياس وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (09) يبين الإتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس سمات الشخصية بفقراته

مقياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى		
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعد الانبساط بفقراته	
** 0,58	أعتبر نفسي متحفظا (حذر)	01
** 0,51	أنا اجتماعي و أحب التحدث مع الآخرين.	06
** 0,70	أنا ثرثار	11
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعد الطيبة بفقراته	
** 0,59	أنا متفهم ولطيف مع الجميع تقريبا	02
** 0,77	أكون أحيانا خشنا (فضا) مع الآخرين	07
** 0,61	أنا متسامحا بطبيعتي	12
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعد يقظة الضمير بفقراته	
** 0,50	أعمل بإخلاص	03
** 0,67	أميل إلى أن أكون كسولا	08
** 0,64	أنجز عملي بفعالية	13
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعد العصابية بفقراته	
** 0,67	ألتزم الهدوء في المواقف المقلقة (الحرجة)	04
** 0,83	أنترفز بسهولة	09
** 0,81	أنا كثير الهموم	14
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعد الإنفتاح بفقراته	
** 0,73	لدي خيال واسع	05
** 0,66	أستمتع بالنشاطات الفنية والخبرات الجمالية	10
** 0,62	أنا مبدع ولديّ العديد من الأفكار الجديدة	15

\*\* تشير إلى مستوى الدلالة معامل الارتباط عند (0,01).

يكشف الجدول رقم (09) على أنّ قيم ارتباطات أبعاد مقياس سمات الشخصية بفقراتها تتراوح ما بين 0,51 و0,83 وهي أكبر من 0,30 وعند مستوى دلالة 0,01 وبالتالي فإنّ المقياس يتمتع بصدق داخلي جيد.

**جدول (10) يبين الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس سمات الشخصية بأبعاده الخمسة**

البعد	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الإنبساط	0,53	0,01
يقظة الضمير	0,38	0,01
الطيبة	0,39	0,01
العصابية	0,43	0,01
الانفتاح على الخبرة	0,56	0,01

يبين الجدول رقم (10) قيم إرتباط بين البعد الكلي لمقياس سمات الشخصية وأبعاده وهي مقبولة بما أنها تتراوح ما بين 0,38 و0,56 وكلها دالة عند مستوى دلالة 0,01

**4-3- ثبات مقياس سمات الشخصية:**

للكشف عن مستويات ثبات مقياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى تم الإعتماد على الأساليب الإحصائية المتمثلة في طريقة ألفا كرونباخ وطريقة جوتمان.

**جدول رقم (11) يبين مستويات ثبات مقياس سمات الشخصية**

معامل جوتمان	معامل ألفا كرونباخ	مقياس سمات الشخصية
0,73	0,60	

يبين الجدول رقم (11) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,73 و0,60 وهي قيم تدل على ثبات مقياس سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى المستخدم في الدراسة.



#### 4-4- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس سمات الشخصية:

لقد تم توزيع درجات الإجابة على مقياس سمات الشخصية على سلم ليكرت الخماسي ذو الإتجاه الموجب حيث يحصل المجيب على 5 درجات عند الإجابة بموافق بشدة و 4 درجات عند الإجابة بموافق و 3 درجات عند الإجابة بمحايد، 2 درجة عند الإجابة بغير موافق و 1 درجة عند الإجابة بغير موافق بشدة ما عدى الفقرات (01)، (04)، (07)، (08) والتي تعتبر سلبية وتعكس الإجابة بالنسبة لها.

#### 5- الخصائص السيكومترية لمقياس التعاطف:

##### 5-1- تعريف مقياس التعاطف:

إنطلاقاً من تعريف (Hojat, 2007) لمهارة التعاطف في سياق العلاقة بين المريض والممرض والذي يعتبرها خاصية معرفية (وليست إنفعالية) تتضمن فهم (بدلاً من الشعور) مخاوف وخبرات وتطلعات المريض والقدرة على التعبير على هذا الفهم، قام "Hojat" وآخرون بإنشاء مقياس جفرسون لقياس تعاطف لدى الممرضين.

ويوضح (Ward & al.,2009) بأنه تم التأكد من ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ للبعد الكلي للمقياس مع أبعاده المستخرجة، كما تم التأكد من صدق المفاهيمي والإتساق الداخلي للمقياس من خلال نتائج التحليل العاملي إذ أثبتت هذه النتائج الإطار متعدد الأبعاد للتعاطف.

ويعكس البعد الأكبر والمتمثل في أهمية فهم الطبيعة المعرفية والتي تمت الدلالة عليها في التعريف السابق للتعاطف، ويسمح هذا العامل للممرضة أن تبقى موضوعية في العلاقة العلاجية مع الإصغاء بفعالية لإنشغالات ومخاوف المريض. أما العامل الثاني فهو يمثل الرعاية الوجدانية ويرمز إلى الإتصال البشري الذي يظهر ممارسة الممرض في إطار العلاقة العلاجية والتي تعد ضرورية لتحسين صحة المريض. ويتمثل العامل الثالث في أن يضع الممرض نفسه في مكان المريض، وهذا العامل يمنح المصدقية للكثير من البحوث التي تُعرّف التعاطف بالقدرة على إدراك مشاعر الآخرين أو القدرة على ولوج حياة الآخر. هذه النتائج أكدت الصدق المفاهيمي لمقياس التعاطف للمعالجين.

ولقد عرّفت (Arnaud Maury, 2015) الأبعاد الثلاثة لمقياس التعاطف لدى المرضى كالاتي:

- بعد أهمية فهم الآخر ( *perspectives taking*): ويقاس القدرة على فهم معاش الآخر أو القدرة على الكشف عن إنفعالات المريض وخاصة تلك التي تركز على السلوك الغير اللفظي. ويضم الفقرات : 02، 05، 04، 09، 10، 13، 15، 16، 17، 20.

- بعد تثمين العلاجات الرحيمة ( *Compassionate Care*): ويصف أهمية الإنفعالات والتواصل الوجداني أثناء تقديم العلاجات ويتكون من الفقرات: 01، 07، 08، 11، 12، 14، 18، 19.

- بعد القدرة على التوضع في مكان المريض ( *Standing in Patient's Shoes*): ويقاس سهولة أخذ مكان آخر (المريض) لرؤية الأشياء من وجهة نظره ويضم الفقرات: 03، 06.

## 2-5- صدق مقياس التعاطف:

### 5-2-1- صدق المحكمين لمقياس التعاطف:

لقد تم تحكيم مقياس التعاطف من طرف ثلاثة أساتذة بقسم علم النفس والأرطفونيا بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة وهران<sup>2</sup> محمد بن أحمد<sup>2</sup>، حيث قامت الباحثة بترجمة النسخة الانجليزية من المقياس إلى اللغة العربية واطلعت على النسخة الفرنسية، وكان تحكيم الأساتذة خاصا بالصياغة اللغوية للفقرات، إذ قامت الباحثة بتغيير بعض الفقرات طبقا لملاحظة المحكمين مع الحفاظ على معنى تلك الفقرات بما يتوافق مع الأبعاد التي تنتمي إليها، وفيما يلي جدول يبين صيغة التعديل قبل وبعده حسب اقتراحات المحكمين:

<sup>2</sup> الأستاذ مزبان محمد، الأستاذ تبيغزة امحمد، الأستاذ مكي أحمد.

جدول رقم (12) يبين إعادة صياغة بعض عبارات مقياس التعاطف بعد التحكيم

الفقرة	صيغة الفقرات طبقاً لترجمة الباحثة	صيغة الفقرات في صورتها المعدلة بعد التحكيم
01	فهمي لمشاعر المرضى وأسره لا يؤثر على نوعية العلاج الطبي أو الجراحي الذي أقدمه.	فهم لمشاعر المرضى ومشاعر أسرهم لا يؤثر في العلاج لا يؤثر في العلاج الطبي أو الجراحي
02	يشعر مرضاي بتحسن عندما أفهم مشاعرهم	لم تتغير
03	أجد صعوبة في رؤية الأشياء من وجهة نظر المرضى	لم تتغير
04	في العلاقة بين المريض والمعالج أعتبر فهم التعبير الجسدي للمرضى لا يقل أهمية عن فهم التواصل اللفظي	فهم التعبير الجسدي لا يقل أهمية عن فهم الاتصال اللفظي في العلاقات بين الممرضين ومرضاهم.
05	لدى حس فكاخي جيد، والذي أعتقد أنه يساعد على تحقيق نتائج عيادية أفضل	لدى حس فكاخي جيد، أعتقد بأنه يساعد على تحسين نتائج العلاج.
06	أجد صعوبة في فهم وجهة نظر المرضى لأن كل شخص يختلف عن غيره	نظراً لأن الأشخاص يختلفون، من الصعب أن أرى الأشياء من وجهة المرضى.
07	عندما أستجوب المرضى عن خلفيتهم أو صحتهم الجسدية، أحاول عدم الالتفات لعواطفهم	عندما أستجوب المرضى عن خلفيتهم أو صحتهم الجسدية، أحاول أن لا أهتم لعواطفهم.
08	الانتباه لمعاش المرضى لا يؤثر على نتائج العلاج	الانتباه للخبرة الشخصية للمرضى لا يؤثر في نتائج العلاج.
09	عند تقديم العلاج للمرضى، أحاول أن أضع نفسي في مكانهم	أحاول أن أضع نفسي في مكان المرضى لتقديم العلاج لهم.
10	يولي المرضى اهتماماً كبيراً لفهمي لمشاعرهم، وهو طريقة علاجية بحد ذاته.	يهتم المرضى كثيراً لمدى تفهمي لمشاعرهم، وهذه طريقة علاجية في حد ذاتها.
11	لا يمكن مداواة المرضى إلا من خلال العلاج الطبي أو الجراحي، لهذا ليس للعلاقات العاطفية مع المرضى تأثير كبير على النتائج الطبية أو الجراحية.	يمكن مداواة المرضى بالعلاج الطبي أو لجراحي لهذا فإن "العلاقات الوجدانية بين الممرضين والمرضى لا تؤثر في العلاج الطبي أو الجراحي.
12	استجواب المرضى عن حياتهم الشخصية ليس ذو أهمية في فهم شكواهم حول حالتهم الجسدية	لم تتغير
13	أحاول أن أفهم ما يحدث في ذهن المرضى بالالتفاف إلى اشاراتهم غير اللفظية والجسدية	أحاول أن أفهم ما يحدث في ذهن المرضى بالاهتمام إلى اشاراتهم غير اللفظية والجسدية.
14	أعتقد أنه لا مكان للعاطفة في علاج الأمراض الجسدية	أعتقد أنه ليس للعاطفة أي دور في علاج الأمراض الجسدية
15	يعتبر التعاطف مهارة علاجية، والتي بدونها يكون نجاح العلاج محدوداً	لم تتغير
16	يعتبر فهمي للحالة الانفعالية للمرضى ولأسره عنصر هام في العلاقة بين المعالج والمريض	يعتبر فهمي للحالة الانفعالية للمرضى وأسره إحدى العناصر الهامة في العلاقة بين المرضى والمعالج.
17	أحاول أن أفكر مثل المرضى لتقديم أفضل رعاية صحية	لم تتغير
18	أمنع نفسي من التأثر عند وجود علاقات شخصية قوية بين المرضى وأسره	لا ينبغي أن أسمح بأن أتأثر بالروابط الشخصية القوية بين المرضى وأفراد أسرهم.
19	لا أستمتع بقراءة الكتابات غير الطبية ولا أهتم بالفنون	لا أستمتع بقراءة الكتابات غير الطبية أو بالفنون.
20	أعتقد أن للتعاطف دور علاجي مهم في تحقيق العلاج الطبي أو الجراحي.	أعتقد بأن التعاطف عامل علاجي مهم في العلاج الطبي الجراحي.

يتبين من الجدول رقم (12) بأنه تم تعديل معظم فقرات مقياس التعاطف لدى المعالجين من حيث الصياغة اللغوية طبقاً لإقتراحات الأساتذة المحكمين، حيث تم تبسيط محتوى الفقرات دون الإخلال من معنى الأبعاد الثلاثة للمقياس بإستثناء الفقرات (02)، (03)، (12)، (15)، (17) من التعديل.

## 5-2-2- الإلتساق الداخلي لمقياس التعاطف لدى الممرضين:

قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس التعاطف لدى المعالجين باستخدام الإلتساق الداخلي من خلال الكشف عن العلاقة بين كل بعد وفقراته وكذلك بحساب الارتباطات بين البعد الكلي للمقياس وأبعاده الثلاثة وكانت النتائج كالتالي:

### جدول رقم (13) يمثل الإلتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس التعاطف بفقراته

مقياس التعاطف لدى المعالجين	
قيم الارتباط	الإلتساق الداخلي لبعد أهمية فهم الآخر بفقراته
**0,39	02 يشعر مرضاي بتحسن عندما أفهم مشاعرهم
<b>**0,26</b>	04 فهم التعبير الجسدي لا يقل أهمية عن فهم الاتصال اللفظي في العلاقات بين الممرضين ومرضاهم.
**0,33	05 لدي حس فكاخي جيد، أعتقد بأنه يساعد على تحسين نتائج العلاج.
**0,44	09 أحاول أن أضع نفسي في مكان المرضى لتقديم العلاج لهم.
**0,47	10 يهتم المرضى كثيرا بمدى تفهمي لمشاعرهم، وهذه طريقة علاجية في حد ذاتها.
**0,36	13 أحاول أن أفهم ما يحدث في ذهن المرضى بالاهتمام إلى اشاراتهم غير اللفظية والجسدية.
**0,48	15 يعتبر التعاطف مهارة علاجية، والتي بدونها يكون نجاح العلاج محدودا
**0,51	16 يعتبر فهمي للحالة الانفعالية للمرضى وأسره إحدى العناصر الهامة في العلاقة بين المرضى والمعالج
**0,64	17 أحاول أن أفكر مثل المرضى لتقديم أفضل رعاية صحية.
**0,48	20 أعتقد بأن التعاطف عامل علاجي مهم في العلاج الطبي.
قيم الارتباط	الإلتساق الداخلي لبعد تهمين العلاجات الرحيمة
**0,43	01 فهمي لمشاعر المرضى وأسره لا يؤثر على نوعية العلاج الطبي أو الجراحي الذي أقدمه.
**0,55	07 عندما أستجوب المرضى عن خلفيتهم الاجتماعية أو صحتهم الجسدية، أحاول أن لا أهتم لعواطفهم
**0,49	08 الانتباه للخبرة الشخصية للمرضى لا يؤثر في نتائج العلاج.
**0,57	11 يمكن مداواة المرضى بالعلاج الطبي أو لجراحي لهذا فإن العلاقات الوجدانية بين الممرضين والمرضى لا تؤثر في العلاج الطبي أو الجراحي.
**0,48	12 استجواب المرضى عن حياتهم الشخصية ليس ذو أهمية في فهم شكاوهم حول حالتهم الجسدية.
**0,56	14 أعتقد أنه ليس للعاطفة أي دور في علاج الأمراض الجسدية.
<b>0,04</b>	18 لا ينبغي أن أسمح بأن أتأثر بالروابط الشخصية القوية بين المرضى وأفراد أسره.
**0,36	19 لا أستمتع بقراءة الكتابات غير الطبية أو بالفنون.
قيم الارتباط	الإلتساق الداخلي لبعد القدرة على التوضع في مكان المريض بفقرتيه
**0,77	03 أجد صعوبة في رؤية الأشياء من وجهة نظر المرضى
**0,83	06 نظرا لأن الأشخاص يختلفون، من الصعب أن أرى الأشياء من وجهة المرضى.

\*\* تشير إلى مستوى الدلالة معامل الارتباط عند (0,01).

يكشف الجدول رقم (13) عن قيم ارتباط أبعاد مقياس التعاطف بفقراته، وتبين وجود ارتباط دال بين بعد أهمية فهم الآخر بفقراته حيث تراوحت قيم الارتباط بين 0,64 و0,33 عند مستوى دلالة 0,01 ما عدى الفقرة رقم (04) إذ أنّ قيمة ارتباط هذه الفقرة بالبعد تساوي 0,26 وهي أصغر من 0,30 وبالتالي تم حذف هذه الفقرة ، وبالنسبة لبعد تثمين العلاجات الوجدانية فتراوحت قيم الارتباط بفقراته ما بين 0,36 و0,57 ما عدى الفقرة 18 والتي كانت غير دالة وبالتالي تم حذفها، فيما تبين وجود إتساق داخلي بين بعد القدرة على التوضع في مكان المريض بفقرتيه.

جدول رقم (14) يمثل الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس التعاطف لدى الممرضين بأبعاده الثلاثة

البعد	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
أهمية فهم الآخر	0,78	0,01
تثمين العلاجات الرحيمة	0,74	0,01
القدرة على التوضع في مكان المريض	0,31	0,01

يكشف الجدول رقم (14) على وجود اتساق داخلي بين مقياس التعاطف وأبعاده الثلاثة حيث أن كل قيم الارتباط هي أكبر من 0,30 ودالة في مستوى دلالة 0,01.

### 3-5- ثبات مقياس التعاطف:

للكشف عن مستويات ثبات مقياس التعاطف لدى الممرضين تم الإعتماد على الأساليب الإحصائية المتمثلة في طريقة ألفا كرونباخ وطريقة جوتمان.

جدول رقم (15) يبين مستويات ثبات مقياس التعاطف لدى الممرضين

معامل جوتمان	معامل ألفا كرونباخ	مقياس التعاطف
0,94	0,73	

يبين الجدول رقم (15) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,94 و0,73 وهي قيم تدل على ثبات أداة البحث.

#### 5-4- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس التعاطف :

لقد تم توزيع درجات الاجابة على مقياس التعاطف لدى المعالجين على سلم ليكرت الخماسي ذو الاتجاه الموجب حيث يحصل المجيب على 5 درجات عند الاجابة بموافق بشدة و4 درجات عند الاجابة بموافق و3 درجات عند الاجابة بمحايد، 2 درجة عند الاجابة بغير موافق و1 درجة عند الاجابة بغير موافق بشدة ما عدى الفقرات (01)، (03)، (06)، (07)، (08)، (11)، (12)، (14)، (19) والتي تعتبر سلبية وتعكس الاجابة بالنسبة لها.

#### 6- الخصائص السيكومترية لمقياس المناعة النفسية:

##### 6-1- تعريف مقياس المناعة النفسية:

إعتمدنا في هذه الدراسة على مقياس ( The Connor-Davidson Resilience scale , 2003 ) و يمكن إعتبار المناعة النفسية كقدرة للتكيف مع الإجهاد، وبالتالي تصبح هدفاً مهماً للعلاج في حالات القلق والإكتئاب وردود الفعل على الإجهاد وهذا المقياس هو أداة جديدة لتقييم القدرة على التكيف أي المناعة النفسية. يتكون مقياس ( Connor-Davidson (CD-RISC) من 25 فقرة، كل منها مصنّف على مقياس ليكرت الخماسي، ويعني الحصول على أعلى درجة أنّ الفقرات تعكس مستوى مناعة نفسية مرتفعة. تم تقديم المقياس لعينة تضم مجموعات مختلفة: عينة من المجتمع، عينة من مرضى العيادات الخارجية للرعاية الأولية، عينة من مرضى العيادات الخارجية النفسية العامة، عينة خضعت للتجارب السريرية لإضطراب القلق العام، وإثنين من التجارب السريرية للإضطراب ما بعد الصدمة. تم حساب الصدق والثبات والتحليل العاملي للمقياس، وتم حساب الدرجات مرجعية لعينات الدراسة. تم فحص حساسية آثار العلاج للأفراد الذين خضعوا للتجارب السريرية ما بعد الصدمة. أظهر المقياس خصائص سيكومترية جيدة ونتج عن التحليل العاملي خمسة أبعاد هي:

- البعد الأول متعلق بالمهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة ويضم 08

فقرات هي : 10، 11، 12، 16، 17، 23، 24، 25

- البعد الثاني الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط ويتكون من الفقرات: 06، 07، 14، 15، 18، 19، 20

-البعد الثالث تقبل التغيير والعلاقات الايجابية، ويضم الفقرات: 01، 02، 04، 05،

08

-البعد الرابع خاص القدرة على الضبط، وتكون من 13، 21، 22

- البعد الخامس متعلق بالتأثيرات الروحانية. ويتكون من فقرتين هما: 03، 09

### **2-6- صدق مقياس المناعة النفسية:**

#### **1-2-6- صدق المحكمين لمقياس المناعة النفسية:**

لقد تم تحكيم أداة قياس المناعة النفسية من طرف ثلاثة أساتذة بقسم علم النفس والأرطفونيا بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة وهران 2 محمد بن أحمد<sup>3</sup>، بعد بترجمتها من اللغة الأجنبية إلى اللغة العربية ، إذ قامت الباحثة بتغيير بعض الفقرات طبقاً لملاحظة المحكمين مع الحفاظ على معنى تلك الفقرات بما يتوافق مع الأبعاد التي تنتمي إليها، وفيما يلي جدول يبين صيغة التعديل قبل وبعده حسب اقتراحات المحكمين:

---

<sup>3</sup> الأستاذ مكي أحمد، الأستاذ تيغزة امحمد، الأستاذ مزيان محمد.

جدول رقم (16) يبين إعادة صياغة بعض عبارات مقياس المناعة النفسية بعد التحكيم

الفقرة	صيغة الفقرات طبقاً لترجمة الباحثة	صيغة الفقرات في صورتها المعدلة بعد التحكيم
01	أنا قادر على التكيف مع التغيير	أنا قادر على التكيف للتغيير
02	لدي القدرة على ربط علاقات وثيقة وأمنة	لم تتغير
03	لدي إيمان بأن مصيري محدد بالقضاء والقدر	لم تتغير
04	يمكنني التعامل مع كل ما هو آتي	يمكنني التعامل مع كل ما يواجهني في المستقبل
05	نجاحاتي المحققة في الماضي تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة	نجاحاتي الماضية تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة
06	أرى الجانب المضحك من الأشياء	أحاول أن أوجه تفكيري نحو الأشياء التي تسليني عند مواجهة المشاكل. (sens de l'humour)
07	أعتقد أن التعامل مع الضغوط يقوي الشخصية	لم تتغير
08	أميل إلى استعادة توازني بعد التعرض للمرض أو مواجهة الصعوبات	لم تتغير
09	أعتقد أن الأشياء تحدث لسبب معين	لم تتغير
10	أبذل أفضل جهد مهما كان الحال	أبذل أقصى جهد مهما كان الحال.
11	يمكنني تحقيق أهدافي	لم تتغير
12	أنا لا أستسلم عندما يبدو أن الأمور ميؤوس منها	لم تتغير
13	أعرف أين أتجه للحصول على المساعدة	أعرف أين أتوجه للحصول على المساعدة.
14	يمكنني التركيز والتفكير بوضوح تحت الضغط	يمكنني التركيز والتفكير بوضوح تحت الضغط (في حالة المشاكل).
15	أفضل أخذ زمام المبادرة في حل المشاكل	أفضل أن أبادر بنفسي في حل المشكلات.
16	لا أنهزم بسهولة لمجرد الفشل	لا يهزمني الفشل بسهولة
17	أفكر في ذاتي بأنني ذو شخصية قوية	أفكر بأنني شخص قوي.
18	يمكنني اتخاذ قرارات صعبة أو غير مقبولة من طرف الآخرين	لم تتغير
19	يمكنني التعامل مع المشاعر المزعجة	لم تتغير
20	أعتمد على الحدس	أعتمد على الحدس (L'intuition)
21	لدي شعور قوي بتحقيق أهدافي	لم تتغير
22	يمكنني السيطرة على حياتي	يمكنني التحكم في حياتي
23	أنا أحب التحديات	لم تتغير
24	أعمل بجد لتحقيق أهدافي	لم تتغير
25	أفخر بإنجازاتي	أفتخر بإنجازاتي

يبين الجدول رقم (16) إعادة صياغة بعض فقرات مقياس المناعة النفسية الذي تم ترجمته من طرف الطالبة، طبقاً للإقتراحات التي قدمها المحكمين مع مراعاة معنى الفقرات بما يتوافق مع أبعاد المقياس.

### 6-2-2- الإلتساق الداخلي لمقياس المناعة النفسية:

قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس المناعة النفسية لدى المرضى باستخدام الإلتساق الداخلي من خلال الكشف عن العلاقة بين كل من البعد وفقراته وكذلك بحساب الإرتباطات بين البعد الكلي للمقياس وأبعاده الخمسة وكانت النتائج كالتالي:



جدول رقم (17) يمثل الإتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس المناعة النفسية بفقراته

مقياس المناعة النفسية	
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعده المهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة
**0,47	10 أبذل أقصى جهد مهما كان الحال.
**0,69	11 يمكنني تحقيق أهدافي
**0,50	12 أنا لا أستسلم عندما يبدو أنّ الأمور ميؤوس منها
**0,49	16 لا يهزمني الفشل بسهولة
**0,59	17 أفكر بأنني شخص قوي.
**0,47	23 أنا أحب التحديات
**0,52	24 أعمل بجد لتحقيق أهدافي
**0,44	25 أفخر بإنجازاتي
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعده الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الانفعالات الناتجة عن الضغط
**0,38	06 أحاول أن أوجه تفكيري نحو الأشياء التي تسليني عند مواجهة المشاكل. (sens de l'humour)
**0,52	07 أعتقد أنّ التعامل مع الضغوط يقوي الشخصية
**0,50	14 يمكنني التركيز والتفكير بوضوح تحت الضغط (في حالة المشاكل).
**0,47	15 أفضل أن أبادر بنفسي في حل المشكلات.
**0,51	18 يمكنني اتخاذ قرارات صعبة أو غير مقبولة من طرف الآخرين.
**0,55	19 يمكنني التعامل مع المشاعر المزعجة.
**0,41	20 أعتمد على الحدس (L'intuition).
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعده تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية بفقراته
**0,58	01 أنا قادر على التكيف للتغيير
**0,54	02 لدي القدرة على ربط علاقات وثيقة وأمنة
**0,60	04 يمكنني التعامل مع كل ما هو آتي
**0,56	05 نجاحاتي المحققة في الماضي تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة
**0,52	08 أميل إلى استعادة توازني بعد التعرض للمرض أو مواجهة الصعوبات
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعده القدرة على الضبط بفقراته
**0,70	13 أعرف أين أتوجه للحصول على المساعدة.
**0,71	21 لدي شعور قوي بتحقيق أهدافي.
**0,77	22 يمكنني التحكم في حياتي.
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعده التأثيرات الروحانية بفقراته
**0,63	03 لدي إيمان بأنّ مصيري محدد بالقضاء والقدر.
**0,81	09 أعتقد أنّ الأشياء تحدث لسبب معين

\*\* تشير إلى مستوى الدلالة معامل الارتباط عند (0,01).

يبين الجدول رقم (17) وجود إتساق داخلي بين بعد المهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة بفقراته، إذ تراوحت قيم الارتباط ما بين 0,47 و 0,89 وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01، كما أنّ الإتساق الداخلي ما بين بعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط هو جيد بما أنّ قيم الارتباط هي ما بين 0,35 و 0,55 وهي كلها أكبر من 0,30 ودالة عند مستوى دلالة 0,01. وتدل النتائج أيضا على وجود إتساق داخلي للأبعاد الثلاثة المتبقية المتمثلة في بعد تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية وبعد القدرة على الضبط وبعد التأثيرات الروحانية.

جدول رقم (18) يمثل الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس المناعة النفسية بأبعاده الخمسة

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	البعد
0,01	0,81	المهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة
0,01	0,72	الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط
0,01	0,72	تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية
0,01	0,68	القدرة على الضبط
0,01	0,31	التأثيرات الروحانية

يتبين من الجدول رقم (18) وجود إتساق داخلي بين البعد الكلي لمقياس المناعة النفسية وأبعاده الجزئية حيث تراوحت قيم الارتباط ما بين 0,31 و 0,81 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01 .

### 3-6- ثبات مقياس المناعة النفسية:

للكشف عن مستويات ثبات مقياس المناعة النفسية تم الإعتماد على الأساليب الإحصائية المتمثلة في طريقة ألفا كرونباخ وطريقة جوتمان.

جدول رقم (19) يبين مستويات ثبات مقياس المناعة النفسية

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	مقياس المناعة النفسية
0,76	0,94	

يبين الجدول رقم (19) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,94 و0,76 وهي قيم تدل على ثبات مقياس المناعة النفسية.

#### **4-4- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس المناعة النفسية :**

لقد تم توزيع درجات الإجابة على مقياس المناعة النفسية على سلم ليكرت الخماسي ذو الإتجاه الموجب حيث يحصل المجيب على 5 درجات عند الإجابة بموافق بشدة و4 درجات عند الإجابة بموافق و3 درجات عند الإجابة بمحايد، 2 درجة عند الإجابة بغير موافق و1 درجة عند الإجابة بغير موافق بشدة.

#### **7- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية:**

##### **1-7- تعريف مقياس الصحة النفسية:**

تتكون أداة قياس الصحة النفسية التي تبينها في هذه الدراسة من مقياس الإجهاد حسب نموذج إختلال التوازن بين الجهد والمكافأة بالإضافة إلى المقياس الإستشفائي لقياس القلق والإكتئاب وفيما يلي تعريف المقياسين:

##### **7-1-1- تعريف مقياس إختلال التوازن بين الجهد والمكافأة:**

لقد قام (Siegrist & al., 2004) بدراسة الخصائص السيكومترية لنموذج إختلال التوازن بين الجهد والمكافأة (ERI) في العمل، بمقارنة المعطيات المتحصل عليها من خمسة بلدان، في هذا النموذج، يُعرّف الإجهاد المزمّن المرتبط بالعمل بأنه عدم المعاملة بالمثل أو عدم التوازن بين الجهود الكبيرة المبذولة والمكافآت المنخفضة المتحصل عليها. ولقد تم توثيق الآثار الصحية الضارة لهذا الخلل في الكثير من الدراسات الإستقصائية العرضية. وقام الباحثون بالتأكد من الإتساق الداخلي والبنية العاملية والصدق التمييزي للأبعاد الثلاثة للمقياس باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، بالإضافة إلى ذلك، تم التأكد من صدق المحتوى بالمقارنة مع مقياس الصحة المدركة ذاتيا.

ولقد كشف تحليل البيانات للدراسات التي أجريت في الدول الأوروبية التالية: دراسة (Somstress) في بلجيكا؛ دراسة (GAZEL-Cohort) في فرنسا؛ ودراسة (WOLF-

(Norrlund) في السويد، دراسة (Whitehall II) في المملكة المتحدة؛ والدراسة على عمال النقل العام في ألمانيا. كان الإتساق الداخلي لأبعاد المقياس مُرضياً في جميع العينات، وتم تأكيد البنية العاملية للمقياس في كل العينات وفاقته كل معاملات الضبط 0,92. وقد تم ملاحظة تدني الصحة العامة لدى العمال الذين تحصلوا على درجات مرتفعة على أبعاد المقياس. ويتكون المقياس من 23 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

- **المجهود الخارجي:** ويمثل العقبات والمتطلبات المتعلقة بالعمل على المستوى النفسي والجسدي مثل: قيود الوقت، الإنقطاعات المتكررة في العمل، المسؤولية، الثقل الجسدي، المتطلبات المتزايدة للعمل ويتكون من الفقرات التالية: **01، 02، 03، 04، 05، 06**

- **المكافآت:** يأخذ النموذج بعين الاعتبار الراتب، التقدير، سيطرة العامل على مكانته المهنية (آفاق الترقية والأمن الوظيفي). ويضم الفقرات: **07، 08، 09، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17**

- **المجهود الداخلي أو الإستثمار المفرط** المتعلق بالاتجاهات والسلوكيات المرتبطة بالالتزام المفرط بالعمل: القدرة التنافسية، العدائية، نفاذ الصبر، الحساسية، الحاجة إلى الموافقة، عدم القدرة على الإبتعاد عن العمل. ويتكون من الفقرات: **18، 19، 20، 21، 22، 23**

#### **7-1-2- تعريف المقياس الإستشفائي للقلق والإكتئاب (HAD):**

تم إنشاء مقياس القلق والإكتئاب (HADS) حسب (Langevin, V., & al. 2011) من طرف "سنايث" و"زيغموند" (Snaithe et Zigmond) في سنة 1983، تهدف هذه الأداة إلى تحديد أعراض القلق والإكتئاب وتقييم شدتها وذلك بإقصاء كل الفقرات التي تخص الجوانب السيكوماتية والتي تُخلط بين المرض الجسدي والمرض النفسي. ولقد تم إستخدام هذا المقياس لدى المرضى الذين يعانون من مشاكل صحية عضوية والمرضى المصابين بالسرطان وفي التشخيص المبكر لإضطرابات المزاج والمرضى الذين يعانون من الإضطرابات النفسية والعقلية وحتى لدى الأفراد الأصحاء.

وتم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس من طرف "هارمين" (Herrmann) في سنة 1997، حيث تم التأكد من الصدق الظاهري للمقياس وقام الباحث بحذف فقرتين وبالتالي أصبح يضم 14 فقرة بدلا من 16 فقرة. كما قام بالتحقق من الصدق المعرفي حيث أظهر صدق التنبؤ للمقياس وجوب العلاج بالمهدئات والأدوية وعلى تحسين جودة الحياة بالنسبة لدرجات الإكتئاب وعلى ظهور الأعراض الجسدية بالنسبة لبعد القلق. وبالنسبة لصدق البنية الداخلية فقد بين التحليل العاملي للنسخة الإنجليزية والنسخة الألمانية بنية ذات عاملين إذ كانت قيمة الارتباط بين بعد القلق وبعد الإكتئاب  $r = 0,63$ . وأما الصدق التمييزي فقد كان مقبولا وكان معامل ثبات المقياس في إعادة الإختبار يساوي 0,80 وقيمة معامل ألفا كرونباخ يتراوح ما بين 0,70 و0,90.

ويعد إختبار (HADS) أداة شائعة الإستخدام في سياسات الوقاية من المخاطر النفسية الإجتماعية (PSR) أو في إطار تنفيذ سياسة جودة الحياة في العمل (QWL).

أبعاد المقياس:

- بعد القلق: 24، 26، 28، 30، 32، 34، 36

- بعد الاكتئاب: 25، 27، 29، 31، 33، 35، 37

2-7- صدق مقياس الصحة النفسية:

1-2-7- صدق المحكمين لمقياس الصحة النفسية:

لقد تم ترجمة المقياسين الذي تم تبنيهما لقياس الصحة النفسية لدى المرضى من طرف الطالبة واللذين حكمهما ثلاثة أساتذة بقسم علم النفس والأرطفونيا بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة وهران 2 محمد بن أحمد<sup>4</sup> للتأكد من سلامة الصياغة اللغوية للفقرات وكانت نتائج التحكيم كما يلي:

<sup>4</sup> الأستاذ احمد تبيغزة، الأستاذ محمد مزيان، الأستاذ مكي أحمد.

جدول رقم(20) يبين إعادة صياغة بعض عبارات مقياس الصحة النفسية بعد التحكيم

الفقرة	صيغة الفقرات وفقا لترجمة الباحثة	صيغة الفقرات في صورتها المعدلة بعد التحكيم
01	أشعر باستمرار بأن الوقت لا يكفي بسبب عبء العمل	لدي شعور بأن الوقت لا يكفي بسبب عبء العمل
02	غالبا ما يتم ايقافي وازعاجي في العمل	غالبا ما يتم مقاطعتي وازعاجي في العمل
03	لدي العديد من المسؤوليات في عملي	لدي مسؤوليات كثيرة في عملي
04	كثيرا ما أجد نفسي مجبرا على عمل ساعات إضافية	غالبا ما أكون مجبرا على العمل لساعات إضافية
05	يتطلب عملي مجهودا بدنيا	يتطلب عملي مجهودا بدنيا كبيرا
06	في السنوات الأخيرة، أصبح عملي أكثر تطلبا	في السنوات الأخيرة، أصبح عملي يتطلب مني بذل مجهودا أكبر
07	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف رؤسائي	لم تتغير
08	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف زملائي	لم تتغير
09	أحصل على الدعم اللازم في المواقف الصعبة التي تواجهني في العمل	لم تتغير
10	أعامل بطريقة غير منصفة في عملي	لم تتغير
11	أنا أعيش أو أتوقع أن أعيش حدوث تغيير غير مستحب في عملي	أنا جربت أو أتوقع أن أجرب تغيير غير مرغوب في عملي
12	أفاق ترقبتي ضعيفة	لم تتغير
13	لا أحس بالأمان في وظيفتي	الأمان في عملي ضعيف
14	تتوافق وضعيتي المهنية الحالية بشكل جيد مع تدريبي	تتوافق وضعيتي المهنية الحالية بشكل جيد مع تدريبي (تكويني)
15	أحصل على الاحترام والتقدير الذي أستحق في عملي مقابل مجهودي المبذول.	باعتبار كل مجهودي وانجازاتي فإني ألتقى الاحترام والتقدير.
16	أفاق ترقبتي مرضية بالنظر إلى مجهودي المبذول	باعتبار كل مجهودي وانجازاتي فإن ترقبتي مرضية.
17	أنا راض عن راتبي في مقابل مجهودي المبذول	باعتبار مجهودي وانجازاتي فإن مرتبي كاف.
18	في العمل، غالبا ما أكون محدودا بالوقت	غالبا ما أتعرض لضغوط في العمل متعلقة بمحدودية الوقت
19	أبدأ في التفكير في مشاكل في العمل بمجرد الاستيقاظ في الصباح	لم تتغير
20	يمكنني الاسترخاء ونسيان كل شيء متعلق بالعمل بمجرد دخولي المنزل	عندما أصل إلى البيت يمكنني الاسترخاء ونسيان كل شيء متعلق بالعمل.
21	يرى أقاربي أنني أكرس كل وقتي لعملي	يرى أقاربي أنني أكرس وقتا كبيرا جدا لعملي
22	أبقى أفكر في العمل حتى عند ذهابي إلى الفراش للخلود إلى النوم	أبقى أفكر في العمل حتى عند الخلود إلى النوم.
23	أجد صعوبة في النوم ليلا، عند تأجيل عملا كان من المفروض أن أقوم به اليوم.	لم تتغير
24	أشعر بالتوتر وأنا منفعل	أنا منفعل وأشعر بالتوتر
25	أنا أستمتع بنفس الأشياء كما كنت في السابق	لا زلت أستمتع بالأشياء التي كنت أستمتع بها
26	أحس بالخوف كما لو أن شيئا فظيحا سيحدث لي	لم تتغير
27	أنا أضحك بسهولة وأرى الجانب المشرق من الأشياء	لم تتغير
28	أفلق بسهولة	الأفكار المقلقة تشغل بالي
29	أنا جيد المزاج	لم تتغير
30	يمكنني الجلوس بهدوء بدون أن أفعل شيئا والشعور بالاسترخاء	بإمكاني أن أجلس بهدوء وأشعر بالاسترخاء
31	لدي انطباع بأنني لا أنتور	لدي انطباع بأنني بطيء التطور
32	أشعر بالخوف لدرجة الاحساس بالألم في المعدة	لم تتغير
33	لم أعد أهتم بمظهري	لم تتغير
34	أنا لا أهدأ وغير قادر على الجلوس في مكان واحد	أنا لا أهدأ كأنني دوما في حركة
35	أفرح بمجرد التفكير في القيام ببعض الأشياء	أنظر إلى الأشياء بفرح
36	تمر على أحاسيس مفاجئة بالذعر	أشعر بالفزع فجأة
37	يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو متابعة حصة إذاعية أو تلفزيونية	لم تتغير

يبين الجدول رقم (20) فقرات مقياس الصحة النفسية بعد الترجمة وتلك التي تم تعديلها، بعد اقتراحات المحكمين مع مراعاة بساطة التعبير حتى يفهم من طرف عينة البحث مع الإلتزام بالمعنى العام للأبعاد المدروسة.

#### **2-2-7- الإلتزام الداخلي لمقياس الصحة النفسية:**

قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية الممرضين بالتأكد من الإلتزام الداخلي وذلك بالكشف عن العلاقة بين كل بعد وفقراته وكذلك بحساب الإرتباطات بين البعد الكلي للمقياس وأبعاده الثلاثة وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (21) يمثل الإتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد الصحة النفسية بفقراته

مقياس الصحة النفسية (إختلال التوازن بين الجهد والمكافأة)		
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعدها المجهد الخارجي بفقراته	
**0,43	01	لدي شعور بأن الوقت لا يكفي بسبب عبء العمل
**0,35	02	غالبا ما يتم مقاطعتي وازعاجي في العمل
**0,76	03	لدي مسؤوليات كثيرة في عملي
**0,45	04	غالبا ما أكون مجبرا على العمل لساعات اضافية
**0,46	05	يتطلب عملي مجهودا بدنيا كبيرا
**0,44	06	في السنوات الأخيرة، أصبح عملي يتطلب مني بذل مجهودا أكبر
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعدها المكافأة	
**0,45	07	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف رؤسائي
**0,41	08	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف زملائي
**0,61	09	أحصل على الدعم اللازم في المواقف الصعبة التي تواجهني في العمل
**0,16	10	أعامل بطريقة غير منصفة في عملي.
**0,20	11	أنا جربت أو أتوقع أن أجرب تغيير غير مرغوب في عملي
0,05	12	أفاق ترقيتي ضعيفة
0,05	13	الأمان في عملي ضعيف
**0,31	14	تتوافق وضعيتي المهنية الحالية بشكل جيد مع تدريبي (تكويني)
**0,44	15	باعتبار كل مجهودي وانجازاتي فإنني ألتقي الاحترام والتقدير.
**0,41	16	باعتبار كل مجهودي وانجازاتي فإن ترقيتي مرضية.
**0,36	17	باعتبار مجهودي وانجازاتي فإن مرتبي كاف.
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعدها الاستثمار المفرط بفقراته	
**0,40	18	غالبا ما أتعرض لضغوط في العمل متعلقة بمحدودية الوقت
**0,45	19	أبدأ في التفكير في مشاكل في العمل بمجرد الاستيقاظ في الصباح
**0,58	20	عندما أصل إلى البيت يمكنني الاسترخاء ونسيان كل شيء متعلق بالعمل.
**0,44	21	يرى أقرابي أنني أكرس وقتا كبيرا جدا لعملي
**0,41	22	أبقى أفكر في العمل حتى عند الخلود إلى النوم.
**0,41	23	أجد صعوبة في النوم ليلا، عند تأجيل عملا كان من المفروض أن أقوم به اليوم.
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعدها القلق بفقراته	
**0,67	24	أنا منفعل وأشعر بالتوتر
**0,65	26	أحس بالخوف كما لو أنّ شيئا فظيحا سيحدث لي

\*\* تشير إلى مستوى الدلالة معامل الارتباط عند (0,01).



قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعء القلق بفقراته
**0,66	28 الأفكار المقلقة تشغل بالي
**0,17	30 بإمكانني أن أجلس بهدوء وأشعر بالاسترخاء
**0,61	32 أشعر بالخوف لدرجة الاحساس بالآلام في المعدة
**0,51	34 أنا لا أهدأ كأنني دوما في حركة
**0,57	36 أشعر بالفزع فجأة
قيم الارتباط	الإتساق الداخلي لبعء الإكتئاب بفقراته
**0,56	25 لا زلت أستمتع بالأشياء التي كنت أستمتع بها
**0,54	27 أنا أضحك بسهولة وأرى الجانب المشرق من الأشياء
**0,35	29 أنا جيد المزاج
**0,23	31 لدي انطباع بأنني بطيء التطور
**0,36	33 لم أعد أهتم بمظهري
**0,38	35 أنظر إلى الأشياء بفرح
**0,45	37 يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو متابعة حصة اذاعية أو تلفزيونية

\*\* تشير إلى مستوى الدلالة معامل الارتباط عند (0,01).

تدل نتائج الجدول رقم (21) على أنّ قيم إرتباط بعء المجهود الخارجي بفقراته ترواحت ما بين 0,35 و 0,76 وكلها دالة عند 0,01، كما تبين أنّ قيم ارتباط بعء المكافآت ترواحت ما بين 0,31 و 0,61 وهي دالة عند 0,01 ما عدى الفقرة (10) والفقرة (11) والتي كانت قيم إرتباطها تساوي 0,16 و 0,20 على التوالي وهي أصغر من 0,30، أما الفقرتين (12) و(13) فقيمة إرتباطها كانت غير دالة وبالتالي تم حذف هذه الفقرات الأربعة.

أما قيم بعء الإستثمار المفرط بفقراته كانت ما بين 0,41 و 0,58 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01، وفيما يخص الإتساق الداخلي لبعء القلق فكل قيم إرتباط فقراته أكبر من 0,30 وهي دالة ما عدى الفقرة (30) والتي تساوي 0,17 وبالتالي تم حذفها وكذلك بالنسبة لبعء الإكتئاب حيث تم حذف الفقرة (29) لأنّ قيمة إرتباطها تساوي 0,23 وهي أصغر من 0,30.

جدول رقم (22) يمثل الإتساق الداخلي للبعء الكلي لمقياس للصحة النفسية بأبعاده.

البعد	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الكلي للاجهاد	0,85	0,01
المجهود الخارجي	0,55	0,01
المكافآت	0,52	0,01
الإستثمار المفرط (المجهود الداخلي)	0,58	0,01
القلق	0,59	0,01
الإكتئاب	0,44	0,01

يكشف الجدول رقم (22) مستوى الإتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية بأبعاده حيث ترواحت قيم الإرتباط ما بين 0,44 و0,59 وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

### 3-7- ثبات مقياس الصحة النفسية:

للكشف عن مستويات ثبات مقياس الصحة النفسية تم الإعتماد على الأساليب الإحصائية المتمثلة في طريقة ألفا كرونباخ وطريقة جوتمان.

### جدول رقم (23) يبين مستويات ثبات مقياس الصحة النفسية

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	مقياس الصحة النفسية
0,71	0,85	

يبين الجدول رقم (23) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,85 و 0,71 وهي قيم تدل على ثبات مقياس الصحة النفسية.

### 4-7- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس الصحة النفسية :

لقد تم توزيع درجات الإجابة على مقياس الصحة النفسية على سلم ليكرت الخماسي ذو الإتجاه الموجب حيث يحصل المجيب على 5 درجات عند الإجابة بموافق بشدة و4 درجات عند الإجابة بموافق و3 درجات عند الإجابة بمحايد، 2 درجة عند الإجابة بغير موافق و1 درجة عند الإجابة بغير موافق بشدة.

## 8- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة الجسدية:

### 8-1- تعريف مقياس الصحة الجسدية:

لقياس مستوى الصحة الجسدية لدى المرضى إختارنا مقياس شدة التعب بما أن مهنة التمريض تتطلب الكثير من الجهد البدني على مدار ساعات العمل وخاصة في أوقات المناوبة النهارية أو الليلية، بالإضافة إلى بعض الأعراض للأمراض المزمنة ، إذ قد لا يعترف المرضى بإصابتهم بتلك الأمراض ولكن قد تظهر الأعراض لديهم من حين إلى آخر وتكون بمثابة إنذار للإصابة بالأمراض المزمنة أو الخطيرة.

لقد أورد ( Shahid, A. & al., 2012 ) بأن مقياس شدة التعب ( FSS Fatigue severity scale ) هو عبارة عن أداة صممت من طرف ( Krupp, L.B., & al. ) في سنة 1989 ، تتضمن 09 فقرات مصممة لتقييم التعب كعرض لمجموعة من الظروف والإضطرابات المزمنة المختلفة. يركز المقياس على آثار التعب على الأداء اليومي، من خلال التساؤل عن علاقته بالتحفيز والنشاط البدني والعمل والأسرة والحياة الإجتماعية، إذ يقيم المستجوبون شدة إحساسهم بالتعب ومدى تأثير أعراض التعب عليهم.

تم التحقق من صدق المقياس في البداية على مجموعة من المرضى المصابين بمرض التصلب العصبي المتعدد ثم استخدم المقياس أيضاً لتقييم شدة التعب لدى المرضى الذين يعانون من إتهاب الكبد المزمن ومرض باركنسون والفشل الكلوي المزمن. لقد كانت الخصائص السيكومترية للمقياس جيدة حيث كانت درجة الإتساق الداخلي تساوي 0,88، أما معامل الثبات المقياس عن طريق إعادة الإختبار فيساوي 0,84.

### 8-2- صدق مقياس الصحة الجسدية:

#### 8-2-1- صدق المحكمين لمقياس الصحة الجسدية:

قامت الطالبة بترجمة مقياس الصحة الجسدية من اللغة الأجنبية إلى اللغة العربية ثم تم تحكيمه من ثلاثة أساتذة بقسم علم النفس والأرطوفونيا بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة

وهرا ن2 محمد بن أحمد<sup>5</sup> للتأكد من سلامة الصياغة اللغوية لل فقرات وكانت نتائج التحكيم كما يلي:

جدول رقم(24) يبين إعادة صياغة بعض عبارات مقياس الصحة الجسدية بعد التحكيم

الفقرة	صيغة الفقرات وفقاً لترجمة الباحثة	صيغة الفقرات في صورتها المعدلة بعد التحكيم
01	أكون أقل تحفيزاً عندما أعاني من التعب	لم تتغير
02	النشاط الجسدي يتعبني	لم تتغير
03	أتعب بسهولة	لم تتغير
04	يؤثر التعب على انجاز وظائف البدنية	يؤثر التعب على انجاز مهام التي تتطلب مجهود بدني
05	كثيراً ما أقع في المشاكل بسبب التعب	أعرض لمشاكل متكررة بسبب التعب
06	يمنعني التعب من انجاز النشاطات البدنية الصعبة	لم تتغير
07	يمنعني التعب من القيام ببعض الواجبات والمسؤوليات	لم تتغير
08	يعد التعب أحد أهم الأعراض المزمنة التي أعاني منها	التعب هو أحد أهم الأعراض المزمنة التي أعاني منها
09	يتداخل التعب مع عملي و/أو حياتي الأسرية و/أو حياتي الاجتماعية	يؤثر التعب على عملي وحياتي الأسرية وحياتي الاجتماعية
10	أعاني من مشاكل ضغط الدم	لم تتغير
11	أعاني من مشاكل تنفسية	لم تتغير
12	أعاني من مشاكل جلدية	لم تتغير
13	أعاني من آلام الظهر	لم تتغير
14	أعاني من أمراض القلب والأوعية الدموية	لم تتغير
15	أعاني من القرحة المعدية	لم تتغير
16	أعاني من أعراض الحساسية	لم تتغير
17	أعاني من اضطرابات النوم	لم تتغير
18	أعاني من مشاكل الادمان (التدخين، الكحول ، الأدوية)	أعاني من مشاكل الادمان (التدخين، الكحول ، الأدوية). أشّر على أحدهم

يبين الجدول رقم (24) فقرات المقياس طبقاً لترجمة الطالبة والفقرات التي خضعت للتعديل من حيث الصياغة اللغوية طبقاً للآراء المحكمين.

<sup>5</sup> الأستاذ امحمد تيغزة، الأستاذ مزيان محمد، الأستاذ مكي أحمد.

## 8-2-2- الإلتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية:

قمنا بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة الجسدية لدى عينة الدراسة بإستخدام الإلتساق الداخلي من خلال الكشف عن العلاقة بين كل بعد وفقراته وكذلك بحساب الإرتباطات بين البعد الكلي للمقياس وبعديه وكانت النتائج كالتالي:  
جدول رقم (25) يمثل الإلتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة الجسدية بفقراته.

مقياس الصحة الجسدية	
قيم الارتباط	الإلتساق الداخلي لبعد شدة التعب بفقراته
**0,55	01 أكون أقل تحفيزاً عندما أعاني من التعب
**0,68	02 النشاط الجسدي يتعبني
**0,68	03 أتعب بسهولة
**0,65	04 يؤثر التعب على انجاز مهامي التي تتطلب مجهود بدني
**0,65	05 أتعرض لمشاكل متكررة بسبب التعب
**0,72	06 يمنعني التعب من انجاز النشاطات البدنية الصعبة
**0,72	07 يمنعني التعب من القيام ببعض الواجبات والمسؤوليات
**0,86	08 التعب هو أحد أهم الأعراض المزمنة التي أعاني منها
**0,70	09 يؤثر التعب على عملي وحياتي الأسرية وحياتي الاجتماعية
قيم الارتباط	الإلتساق الداخلي لبعد الأعراض المرضية
**0,67	10 أعاني من مشاكل ضغط الدم
**0,69	11 أعاني من مشاكل تنفسية
**0,61	12 أعاني من مشاكل جلدية
**0,67	13 أعاني من آلام الظهر
**0,67	14 أعاني من أمراض القلب والأوعية الدموية
**0,68	15 أعاني من القرحة المعدية
**0,59	16 أعاني من أعراض الحساسية
**0,64	17 أعاني من اضطرابات النوم
**0,46	18 أعاني من مشاكل الادمان (التدخين، الكحول ، الأدوية). أشتر على أحدهم

\*\* تشير إلى مستوى الدلالة معامل الارتباط عند (0,01).

تدل نتائج الجدول رقم (25) على أنّ الإتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية جيد بما أنّ قيم إرتباط بعد شدة التعب بفقراته وبعد الأعراض المرضية بفقراته هي ما بين 0,86 و0,46 وهي أكبر من 0,30 ودالة عند مستوى دلالة 0,01.

جدول رقم (26) يمثل الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس للصحة الجسدية ببعديه

مستوى الدلالة	قيمة الإرتباط	البعد
0,01	0,85	التعب
0,01	0,78	أعراض بعض الأمراض الجسدية

يكشف الجدول رقم (26) على أنّ مستوى الإتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية جيد بما أنّ قيم إرتباط البعد الكلي للمقياس ببعديه شدة التعب والأعراض المرضية تساوي 8,85 و0,78 على التوالي وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01 .

### 3-8- ثبات مقياس الصحة الجسدية:

للكشف عن مستويات ثبات مقياس الصحة الجسدية تم الإعتماد على الأساليب الإحصائية المتمثلة في طريقة ألفا كرونباخ وطريقة جوتمان.

جدول رقم (27) يبين مستويات ثبات مقياس الصحة الجسدية

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	مقياس الصحة الجسدية
0,84	0,92	

يبين الجدول رقم (27) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,92 و0,84 وهي قيم تدل على ثبات مقياس الصحة الجسدية.

### 4-4- طريقة إعطاء الأوزان لمقياس الصحة الجسدية:

لقد تم توزيع درجات الإجابة على مقياس الصحة الجسدية على سلم ليكرت الخماسي ذو الإتجاه الموجب حيث يحصل المجيب على 5 درجات عند الإجابة بشدة قوية جدا و4 درجات عند الإجابة بشدة قوية و3 درجات عند الإجابة بشدة متوسطة، 2 درجة عند الإجابة بشدة ضعيفة و1 درجة عند الإجابة بدون شدة.

## ثانياً: الدراسة الأساسية

### 1- منهجية الدراسة الأساسية:

إعتمدنا في هذه الدراسة على المنهجية المختلطة، والتي تُعرفها ( V- E. Sumaili, 2016) بالمنهج الذي يمزج فيه الباحث ما بين معطيات المناهج الكمية ومعطيات المناهج الكيفية، ويوضح ( Biber,S., 2010) بأنّ هذه الخطة البحثية تستخدم كلا من البيانات الكمية والكيفية للإجابة على سؤال معين أو مجموعة من الأسئلة ويشمل هذا المزيج من الطرق تحليل ودمج المعطيات الكمية والكيفية في دراسة أحادية المرحلة أو متعددة المراحل.

ويجمع البحث المختلط حسب (امحمد تيغزة، 2020) "بين التحليل الكمي والتحليل الكيفي على نحو تكاملي إما بالتتابع للإستكشاف (يبدأ بالتحليل الكيفي أو النوعي وينتهي بالتحليل الكمي) Exploratory sequential mixed method، أو بالتتابع للتفسير (يبدأ بالتحليل الكمي وينتهي بالتحليل الكيفي أو النوعي) Explanatory sequential mixed method، أو بالتآني أو التوازي (يقوم بالتحليل الكمي والكيفي معا وفي نفس الوقت) Convergent parallel mixed method".

ويمكن القول بأننا إعتمدنا في هذا البحث على البراغماتية التي تعتمد على التحليل بالتآني والذي يهدف حسب نفس المرجع إلى البحث عن الفاعلية العملية والتطبيقية للبحث وليس المعرفة في حد ذاتها بمعزل عن الإستعمال، وتم إستخدام المنهج المختلط من المنهج الكمي المسحي (ما بعد الوضعية) وذلك بالإعتماد على تحليل التغير المتعدد للبيانات التي تم جمعها عن طريق تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة، والمنهج الكيفي إعتمادا على المنهج الفينومينولوجي في تحليل المحتوى للأسئلة المفتوحة وإستنادا لتجربة الباحثة ومعايشتها لواقع مهنة التمريض لمدة 22 سنة.

وتجدر الإشارة بأننا قمنا بإعادة دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات البحث وهذا نظرا لكبر حجم عينة الدراسة الأساسية.

## 2- الدراسة الكمية:

### 2-1- أهداف الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الأساسية إلى التأكد من خصائص السيكومترية لأدوات البحث وتطبيقها بغرض إختبار فرضيات البحث على عينة الممرضين بفتيتها، المتربصين والممارسين.

### 2-2- عينة الدراسة الأساسية:

تشملت عينة الدراسة الأساسية 732 ممرض وممرضة تم إختيارها بالطريقة العرضية من مختلف المؤسسات الصحية ومدارس تكوين شبه الطبي بولاية وهران وهي موزعة حسب الخصائص التالية.

### 2-3- مواصفات عينة الدراسة الأساسية :

#### - الجنس:

الجدول رقم (28) يمثل متغير الجنس لدى العينة الأساسية

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	121	16,5%
أنثى	611	83,5%
المجموع	732	100%

يبين الجدول رقم (28) توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس، ونلاحظ أنّ أغلبية العينة تتكون من فئة الإناث ب 611 ممرضة ونسبة 83,5 % من المجموع الكلي في حين يبلغ عدد الممرضين 121 ممرض بنسبة 16,5% من إجمالي العينة، وهذا يعكس واقع القطاع الصحي الذي يتميز بهيمنة الإناث في مختلف الفئات المهنية وخاصة مهنة التمريض، ومع ذلك تشهد هذه المهنة في السنوات الأخيرة إرتفاع نسبة الذكور الذين يتوجهون لممارستها وخاصة بالنسبة لفئة مساعدي التمريض بما أنّ مدة التكوين لا تتجاوز 18 شهرا مع سهولة الحصول على منصب عمل سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص، علما أنّ هذه الفئة المهنية تستقطب أيضا الشباب الحاصل على شهادة البكالوريا



فما فوق، بالرغم من أن المستوى المطلوب هو السنة الثالثة ثانوي وهذا يسمح لهم بالحصول على منصب عمل ومتابعة الدراسة الجامعية فيما بعد.

- السن:

الجدول رقم (29) يمثل متغير السن لدى العينة الأساسية (ن=732)

المتوسط الحسابي	الحد الأقصى	الحد الأدنى	السن
25,35	61	18	

يبين الجدول رقم(29) أنّ أغلبية عينة الدراسة الأساسية هي من فئة الشباب بما أنّ متوسط الحسابي للعينة يساوي 25,35 سنة بالرغم من أنّ الحد الأقصى لسن العينة يساوي 61 سنة، وهذا راجع بالأساس إلى التقاعد المسبق للكثير من الممرضين الذين وصلوا إلى سن 45 سنة فما فوق في سنة 2016 ، حيث شهد قطاع الصحة نزيفا حادا بسبب توقف العمل بالقانون القديم الخاص بالتقاعد في تلك السنة، وهذا ما أحدث خلافا في الفئات العمرية الممارسة حيث أصبحت فئة الشباب تُهيمن على القطاع وبدأت فئة الكهول تتلاشى في المؤسسات الصحية وهذا ما يعد متنبأ لظهور لأزمة تنظيمية خاصة بانتقال وتحويل المعارف والخبرات والمهارات المكتسبة لدى الممرضين القدامى إلى الممرضين الجدد.

- المستوى التعليمي لدى العينة الأساسية:

الجدول رقم (30) يمثل متغير المستوى التعليمي لدى العينة الأساسية

النسبة المئوية	التكرارات	المستوى التعليمي
44,4 %	325	ثانوي
30,6 %	225	بكالوريا
21,6 %	158	بكالوريا+3
03,1 %	23	ليسانس
0,3 %	2	ماستر
100 %	732	المجموع

يبين الجدول رقم (30) توزيع متغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الأساسية حيث ظهر أنّ أغلبية العينة لها مستوى الثالثة ثانوي بنسبة 44,4 % ثم مستوى البكالوريا 30,6 % وفي المرتبة الثالثة مستوى البكالوريا + 3 سنوات دراسة ب 21,6 %، ثم فئة المتحصلين على شهادة ليسانس ب 3,1 % وهم من فئة مساعدي التمريض والذين تحصلوا على شهادة جامعية في تخصص آخر ولم يسعفهم الحظ في التوظيف في تخصصهم الجامعي وهذا ينطبق أيضا على الفئة المتحصلة على شهادة الماستر والممثلة ب 0,3 % من عينة الدراسة الأساسية.

### - الرتبة المهنية:

الجدول رقم (31) يمثل متغير الرتبة المهنية لدى العينة الأساسية

النسبة المئوية	التكرارات	الرتبة المهنية
47,4 %	347	مساعد التمريض المتربصين
12,3 %	90	المرضى في الصحة العمومية المتربصين
15,7 %	115	مساعد التمريض الممارسين
15,4 %	113	المرضى في الصحة العمومية الممارسين
9,2 %	67	المرضى المتخصصين في الصحة العمومية الممارسين
100 %	732	المجموع

يبين الجدول رقم (31) توزيع العينة الأساسية بالنسبة للرتبة المهنية حيث أنّ أغلبية العينة هي من فئة مساعدي التمريض بنسبة 63,1 % من مجموع العينة إذ تتضمن هذه الفئة 47,4 % من مساعدي التمريض المتربصين و 15,7 % من مساعدي التمريض الممارسين، تم تليها فئة المرضى في الصحة العمومية بنسبة 27,7 % وتنقسم هذه الفئة بدورها إلى فئة المتربصين ب 12,3 % وفئة الممارسين بنسبة 15,4 % وهي نسبة ضعيفة مقارنة بنسبة مساعدي التمريض الممارسين وهذا ما يعكس على جودة العلاجات المقدمة في المصالح حيث يجد مساعدي التمريض أنفسهم يقومون بمهام لا تدرج ضمن نشاطهم المنصوص عليه قانونا مما يفرض عليهم ضغوطا خاصة بالفرق بين المهام المكتوبة والمهام المنجزة، وفي المرتبة الأخيرة تأتي فئة المرضى المتخصصين في

الصحة العمومية بنسبة 9,2 % وهذه الفئة تمارس نفس مهام الممرضين في الصحة العمومية وهذه التسمية هي فقط من أجل الترقية في الدرجة ويعد ضعف نسبة هذه الفئة في العينة نتيجة خروج أغلب الممرضين في هذه الدرجة إلى التقاعد المسبق.

#### - الأقدمية:

الجدول رقم (32) يمثل متغير الأقدمية لدى العينة الأساسية (ن=732)

المتوسط الحسابي	الحد الأقصى	الحد الأدنى	الأقدمية
3,28	36	0	

الجدول رقم (33) يمثل متغير الأقدمية لدى العينة الأساسية (ن=295)

المتوسط الحسابي	الحد الأقصى	الحد الأدنى	الأقدمية
8,14	36	1	

يتبين من الجدول رقم (32) والجدول رقم (33) أنّ متوسط الأقدمية لا يتجاوز 10 سنوات فبالنسبة للعينة الكلية، يساوي المتوسط الحسابي للأقدمية 3,28 سنة، أما إذا ما أخذنا بعين الاعتبار الممرضين الممارسين فقط فنلاحظ أنّ الحد الأدنى هو سنة واحدة والحد الأقصى هو 36 سنة وبالرغم من ذلك فإنّ المتوسط الحسابي يساوي 8,14 وهذا يدل على أغلبية العينة لديها أقدمية أقل من 10 سنوات وهذا لما ذكرناه سابقا بسبب خروج الكثير من الممرضين على التقاعد المسبق.

## 2-4- الخصائص السيكومترية لمقياس سمات الشخصية:

### 2-4-1- الإتساق الداخلي لمقياس سمات الشخصية:

جدول رقم (34) يمثل الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس سمات الشخصية بفقراته

الإتساق الداخلي لبعد الطيبة بفقراته				الإتساق الداخلي لبعد الإنبساط بفقراته			
رقم الفقرة	02	07	12	رقم الفقرة	01	06	11
قيم الارتباط	0,62	0,75	0,62	قيم الارتباط	0,56	0,52	0,70
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01
الإتساق الداخلي لبعد العصابية بفقراته				الإتساق الداخلي لبعد يقظة الضمير بفقراته			
رقم الفقرة	04	09	14	رقم الفقرة	03	08	13
قيم الارتباط	0,66	0,80	0,76	قيم الارتباط	0,54	0,71	0,62
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01
				الإتساق الداخلي لبعد الإنفتاح بفقراته			
رقم الفقرة	05	10	15	رقم الفقرة	05	10	15
قيم الارتباط	0,71	0,65	0,63	قيم الارتباط	0,71	0,65	0,63
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01

يبين الجدول رقم (34) مستوى الإتساق الداخلي لمقياس سمات الشخصية بحساب مستوى الارتباطات بين أبعاد المقياس وفقراته وكانت كل قيم الارتباطات أكبر من 0,30 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01.

جدول (35) يبين الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس سمات الشخصية بأبعاده الخمسة

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	البعد
0,01	0,51	الإنبساط
0,01	0,40	الطيبة
0,01	0,44	يقظة الضمير
0,01	0,41	العصابية
0,01	0,59	الإنفتاح

تكشف نتائج الجدول رقم (35) بأن مستوى الإتساق الداخلي لمقياس سمات الشخصية جيد بما أن قيم إرتباطات البعد الكلي للمقياس بأبعاده الخمسة تتراوح ما بين 0,41 و0,59 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01.

#### 2-4-2- ثبات مقياس سمات الشخصية:

جدول رقم (36) يبين مستويات ثبات مقياس سمات الشخصية

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	
0,62	0,74	مقياس سمات الشخصية

تدل نتائج الجدول (36) على أن مقياس سمات الشخصية يتمتع بمستوى من الثبات بما أن معامل جوتمان يساوي 0,74 ومعامل ألفا كرونباخ يساوي 0,62.

#### 2-5- الخصائص السيكومترية لمقياس التعاطف:

##### 2-5-1- الإتساق الداخلي لمقياس التعاطف.

جدول رقم (37) يمثل الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس التعاطف بفقراته

الإتساق الداخلي لبعد القدرة على فهم الآخر بفقراته									
رقم الفقرة	02	05	09	10	13	15	16	17	20
قيم الارتباط	0,46	0,34	0,44	0,50	0,43	0,52	0,51	0,63	0,56
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
الإتساق الداخلي لبعد تثمين العلاجات الرحيمة									
رقم الفقرة	01	07	08	11	12	14	19		
قيم الارتباط	0,43	0,54	0,49	0,64	0,59	0,62	0,40		
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01		
الإتساق الداخلي لبعد التموضع في مكان المريض									
رقم الفقرة	03	06							
قيم الارتباط	0,75	0,85							
مستوى الدلالة	0,01	0,01							

يكشف الجدول رقم (37) قيم الارتباط لأبعاد مقياس التعاطف بفقراتها حيث أنها تراوحت ما بين 0,34 و0,85 وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01. جدول (38) يبين الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس التعاطف بأبعاده الثلاثة

البعد	قيم الإرتباط	مستوى الدلالة
القدرة على فهم الآخر	0,75	0,01
تثمين العلاجات الرحيمة	0,78	0,01
التموضع في مكان المريض	0,73	0,01

تدل نتائج الجدول رقم (38) على أن الإتساق الداخلي لمقياس التعاطف جيد بما أن قيم الارتباط ما بين البعد الكلي للمقياس وأبعاده تساوي 0,75 و0,78 و0,73 وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

## 2-5-2- ثبات مقياس التعاطف:

جدول رقم (39) يبين مستويات ثبات مقياس التعاطف

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	مقياس التعاطف
0,74	0,94	

يبين الجدول رقم (39) أن معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,94 و0,74 وهي قيم تدل على ثبات أداة البحث.

## 2-6- الخصائص السيكومترية لمقياس المناعة النفسية:

### 2-6-1- الإتساق الداخلي لمقياس المناعة النفسية:

جدول رقم (40) يمثل الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس المناعة النفسية بفقراته

الإتساق الداخلي لبعد المهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة								
رقم الفقرة	10	11	12	16	17	23	24	25
قيم الارتباط	0,52	0,62	0,58	0,52	0,60	0,55	0,61	0,50
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
الإتساق الداخلي لبعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط								
رقم الفقرة	06	07	14	15	18	19	20	
قيم الارتباط	0,48	0,52	0,50	0,48	0,53	0,60	0,43	
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	
الإتساق الداخلي لبعد تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية								
رقم الفقرة	01	02	04	05	08			
قيم الارتباط	0,63	0,61	0,63	0,63	0,56			
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01			
الإتساق الداخلي لبعد القدرة على الضبط بفقراته								
رقم الفقرة	13	21	22					
قيم الارتباط	0,75	0,73	0,69					
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01					
الإتساق الداخلي لبعد الروحانية بفقراته								
رقم الفقرة	03	09						
قيم الارتباط	0,70	0,82						
مستوى الدلالة	0,01	0,01						

تكشف نتائج الجدول رقم (40) على أنّ قيم ارتباط أبعاد مقياس المناعة النفسية بفقراتها

هي ما بين 0,43 و0,82 وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

جدول (41) يبين الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس المناعة النفسية بأبعاده الخمسة

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	البعد
0,01	0,83	المهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة
0,01	0,73	الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط
0,01	0,76	تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية
0,01	0,71	القدرة على الضبط
0,01	0,44	التأثيرات الروحانية

يتبين من نتائج الجدول رقم (41) أنّ قيم الارتباط بين البعد الكلي لمقياس المناعة النفسية وأبعاده الخمسة هي ما بين 0,44 و 0,83 وكلها دالة عند مستوى دلالة 0,01 وبالتالي يمكن القول بأنّ المقياس يتميز بالصدق من حيث الإتساق الداخلي.

## 2-6-2- ثبات مقياس المناعة النفسية:

جدول رقم (42) يبين مستويات ثبات مقياس المناعة النفسية

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	مقياس المناعة النفسية
0,77	0,88	

يبين الجدول رقم (42) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ هي على التوالي تساوي 0,88 و 0,77 وهي قيم تدل على ثبات مقياس المناعة النفسية.



## 2-7- الخصاص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية :

### 2-7-1- الإتساق الداخلي لمقياس الصحة النفسية:

جدول رقم (43) يمثل الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة النفسية بفقراته

الإتساق الداخلي لبعد المكافأة بفقراته							الإتساق الداخلي لبعد المجهود الخارجي بفقراته						
17	16	15	14	09	08	07	06	05	04	03	02	01	رقم الفقرة
0,57	0,49	0,71	0,53	0,57	0,51	0,65	0,51	0,51	0,49	0,65	0,47	0,48	قيم الارتباط
							0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	مستوى الدلالة
الإتساق الداخلي لبعد القلق بفقراته							الإتساق الداخلي لبعد الإستثمار المفرط بفقراته						
36	34	32	28	26	24	23	22	21	20	19	18	رقم الفقرة	
0,58	0,55	0,63	0,64	0,66	0,67	0,46	0,51	0,48	0,42	0,55	0,47	قيم الارتباط	
0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	مستوى الدلالة	
الإتساق الداخلي لبعد الإكتئاب بفقراته													
37	35	33	29	27	25	رقم الفقرة							
0,51	0,59	0,35	0,47	0,59	0,54	قيم الارتباط							
0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	مستوى الدلالة							

تكشف نتائج الجدول رقم (43) عن قيم إرتباط أبعاد مقياس الصحة النفسية بفقراتها وهي كلها قيم أكبر من 0,30 ودالة عند مستوى دلالة 0,01.

جدول (44) يبين الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس الصحة النفسية بأبعاده الخمسة

مستوى الدلالة	قيمة الارتباط	البعد
0,01	0,86	الإجهاد
0,01	0,58	المجهود الخارجي
0,01	0,45	المكافأة
0,01	0,60	الإستثمار المفرط
0,01	0,53	القلق
0,01	0,42	الإكتئاب

تبين نتائج الجدول رقم (44) قيم إرتباط مقياس الصحة النفسية بأبعاده، حيث أنّ قيمة الإرتباط بين البعد الكلي للصحة النفسية بمقياس الإجهاد تساوي 0,86 وهي دالة، وتساوي

قيم الارتباط ما بين البعد الكلي للصحة النفسية وأبعاد الإجهاد 0,58 بالنسبة لبعد المجهود الخارجي و0,45 بالنسبة لبعد المكافآت 0,60 بالنسبة لبعد الإستثمار المفرط، كما أنّ قيم ارتباط بعدي الإكتئاب والقلق بالبعد الكلي للصحة النفسية تساوي 0,53 و0,42 على التوالي، وكل الارتباطات هي دالة عند مستوى دلالة 0,01 وبالتالي فإنّ مقياس الصحة النفسية يتميز بالصدق من حيث الإتساق الداخلي.

## 2-7-2- ثبات مقياس الصحة النفسية:

جدول رقم (45) يبين مستويات ثبات مقياس الصحة النفسية

معامل ألفا كرونباخ	معامل جوتمان	
0,67	0,78	مقياس الصحة النفسية

يبين الجدول رقم (45) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ بالنسبة لمقياس الصحة النفسية تساوي 0,78 و0,67 وهذا يدل على ثبات مقياس الصحة النفسية.

## 2-8- الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة الجسدية :

### 2-8-1- الإتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية:

جدول رقم (46) يمثل الإتساق الداخلي لأبعاد مقياس الصحة الجسدية بفقراتها

الإتساق الداخلي لبعد التعب بفقراته									
رقم الفقرة	01	02	03	04	05	06	07	08	09
قيم الارتباط	0,56	0,69	0,69	0,67	0,71	0,72	0,75	0,74	0,72
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
الإتساق الداخلي لبعد الأعراض المرضية بفقراته									
رقم الفقرة	10	11	12	13	14	15	16	17	18
قيم الارتباط	0,67	0,70	0,64	0,69	0,64	0,72	0,65	0,66	0,45
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

تدل نتائج الجدول رقم (46) على الإتساق الداخلي لمقياس الصحة الجسدية وذلك بحساب قيم الارتباط ما بين بعدي المقياس وفقراتهما إذ تراوحت هذه القيم ما بين 0,45 و0,74 وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01.

جدول (47) يبين الإتساق الداخلي للبعد الكلي لمقياس الصحة الجسدية ببعديه

البعد	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
شدة التعب	0,87	0,01
الأعراض المرضية	0,83	0,01

تبين نتائج الجدول رقم (47) على صدق مقياس الصحة الجسدية بما أنّ قيم ارتباط بين البعد الكلي للصحة الجسدية وبعد شدة التعب وبعد الأعراض المرضية هما على التوالي 0,87 و0,83 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01

### 2-8-2- ثبات مقياس الصحة الجسدية:

جدول رقم (48) يبين مستويات ثبات مقياس الصحة الجسدية

معامل جوتمان	معامل ألفا كرونباخ	مقياس الصحة الجسدية
0,86	0,86	

يكشف الجدول رقم (48) أنّ معاملات الثبات حسب جوتمان وألفا كرونباخ تساوي على التوالي 0,94 و0,73 وهذه قيم تدل على ثبات مقياس الصحة الجسدية.

### 3- الدراسة الكيفية:

#### 3-1- أهداف الدراسة الكيفية:

تهدف هذه الدراسة الكيفية إلى تسليط الضوء على معاش الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين أثناء مزاولة نشاطهم بالمؤسسات الصحية ومعرفة ظروف العمل وطموحتهم ومستوى الرضا المهني المتعلق بالتقدير والحوافز التي يحصلون عليها وعلى المهارات التي يعتبرونها ضرورية لتحسين نوعية العلاج المقدم، وكل لهذا للتفصيل في شرح النتائج المستخرجة من الدراسة الكمية.

### 2-3- عينة الدراسة الكيفية:

تمت هذه الدراسة بإستخدام مجموعة من الأسئلة التي تم طرحها على عينة شملت 80 ممرضا متربصا والذين زاولوا تربصهم الأول بمختلف المؤسسات الصحية ببعض الولايات الغربية، كما تضم عينة الدراسة أيضا 80 ممرضا ممارسا بمختلف المؤسسات الصحية بولاية وهران.

### 3-3- أداة الدراسة الكيفية:

إستخدمنا في هذه الدراسة مجموعة من الأسئلة نصف الموجهة لاستكشاف تجارب الممرضين بفئتيها المتربصين والممارسين وكانت طبيعة الأسئلة حسب الفئة المهنية، واعتمدنا على تحليل المحتوى لإجابات أفراد عينة الدراسة.

### 3-3-1- قائمة الأسئلة الخاصة بالمتربصين:

1- بعد التربص الأول، هل لاحظت توافق بين دروسك النظرية والتطبيقية؟

- نعم  لا

2- برر إجابتك:

3- ما هو أهم حدث أثر فيك أثناء هذا التربص؟

4 هل هذه المهنة تتوافق مع طموحاتك؟

نعم  لا

5- لماذا؟

### 3-3-2- قائمة الأسئلة الخاصة بالممرضين الممارسين:

1- ما هو أهم حدث أثر فيك أثناء مسارك المهني؟

2- هل تتلقى الاعتراف نظير المهام التي تقوم بها؟

نعم  لا

3- ما نوع الإعراف الذي تراه مناسباً للمجهود الذي تبذله، وممن يجب أن تحصل عليه ؟

4- في رأيك، هل مهنة التمريض تتناسب مع طموحاتك؟

نعم  لا

5- لماذا؟

6- هل ترى إنك في حاجة إلى التكوين واكتساب مهارات جديدة؟

نعم  لا

7- ما هي المهارات التي ترى أنك في حاجة إلى تعلمها؟

3-4- خصائص عينة الدراسة الكيفية:

3-4-1- خصائص عينة الممرضين المتربصين:

جدول رقم (49) يمثل خصائص عينة الممرضين المتربصين

النسبة المنوية	الممرضين المتربصين	النسبة المنوية	مساعدى التمريض المتربصين		
	19,4		20,45	معدل السن	
%10	04	%20	08	ذكور	الجنس
%90	36	%80	32	إناث	
%100	40	100	40	المجموع	
00	00	%72,5	29	ثانوي	المستوى التعليمي
%100	40	%17,5	07	بكالوريا	
00	00	%05	02	ليسانس	
00	00	%05	02	ماستر	
%100	40	%100	40	المجموع	

تدل نتائج الجدول رقم (49) على أنّ معدل سن عينة الممرضين المتربصين ومساعدى التمريض المتربصين متقاربة وهي لا تتجاوز سن العشرين، ويغلب على العينة جنس الإناث فهو يساوي 80% بالنسبة لمساعدى التمريض 90% أي يمثل الإناث نسبة 85% من مجموع العينة الكلية، بالنسبة للمستوى التعليمي، يعتبر كل أفراد عينة الممرضين متحصليين على شهادة البكالوريا لأنه المستوى المطلوب للدراسة في هذه الفئة، أما بالنسبة لمساعدى التمريض المتربصين فأغليبتهم بنسبة 72,5% لديهم مستوى الثالثة ثانوي وهو المستوى المطلوب غير أنّ 17,5% من هذه الفئة متحصليين على شهادة البكالوريا، كما

يوجد 02 من عينة الدراسة لديهما مستوى الليسانس، و02 متحصلين على شهادة الماجستير.

### 3-4-2- خصائص عينة الممرضين الممارسين:

جدول رقم (50) يمثل خصائص عينة فئات الممرضين الممارسين (الجنس، المستوى التعليمي،

#### والإصابة بالمرض)

النسبة المئوية	الممرضين الممارسين المتخصصين	النسبة المئوية	الممرضين الممارسين	النسبة المئوية	مساعدى التمريض الممارسين		
10 %	04	10 %	04	22,5 %	09	ذكور	الجنس
32,5 %	13	47,5 %	19	77,5 %	31	إناث	
42,5 %	17	57,5 %	23	100 %	40	المجموع	
-	00	-	00	92,5 %	37	ثانوي	المستوى التعليمي
-	00	-	00	07,5 %	03	بكالوريا	
40 %	16	60 %	24	-	00	بكالوريا + 3 سنة	
40 %	16	60 %	24	100 %	40	المجموع	
25 %	10	25 %	10	20 %	08	الممرضين المرضى	المرض المزمن
15 %	06	35 %	14	80 %	32	الممرضين الأصحاء	
40 %	16	60 %	24	100 %	40	المجموع	

تدل نتائج الجدول رقم (50) على أن أغلبية العينة هي من جنس الإناث حيث يمثلن 77,5 % من فئة مساعدي التمريض الممارسين، و80 % بالنسبة لمجموع عينة الممرضين والممرضين المتخصصين، وفما يخص المستوى التعليمي لعينة مساعدي التمريض الممارسين 92,5 % منهم لديهم مستوى الثالثة ثانوي، 7,5 % حائزون على شهادة البكالوريا، بينما مجموع عينة الممرضين والممرضين المتخصصين لديهم مستوى البكالوريا زائد ثلاث سنوات دراسة. ويبين الجدول أيضا أن 20 % من مساعدي التمريض مصابين بأمراض مزمنة في حين أن 50 % من عينة الممرضين والممرضين المتخصصين مصابين بأمراض مزمنة وكل من فئتين ممثلة بـ 25 % من العينة الكلية.

جدول رقم (51) يمثل المتوسطات الحسابية لعينة الممرضين الممارسين (السن، الأقدمية، سنة الإصابة بالمرض)

الحد الأقصى	الحد الأدنى	المتوسط الحسابي	المتغير	الفئة
40	21	29,37	السن	مساعد
9	1	4,83	الأقدمية	التمريض
9	1	4,57	سنة الإصابة بالمرض بعد بداية العمل	الممارسين
36	24	28,73	السن	الممرضين
13	04	07,47	الأقدمية	الممارسين
10	2	3,95	سنة الإصابة بالمرض بعد بداية العمل	الممارسين
57	36	43,70	السن	الممرضين
28	15	20,82	الأقدمية	الممارسين
15	4	10,1	سنة الإصابة بالمرض	المتخصصين

يكشف الجدول رقم (51) على أنّ معدل سن مساعدي التمريض الممارسين يساوي 29,37 سنة في حين الحد الأدنى يساوي 21 سنة والحد الأقصى هو 40 سنة، ومعدل الأقدمية لديهم هو 4,83 سنة والحد الأدنى هو 1 سنة أما الحد الأقصى هو 10 سنوات وهذا يدل على أنّ الفئة هي الأقل من حيث سنوات الأقدمية، وفيما يخص معدل سنوات الإصابة بالمرض بعد بداية العمل فهو يساوي 4,57 والحد الأدنى هو سنة 1 والحد الأقصى هو 9 سنوات وهذه النتيجة تقارب معدل الأقدمية لهذه الفئة.

وفيما يخص فئة الممرضين فمعدل سن هذه الفئة هو 28,73 أما الحد الأدنى فهو يساوي 24 سنة والحد الأقصى يساوي 36 سنة ويساوي معدل الأقدمية لهذه الفئة 07,47 سنة بحد أدنى يساوي 4 سنوات وحد أقصى يساوي 13 سنة، أما معدل سنوات الإصابة بالمرض المزمّن بعد العمل فيساوي 3,95 سنة بحد أدنى يساوي 2 سنة وحد أقصى يساوي 10 سنوات.

وفي الأخير تدل نتائج الجدول على أنّ معدل سن فئة الممرضين المتخصصين يساوي 43,70 بحد أدنى 36 سنة وحد أقصى يساوي 57 سنة، ومعدل سنوات الأقدمية يساوي

20,82 والحد أدنى يساوي 15 سنة أما الحد الأقصى فهو يساوي 28 سنة، وأما معدل سنوات الإصابة بالمرض المزمن بعد بداية العمل فهو يساوي 1,10 سنة بحد أدنى يساوي 4 سنوات وحد أقصى يساوي 15 سنة.

#### جدول رقم (52) يمثل الأمراض الشائعة لدى عينة الممرضين الممارسين بمختلف الفئات

المرض	مساعدى التمريض الممارسين	النسبة المئوية	الممرضين الممارسين	النسبة المئوية	الممرضين الممارسين المتخصصين	النسبة المئوية
داء السكري	-	-	01	10%	-	-
الصدفية	-	-	01	10%	-	-
الربو	01	11,11%	-	-	-	-
الحساسية	02	22,22%	02	20%	01	10%
ارتفاع ضغط الدم	02	22,22%	02	20%	02	20%
فقر الدم	02	22,22%	01	10%	02	20%
آلام الظهر المزمنة	-	-	01	10%	04	40%
الروماتيزم	-	-	01	10%	01	10%
أمراض الغدة الدرقية	01	11,11%	01	10%	-	-
سرطان الثدي	01	11,11%	-	-	-	-
المجموع	09	100%	10	100%	10	100%

تبين نتائج الجدول رقم (52) بعض الأمراض المزمنة التي يصاب بها فئات الممرضين الممارسين وأهمها إرتفاع ضغط الدم والذي يساوي حوالي 60 % من العينة الكلية للممرضين الممارسين بفئاتها الثلاثة ثم تليها آلام الظهر المزمنة والتي تمثل نسبة 50 % من عينة الممرضين والممرضين المتخصصين وتشمل هذه الآلام الفتق في فقرات العمود الفقري سواء على مستوى الرقبة أو في أسفل الظهر وإلتهاب المفاصل على مستوى العمود الفقري، ثم الإصابة بالحساسية وفقر الدم وتأتي بعدهما باقي الأمراض مثل الربو أمراض الغدة الدرقية، داء السكري، الصدفية وحتى سرطان الثدي.

#### 4- الأساليب الإحصائية المعتمدة في هذه الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على الأساليب الإحصائية التالية: النسب المئوية، المتوسط الحسابي، تحليل التباين المتعدد، معادلة (LSD)، تحليل التباين المتعدد.



## الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض النتائج

2- مناقشة النتائج

الخلاصة والاستنتاجات

توصيات البحث

قائمة المراجع

الملاحق

**تمهيد:** سوف نقدم في هذا الفصل عرض النتائج المتعلقة بفرضيات البحث والتي تتمثل في نتائج الدراسة الكمية ونتائج الدراسة الكيفية ثم نتطرق إلى مناقشة النتائج وخلاصة البحث والتوصيات حسب النتائج المتوصل إليها.

### 1- عرض نتائج الدراسة الكمية:

#### 1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

توجد فروق في مستويات كل من سمات الشخصية والتعاطف والمناعة النفسية والصحة النفسية والصحة الجسدية لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين، وتتفرع من هذه الفرضية الفرضيات الجزئية التالية:

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

توجد فروق في مستويات سمات الشخصية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

**جدول رقم (53) يبين الفروق في مستويات سمات الشخصية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين**

أبعاد الشخصية	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
سمة الإنبساط	بين المجموعات	37,81	4	9,45	2,62	0,03
	داخل المجموعات	2623,34	727	3,60		
	المجموع	2661,16	731			
سمة الطيبة	بين المجموعات	216,42	4	54,10	16,04	0,00
	داخل المجموعات	2454,43	727	3,28		
	المجموع	2667,86	731			
سمة يقظة الضمير	بين المجموعات	96,97	4	24,24	7,37	0,00
	داخل المجموعات	2388,61	727	3,28		
	المجموع	2485,58	731			
سمة العصابية	بين المجموعات	158,92	4	39,73	5,33	0,00
	داخل المجموعات	5413,51	727	7,44		
	المجموع	5572,43	731			
سمة الإنفتاح	بين المجموعات	29,24	1	7,31	1,74	0,13
	داخل المجموعات	3052,34	730	4,19		
	المجموع	3081,59	731			

كشفت نتائج الدراسة كما هو مبين في الجدول رقم (53) على وجود فروق في السمات السائدة لدى فئات الممرضين حيث  $F = 2,62$  وهي دالة عند مستوى دلالة أصغر من 0,05 بالنسبة لسمة الإنبساط، و  $F = 16,04$  بالنسبة لبعد الطيبة و  $F = 7,33$  بالنسبة لسمة يقظة الضمير، و  $F = 5,33$  بالنسبة لسمة العصابية وهي كلها دالة عند مستوى دلالة أصغر من 0,01، فيما لم تظهر فروق دالة بالنسبة لسمة الإنفتاح.

جدول رقم (54) يبين اتجاه الفروق في سمات الشخصية في أبعاد الانبساط والطيبة ويقظة الضمير والعصابية بين فئات الممرضين،  $N = 732$

سمات الشخصية	فئات الممرضين	قيمة الفروق بين المتوسطات	مستوى الدلالة
سمة الإنبساط فئة الممرضين الممارسين المتخصصين	مساعدى التمريض المتربصين	0,60	0,01
	الممرضين المتربصين	0,49	0,10
	مساعدى التمريض الممارسين	0,85	0,04
	الممرضين الممارسين	0,82	0,00
سمة الطيبة فئة مساعدى التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	0,98	0,00
	مساعدى التمريض الممارسين	0,97	0,00
	الممرضين الممارسين	1,35	0,00
	الممرضين الممارسين المتخصصين	0,51	0,03
سمة يقظة الضمير فئة مساعدى التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	0,94	0,00
	مساعدى التمريض الممارسين	0,44	0,02
	الممرضين الممارسين	0,48	0,01
	الممرضين الممارسين المتخصصين	- 0,31	0,13
سمة العصابية فئة مساعدى التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	- 1,44	0,00
	مساعدى التمريض الممارسين	- 0,44	0,12
	الممرضين الممارسين	- 0,64	0,41
	الممرضين الممارسين المتخصصين	- 0,39	0,28

بناءً على معادلة (LSD) والتي كشفت عن مستويات الفروق في سمات الشخصية ودلالاتها المعنوية بين فئات الممرضين حيث يتبين من الجدول رقم (54) وجود فروق دالة في سمة الإنبساط بين فئة الممرضين المتخصصين ومساعدى التمريض المتربصين

ومساعدى التمريض الممارسين والمرضى الممارسين وهى لصالح المرضى المتخصصين بينما لم تظهر فروق بالنسبة لفئة المرضى المتربصين.

أما فيما يخص سمة الطيبة فتظهر فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين وباقي فئات المرضى وهى لصالح مساعدى التمريض المتربصين، وتدل النتائج بالنسبة لسمة يقظة الضمير وجود فروق دالة بين مساعدى التمريض المتربصين وباقي الفئات المهنية ما عدى المرضى الممارسين المتخصصين وهى لصالح فئة مساعدى التمريض المتربصين، وتدل نتيجة سمة العصابية بوجود فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين وفئة المرضى المتربصين فقط وهى لصالح هذه الفئة الأخيرة.

جدول رقم (55) يبين ترتيب فئات المرضى بالنسبة لسمة الإنبساط

		العدد	فئات المرضى
2	1		
	8,68	115	مساعدى التمريض الممارسين
	8,71	113	المرضى الممارسين
8,92	8,92	347	مساعدى التمريض المتربصين
9,04	9,44	90	المرضى المتربصين
9,53	9,44	67	المرضى الممارسين المتخصصين
0,23	0,75		مستوى الدلالة

يبين الجدول رقم (55) ترتيب فئات المرضى من حيث مستوياتهم في سمة الإنبساط، إذ تأتي في المرتبة الأولى فئة المرضى الممارسين المتخصصين، ثم فئة المرضى المتربصين ثم مساعدى التمريض المتربصين وفي المرتبة الرابعة فئة المرضى الممارسين وفي المرتبة الخامسة والأخيرة فئة مساعدى التمريض الممارسين.

جدول رقم (56) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لسمة الطبية

			العدد	فئات الممرضين
3	2	1		
		11,18	133	الممرضين الممارسين
	11,55	11,55	90	الممرضين المتربصين
	11,57	11,57	115	مساعدى التمريض الممارسين
12,02	12,02		67	الممرضين الممارسين المتخصصين
12,54			347	مساعدى التمريض المتربصين
0,37	0,46	0,66		مستوى الدلالة

تكشف نتائج الجدول رقم (56) ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لمستوياتهم على سمة الطبية فأحتل مساعدى التمريض المتربصين المرتبة الأولى ثم الممرضين المتخصصين في المرتبة الثانية والمرتبة الثالثة بالنسبة لمساعدى التمريض الممارسين وإحتل الممرضين المتربصين المرتبة الرابعة وفي المرتبة الأخيرة جاء الممرضين الممارسين.

جدول رقم (57) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لسمة يقظة الضمير

			العدد	فئات الممرضين
3	2	1		
		11,90	90	الممرضين المتربصين
	12,36	12,36	113	الممرضين الممارسين
	12,40	12,40	115	مساعدى التمريض الممارسين
12,84	12,84		347	مساعدى التمريض المتربصين
13,16			67	الممرضين الممارسين المتخصصين
0,79	0,43	0,39		الدلالة

تدل نتائج الجدول رقم (57) على أنّ الممرضين الممارسين المتخصصين جاءوا المرتبة الأولى من حيث مستوى سمة يقظة الضمير ثم في المرتبة الثانية فئة مساعدى التمريض المتربصين ثم مساعدى التمريض الممارسين في المرتبة الثالثة وفي المرتبة الرابعة الممرضين الممارسين وفي المرتبة الخامسة الممرضين المتربصين.

جدول رقم (58) يبين ترتيب فئات المرضى بالنسبة لسمة العصابية

		العدد	فئات المرضى
2	1		
	7,83	347	مساعدى التمريض المتربصين
8,22	8,22	67	المرضى الممارسين المتخصصين
8,27	8,27	115	مساعدى التمريض الممارسين
8,43	8,43	113	المرضى الممارسين
9,27		90	المرضى المتربصين
0,09	0,62		مستوى الدلالة

يكشف الجدول رقم (58) عن نتائج معادلة (LSD)، لترتيب فئات المرضى من حيث مستويات سمة العصابية لديهم فإحتل المرضى المتربصين المرتبة الأولى ثم في المرتبة الثانية فئة المرضى الممارسين وفي المرتبة الثالثة فئة مساعدى التمريض المتربصين وفي المرتبة الرابعة فئة المرضى الممارسين المتخصصين وفي المرتبة الأخيرة فئة مساعدى التمريض المتربصين.

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

توجد فروق في مستويات التعاطف السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

جدول رقم (59) يبين الفروق في مستويات التعاطف بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	التعاطف وأبعاده
0,00	10,03	559,52	4	2238,11	بين المجموعات	التعاطف
		55,77	727	40545,55	داخل المجموعات	
			731	42783,67	المجموع	
0,00	8,78	175,01	4	700,05	بين المجموعات	بعد أهمية فهم الآخر
		20,11	727	14622,14	داخل المجموعات	
			731	15322,19	المجموع	
0,00	6,82	131,84	4	527,36	بين المجموعات	بعد تثمين العلاجات الوجدانية
		19,31	727	14038,38	داخل المجموعات	
			731	14565,70	المجموع	
0,62	0,64	2,28	4	9,13	بين المجموعات	بعد القدرة على التموضع في مكان المريض
		3,65	727	2660,30	داخل المجموعات	
			731	2669,51	المجموع	

يبين الجدول رقم (59) الفروق في مستويات مهارة التعاطف لدى فئات الممرضين إذ توجد فروق دالة في مستوى التعاطف بين الممرضين، حيث  $F = 10,03$  وفروق دالة بالنسبة لبعده أهمية فهم الآخر  $F = 8,78$  وفروق دالة بالنسبة لبعده تثمين العلاجات الوجدانية بقيمة  $F = 6,82$ ، وهي كلها دالة عند مستوى دلالة أصغر من 0,01، بينما لا توجد فروق دالة بين فئات الممرضين فيما يخص بعد القدرة على التموضع في مكان المريض.

جدول رقم (60) يبين اتجاه الفروق في البعد الكلي للتعاطف في وبدي أهمية فهم الآخر وتثمين العلاجات الرحيمة بين فئات الممرضين ن = 732

مستوى الدلالة	قيمة الفروق بين المتوسطات	فئات الممرضين	
0,59	-0,46	الممرضين المتربصين	التعاطف فئة مساعدي التمريض المتربصين
<b>0,00</b>	4,31	مساعدي التمريض الممارسين	
<b>0,00</b>	3,01	الممرضين الممارسين	
1,16	1,39	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,07	0,93	الممرضين المتربصين	بعد أهمية فهم الآخر فئة مساعدي التمريض المتربصين
<b>0,00</b>	2,33	مساعدي التمريض الممارسين	
<b>0,00</b>	2,16	الممرضين الممارسين	
<b>0,00</b>	1,01	الممرضين الممارسين المتخصصين	
<b>0,01</b>	1,34	مساعدي التمريض المتربصين	بعد تثمين العلاجات الوجدانية فئة الممرضين المتربصين
<b>0,00</b>	3,09	مساعدي التمريض الممارسين	
<b>0,00</b>	2,00	الممرضين الممارسين	
<b>0,03</b>	1,51	الممرضين الممارسين المتخصصين	

كشفت نتائج الجدول رقم (60) على وجود فروق دالة في مهارة التعاطف بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وفئتي مساعدي التمريض الممارسين والممرضين الممارسين وهي لصالح فئة مساعدي التمريض المتربصين، بينما لا توجد فروق دالة في هذه المهارة بين مساعدي التمريض المتربصين وفئتي الممرضين المتربصين والممرضين المتخصصين.

وفيما يخص بعد أهمية فهم الآخر فدلت النتائج على وجود فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض وباقي الفئات الأخرى ما عدى فئة الممرضين المتربصين، كما تبين وجود فروق دالة بين فئة الممرضين المتربصين وباقي الفئات الأخرى على مستوى بعد تثمين العلاجات الرحيمة وهذه الفروق هي لصالح فئة الممرضين المتربصين.



جدول رقم (61) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للتعاطف

			العدد	فئات الممرضين
3	2	1		
		65,09	115	مساعدى التمريض الممارسين
	66,39	66,39	113	الممرضين الممارسين
68,01	68,01	68,01	67	الممرضين الممارسين المتخصصين
69,40	69,40		347	مساعدى التمريض المتربصين
69,87			90	الممرضين المتربصين
0,50	0,06	0,08		الدلالة

تكشف نتائج الجدول رقم (61) عن ترتيب فئات الممرضين فيما يخص مستويات مهارة التعاطف حيث احتل الممرضين المتربصين المرتبة الأولى ثم جاء مساعدى التمريض المتربصين في المرتبة الثانية، واحتل الممرضين الممارسين المتخصصين المرتبة الثالثة في حين جاء الممرضين الممارسين في المرتبة الرابعة وفي المرتبة الأخيرة جاءت فئة مساعدى التمريض المتربصين.

جدول رقم (62) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد أهمية فهم الآخر

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	35,75	115	مساعدى التمريض الممارسين
	35,92	113	الممرضين الممارسين
37,07	37,07	67	الممرضين الممارسين المتخصصين
35,15	37,15	90	الممرضين المتربصين
38,08		374	مساعدى التمريض المتربصين
0,60	0,26		مستوى الدلالة

تدل نتائج الجدول رقم (62) على ترتيب فئات الممرضين فيما يخص مستوى بعد أهمية فهم الآخر لديهم، إذ احتل مساعدى التمريض المتربصين المرتبة الأولى ثم الممرضين المتربصين في المرتبة الثانية يليهم في المرتبة الثالثة الممرضين الممارسين المتخصصين

وفي المرتبة الرابعة المرشحين الممارسين وفي المرتبة الأخيرة جاء مساعدي التمريض الممارسين.

جدول رقم (63) يبين ترتيب فئات المرشحين بالنسبة لبعث تثمين العلاجات الرحيمة

		العدد	فئات المرشحين
2	1		
	22,89	115	مساعدي التمريض الممارسين
	23,98	113	المرشحين الممارسين
24,47	24,47	67	المرشحين الممارسين المتخصصين
24,63	24,63	374	مساعدي التمريض المتربصين
25,98		90	المرشحين المتربصين
0,17	0,07		مستوى الدلالة

نستخلص من نتائج الجدول رقم (63) ترتيب فئات المرشحين بالنسبة لبعث تثمين العلاجات الرحيمة حيث جاء في المرتبة الأولى المرشحين المتربصين ثم مساعدي التمريض المتربصين وفي المرتبة الثالثة المرشحين الممارسين المتخصصين وفي المرتبة الرابعة المرشحين الممارسين واخيرا جاء مساعدي التمريض الممارسين في المرتبة الأخيرة فيما يخص مستوى بعث تثمين العلاجات الرحيمة.

### 1-1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق في مستويات المناعة النفسية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

جدول رقم (64) يبين الفروق في مستويات المناعة النفسية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المناعة النفسية وأبعادها
0,02	4,19	436,56	4	1746	بين المجموعات	المناعة النفسية
		104,18	727	75741,88	داخل المجموعات	
			731	77488,14	المجموع	
0,00	7,44	148,80	4	595,22	بين المجموعات	المهارات الشخصية
		19,99	727	14533,62	داخل المجموعات	
			731	15128,90	المجموع	
0,69	0,55	7,13	4	28,54	بين المجموعات	الثقة في الغرائز الذاتية
		12,87	727	4564,48	داخل المجموعات	
			731	4662,60	المجموع	
0,00	3,90	14,33	4	57,32	بين المجموعات	تقبل التغيير
		3,45	727	2511,42	داخل المجموعات	
			731	2568,74	المجموع	
0,00	4,14	14,33	1	57,14	بين المجموعات	القدرة على الضبط
		3,45	730	1114,17	داخل المجموعات	
			731	1171,31	المجموع	
0,00	9,32	14,28	1	14,60	بين المجموعات	التأثيرات الروحانية
		1,53	730	1156,70	داخل المجموعات	
			731	1171,31	المجموع	

تبين نتائج الجدول رقم (64) بوجود فروق دالة بين فئات الممرضين في مستوى المناعة النفسية وأبعادها ما عدى بعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط حيث لم تظهر فروق دالة بقيمة ف = 0,55 عند مستوى دلالة 0,69 أكبر من 0,05.

جدول رقم (65) يبين اتجاه الفروق في مستويات المناعة النفسية وأبعادها المهارات الشخصية وتقبل التغيير والقدرة على الضبط والتأثيرات الروحانية بين فئات الممرضين ن = 732

المناعة وأبعادها	فئات الممرضين	قيمة الفروق بين المتوسطات	مستوى الدلالة
المناعة النفسية فئة مساعدي التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	1,96	0,10
	مساعدي التمريض الممارسين	4,02	0,00
	الممرضين الممارسين	2,79	0,01
	الممرضين الممارسين المتخصصين	1,36	0,12
بعد المهارات الشخصية فئة مساعدي التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	1,06	0,00
	مساعدي التمريض الممارسين	2,19	0,00
	الممرضين الممارسين	1,54	0,00
	الممرضين الممارسين المتخصصين	1,56	0,00
بعد تقبل التغيير فئة مساعدي التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	0,39	0,18
	مساعدي التمريض الممارسين	0,95	0,00
	الممرضين الممارسين	0,69	0,01
	الممرضين الممارسين المتخصصين	0,27	0,40
بعد القدرة على الضبط فئة مساعدي التمريض المتربصين	الممرضين المتربصين	0,39	0,07
	مساعدي التمريض الممارسين	0,49	0,01
	الممرضين الممارسين	0,63	0,00
	الممرضين الممارسين المتخصصين	0,24	0,00
بعد التأثيرات الروحانية فئة الممرضين المتربصين	مساعدي التمريض المتربصين	0,50	0,00
	مساعدي التمريض الممارسين	1,00	0,00
	الممرضين الممارسين	0,34	0,04
	الممرضين الممارسين المتخصصين	0,72	0,00

تكشف نتائج الجدول رقم (65) عن وجود فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وفئة مساعدي التمريض الممارسين وفئة الممرضين الممارسين على مستوى المناعة النفسية لصالح فئة مساعدي التمريض المتربصين فيما لم تظهر فروق دالة بين هذه الفئة وفئة الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين المتخصصين.

وتدل النتائج أيضا على وجود فروق دالة ما بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وباقي الفئات الممرضين على مستوى بعد المهارات الشخصية وهذه الفروق هي لصالح

مساعدى التمريض المتربصين، أما على مستوى بعد تقبل التغيير فقد أظهرت النتائج فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين وفئة مساعدى التمريض الممارسين والمرضى الممارسين لصالح الفئة الأولى فيما لم تظهر فروق بينها وبين المرضى المتربصين والمرضى الممارسين المتخصصين على هذا البعد.

وتظهر النتائج على مستوى بعد القدرة على الضبط وجود فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين وفئة مساعدى التمريض الممارسين والمرضى الممارسين بينما لا توجد فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين والمرضى المتربصين على هذا البعد.

وأخيراً تدل النتائج على وجود فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض وباقي فئات المرضى على مستوى بعد التأثيرات الروحانية.

جدول رقم (66) يبين ترتيب فئات المرضى بالنسبة للمناعة النفسية

العدد	فئات المرضى
1	
95,50	مساعدى التمريض الممارسين
96,73	المرضى الممارسين
97,44	المرضى الممارسين المتخصصين
97,56	المرضى المتربصين
99,53	مساعدى التمريض المتربصين
0,08	الدالة

يبين الجدول رقم (66) ترتيب فئات المرضى بالنسبة لمستوى المناعة النفسية حيث احتلت فئة مساعدى التمريض المتربصين المرتبة الأولى ثم جاءت في المرتبة الثانية فئة المرضى المتربصين وفي المرتبة الثالثة فئة المرضى الممارسين المتخصصين تليها فئة المرضى الممارسين وفي المرتبة الأخيرة فئة مساعدى التمريض الممارسين.

رقم (67) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد المهارات الشخصية

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	32,00	115	مساعدى التمريض الممارسين
32,58	32,58	90	الممرضين المتربصين
32,62	32,62	67	الممرضين الممارسين المتخصصين
32,65	32,65	113	الممرضين الممارسين
34,19		374	مساعدى التمريض المتربصين
0,14	0,88		مستوى الدلالة

تكشف نتائج الجدول رقم (67) على ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد المهارات الشخصية حيث جاءت في المرتبة الأولى فئة مساعدى التمريض المتربصين تليها فئة الممرضين الممارسين وفي المرتبة الثالثة فئة الممرضين الممارسين المتخصصين ثم الممرضين المتربصين وفي الأخير فئة مساعدى التمريض الممارسين.

جدول رقم (68) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد تقبل التغيير

		العدد	فئات الممرضين
1			
19,35		115	مساعدى التمريض الممارسين
19,61		113	الممرضين الممارسين
19,91		90	الممرضين المتربصين
20,02		67	الممرضين الممارسين المتخصصين
20,30		347	مساعدى التمريض المتربصين
0,10			الدلالة

تدل نتائج الجدول رقم (68) على ترتيب فئات الممرضين على مستوى بعد تقبل التغيير، فاحتل مساعدى التمريض المتربصين المرتبة الأولى والممرضين الممارسين المتخصصين المرتبة الثانية ثم الممرضين المتربصين في المرتبة الثالثة والممرضين الممارسين في المرتبة الرابعة وجاء في المرتبة الأخيرة مساعدى التمريض الممارسين.

جدول رقم (69) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعء القدرة على الضبط

فئات الممرضين	العدد	1
الممرضين الممارسين المتخصصين	67	11,53
الممرضين الممارسين	113	11,56
مساعدى التمريض الممارسين	115	11,70
الممرضين المتربصين	90	11,81
مساعدى التمريض المتربصين	347	12,19
الدلالة		0,14

يتبين من الجدول رقم (69) ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعء القدرة على الضبط، إذ احتل مساعدى التمريض المتربصين المرتبة الأولى وفي المرتبة الثانية الممرضين المتربصين ثم مساعدى التمريض الممارسين واحتلت فئة الممرضين الممارسين المرتبة الرابعة وجاءت ف المرتبة الأخيرة فئة الممارسين المتخصصين.

جدول رقم (70) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعء التأثيرات الروحانية

فئات الممرضين	العدد	1	2	3
مساعدى التمريض الممارسين	115	7,84		
الممرضين الممارسين المتخصصين	67	8,11	8,11	
مساعدى التمريض المتربصين	347	8,34	8,34	8,34
الممرضين الممارسين	113		8,49	8,49
الممرضين المتربصين	90			8,84
الدلالة		0,07	0,29	0,06

تدل نتائج الجدول رقم (70) على ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعء التأثيرات الروحانية فجاء في المرتبة الأولى الممرضين المتربصين ثم الممرضين الممارسين وفي المرتبة الثالثة فئة مساعدى التمريض المتربصين في الممرضين الممارسين المتخصصين وفي المرتبة الأخيرة مساعدى التمريض الممرضين الممارسين.

#### 1-1-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد فروق في مستويات الصحة النفسية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

جدول رقم (71) يبين الفروق في مستويات الصحة النفسية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الصحة النفسية وأبعادها
0,00	4,94	551,16	4	2204,64	بين المجموعات	الصحة النفسية
		111,40	727	80877,53	داخل المجموعات	
			731	83082,18	المجموع	
0,00	9,14	567,78	4	2271,14	بين المجموعات	الاجهاد
		62,16	727	45163,60	داخل المجموعات	
			731	47434,74	المجموع	
0,01	3,04	49,92	4	199,71	بين المجموعات	المجهود الخارجي
		16,42	727	11940,51	داخل المجموعات	
			731	12140,22	المجموع	
0,00	46,20	1040,02	4	4160,10	بين المجموعات	المكافآت
		22,50	727	16352,94	داخل المجموعات	
			731	20523,05	المجموع	
0,06	2,23	29,94	4	119,78	بين المجموعات	الاستثمار المفرط
		13,30	727	9729,18	داخل المجموعات	
			731	9848,96	المجموع	
0,17	1,60	33,41	4	133,67	بين المجموعات	القلق
		20,84	727	15134,55	داخل المجموعات	
			731	15268,22	المجموع	
0,00	6,28	49,22	4	196,90	بين المجموعات	الاكتئاب
		7,83	727	5685,61	داخل المجموعات	
			731	5882,51	المجموع	

تكشف نتائج الجدول رقم (71) عن وجود فروق دالة بين فئات الممرضين في الصحة النفسية والبعد الكلي للإجهاد وبعديه المجهود الخارجي وبعده المكافآت وبعده الاكتئاب في



حين لا توجد فروق دالة على مستوى بعد الاستثمار المفرط حيث قيمة ف = 2,23 عند مستوى دلالة 0,06 وبعد القلق بقيمة ف = 1,60 عند مستوى دلالة 0,17.

جدول رقم (72) يبين اتجاه الفروق في البعد الكلي للصحة النفسية والاجهاد وبعديه المجهود الخارجي والاكتئاب بين فئات الممرضين ن = 732

مستوى الدلالة	قيمة الفروق بين المتوسطات	فئات الممرضين	
0,02	2,83	الممرضين المتربصين	البعد الكلي للصحة النفسية فئة مساعدي التمريض المتربصين
0,01	2,86	مساعدي التمريض الممارسين	
0,00	3,27	الممرضين الممارسين	
0,00	4,82	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,00	3,58	الممرضين المتربصين	الاجهاد فئة مساعدي التمريض المتربصين
0,00	2,54	مساعدي التمريض الممارسين	
0,00	3,23	الممرضين الممارسين	
0,00	4,70	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,47	-0,44	الممرضين المتربصين	بعد المجهود الخارجي فئة مساعدي التمريض المتربصين
0,04	-0,88	مساعدي التمريض الممارسين	
0,00	-1,42	الممرضين الممارسين	
0,38	-0,47	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,00	3,59	الممرضين المتربصين	بعد المكافآت فئة مساعدي التمريض المتربصين
0,00	4,24	مساعدي التمريض الممارسين	
0,00	5,31	الممرضين الممارسين	
0,00	5,59	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,80	0,46	الممرضين المتربصين	بعد الاكتئاب فئة مساعدي التمريض المتربصين
0,00	1,26	مساعدي التمريض الممارسين	
0,00	0,92	الممرضين الممارسين	
0,02	0,84	الممرضين الممارسين المتخصصين	

تبين نتائج الجدول رقم (72) وجود فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وباقي فئات الممرضين على مستوى الصحة النفسية، أما بالنسبة للبعد الكلي للاجهاد فتوجد فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وباقي فئات الممرضين، في حين توجد

فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وفئة مساعدي التمريض الممارسين فقط على مستوى بعد المجهود الخارجي لصالح الفئة الأخيرة. وتدل النتائج أيضا على وجود فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وباقي فئات الممرضين على مستوى بعد المكافآت، أما بالنسبة لبعد القلق فأظهرت النتائج وجود فروق دالة بين فئة مساعدي التمريض المتربصين وباقي فئات الممرضين ما عدى فئة الممرضين الممارسين.

جدول رقم (73) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للبعد الكلي للصحة النفسية

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	101,67	67	الممرضين الممارسين المتخصصين
103,22	103,22	113	الممرضين الممارسين
103,63	103,63	115	مساعدي التمريض الممارسين
103,66	103,66	90	الممرضين المتربصين
106,49		347	مساعدي التمريض المتربصين
0,06	0,40		مستوى الدلالة

تدل نتائج الجدول رقم (73) على ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للبعد الكلي للصحة النفسية، إذ احتل مساعدي التمريض المتربصين المرتبة الأولى، ثم جاء في المرتبة الثانية الممرضين المتربصين وفي المرتبة الثالثة مساعدي التمريض الممارسين ثم الممرضين الممارسين وفي المرتبة الأخيرة الممرضين الممارسين المتخصصين.

جدول رقم (74) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للإجهاد

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	63,98	67	الممرضين الممارسين المتخصصين
	65,10	90	الممرضين المتربصين
65,45	65,45	113	الممرضين الممارسين
66,13	66,14	115	مساعدي التمريض الممارسين
68,68		345	مساعدي التمريض المتربصين
0,06	0,40		مستوى الدلالة

تكشف نتائج الجدول رقم (74) عن ترتيب فئات المرشحين بالنسبة للبعد الكلي للإجهاد فجاءت في المرتبة الأولى فئة مساعدي التمريض المترشحين وتليها في المرتبة الثانية فئة مساعدي التمريض الممارسين ثم المرشحين الممارسين وفي المرتبة الرابعة فئة المرشحين المترشحين وفي المرتبة الأخيرة فئة المرشحين الممارسين المتخصصين.

**جدول رقم (75) يبين ترتيب فئات المرشحين بالنسبة لبعدها الخارجي**

فئات المرشحين	العدد	1
مساعدى التمريض المترشحين	347	21,18
المرشحين المترشحين	90	21,65
المرشحين المتخصصين	67	21,63
مساعدى التمريض الممارسين	115	22,06
المرشحين الممارسين	113	22,61
الدلالة		0,15

تبين نتائج الجدول رقم (75) أن فئة المرشحين الممارسين احتلت المرتبة الأولى فيما يخص بعد المجهود الخارجي وجاءت بعدها فئة مساعدي التمريض المترشحين ثم في المرتبة الثالثة فئة المرشحين المتخصصين وفي المرتبة الرابعة فئة المرشحين المترشحين وفي المرتبة الخامسة فئة مساعدي التمريض المترشحين.

**جدول رقم (76) يبين ترتيب فئات المرشحين بالنسبة لبعدها المكافآت**

فئات المرشحين	العدد	1	2	3
المرشحين الممارسين المتخصصين	67	22,61		
المرشحين الممارسين	113	22,89	22,89	
مساعدى التمريض الممارسين	115	23,96	23,96	
المرشحين المترشحين	90		24,61	
مساعدى التمريض المترشحين	347			28,20
الدلالة		0,13	0,35	1,00

دلت نتائج الجدول رقم (76) على أن فئة مساعدي التمريض المتربصين هي في المرتبة الأولى بالنسبة لبعد المكافآت وفي المرتبة الثانية فئة الممرضين المتربصين وفي المرتبة الثالثة فئة مساعدي التمريض الممارسين تليها في المرتبة الرابعة فئة الممرضين الممارسين وفي المرتبة الخامسة والأخيرة فئة الممرضين الممارسين المتخصصين.

جدول رقم (77) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد الإكتتاب

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	19,56	115	مساعدي التمريض الممارسين
19,91	19,91	113	الممرضين الممارسين
19,98	19,98	67	الممرضين الممارسين المتخصصين
20,78		90	الممرضين المتربصين
20,83		347	مساعدي التمريض المتربصين
0,21	0,87		مستوى الدلالة

تكشف نتائج الجدول رقم (77) عن ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعد الإكتتاب، في المرتبة الأولى فئة مساعدي التمريض المتربصين ثم الممرضين المتربصين وفي المرتبة الثالثة فئة الممرضين الممارسين المتخصصين ثم الممرضين الممارسين وفي المرتبة الأخيرة مساعدي التمريض الممارسين.

## 1-1 - 5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

توجد فروق في مستويات الصحة الجسدية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

جدول رقم (78) يبين الفروق في مستويات الصحة الجسدية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الصحة الجسدية وبعديها
0,00	32,08	4139,91	4	16559,65	بين المجموعات	الصحة الجسدية
		129,02	727	93798,51	داخل المجموعات	
			731	110358,16	المجموع	
0,00	30,42	1557,13	1	6228,53	بين المجموعات	شدة التعب
		51,17	727	37206,76	داخل المجموعات	
			731	43435,30	المجموع	
0,00	18,57	746,12	1	2984,51	بين المجموعات	الأعراض المرضية
		40,16	727	29199,73	داخل المجموعات	
			731	32184,24	المجموع	

كشفت نتائج الجدول رقم (78) بوجود فروق دالة بين فئات الممرضين على مستوى البعد الكلي للصحة الجسدية وبعديها المتمثلين في بعد شدة التعب وبعد الأعراض المرضية حيث ف تساوي 32,08 و 30,42 و 18,57 على التوالي وهي كلها دالة في مستوى دلالة 0,00.

جدول رقم (79) يبين اتجاه الفروق في البعد الكلي للصحة الجسدية وبعديها بين فئات الممرضين  
ن = 732

مستوى الدلالة	قيمة الفروق بين المتوسطات	فئات الممرضين	
0,01	-3,42	الممرضين المتربصين	البعد الكلي للصحة الجسدية فئة مساعدى التمريض المتربصين
0,00	-9,83	مساعدى التمريض الممارسين	
0,00	-10,23	الممرضين الممارسين	
0,00	-10,53	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,00	-3,60	الممرضين المتربصين	بعد شدة التعب فئة مساعدى التمريض المتربصين
0,00	-5,20	مساعدى التمريض الممارسين	
0,00	-6,92	الممرضين الممارسين	
0,00	-6,41	الممرضين الممارسين المتخصصين	
0,81	0,17	الممرضين المتربصين	بعد الأعراض المرضية فئة مساعدى التمريض المتربصين
0,00	-4,80	مساعدى التمريض الممارسين	
0,00	-3,49	الممرضين الممارسين	
0,00	-4,29	الممرضين الممارسين المتخصصين	

تدل نتائج الجدول رقم (79) على وجود فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين وباقي الفئات لصالح هذه الأخيرة على مستوى البعد الكلي للصحة الجسدية، كما تظهر النتائج وجود فروق دالة بين فئة الممرضين المتربصين وباقي الفئات على مستوى شدة التعب لصالح هذه الفئات، ووجود فروق دالة بين فئة مساعدى التمريض المتربصين وباقي فئات الممرضين ما عدى فئة الممرضين المتربصين حيث قيمة الفروق بين المتوسطات تساوي 0,17 عند مستوى دلالة  $0,81 < 0,05$ .

جدول رقم (80) يبين ترتيب فئات المرضى بالنسبة للصحة الجسدية

		العدد	فئات المرضى
2	1		
	34,14	347	مساعدى التمريض المتربصين
	37,56	90	المرضى المتربصين
43,97		115	مساعدى التمريض الممارسين
44,38		113	المرضى الممارسين
44,67		67	المرضى الممارسين المتخصصين
0,99	0,29		مستوى الدلالة

يبين الجدول رقم (80) أنّ فئة المرضى احتلت المرتبة الأولى على مستوى البعد الكلي للصحة الجسدية ثم المرضى الممارسين وفي المرتبة الثالثة فئة مساعدى التمريض الممارسين وفي المرتبة الرابعة المرضى المتربصين وفي الأخير مساعدى التمريض المتربصين.

جدول رقم (81) يبين ترتيب فئات المرضى بالنسبة لبعدها شدة التعب

			العدد	فئات المرضى
3	2	1		
		19,98	347	مساعدى التمريض المتربصين
	23,58		90	المرضى المتربصين
25,19	25,19		115	مساعدى التمريض الممارسين
26,40	26,40		67	المرضى الممارسين المتخصصين
26,91			113	المرضى الممارسين
0,54	0,08	1,00		الدلالة

تدل نتائج الجدول رقم (81) على ترتيب فئات المرضى بالنسبة لبعدها شدة التعب وجاءت في المرتبة الأولى فئة المرضى الممارسين، ثم المرضى الممارسين المتخصصين تليها فئة مساعدى التمريض الممارسين وفي المرتبة الرابعة فئة المرضى المتربصين وفي المرتبة الأخيرة فئة مساعدى التمريض المتربصين.

جدول رقم (82) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة لبعء الأعراض المرضية

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	13,97	90	الممرضين المتربصين
	14,15	347	مساعدى التمريض المتربصين
17,46		113	الممرضين الممارسين
18,26		67	الممرضين الممارسين المتخصصين
18,78		115	مساعدى التمريض الممارسين
0,67	1,00		مستوى الدلالة

تدل نتائج الجدول رقم (82) على أنّ فئة مساعدى التمريض الممارسين احتلت المرتبة الأولى في بعء الأعراض المرضية، ثم جاءت فئة الممرضين الممارسين المتخصصين في المرتبة الثانية وفي المرتبة الثالثة فئة الممرضين الممارسين في حين احتلت فئة مساعدى التمريض المتربصين المرتبة الرابعة وفي المرتبة الأخيرة فئة الممرضين المتربصين.

- وللتأكد من صحة نتيجة هذه الفرضية الجزئية قمنا بدراسة مستوى الفروق بين فئات

الممرضين بالنسبة للأمراض المزمنة وكانت النتائج كالتالى:

جدول رقم (83) يبين الفروق في مستويات الأمراض المزمنة بين الممرضين المتربصين والممرضين

#### الممارسين

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
0,00	8,74	119,18	4	476,74	بين المجموعات	الأمراض المزمنة
		13,62	727	9907,58	داخل المجموعات	
			731	10384,33	المجموع	

تدل نتائج الجدول رقم (83) على وجود فروق بين فئات الممرضين فيما يخص الاصابة بالأمراض المزمنة حيث قيمة ف = 8,74 عند مستوى دلالة 0,00.



جدول رقم (84) يبين اتجاه الفروق على مستوى الإصابة بالأمراض المزمنة بين فئات الممرضين  
ن = 732

مستوى الدلالة	قيمة الفروق بين المتوسطات	فئات الممرضين	
0,00	2,52	مساعدى التمريض المتربصين	الإصابة بالأمراض المزمنة فئة الممرضين الممارسين المتخصصين
0,00	3,24	الممرضين المتربصين	
0,00	2,26	مساعدى التمريض الممارسين	
0,01	1,81	الممرضين الممارسين	

تكشف نتائج الجدول رقم (84) وجود فروق دالة بين فئة الممرضين الممارسين المتخصصين وباقي فئات الممرضين فيما يخص الإصابة بالأمراض المزمنة لصالح الفئة الأولى.

جدول رقم (85) يبين ترتيب فئات الممرضين بالنسبة للإصابة بالأمراض المزمنة

		العدد	فئات الممرضين
2	1		
	1,15	90	الممرضين المتربصين
	1,87	347	مساعدى التمريض المتربصين
2,13		115	مساعدى التمريض الممارسين
2,58		113	الممرضين الممارسين
4,40		67	الممرضين الممارسين المتخصصين
1,00	0,91		مستوى الدلالة

تكشف نتائج الجدول رقم (85) على أن الممرضين الممارسين احتلوا المرتبة الأولى في الإصابة بالأمراض المزمنة ثم جاء في المرتبة الثانية الممرضين الممارسين ثم مساعدى التمريض الممارسين وفي المرتبة الرابعة مساعدى التمريض المتربصين في المرتبة الأخيرة الممرضين الممارسين.

## 2-1- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تختلف علاقة سمات الشخصية بالصحة النفسية والصحة الجسدية لدى الممرضين باختلاف مستويات التعاطف والمناعة النفسية لديهم.

وتتفرع منها الفرضيات الجزئية التالية:

### 2-1-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تختلف علاقة سمة الانبساط بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.

جدول رقم (86) نتيجة تحليل التباين المتعدد لإختبار اختلاف العلاقة بين بعد الانبساط بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4362,58	84	1,96	0,79	الانبساط
0,00	711	7	5,43	0,94	التعاطف

يبين الجدول رقم (86) بوجود أثر دال احصائيا لسمة الانبساط، حيث بلغت قيمة ف = 1,96 مع مستوى دلالة يساوي 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,79. كما تدل النتائج على وجود أثر دال احصائيا بالنسبة للمتغير المعدل المتمثل في مهارة التعاطف حيث ف تساوي 5,43 ومستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,94.

الجدول رقم (87) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الإنبساط والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة الانبساط	البعد الكلي للصحة النفسية	2634,93	12	219,75	1,96	0,02
	الإجهاد	111,79	12	92,65	1,45	0,13
	المجهود الخارجي	298,53	12	24,87	1,50	0,11
	المكافآت	556,62	12	46,38	1,70	0,06
	الاستثمار المفرط	182,47	12	15,20	1,13	0,33
	القلق	571,36	12	47,61	2,33	0,00
	الاكتئاب	438,94	12	36,57	4,90	0,00
	الصحة الجسدية	3544,06	12	295,33	2,02	0,02
	شدة التعب	947,90	12	78,99	1,36	0,17
	الأعراض المرضية	1233,10	12	102,75	2,40	0,00
التعاطف	البعد الكلي للصحة النفسية	448,28	1	448,29	4,01	0,04
	الإجهاد	480,72	1	480,72	7,52	0,00
	المجهود الخارجي	9,36	1	9,36	0,56	0,45
	المكافآت	533,78	1	533,78	19,65	0,00
	الاستثمار المفرط	17,95	1	17,95	1,33	0,24
	القلق	107,93	1	107,93	5,29	0,02
	الاكتئاب	92,86	1	92,86	12,440	0,00
	الصحة الجسدية	2109,65	1	2109,65	14,48	0,00
	شدة التعب	838,07	1	838,07	14,48	0,00
	الأعراض المرضية	288,36	1	288,36	0,74	0,01

يدل الجدول رقم (87) على وجود أثر لسمة الانبساط على البعد الكلي للصحة النفسية حيث  $F=1,96$  عند مستوى دلالة 0,02 كما يوجد أثر للسمة الانبساط على بعدين فقط من أبعاد الصحة النفسية هما القلق والإكتئاب حيث قيمة  $F$  تساوي 2,33 و 4,90 على التوالي وهي دالة عند مستوى دلالة 0,00 كما يوجد أثر لسمة الانبساط على المتغير التابع الثاني الصحة الجسدية حيث  $F = 2,02$  عند مستوى دلالة 0,02 ولها أثر على البعد الجزئي الثاني للصحة الجسدية والمتمثل في بعد الأعراض المرضية  $F = 2,40$  عند مستوى دلالة 0,00 ولم يظهر أثر دال لسمة الانبساط على الأبعاد الجزئية للصحة النفسية

التمثلة في البعد الكلي للإجهاد و بعد المجهود الخارجي والمكافآت والاستثمار المفرط ولم يظهر أثر دال احصائيا أيضا على البعد الأول للصحة الجسدية والتمثل في بعد شدة التعب.

وبعد ضبط سمة الانبساط يظهر أثر دال للمتغير المعدل المتمثل في التعاطف على البعد الكلي للصحة النفسية وأبعادها الجزئية المتمثلة في البعد الكلي للإجهاد وبعد المكافآت والقلق والاكتئاب ولم يظهر أثر دال على مستوى بعدي الصحة النفسية المتمثلان في المجهود الخارجي والاستثمار المفرط، كما تبين وجود أثر دال للمتغير المعدل المتمثل في التعاطف على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية حيث كانت قيم ف تساوي 14,48 و 14,48 و 0,74 على التوالي وهي دالة عند مستوى دلالة تراوح ما بين 0,01 و 0,00.

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

تختلف علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى المرضى.

جدول رقم (88) نتيجة تحليل التغيرات المتعددة لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الطيبة بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4274,04	77	2,32	0,78	سمة الطيبة
0,02	721	7	2,31	0,97	التعاطف

يكشف الجدول رقم (88) بوجود أثر دال احصائيا لسمة الطيبة، حيث بلغت قيمة ف = 2,32 مع مستوى دلالة يساوي 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,78. كما تدل النتائج على وجود أثر دال احصائيا بالنسبة للمتغير المعدل المتمثل في التعاطف حيث ف = 2,31 ومستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,97

الجدول رقم (89) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الطيبة والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى المرضى

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة الطيبة	البعد الكلي للصحة النفسية	2606,06	11	236,91	2,12	0,01
	الإجهاد	2686,53	11	244,23	3,96	0,00
	المجهود الخارجي	225,71	11	20,52	1,23	0,25
	المكافآت	1987,07	11	180,64	7,18	0,00
	الاستثمار المفرط	268,10	11	24,37	1,82	0,04
	القلق	909,72	11	82,70	4,16	0,00
	الاكتئاب	130	11	11,81	1,49	0,12
	الصحة الجسدية	7675,75	11	697,97	4,99	0,00
	شدة التعب	2945,39	11	267,76	4,86	0,00
	الأعراض المرضية	1333,34	11	121,21	2,84	0,01
التعاطف	البعد الكلي للصحة النفسية	167,76	1	167,76	1,50	0,22
	الإجهاد	93,48	1	93,48	1,51	0,21
	المجهود الخارجي	2,89	1	2,89	0,17	0,67
	المكافآت	143,73	1	143,73	5,72	0,01
	الاستثمار المفرط	16,18	1	16,18	1,21	0,27
	القلق	16,39	1	16,39	0,82	0,36
	الاكتئاب	53,76	1	53,76	6,81	0,00
	الصحة الجسدية	687,08	1	687,08	4,91	0,02
	شدة التعب	306,33	1	306,33	5,57	0,01
	الأعراض المرضية	75,86	1	75,86	1,78	0,18

تكشف نتائج الجدول رقم (89) على وجود أثر دال احصائيا لسمة الطيبة على البعد الكلي للصحة النفسية حيث  $F = 2,12$  عند مستوى دلالة 0,01 وأثر دال على الأبعاد الجزئية للصحة النفسية والمتمثلة في البعد الكلي للإجهاد وبعد المكافآت وبعد الاستثمار

المفرط وبعد القلق حيث كانت قيم ف تساوي 7,18 و 1,82 و 4,16 عند مستوى دلالة يتراوح ما بين 0,04 و 0,00 في حين أنه لم يظهر أثر لسمة الانبساط على بعدي الصحة النفسية وهما بعد المجهود الخارجي وبعد القلق. وتبين النتائج وجود أثر دال لسمة الطيبة على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية.

وتدل النتائج أيضا على عدم وجود أثر دال احصائيا للمتغير المعدل على البعد الكلي للصحة النفسية حيث أن  $F = 1,50$  عند مستوى دلالة  $0,22 < 0,05$ ، بينما يوجد أثر دال بعدين للصحة النفسية وهما بعد المكافآت حيث  $F = 5,72$  عند مستوى دلالة 0,01، وبعد الاكتئاب حيث  $F = 0,00$  عند مستوى دلالة 0,00، كما يوجد أثر دال للتعاطف كمتغير معدل على الصحة الجسدية وبعدها شدة التعب حيث قيمة ف تساوي 4,91 و 5,57 على التوالي عند مستوى دلالة 0,02 و 0,01، ولم يظهر أثر للتعاطف على بعد الأعراض المرضية.

### 1-2-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تختلف علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى المرضى.

جدول رقم (90) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4362,5	84	1,85	0,80	سمة يقظة الضمير
0,00	711	7	3,24	0,96	التعاطف

تدل نتائج الجدول رقم (90) بأنه يوجد أثر دال لسمة يقظة الضمير حيث قيمة  $F = 1,85$  عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,80 وبالنسبة لمتغير التعاطف فهو يعتبر متغير معدلا له أثر دال احصائيا بقيمة ف تساوي 3,24 عند مستوى دلالة 0,00 ولمدا ويلكس تساوي 0,96.

الجدول رقم (91) يبين تحليل التغيرات المتعدد لإختبار العلاقة ما بين سمة يقظة الضمير والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة يقظة الضمير	البعد الكلي للصحة النفسية	1892,97	12	157,78	1,40	0,16
	الإجهاد	2061,00	12	171,75	2,74	<b>0,01</b>
	المجهود الخارجي	216,23	12	18,02	1,08	0,37
	المكافآت	803,62	12	66,96	2,49	<b>0,00</b>
	الإستثمار المفرط	154,62	12	12,91	0,95	0,49
	القلق	580,64	12	48,38	2,37	<b>0,00</b>
	الإكتئاب	185,64	12	15,48	1,98	<b>0,02</b>
	الصحة الجسدية	2985,92	12	248,82	1,69	0,06
	شدة التعب	1483,69	12	123,64	2,16	<b>0,01</b>
	الأعراض المرضية	852,28	12	71,02	1,64	0,07
التعاطف	البعد الكلي للصحة النفسية	295,60	1	295,60	2,62	0,10
	الإجهاد	155,19	1	155,19	2,47	0,11
	المجهود الخارجي	1,43	1	1,43	0,08	0,76
	المكافآت	248,62	1	248,62	9,27	<b>0,00</b>
	الاستثمار المفرط	20,32	1	20,32	1,50	0,22
	القلق	16,15	1	16,15	0,79	0,37
	الإكتئاب	76,64	1	76,64	9,80	<b>0,00</b>
	الصحة الجسدية	1169,48	1	1169,48	7,98	<b>0,00</b>
	شدة التعب	466,47	1	466,47	8,16	<b>0,00</b>
	الأعراض المرضية	158,75	1	158,75	3,66	<b>0,05</b>

تكشف نتائج الجدول رقم (91) على عدم وجود أثر دال لسمة يقظة الضمير على البعد الكلي للصحة النفسية بينما يوجد أثر دال احصائياً لهذه السمة على مستوى الأبعاد الجزئية للصحة النفسية والمتمثلة في البعد الكلي للإجهاد بقيمة ف = 2,74 عند مستوى دلالة

0,01 وبعد المكافآت حيث ف = 2,49 عند مستوى دلالة 0,00 وبعد القلق بقيمة ف = 2,37 عند مستوى دلالة 0,00 وبعد الاكتئاب بقيمة ف = 1,98 عند مستوى دلالة 0,02 ، كما لا يوجد أثر دال لسمة يقظة الضمير على البعد الكلي للصحة الجسدية بينما يوجد أثر دال لسمة يقظة الضمير على المتغير التابع الصحة الجسدية في حين يظهر الأثر على مستوى بعد شدة التعب بقيمة ف = 2,16 عند مستوى دلالة 0,01.

وتدل كذلك النتائج على عدم وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على المتغير التابع الصحة النفسية، في حين يوجد أثر دال على بعدين للصحة النفسية هما بعد المكافأة بقيمة ف = 9,27 عند مستوى دلالة 0,00 وبعد الاكتئاب بقيمة ف = 9,80 عند مستوى دلالة 0,00. وتبين النتائج على وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على المتغير التابع الصحة الجسدية وبعديها بقيمة ف تساوي 7,98 و 8,16 و 3,66 على التوالي عند مستوى دلالة تتراوح بين 0,00 و 0,05.



#### 1-2-4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تختلف علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين

جدول رقم (92) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة العصابية بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى التعاطف.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4362,58	84	3,09	0,70	سمة العصابية
0,00	711	7	4,87	0,95	التعاطف

تبين نتائج الجدول رقم (92) بأنه يوجد أثر دال احصائياً لسمة العصابية بقيمة ف = 3,09 عند مستوى دلالة 0,00 ولماذا ويلكس تساوي 0,70، وبالنسبة لمهارة التعاطف نلاحظ من الجدلة بأن لديها أثر دال احصائياً بقيمة ف = 4,87 عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لماذا ويلكس تساوي 0,95.

الجدول رقم (93) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة العصابية والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة العصابية	البعد الكلي للصحة النفسية	2250,16	12	187,51	1,67	0,06
	الإجهاد	823,08	12	68,59	1,06	0,36
	المجهود الخارجي	353,78	12	29,48	1,79	<b>0,04</b>
	المكافآت	812,04	12	67,67	2,52	<b>0,00</b>
	الاستثمار المفرط	207,48	12	17,29	1,28	0,22
	القلق	2786,66	12	232,22	13,44	<b>0,00</b>
	الاكتئاب	134,86	12	11,23	1,42	0,14
	الصحة الجسدية	11364,76	12	947,06	7,02	<b>0,00</b>
	شدة التعب	3854,42	12	321,20	5,97	<b>0,00</b>
	الأعراض المرضية	2365	12	197,08	4,78	<b>0,00</b>
التعاطف	البعد الكلي للصحة النفسية	601,16	1	601,16	5,36	<b>0,02</b>
	الإجهاد	465,48	1	465,48	7,23	<b>0,00</b>
	المجهود الخارجي	9,01	1	9,01	0,54	0,45
	المكافآت	432,80	1	432,80	16,15	<b>0,00</b>
	الاستثمار المفرط	4,97	1	4,97	0,37	0,54
	القلق	46,89	1	46,89	2,71	0,10
	الاكتئاب	95,86	1	95,86	12,15	<b>0,00</b>
	الصحة الجسدية	1756,56	1	1756,56	13,03	<b>0,00</b>
	شدة التعب	718,17	1	718,17	13,34	<b>0,00</b>
	الأعراض المرضية	228,39	1	228,39	5,54	<b>0,01</b>

تبين نتائج الجدول رقم (93) على عدم وجود أثر دال لسمة العصابية على البعد الكلي للصحة النفسية في حين يوجد أثر دال على أبعادها الجزئية المتمثلة في بعد المجهود الداخلي بقيمة ف = 1,79 عند مستوى دلالة 0,04 وبعد المكافأة حيث ف = 2,52 عند

مستوى دلالة 0,00 وبعد القلق بقيمة ف = 13,44 عند مستوى دلالة 0,00 ويوجد أثر دال لسمة العصابية على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية حيث تساوي قيم ف 7,02 و 5,97 و 4,78 على التوالي وهي كلها دالة عند مستوى دلالة 0,00.

وعند تثبيت المتغير المستقل سمة العصابية يُظهر المتغير المعدل التعاطف أثر دال على الصحة النفسية بقيمة ف = 5,36 عند مستوى دلالة 0,02 وأثر دال على أبعاد الصحة النفسية وهي البعد الكلي للإجهاد وبعد المكافأة وبعد الاكتئاب.

أما بالنسبة لأثر التعاطف على الصحة الجسدية فهو دال بقيمة ف = 13,34 عند مستوى دلالة 0,00 وف = 13,34 عند مستوى دلالة 0,00 بالنسبة لبعد شدة التعب وف = 5,54 عند مستوى دلالة 0,01 بالنسبة البعد الجزئي الأعراض المرضية.

#### 1-2-5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

تختلف علاقة الانفتاح بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.

جدول رقم (94) نتيجة تحليل التغيرات المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الانفتاح بالصحة والجسدية باختلاف مستوى التعاطف

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,02	4362,56	84	1,33	0,85	سمة الانفتاح
0,00	711	7	3,99	0,96	التعاطف

تكشف نتائج الجدول رقم (94) بأنّ لسمة الانفتاح أثر دال بقيمة ف = 1,33 عند مستوى دلالة 0,02 وقيمة امدا ويلكس تساوي 0,85، كما تبين أيضاً وجود أثر دال لمتغير التعاطف بقيمة ف = 3,99 عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمددا ويلكس تساوي 0,96.

الجدول رقم (95) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الانفتاح والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى التعاطف لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة الانفتاح	البعد الكلي للصحة النفسية	4368,72	12	364,06	3,33	0,00
	الإجهاد	2625,83	12	218,81	3,54	0,00
	المجهود الخارجي	407,43	12	33,95	2,07	0,01
	المكافآت	681,50	12	56,79	2,10	0,01
	الاستثمار المفرط	243,07	12	20,25	1,15	0,11
	القلق	84,83	12	7,70	0,33	0,98
	الاكتئاب	227,58	12	18,96	2,44	0,00
	الصحة الجسدية	662,84	12	55,23	0,36	0,97
	شدة التعب	507,85	12	42,32	0,72	0,72
	الأعراض المرضية	112,82	12	9,40	0,21	0,99
التعاطف	البعد الكلي للصحة النفسية	189,12	1	189,12	1,73	0,18
	الإجهاد	245,81	1	245,81	3,97	0,04
	المجهود الخارجي	1,56	1	1,56	0,09	0,75
	المكافآت	390,73	1	390,73	14,48	0,00
	الاستثمار المفرط	28,49	1	28,49	2,13	0,14
	القلق	90,22	1	90,22	4,28	0,03
	الاكتئاب	57,34	1	57,34	7,38	0,00
	الصحة الجسدية	1805,12	1	1805,12	12,06	0,00
	شدة التعب	681,56	1	681,56	11,65	0,00
	الأعراض المرضية	268,30	1	268,30	6,05	0,01

تكشف نتائج الجدول رقم (95) بوجود أثر دال لسمة الانفتاح على البعد الكلي للصحة النفسية حيث  $F = 3,33$  عند مستوى دلالة 0,00 ووجود أثر دال على بعد الكلي للإجهاد بقيمة  $F = 3,54$  عند مستوى دلالة 0,00 وبعد المجهود الداخلي بقيمة  $F = 2,07$  عند

مستوى دلالة 0,01 وأثر دال على بعد المكافآت بقيمة ف = 2,10 عند مستوى دلالة 0,01 ووجود أثر دال لسمة الانفتاح على بعد الاكتئاب بقيمة ف = 2,44 عند مستوى دلالة 0,00 بينما لم يظهر أثر دال لسمة الانفتاح على باقي أبعاد الصحة النفسية ولا على الصحة الجسدية وبعديها.

وتبين نتائج الجدول بعد تثبيت سمة الانفتاح عدم وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على الصحة النفسية، ووجود أثر دال احصائيا على الإجهاد وبعد المكافآت بقيمة ف = 14,48 عند مستوى دلالة 0,00 وأثر دال على بعد القلق بقيمة ف = 4,28 عند مستوى دلالة 0,03 وبعد الاكتئاب بقيمة ف = 7,38 عند مستوى دلالة 0,00. وبينت النتائج أيضا على وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية حيث قيم ف تساوي 12,06 و 11,65 و 6,05 عند مستوى دلالة 0,00 و 0,01.

### 1-2-6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تختلف علاقة سمة الانبساط بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

جدول رقم (96) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الانبساط بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4362,58	84	1,90	0,80	سمة الانبساط
0,00	711	7	27,18	0,78	المناعة النفسية

يتبين من الجدول رقم (96) بوجود أثر دال احصائيا لسمة الانبساط حيث قيمة ف = 1,90 عند مستوى دلالة 0,00 ولمدا ويلكس تساوي 0,80 ووجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية بقيمة ف تساوي 27,18 عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,78

الجدول رقم (97) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الانبساط والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة الانبساط	البعد الكلي للصحة النفسية	2427,20	12	202,26	1,92	0,02
	الإجهاد	756,43	12	63,03	1,07	0,38
	المجهود الخارجي	267,83	12	22,32	1,39	0,16
	المكافآت	428,42	12	35,70	1,38	0,16
	الاستثمار المفرط	168,27	12	14,02	1,04	0,40
	القلق	519,09	12	43,25	2,15	0,01
	الاكتئاب	437,32	12	36,44	5,37	0,00
	الصحة الجسدية	3242,86	12	270,23	1,89	0,03
	شدة التعب	887,06	12	73,92	1,28	0,22
	الأعراض المرضية	1152,78	12	96,06	2,31	0,00
المناعة النفسية	البعد الكلي للصحة النفسية	5092,27	1	5092,27	48,45	0,00
	الإجهاد	4170,99	1	4170,99	70,97	0,00
	المجهود الخارجي	368,70	1	368,70	23,05	0,00
	المكافآت	1493,58	1	1493,58	57,85	0,00
	الاستثمار المفرط	45,35	1	45,35	3,37	0,06
	القلق	299,83	1	299,83	14,91	0,00
	الاكتئاب	580,45	1	580,45	85,54	0,00
	الصحة الجسدية	4177,96	1	4177,96	29,26	0,00
	شدة التعب	953,57	1	953,57	16,52	0,00
	الأعراض المرضية	1139,54	1	1139,54	27,41	0,00

تبين نتائج الجدول رقم (97) على وجود أثر دال لسمة الانبساط على البعد الكلي للصحة النفسية بقيمة ف = 1,92 عند مستوى دلالة 0,02 وأثر دال على الأبعاد الجزئية المتمثلة في بعد القلق بقيمة ف = 5,37 عند مستوى الدلالة 0,01 وبعد الإكتئاب بقيمة ف = 2,31

عند مستوى دلالة 0,00 وعدم وجود أثر دال على باقي أبعاد الصحة النفسية بينما يوجد أثر دال لسمة الانبساط على الصحة الجسدية بقيمة ف = 1,89 عند مستوى دلالة 0,00 وأثر دال على بعد الأعراض المرضية بقيمة ف = 2,31 وعند مستوى دلالة 0,00.

وبعد ضبط المتغير المستقل المتمثل في سمة الانبساط تبين وجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية على البعد الكلي للصحة النفسية وجميع أبعادها الجزئية ما عدا بعد الاستثمار المفرط، كما تبين وجود أثر دال للمناعة النفسية على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية.

### 7-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

تختلف علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

جدول رقم (98) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الطيبة بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4274,04	77	1,97	0,81	سمة الطيبة
0,00	711	7	19,87	0,83	المناعة النفسية

تبين نتائج الجدول رقم (98) بوجود أثر دال لسمة الطيبة حيث قيمة ف = 1,97 عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,81، كما يوجد أثر دال احصائياً بالنسبة للمناعة النفسية حيث ف = 19,87 عند مستوى دلالة 0,00 ولمدا ويلكس تساوي 0,83.

الجدول رقم (99) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الطيبة والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة الطيبة	البعد الكلي للصحة النفسية	1720,96	11	156,45	1,47	0,13
	الإجهاد	1480,95	11	134,63	2,33	0,00
	المجهود الخارجي	205,98	11	18,72	1,16	0,30
	المكافآت	1526,15	11	138,74	5,72	0,00
	الاستثمار المفرط	260,44	11	23,67	1,78	0,05
	القلق	787,58	11	71,59	3,63	0,00
	الإكتئاب	66,71	11	6,06	0,83	0,60
	الصحة الجسدية	6489,16	11	589,92	4,27	0,00
	شدة التعب	2788,93	11	253,53	4,61	0,00
	الأعراض المرضية	960,13	11	87,28	2,08	0,01
المناعة النفسية	البعد الكلي للصحة النفسية	4134,37	1	4134,37	39,03	0,00
	الإجهاد	2933,53	1	2933,53	50,86	0,00
	المجهود الخارجي	373,20	1	373,20	23,24	0,00
	المكافآت	770,80	1	770,80	31,78	0,00
	الإستثمار المفرط	50,13	1	50,13	3,77	0,05
	القلق	138,40	1	138,40	7,02	0,00
	الإكتئاب	479,67	1	479,67	65,78	0,00
	الصحة الجسدية	1870	1	1870	13,54	0,00
	شدة التعب	326,20	1	326,20	5,93	0,01
	الأعراض المرضية	634,15	1	326,20	15,17	0,00

تكشف نتائج الجدول رقم (99) على عدم وجود أثر دال إحصائياً لسمة الطيبة على البعد الكلي للصحة النفسية بينما يوجد أثر دال على الأبعاد الجزئية للصحة النفسية هي البعد الكلي للإجهاد وبعد المكافآت وبعد الإستثمار المفرط وبعد القلق بقيمة ف تساوي 5,72



و1,78 و3,63 عند مستوى دلالة يتراوح ما بين 0,00 و0,05 وتدل النتائج أيضا على وجود أثر دال لسمة الطيبة على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية حيث قيم ف تساوي 4,27 و4,61 و2,08 على التوالي عند مستوى دلالة ما بين 0,00 و0,01 .

وتبين أيضا من الجدول على وجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية على الصحة النفسية وأبعادها وعلى الصحة الجسدية وبعديها.

### 1-2-8- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

تختلف علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

جدول رقم (100) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,01	4362	84	1,59	0,83	سمة يقظة الضمير
0,00	711	7	21,71	0,82	المناعة النفسية

يكشف الجدول رقم (100) على وجود أثر دال لسمة الانبساط حيث  $F = 1,59$  عند مستوى دلالة 0,01 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,83 ووجود أثر للمتغير المعدل المتمثل في المناعة النفسية حيث ف تساوي 21,71 ولمدا ويلكس تساوي 0,82.

الجدول رقم (101) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة يقظة الضمير والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية ببعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة يقظة الضمير	البعد الكلي للصحة النفسية	1085,83	12	90,48	0,84	0,60
	الإجهاد	1023,99	12	85	1,46	0,13
	المجهود الخارجي	121,29	12	10,10	0,62	0,82
	المكافآت	516,84	12	43,07	1,67	0,06
	الإستثمار المفرط	136,90	12	11,40	0,84	0,60
	القلق	493,71	12	41,14	2,04	<b>0,01</b>
	الاكتئاب	139,83	12	11,65	1,61	0,08
	الصحة الجسدية	2873,03	12	239,41	1,67	0,06
	شدة التعب	1514,12	12	126,17	2,22	<b>0,01</b>
	الأعراض المرضية	823,89	12	68,65	1,63	<b>0,01</b>
المناعة النفسية	البعد الكلي للصحة النفسية	4340,16	1	4340,16	40,57	<b>0,00</b>
	الإجهاد	3163,81	1	3163,81	54,17	<b>0,00</b>
	المجهود الخارجي	296,53	1	296,53	18,30	<b>0,00</b>
	المكافآت	1049,85	1	1049,85	40,85	<b>0,00</b>
	الإستثمار المفرط	43,90	1	43,90	3,26	0,07
	القلق	173,38	1	173,38	8,16	<b>0,00</b>
	الاكتئاب	519,82	1	519,82	72,19	<b>0,00</b>
	الصحة الجسدية	3426,11	1	3426,11	23,91	<b>0,00</b>
	شدة التعب	673,23	1	673,23	11,84	<b>0,00</b>
	الأعراض المرضية	1061,86	1	1061,86	25,26	<b>0,00</b>

كشفت نتائج الجدول رقم (101) على عدم وجود أثر دال لسمة يقظة الضمير على البعد الكلي للصحة النفسية وعلى أبعادها الجزئية ما عدا بعد القلق حيث قيمة  $F = 2,04$  عند مستوى دلالة 0,01 ولا يوجد أثر دال لسمة يقظة الضمير على الصحة الجسدية وبعد

الأعراض المرضية بينما يوجد أثر دال على بعد شدة التعب حيث قيمة  $F = 2,22$  عند مستوى دلالة 0,01 .

وبعد ضبط المتغير المستقل المتمثل في سمة يقظة الضمير ظهر أثر دال احصائيا للمتغير المعدل المناعة النفسية على الصحة النفسية وجميع أبعادها الجزئية ما عدا بعد الاستثمار حيث قيمة  $F$  تساوي 3,26 عند مستوى دلالة 0,07. ويوجد أثر دال على الصحة النفسية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية حيث قيم  $F$  تساوي 23,91 و 11,84 و 25,26 على التوالي كلها عند مستوى دلالة 0,00 .

### 9-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية التاسعة:

تختلف علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

جدول رقم (102) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة العصابية بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,00	4362,58	84	2,98	0,71	سمة العصابية
0,00	711	7	25,76	0,79	المناعة النفسية

تبين نتائج الجدول رقم (102) بوجود أثر دال لسمة العصابية حيث قيمة  $F = 2,98$  عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا تساوي 0,71 كما تبين وجود أثر دال لمتغير المناعة النفسية حيث  $F$  تساوي 25,76 عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا تساوي 0,79.

الجدول رقم (103) يبين تحليل التباين المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة العصابية والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى المرضى

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة العصابية	البعد الكلي للصحة النفسية	2692,23	12	224,35	2,14	0,01
	الإجهاد	608,39	12	50,70	0,86	0,58
	المجهود الخارجي	366,81	12	30,56	1,92	0,02
	المكافآت	677,70	12	56,47	2,21	0,01
	الاستثمار المفرط	225,10	12	18,75	1,40	0,15
	القلق	2643	12	220,25	12,85	0,00
	الاكتئاب	96,19	12	8,01	1,10	0,35
	الصحة الجسدية	10305,97	12	858,83	6,46	0,00
	شدة التعب	3550,78	12	295,89	5,48	0,00
	الأعراض المرضية	2170,80	12	180,90	4,50	0,00
المناعة النفسية	البعد الكلي للصحة النفسية	5894,93	1	5894,93	56,29	0,00
	الإجهاد	4296,42	1	4296,42	72,85	0,00
	المجهود الخارجي	412,07	1	412,07	25,99	0,00
	المكافآت	1386,46	1	1386,46	54,43	0,00
	الاستثمار المفرط	64,19	1	64,19	4,81	0,02
	القلق	147,47	1	147,47	8,60	0,00
	الاكتئاب	546,40	1	546,40	75,25	0,00
	الصحة الجسدية	3067,29	1	3067,29	23,07	0,00
	شدة التعب	590,86	1	590,86	10,94	0,00
	الأعراض المرضية	965,67	1	965,67	24,05	0,00

يتبين من الجدول رقم (103) وجود أثر دال لسمة العصابية على الصحة النفسية وأبعادها ما عدا بعدي الاستثمار المفرط حيث  $F = 1,40$  عند مستوى دلالة  $0,15 <$  من  $0,05$  والإكتئاب بقيمة  $F = 1,10$  عند مستوى دلالة  $0,35 <$  من  $0,05$  وتبين أيضا وجود أثر دال لسمة العصابية على الصحة الجسدية وبعديها الصحة الجسدية وبعديها شدة

التعب والأعراض المرضية حيث قيم ف تساوي 6,46 و 5,48 و 4,50 عند مستوى دلالة 0,00.

وتكشف نتائج الجدول رقم (103) على وجود أثر دال للمناعة النفسية على الصحة النفسية وأبعادها وأثر دال على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية.

### 10-2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية العاشرة:

تختلف علاقة الانفتاح بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

جدول رقم (104) نتيجة تحليل التباين المتعدد لاختبار اختلاف العلاقة بين سمة الانفتاح بالصحة النفسية والصحة الجسدية باختلاف مستوى المناعة النفسية

مستوى الدلالة	درجة الحرية		ف	Lambda Wilks	المتغير
	داخل	بين			
0,25	4362,58	84	1,09	0,88	سمة الانفتاح
0,00	711	7	22,87	0,81	المناعة النفسية

تكشف نتائج الجدول رقم (104) بعدم وجود أثر دال احصائيا لسمة الإنفتاح حيث ف = 1,09 عند مستوى دلالة يساوي 0,25 < من 0,05 أما بالنسبة للمناعة النفسية فدللت النتائج على وجود أثر دال احصائيا حيث ف = 22,87 عند مستوى دلالة 0,00 وقيمة لمدا ويلكس تساوي 0,81.

الجدول رقم (105) يبين تحليل التغيرات المتعدد لاختبار العلاقة ما بين سمة الانفتاح والصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستوى المناعة النفسية لدى الممرضين

المصدر	المتغير التابع	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
سمة الإنفتاح	البعد الكلي للصحة النفسية	2627,97	12	218,99	2,09	0,01
	الإجهاد	1431,91	12	119,32	2,06	0,01
	المجهود الخارجي	260,43	12	21,70	1,35	0,18
	المكافآت	416,31	12	34,69	1,34	0,18
	الاستثمار المفرط	199,81	12	16,65	1,24	0,24
	القلق	137,95	12	11,49	0,55	0,87
	الاكتئاب	142,26	12	11,85	1,64	0,07
	الصحة الجسدية	814,51	12	67,87	0,46	0,93
	شدة التعب	453,19	12	37,76	0,64	0,80
	الأعراض المرضية	314,27	12	26,18	0,61	0,83
المناعة النفسية	البعد الكلي للصحة النفسية	3300,08	1	3300,08	31,48	0,00
	الإجهاد	3097,52	1	3097,52	53,56	0,00
	المجهود الخارجي	244,60	1	244,60	15,28	0,00
	المكافأة	1213,55	1	1213,55	46,97	0,00
	الاستثمار المفرط	26,82	1	26,82	2	0,15
	القلق	387,50	1	387,50	18,78	0,00
	الاكتئاب	461,21	1	461,21	64,08	0,00
	الصحة الجسدية	4326,31	1	4326,31	29,60	0,00
	شدة التعب	803,24	1	803,24	13,77	0,00
	الأعراض المرضية	1401,24	1	1401,24	32,78	0,00

يكشف الجدول رقم (105) على وجود أثر دال احصائيا لسمة الانفتاح على البعد الكلي للصحة النفسية حيث  $F = 2,09$  عند مستوى دلالة  $0,01$ ، وجود دلالة على مستوى البعد الكلي للإجهاد بقيمة  $F = 2,06$  عند مستوى دلالة  $0,01$  وعدم وجود أثر دال لسمة

الإنتفاخ على باقي الأبعاد الجزئية للصحة النفسية، كما لا يوجد أثر دال على الصحة الجسدية وبعديها.

وتبين النتائج بعد تثبيت المتغير المستقل سمة الانفتاح على وجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية على الصحة نفسية وأبعادها ما عدا بعد الاستثمار المفرط حيث  $F = 2,00$  عند مستوى دلالة  $0,15 < 0,05$  ووجود أثر دال على الصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية.

## 2- عرض النتائج الدراسة الكيفية:

### 2-1- نتائج عينة الممرضين المتربصين:

#### 2-1-1- نتائج الإجابة على السؤال الأول: بعد التربص الأول، هل لاحظت توافق بين

الدروس النظرية والجانب التطبيقي؟

عبر أغلبية الممرضين المتربصين بأنهم لم يلاحظوا وجود توافق بين الدروس النظرية في المدارس التكوين الشبه الطبي والواقع التطبيق في المؤسسات الصحية حيث كان النتائج كالتالي:

الجدول (106) يبين إجابة عينة الممرضين المتربصين على السؤال رقم (01)

النسبة المنوية	الممرضين المتربصين	النسبة المنوية	مساعد المتربصين	العينة الإجابة
7,5%	03	12,5%	05	نعم
92,5%	37	87,5%	35	لا
100%	40	100%	40	المجموع

يكشف الجدول رقم (106) أنّ أغلبية المتربصين أي نسبة 87,5% من عينة مساعد التمرريض و92,5% من عينة الممرضين يجدون بأنّ الدروس النظرية لا تتوافق مع الجانب التطبيقي أثناء التربص في المؤسسات الصحية.

## 2-1-2- نتائج الاجابة على السؤال الثاني: برر اجابتك:

- لقد اتفقت أغلبية إجابات مساعدي التمريض المتربصين على غياب التوافق بين الدروس النظرية وواقع التربص في المؤسسات الصحية بحيث أكد معظمهم على أنّ ما يتم دراسته في مدارس الشبه الطبي لا يوجد في الميدان وذلك حسبهم نظرا لإنعدام تطبيق التعليمات في المؤسسات الصحية ووجود تناقض بين النظري والتطبيق، في حين يرى بعض مساعدي التمريض أنّ الدروس النظرية لم تكن بمستوى التطبيق حيث عبرت إحداهن بالقول: "أخذنا مجرد ثقافة أو لمحة عن المجال الطبي" أما أخرى فقد صرحت: "بأن الدروس النظرية تعطي نظرة سطحية لعمل مساعد التمريض أما التطبيقية فهي التعمق بحد ذاته"، ويرى بعض مساعدي التمريض أنّ التطبيق أسهل من الدروس النظرية.

كما لاحظ مساعدي التمريض أنّ عدم التوافق بين الدروس النظرية والتطبيقية يكون أساسا من حيث غياب النظافة في المستشفيات وسوء معاملة المرضى وهذا ما عبّر عنه ب:"الدراسة تعتمد على المنطق والنظام والمسؤولية أما الواقع فهو خليط من اللامبالاة والإهمال وعدم النظافة والتوازن" وفي نفس السياق نجد تعبير آخر: "خاصة من حيث النظافة وأسلوب العمل من حيث معاملة المرضى، سوء المعاملة والأخلاق السيئة وكأنهم ثقل عليهم، يبتزون أحاسيسهم ومشاعرهم والخداع والمكر حيث نجد الكلمة المتداولة بينهم "الكيدية" أي تخلص منه. وأكدّ بعض المتربصين أنه أثناء التربص كان لديهم تجربة وتفاعل حقيقي مع المرضى بعكس الدروس النظرية وكان من المفروض تقديم بعض الدروس عن طريقة التعامل مع المريض قبل الدخول في التربص.

أما مساعدي التمريض الذين لاحظوا وجود توافق بين الدروس النظرية والتطبيق فبرروا إجابتهم بأنّ التربص مكّنهم من تأكيد المعلومات التي اكتسبوها في الدروس النظرية واستطاعوا بذلك تجسيدها في الواقع خاصة من حيث منهجية العمل.

واتفقت إجابة فئة الممرضين في الصحة العمومية (ISP) مع مساعدي التمريض (ATS) إذ يرى 92,5 % منهم بأنه لا يوجد توافق بين النظري والتطبيقي وبرر أغبيتهم سبب ذلك إلى عدم وجود الإمكانيات وعدم توفر الوسائل العلاجية الحديثة وغياب شروط النظافة وغياب التنظيم في العمل وضيق الوقت، كما يرى بعضهم أن السبب يتمثل



في نقص تكوين الممرضين العاملين وعدم تطبيقهم للمعايير المنصوص عليها أثناء قيامهم بمهامهم وبالتالي يتم التعلم بصورة خاطئة وهذا ما لاحظناه في بعض تعبيرات المتربصين مثل ، " التطبيقى هو أشياء متوارثة تعلم كيف تفعل ولا تفعل" ، "لا أحد يتبع الطريقة النظرية والكل يتبع الطريقة التي يتم تعليمها في التطبيق" ، "التقليد الأعمى للعمال" ، أما بعض المتربصين فيرون أن الإختلال يكمن في طريقة التكوين حيث صرحوا بأنهم يتعلمون أشياء أثناء التربص ثم بعد ذلك يتطرقون إليها في الدروس النظرية "ترى في التطبيق بعض الأشياء قبل أن تكون لدينا فكرة عنها في الدروس النظرية"، كما يكدون على أنهم يتعلمون في الجانب التطبيقي أكثر من الجانب النظري للدروس. أما فئة أخرى من المتربصين فعبروا عن عدم التنسيق بين الدروس النظرية والجانب التطبيقي من خلال ملاحظاتهم لسلوك الممرضين "ترى في المؤسسات الصحية عالما آخر يملأه انعدام الضمير إلا فئة قليلة وكأنه مع طول الوقت تجد أنّ العامل قد أصبح قاسي القلب بصورة تثير الدهشة.... أي أنّ كل ما تقرأه حبر على ورق.....سوء المعاملة، انعدام الضمير....تجد المريض يتمنى الموت على أن يدخل إلى المؤسسات الصحية"، "وجود الممرضين المهملين أكثر من المثابرين" ويجد بعض المتربصين أنّ هناك تداخل في مهام الممرضين وذلك ما عبروا عليه بقولهم: "عدم احترام الممرض لمهامه"، "عدم التفريق بين مهام مساعدي التمريض والممرضين"، "كما أنّ مساعد التمريض أصبح يعمل عمل الممرض وأكثر..."، ويجب التأكيد على أنّ الممرضين المتربصين أتفقوا على غياب الضمير المهني عند الممرضين العاملين إلا فئة صغيرة وهذا في نظرهم من أهم أسباب عدم التناسق بين التكوين النظري والتطبيقي.

وبالنسبة للممرضين المتربصين الذين صرّحوا بوجود تنسيق ما بين الجانب النظري والتطبيقي فيرون أنّ الدروس النظرية فيها تفاصيل ومعلومات يتم تأكيدها في التربص الميداني.

### 2-1-3- نتائج الإجابة على السؤال الثالث: ما هو أهم حدث أثر فيك أثناء هذا التربص؟

لقد أشار أغلب مساعدي التمريض إلى أنّ حالات الموت هي التي أثرت فيهم وخاصة موت الأطفال، فكانت هذه المشاهد صادمة بالنسبة لهم كما أنّ تصرفات بعض الممرضين العاملين وعدم اهتمامهم بالمرضى كانت مفاجأة لهم وهذا ما لمسناه في تصريحاتهم "صراخ

ممرضة على طفلة ميتة سريريا وكأنها واعية وتوبيخها لي (أي للمتربصة) لماذا تبذرين عليها الضمادات سوف تتقندل "يعني تموت"، بالإضافة إلى عدم القدرة على مشاهدة الجروح العميقة والحروق، والتألم لمعاناة المرضى وعائلات الموتى، كما استغرب مساعدي التمريض لبعض تصرفات العاملين مثل الإستقبال السيء للمرضى وطردهم في بعض الأحيان، سوء المعاملة وقسوة الممرضين وهذا ما عبّر عنه المتربصين " مريض قال لي سوف أفتقدك لأنك كنت تساعدني كثيرا وتعاملني جيدا ليس كالأخرين الذين يعملون هنا"، " كانت هناك امرأة عجوز مسكينة لا يأتيها أحد، كنت أهتم بها.... وعندما ذهبت إليها وجدتها نائمة ظننت أنها ميتة، أسرعرت إلى الممرض لكي أحضره فقال لي اتركها تموت راهي طولت" ، كما أثرت في المتربصين بعض التصرفات الغير مهنية لبعض الممرضين مثل الإشاعات، الشكاوي والتذمر وكثرة النسيمة، وكذلك الضحك بإستمرار والسخرية وهذا ما صرّحت به إحدى المتربصات " تعرضت امرأة لمضاعفات فتوقف قلبها لبضع ثواني وكانت جميع الممرضات يضحكن بهستيرية ولم يهتمن بها، وبعد أن أفاقت قالوا لها بأن "عزرائيل لم تعجبه وأعادها" فقد أدهشني هذا الموقف ولكل عائلتها التي كانت تبكي حولها"، إلا أنّ فئة قليلة من مساعدي التمريض أثر فيهم ارتدائهم المنزر الأبيض لأول مرة والذي أشعرهم بتحمل المسؤولية والأهمية البالغة لمهنة المستقبل.

بالنسبة للممرضين المتربصين فكانت إجاباتهم متشابهة تقريبا مع مساعدي التمريض، فلقد تأثروا هم كذلك لحالات الموت وخاصة بالنسبة للأطفال، كما لاحظوا إهمال المرضى وسوء معاملتهم سواء من الأطباء أو من الممرضين وخاصة في مصلحة التوليد، إذ بلغ حد الإهمال حسبهم إلى وفاة بعض النساء الحوامل فلقد عبّرت إحدى المتربصات على "عدم احترام انسانية المريضات من قبل القابلات والجراحين أثناء الولادة"، ونلاحظ أنّ الممرضين المتربصين تأثروا لمعاناة المرضى وأهالي المتوفين وكذلك لغياب النظافة وقلة الوسائل وهذا ما أشار إليه أحد المتربصين بقوله "المرافق الصحية عفنة ولا تصلح لأن تكون ملجأ للكلاب"، وصرّح بعضهم بأنّ عدم قدرتهم على التواصل مع المرضى نظرا لضعف التكوين في هذا المجال أشعرهم بالعجز وأثر عليهم مثله مثل غياب الضمير والتهاون في العمل من طرف بعض عمال الصحة كما أنّ تساوي الممرض ومساعد التمريض في المهام يمثل عامل محبط بالنسبة لهم، وهذا ما قاله أحدهم " تساوي مهام الممرض ومساعد التمريض....لا يمكن التفريق بينهما وهذا ما يؤثر على نفسية أغلب المتربصين".

## 4-1-2- نتائج الإجابة على السؤال الرابع: هل هذه المهنة تتوافق مع طموحاتك؟

جدول (107) يبين إجابة عينة الممرضين المتربصين على السؤال الرابع

النسبة المئوية	الممرضين المتربصين	النسبة المئوية	مساعدى التمريض المتربصين	الإجابة العينة
% 65	26	%87,5	35	نعم
%35	14	%12,5	05	لا
%100	40	%100	40	المجموع

يبيّن الجدول رقم (107) بأنّ أغلبية مساعدى التمريض المتربصين وبنسبة 87,5% يصرّحون بأنّ مهنة التمريض تتوافق مع طموحاتهم في حين أكثر من ثلث الممرضين المتربصين يعتبرون هذه المهنة لا تتوافق مع طموحاتهم.

## 5-1-2- نتائج الإجابة على السؤال الخامس: لماذا تتوافق أو لا تتوافق هذه المهنة مع

طموحاتك؟

أغلبية مساعدى التمريض صرحوا بأنّ هذه المهنة تتوافق مع طموحاتهم لأنّها حلم الطفولة أو لأنها رغبة أباءهم خاصة بالنسبة للفتيات، وهذا ما أوضحته إحدى المتربصات " بسبب مرضي في الصغر كنت أقول لأمي بأنني سأصبح ممرضة... لكي أستقبل المرضى بالإبتسامة... ولا أشبه هؤلاء الممرضين إنهم ليسوا لطفاء، هو حلم ووعده..."، كما يرى أغليبيتهم بأنها مهنة نبيلة وشريفة تتوافق مع مبادئهم وأخلاقهم وهي مهنة غايتها مساعدة الآخرين وهي خصال يمتلكونها وهذا ما لاحظناه في تعبيراتهم " لأغير ما يمكن تغييره وأتقي الله في المرضى"، " لأنها تجعلني أتوافق مع مبادئ وأخلاقى وتعد مصدر تقربي إلى الله أكثر فأكثر" وعبر البعض أنهم لم يدركوا أنها تتوافق مع طموحهم إلا بعض التربص الأول "صراحة لم تكن من طموحاتي...بعد التربص أحسست فعلا بالمسؤولية..." حيث وجدوا بأنّها مهنة نبيلة فيها الكثير من القيم السامية.

غير أنّ قلة من مساعدى التمريض لاحظوا بأنّ هذه المهنة لا تتوافق مع طموحاتهم خاصة بعد تجربة التربص "كنت أحب هذه المهنة كثيرا قبل الذهاب إلى التربص، لكنني الآن بعدما

رأيت فيها "وجوه" ندمت كثيرا، ولو كان الوقت مازال لكنت تركت الدراسة ولكن كل طموحاتي تحطمت عندما دخلت التربص الأول".

ويرى الممرضين المتربصين أنّ هذه المهنة تتوافق مع طموحاتهم لأنها هي اختيار الطفولة وحلم الكثير منهم لأنها مهنة انسانية، كما أنهم يحبون مساعدة الآخرين وهذا من خلال التعبيرات التالية: "هي تمثل حلم العمل في مجال الصحة"، "أحب مساعدة الآخرين"، "المرض أقرب للمريض من الطبيب"، "وفيها أجر الآخرة والدنيا"، "بغض النظر عن المنصب المضمون لكنني أحب مساعدة الشيوخ..... أحب التعامل معهم، فالحديث معهم متعة خاصة...." وعبر البعض الآخر أن التربص هو الذي حببهم في المهنة "كانت مجرد توجيه... لكن مع قيامي بالتربصات ومعايشة المرضى أصبحت مهنتي جزء من شخصيتي، أصبحت أطمح إلى مواصلة التكوين والإرتقاء لإصلاح جزء من مجتمعي"، فالتعامل مع المرضى معرفة الواقع التطبيقي كان السبب في حب المهنة بالنسبة لبعض المتربصين "لم أختَر هذه المهنة.... عندما تعاملت مع المرضى وعرفت القطاع الصحي ومشاكله، أحببت عملي أكثر وأطمح أن أغير هذا الواقع، وأعتبر الفكرة السيئة المأخوذة في المجتمع عن الممرض الذي أفسدها مساعد التمريض الذي تدخل فيما يفوق دراسته.....".

ونلاحظ أنّ نسبة كبيرة نوعا ما من الممرضين المتربصين (35%) صرحوا بأن هذه مهنة لا تتناسب مع طموحاتهم لأنهم لم تكن لديهم الرغبة فيها بل التوجيه الجامعي والصدفة هي سبب التحاقهم بها، "لأنّ رغبتني كانت في التوجه نحو مجال التعليم..". كما صرّحت إحداهن "أنها مهنة لا تمنح الوقت الكافي لقضاء أشغال أخرى مثل الواجبات المزلية"، كما أنّ طموح بعضهم كان دراسة الطب وهذا ما عبّروا عنه بما يلي: "كان طموحي أكبر من هذا خاصة أن معدلي كان مرتفع"، "حلمي وطموحي كان أكبر..."، "الطموحات أبعد وأبعد عنها"

بعد التربص الأول لم تعجبني المهنة لأنها لا تتناسب مع الدروس النظرية والراتب دنيء جدا" وفي نفس الجانب المادي صرح ممرض بأنها مهنة غير مربحة "هي تعد مهنة غير مريحة من الجانب المادي كما أنّ لدي طموحات أخرى"، وبما أنّ الجانب التطبيقي كان محفزا لبعض المتربصين لمهنة التمريض إلا أنه كان سببا للبعض منهم في النفور منها وهذا ما أقرّوه في تعبيراتهم "كنت أطمح لأبرز شيئا ما وأضع بصمتي ولكن للأسف مع الظروف التي نراها في ميدان الصحة مهنة التمريض لا تناسبني بالرغم من أنّ هذا موجود في الدول الأخرى المتطورة"، وأكد

على ذلك آخرون "لأن ظروف العمل في الجزائر لا توفر ما يحتاجه الممرض مقارنة بما يقدمه....." ، " لقد كنت أظن أنّ مهنة التمريض من أسمى المهن التي ابتكرها الإنسان وبمعنى آخر أجملها وهي كذلك فأنا أحبها فهي مهنة الأخلاق والنزاهة، لكنني اصطدمت بواقع مر، ....الواقع لا يتماشى مع طموحاتي هناك منافسة لقتل المرضى وإهمال المريض.....".

### 3-2- نتائج عينة الممرضين الممارسين:

3-2-1- نتائج الاجابة على السؤال الأول: ما هو أهم حدث أثر فيك أثناء ممارستك

لمهنتك؟

يرى أغلبية مساعدي التمريض أنّ أكثر ما أثر فيهم هي حالات الوفيات التي شهدها وخاصة بالنسبة للمرضى الذين كانوا قد امضوا معهم فترة من الزمن ونلاحظ هذا في تصريحاتهم مثل "عند وفاة أحد المرضى بالمصلحة كنت متعلقة به"، "عندما تكون في عملك وتتعرف على مرضى ويؤثرون فيك وتحن لهم وتعرفهم ثم بعد ذلك يفارقون الحياة، هذا مؤثر جدا" أو "عندما يموت مريض بين أيدي"، ومن بين الأحداث المؤثرة أيضا في مساعدي التمريض حالات موت الشباب والأطفال وهذا يتجلى من خلال التصريحات التالية " وفيات المرضى وخاصة الشباب في مقتبل العمر"، "موت أشخاص لا تتجاوز أعمارهم 20 إلى 30 سنة" ، " دخول مريضة سعيدة بأنّها ستضع مولودها حدث لها نزيف.... وتوفيت....."، " أهم حدث يؤثر في.... عند رؤية طفل يموت أمام عينيك"، وأكثر ما يؤلم مساعدي التمريض هو مشاهدة معاناة مرضى السرطان " وفاة مريضة بعد معاناتها من مرض السرطان"، "تأثير العلاج الكيميائي" ، " بكاء المرضى"، وعدم القدرة على مساعدة المرضى" لم أجد ما أقدمه لتخفيف آلام المريض رغم أنني وضعت له مسكنات الألم، كان الألم أشد من المسكن" فحالات العجز أمام المرضى كانت من العوامل المؤثرة في المسار المهني لمساعدى التمريض ونلاحظ ذلك أيضا في ما أدلى به بعضهم " أحداث كثيرة....دون معرفة كيف المساعدة... " ونقص المعدات ووسائل العمل وهذا ما نلاحظه في تصريح أحد مساعدي التمريض " أحيانا نود مساعدة المريض ولكن لسوء الحظ لا نجد كل المستلزمات الضرورية"، " نقص الأموال لدى المرضى لأن كل التحليل باهظة الثمن" وقد تؤثر بعض العوامل الخاصة بمساعدي التمريض في حياتهم المهنية مثل تغيير المصلحة أو موت أحد الأقارب، تبدو هذه الأحداث المؤثرة كلها سلبية غير أنّ اثنين من مساعدي

التمريض أثرت فيهم أحداث ايجابية وهذا ما صرحا به "شكر المرضى " و"عند رؤيتي لمرريض بصحة جيدة ومعافى".

أما اجابات الممرضين والممرضين المتخصصين فقد تشابهت مع إجابات مساعدي التمريض من حيث تأثرهم بمشاهدة الوفيات وخاصة بالنسبة للمرضى الذين اعتادوا على تواجدهم في المصالح التي يعملون بها وهذا ما ظهر في تعبيراتهم مثل "وفاة أحب مريض إلى قلبي (2011) كنت اعتبره كصديق وكأخ"، "وفاة بعض المرضى الذين اعتدنا على وجودهم" ، "وفاة أحد المرضى المقربين إلي والعزيز على قلبي بدون رأيتة"، وكذلك موت الأطفال والشباب والذي يؤثر كثيرا في الممرضين "موت الأطفال أو دخولهم إلى الإنعاش"، "...طفلين ذكر وأنثى، الطفلة ماتت وأخوها دخل الإنعاش وتلك الأيام كانت تقارب أيام العيد"، والوفاة نتيجة الإصابة بمرض السرطان والموت نتيجة الأخطاء الطبية والظروف الصعبة التي تواجه الممرضين أثناء القيام بواجباتهم منها غياب الأمن بالنسبة للممرضين وللمرضى على حد سواء "...تعرض أحد المرضى للنصب والإحتيال من طرف مجهول"، " عندما كنت أعمل في الإستجالات، جاءت إلينا جماعة من الشباب المخمورين وكنا ممرضتين لوحدنا في المناوبة واضطررنا للتعامل مع أنهم كانوا يضايقوننا كثيرا"، كما أنّ الإصابات البليغة للأفراد تترك أثرا كبيرا في الممرضين مثل بتر أحد الأطراف والإصابات الناتجة عن حوادث المرور ، وأبدى بعض الممرضين تأثرهم نتيجة التعب والإرهاق والعمل في بعض الأحيان طيلة مدة المناوبة دون توقف " العمل 12 ساعة بدون توقف في مصلحة الاستجالات لحد الساعة، الموضوع لا نتخيل كيف تحملناه"، "في شهر رمضان عند آذان المغرب اضطررنا للعمل على حالات مستعجلة ولم نفطر ذلك اليوم واحسنا بالتعب كثيرا" ، ويحدث التغيير العمل في المصالح أو تغيير رؤساء المصالح أثرا سينا على الممرضين وهذا ما صرحوا به " عندما ذهبت الطيبة الرئيسية وغيرت المصلحة أحسست بفراغ رهيب وبخوف شديد"، "تنقلي بين المصالح" ، "تحويل البروفسور الأستاذ المكلف بالإستجالات إلى مصلحة أخرى" ، "أهم حدث هو انتقالي من مصلحة الإنعاش الأطفال إلى مصلحة الإستجالات".

ويمثل إعلام أهل المريض بحالته الصحية أو حالة الوفاة عبئا على الممرضين وهذا ما صرحوا به "إخبار أهل المريض بحالته الصحية"، " رضيع مريض خرج من الأزمة، كانت ستستلمه أمه بعد عيد الفطر ولكن الرضيع توفي أثناء المناوبة في عيد الفطر، جاءت الأم فرحانة بأجمل الثياب

وأحضرت الحلويات والقهوة، ولا أحد تجرأ أن يقول لها ابني مات، وعند سماعها الخبر بدأت تمزق ثيابها بصمت.... هذا الحدث لم أنساه مدة 10 سنوات"، كما أنّ المرضيين أظهروا هم أيضا تأثرهم بالعجز عن القيام بواجباتهم نظرا لقلّة الإمكانيات أو الحالة المزرية للمرضى وهذا ما ظهر في أقوالهم "عندما يكون بين يديك مريض فقير ومرضه شديد ومستعصي العلاج وأنا عاجز عن أخفف عنه أو أساعده ماديا " ، أو لظروف خاصة " وفاة أحد أصدقائي بمرض السرطان في الوقت كان الأطباء المقيمين في إضراب لمدة 07 أشهر.....لقد عانى صديقي الله يرحمه ولم أستطع مساعدته"، وقد أبدى العديد من المرضيين الممارسين استياءهم من غياب الاعتراف بمجهوداتهم ومن تعرضهم للظلم ولعدم المساواة في المعاملة من طرف المشرفين والمسؤولين على حد تعبيرهم " الحقرة ، عدم المساواة البيروقراطية، يتناحاو قاع"، "عدم الاعتراف بالمجهود المبذول وعدم المساواة بين جميع المرضيين"، "الظلم ، الظلم من طرف المسؤولين".

ويعد الصراع بين المرضيين وداخل المصالح عامل مؤثر أيضا بالنسبة للمرضيين حيث عبرت أحدهن بأنّ "أكثر ما في هو الخصام الذي وقع بين زميلتي في العمل وفي نفس الوقت أفضل صديقة لي " ويظهر الصراع أيضا خاصة بالنسبة للمرضيين الجدد والذين لم يتقبلوا أن يقوم مساعدي التمريض بنفس المهام التي يقومون بها. وأبدت نسبة قليلة من المرضيين الممارسين تأثرهم الإيجابي بمسارهم المهني حيث كانت بعض تعبيراتهم كالتالي "عندما تؤدي مهمتك على أحسن وجه وترى المريض مرتاح يعتبر أكبر حدث ونجاح بالنسبة لي"، " أفرح عندما أرى مريضا كان في حالة حرجة ونجى منها وأنّ المجهود لم يذهب سدى" ، " لا يمكن أن أثر بحدث ولكن اتخذه كخبرة من حياتي المهنية واستفيد من في المستقبل".

### 3-2-2- نتائج الاجابة على السؤال الثاني: هل تتلقى الاعتراف نظير المهام التي تقوم

بها؟

#### الجدول (108) يبين إجابة عينة الممرضين الممارسين على السؤال الأول

النسبة المنوية	المرمضين الممارسين (ISP / ISSP)	النسبة المنوية	مساعدى التمريض الممارسين	العينة الاجابة
%45	18	%60	24	نعم
%55	22	%40	16	لا
%100	40	%100	40	المجموع

تكشف نتائج الجدول رقم (108) بأن 60 % من مساعدى التمريض الممارسين صرحوا بتلقيهم الاعتراف نظير المهام التي ينجزونها في حين أن أغلبية الممرضين الممارسين بنسبة 55 يعتبرون بأنهم لا يتلقون الاعتراف اللازم مقابل مجهوداتهم.

### 3-2-3- نتائج الاجابة على السؤال الثالث: ما هو نوع الاعتراف الذي تراه مناسباً

للمجهود الذي تبذله، وممن يجب أن تحصل عليه؟

بيّنت الإجابات على هذا السؤال بأن أغلبية مساعدى التمريض يرون بأنهم يتلقون الاعتراف نظير الجهد الذي يبذلونه ويتمثل هذا الاعتراف بالدرجة الأولى في الجانب المعنوي حيث إن شفاء المرضى والشكر الذي يتلقونه منهم أو من أسرهم يعتبر إعترافاً بحد ذاته " ارتياح المرضى عندما يرونني هذا هو الاعتراف الكبير.."، "عندما يشفى المريض وأتلقاه من عند أهل المريض" وقد يكون الاعتراف مجرد ابتسامة المريض، كما أن هذه المهنة هي مهنة يتم فيها كسب الأجر من الله، " دعوة الخير"، "....التعامل مع المرضى وكسب الأجر"، كما يعتبر بعضهم أن الاعتراف لا يهم بما أنهم بما أنهم راضين على عملهم "لا أنتظر أي اعتراف من أحد إنما أتلقاه عند الله ان شاء الله"، "من رضا النفس"، غير أن 40% من مساعدى التمريض صرحوا بأنهم لا يحصلون على الاعتراف نظير مجهوداتهم وحتى نسبة من الذين أقروا بحصولهم على الاعتراف المعنوي من طرف المرضى، لقد أبدوا



الحاجة إلى الإعراف من طرف المسؤولين وزملاء " لا أنتظر أي نوع من الاعتراف ، هذا عملي وأنا مجبر على القيام به ولكن في بعض الأحيان يجب الحصول عليه للتحفيز فقط وليس كثيرا" "يجب أن نحصل على الإعراف من مسؤول المصلحة وهذا بتحفيظات معنوية على الأقل"، "مجرد الشكر والرضا من المسؤول وزملاء العمل"، " نحن نعمل في مصلحة بنظرهم نحن لا نعمل شيء" كما يطلب مساعدي التمريض الإحترام كنوع من الإعراف "احترامي عند مزاوله مهامى من زملاء مهنتي"، وهناك من يرى بأنه لا يحصل على الإعراف من عائلات المرضى والمسؤولين " الاعتراف بالمجهود الكبير سواء من طرف العائلة أو المسؤولين الذين أعمل معهم"، "الشكر والاحساس والاعتراف أنى حقا أنا أتعب من أجل مصلحة مريض فأنا أعمل المستحيل لمساعدتهم".

وينتظر بعض مساعدي التمريض الإعراف بكفاءته وفعاليتة " نوع الإعراف الذي أراه مناسباً مقابل الجهد الذي أبذله هو أنى عضو فعال ومجتهد ومتقن لعملي"، وهناك من لخص الإعراف في كلمة واحدة "المدح" أو "التشجيع" أو "الشكر" في حين يرى بعض مساعدي التمريض أنّ راتبهم زهيد وهذا يعدّ عدم إعراف بمجهوداتهم " أنى أخدم مهنتي مساعدة تمريض مثل الممرضات وراتب قليل"، " الاعتراف...مثلا ترقيات أو جوائز محفزة أو الزيادة في الراتب"، فيما أقرّ مساعد تمريض بأنّ الإعراف الذي يريده هو تحسين مهاراته بالتكوين " نوع الاعتراف الذي أراه مناسباً للمجهود هو أنى أعيد تكويني من جديد".

ودلّت نتائج الإجابات الخاصة بالمرضى الممارسين بأن 45% صرحوا بأنهم يتلقون الإعراف مقابل مجهوداتهم ويتمثل هذا الإعراف حسبهم في الأجر من عند الله "لا أنتظر الإعراف من أي أحد ولا أحتاجه إنما أعمل لوجه الله عز وجل " ، "يكفي الشكر والدعاء بالخير" و يرى آخرون أنه يكفيهم إعراف المريض "إنّ أهم شخص في مهنتنا المريض وإن أحس هو بالرضى ودعا لي هذا أهم إعراف وأجمله"، "الإعراف بالمجهود الذي أبذله وخصوصا المرضى" ، وقد يتلخص الإعراف في كلمة طيبة من المريض وأسرته " كلمة طيبة وابتسامة مشرقة من طرف المريض وشكرا من أهله"، وبعض الممرضين يرون الإعراف يكون بالرضا عن أنفسهم " بعد رضا الله، اعتراف ورضى نفسي وضميري بما أقوم به".

أما أغلبية الممرضين والممرضين المتخصصين فيرون أنهم لا يحصلون على الإعراف اللازم مقابل المجهود الذي يبذلونه خاصة الشكر من طرف المسؤولين " أرى أنني أستحق

التقدير والشكر على الأقل بالنسبة للعمل الذي أقوم به والذي انجزه" ، " أرى أنّ الاحترام والتقدير هو أحسن اعتراف من طرف المسؤولين، لأنني لا أفتقده من طرف زملائي والمرضى وعائلات المرضى"، "الاعتراف من طرف رؤساء العمل بالمجهودات الجبارة التي نقوم بها"، وهناك من يعتبر بوجود نقص في الإعتراف من طرف المسؤولين وحتى من طرف الزملاء والمرضى " مشاعر الشكر والإمتنان والعرفان من طرف رؤسائي وزملائي وتقديم الدعم لي لتقديم أفضل ما أمكك وعدم بث المشاعر السالبة التي تحطم معنوياتي ومشاعري"، "الضمير من جهة المرضى والمسؤولين" ، "شكر من المريض"، ويرى بعض الممرضين بأنهم بحاجة إلى الإحترام والتقدير "ينقصنا الإحترام أما المجهود فهو في سبيل الله"، " الإعتراف المناسب للمجهود الذي أبذله هو الإحترام وعدم المعاملة كأنني آلة لا تشعر وليس لها مشاعر أو ليس لها صحة تخاف أن تخسرها جراء التعب"، ويرى بعض الممرضين أنّ الإعتراف يكون بالترقية والزيادة في الراتب والذي لا يناسب المجهود المبذول "الترقية المناسبة والراتب المناسب"، "الترقية، المنح، العلاوات، التريصات بالخارج" ، "الزيادة في الأجر وفي المنصب"، كما تظهر الحاجة إلى الإعتراف عن طريق التكوين المتواصل " الاحترام والتقدير حسب اختصاصك في العمل والدعم المتواصل بدورات التكوين والترقية" والتخصص هنا يقصد به التفريق بين الممرضين ومساعدى التمريض وهذا ما صرحت به إحدى الممرضات "الزيادة في المعاش زائد الاعتراف بتخصصي أنه تخصص لوحدته خلافا لمساعدى التمريض"، ويرى بعض الممرضين بأنّ الإعتراف الذي يستحقونه هو الإسترجاع والراحة "الإسترجاع (الراحة)" ، "الإعتراف المناسب هو أنك عندما تحتاج ساعات أو أيام لقضاء حوائجك تتلقى الدعم ولكن للأسف هذا الإعتراف لا يوجد في مصلحتنا"، في حين تؤكد إحدى الممرضات على عدم العدل في تقسيم العمل " الاعتراف الوحيد هو العدل في تقسيم العمل بين مؤسساتنا فقط، فأنا لا أبحث عن عبارات التقدير أو ما شابه، عندما يقل ضغط العمل أحس بالراحة، فيجب على مسؤولينا أن يوزعوا العمل بالعدل فكل يأخذ حقه ولا يحترثون على واحد والآخر مرتاح...".

### 4-2-3- نتائج الاجابة على السؤال الرابع: في رأيك، هل مهنة التمريض تتناسب مع

طموحاتك؟

#### الجدول(109) يبين إجابة عينة الممرضين الممارسين على السؤال الرابع

النسبة المنوية	الممرضين الممارسين (ISP / ISSP)	النسبة المنوية	مساعدى التمريض الممارسين	العينة الاجابة
% 45	18	% 62,5	25	نعم
% 55	22	% 37,5	15	لا
%100	40	%100	40	المجموع

يتبين من الجدول رقم ( ) أن 62,5% من مساعدي التمريض يعتبرون أنّ مهنة التمريض تتوافق مع طموحهم و40% منهم يرون بأنها لا تتوافق مع طموحاتهم في حين يعتبر أغلبية الممرضين الممارسين بنسبة 55% أنّ مهنة التمريض هي أدنى من طموحهم.

### 5-2-3- نتائج الإجابة على السؤال الخامس: لماذا مهنة التمريض تتوافق أو لا تتوافق

مع طموحاتك؟

دلّت الإجابات على هذا السؤال بأنّ أغلبية مساعدي التمريض يعتبرون بأنّ هذه المهنة تتوافق مع طموحاتهم بما أنّها تعتبر بالنسبة للبعض منهم حلم الطفولة " لأن منذ طفولتي، كنت أريد أن أصبح ممرضة.."، " نعم لأنني كنت أهوى التمريض منذ صغري، كنت أعب كمرضة أو طبيبة وحققت حلمي"، وعبر بعضهم على حبهم للمهنة لأنّها مهنة نبيلة وفيها الأجر الكبير من الله " لدي شغف كبير في هذه المهنة وأحب مهنة التمريض"، "لأنها مهنة نبيلة"، "لأنها مهنة جيدة وشريفة ولها أجر كبير عند الله عز وجل"، "أحب هذه المهنة فيها أجر وأجرة ودعوات الخير....." ويرى بعض مساعدي التمريض أنهم يحبون مساعدة الآخرين وهذه المهنة تسمح لهم بتحقيق هذا الهدف "لأنني أحب مهنتي والتعامل مع المرضى"، " تحقيق أحلامي وخدمة الناس"، "لأنها عمل انساني.....،نكسب منها مهارة التعامل مع الغير، المشاركة في أفعال الخير"، "لأنّ التمريض يخص المشاعر، كي تكون مريضا لا بد أن تكون لك أحاسيس وشعور اتجاه المرضى وهذا الاحساس يناسب طموحاتي"، ويعتبر مساعد تمريض بأنّ هذه المهنة تحقق له العيش الكريم

"لأنني أريد أن أعيش عيش مواطن بسيط يملك أدنى متطلبات الحياة اليومية من سكن وعمل والعيش في سلام وهناء".

أما مساعدي التمريض الذين صرحوا بأنّ مهنتهم لا تتوافق مع طموحاتهم فيعتبر أغابهم بأنّها مهمة أدنى من الطموحات التي كانوا يحلمون بتحقيقها نظرا لأنها أقل من مستواهم التعليمي، أو لأنهم كانوا يريدون ممارسة مهن أخرى "لأن طموحاتي تفوق مهنة التمريض"، "لأنني طموحة جدا"، "لأن مستويا الدراسي غير موافق مع مهنتي ومهنة مساعدة تمريض"، "كنت أتوقع أن أصبح طبيب وليس ممرضا"، "لأن مهنة التمريض لا تتناسب مع طموحاتي لأنّ طموحي أكبر كن امتلاكي لشهادة تمريض"، ويرى بعض مساعدي التمريض أنّ هذه المهنة لا تتوافق مع طموحاتهم لأنها مهنة لا تلقى الإحترام والتقدير في المجتمع "...لأننا لا نتلقى الاحترام اللازم"، أو لأنها مهنة لا تلبى الحاجات المادية "لأن معاش الممرض لا يكفي لتلبية الحاجيات"، أو نظرا للصعوبات المهنية التي تواجههم "توجد عراقيل عدة للقطاع الشبه الطبي".

ويرى 45% من الممرضين والممرضين المتخصصين بأنّ مهنة التمريض تتناسب طموحاتهم لأنها بالدرجة الأولى مهنة اختاروها عن قناعة لأنهم يحبونها "لأنني أحب مهنتي وأعطي كل ما عندي في مهنتي"، "لأنها كانت أولى اختياراتي من البداية ولأنني أحبها"، "لأنني أحببتها قبل أن أمارسها..." ولأنها مهنة فيها الكثير من الحسنات والأجر من الله، وهي بالأساس تسمح بمساعدة الآخرين "لأنها مهنة إنسانية وأحس فيها بأني أقدم شيء ذو أهمية لأشخاص بحاجة على ذويهم، في حالة ضعف حيث أشعر براحة حين أسمع دعواتهم وشكرهم لعملي"، "كان من طموحي أن أمتهن في الصحة وفي المصلحة التي كرست حياتي في الخدمة ومهنة التمريض مهنة نبيلة وسامية وشريفة وأجرتها وثوابها قبل كل شيء من عند الله...."، "أنا أحب مهنة التمريض لأنّ الأجر المادي قليل لكن الأجر عند الله الكثير الكثير"، وهناك من يشعر بالثقة للممارسة هذه المهنة "لأنها مهنة في ذاتها مساعدة الناس وتمنح الثقة في النفس" أو لسهولة الحصول على منصب العمل "لأنها وفرت لي العمل بسهولة وتكوين في مساعدة المرضى والاحساس بالآخرين".

ويعتبر أغلبية الممرضين الممارسين بأنّ مهنة التمريض لا تلبى طموحاتهم لأن لا تتناسب مع أحلامهم ومع مستواهم الدراسي "لأن طموحي أكثر من ذلك وكنت أريد أن أسلك مهنة الطب..."، "لأن لدي طموحات كثيرة غير التمريض"، أو للرجبة في ممارسة مهنة أخرى "أنا

احب الرياضة، كنت أتمنى أن أكون أستاذة رياضة"، أو لغياب إمكانية التطور والترقية فيها "لأنها محدودة ولا أستطيع التطور فيها"، "لأنها تكون أحيانا مخيبة للآمال" أو لإحساس الممرضين بأنّ هذه المهنة تكبح من قدراتهم " أنا لدي قدرات أكبر، الحاجة إلى العمل هي ما أدى إلى اختيار هذه المهنة" ولكن أغلبية الممرضين أوضحوا بأنّ ظروف العمل السيئة هي التي جعلت من هذه المهن لا تتناسب مع طموحاتهم " لأنّ الدراسة شيء وواقع العمل شيء آخر"، " الظروف الصعبة وعدم التوجيه المناسب"، "نظرا لظروف العمل التي نمارس فيها هذه المهنة، ظروف سيئة نقص في كل القطاعات، أجهزة، نظافة، عتاد طبي، اطارات مهنيين، بالإضافة إلى الأجر الشهري والعلاوات"، ".....نقص الهياكل الطبية، عدم اهتمام السلطات بمهنة تسمى التمريض"، ونظرا للمجهود الكبير المبذول بدون المقابل المناسب من وجهة نظرهم " كانت حلمي ولكن حلمي تحطم واختفى لتعدد الوفيات والارهاق والمشاكل"، و لغياب الإحترام والتقدير " لا تتناسب مع مستويا الدراسي وطموحاتي لغياب التقدير والاحترام بشتى أنواعه"، " مهنة التمريض ليس لها قيمة ولا وزن في مجتمعنا .....المرض يبقى ممرضا لا يتطور أبدا، عكس الطبيب ، لا تكوين ولا تطوير ولا امتيازات ولا اعتراف ....."، " عندما رأيت الوضع الذي أعمل به حاليا تحطمت كل طموحاتي فأنا أعمل أكثر مما يلزم وأتحمل أعباء أكثر، لم أكن أتخيل هذا، ومرات أجد نفسي أتعامل مع أناس يتراجع معهم مستواي الفكري وكأنني لم ادرس، ومرات عديدة ليس لكلمتي قيمة ، فأرضي ناس جهلاء فقط لكي لا أثير المشاكل....، طموحي كان أن يكون لي قيمة في عملي وذات كلمة مسموعة"، و يرى البعض بأنّها مهنة ذات أجر زهيد "لأنها تحتوي على الكثير من الجهد البدني والمعنوي مع قلة الأجر"، ".....هي مهنة لا تسمح بالعيش الذي أريده"، "نبذل جهد كبير مقابل أجره قليلة"، "...ولكثرة الجهد المبذول ولعدم الحصول على الترقية والراتب المناسب نظير التعب".

### 3-2-6- نتائج الاجابة على السؤال السادس: هل ترى أنك في حاجة إلى تعلم مهارات

جديدة؟

#### الجدول(110) يبيّن إجابة عينة الممرضين الممارسين على السؤال السادس

النسبة المئوية	المرضى الممارسين (ISP / ISSP)	النسبة المئوية	مساعدى التمريض الممارسين	العينة الاجابة
% 95	38	% 90	36	نعم
% 05	02	% 10	04	لا
%100	40	%100	40	المجموع

تدل نتائج الجدول رقم (110) أنّ أغلبية الممرضين الممارسين بمختلف الفئات يرون بأنهم في حاجة إلى تعلم مهارات جديدة بنسبة 90 % بالنسبة لعينة مساعدى التمريض و95 % بالنسبة للممرضين.

### 3-2-7- نتائج الاجابة على السؤال السابع: ماهي المهارات التي ترى أنك في حاجة

إلى تعلمها؟

لقد صرّح 90% من مساعدى التمريض الممارسين أنّهم بحاجة إلى إكتساب مهارات جديدة تساعدهم على القيام بمهامهم بكفاءة وفعالية حيث تجلّى ذلك في تصريحات أغلبيتهم والذين لم يحددوا المهارات الواجب تعلمها ولكنهم أبدوا الحاجة إلى التكوين المستمر "لا يوجد مهارة محددة وإنما الحاجة لتعلم الجديد دائما"، "دورات تكوينية مستمرة"، "كل شيء يساعد في التخفيف على المريض"، "أتمنى أن أطور مهاراتي بالدراسة"، "مهما كانت مهاراتي جيدة أو متوسطة يجب دوما المرور دوما إلى الأمام والارتقاء إلى الأحسن"، أما بعض مساعدى التمريض فقد أبدوا الحاجة إلى تعلم مهارات تساعدهم على التعامل والتواصل مع المرضى " التعامل"، "الاسعافات الأولية ، الناحية النفسية، كيفية التواصل مع المريض"، وخاصة بالنسبة للتعامل مع الأطفال والمرضى المصابين بالسرطان "...كالتعامل مع أطفال مرضى صغار وكيفية معاملة مرضى السرطان وكيفية تلقينهم العلاج الكيماوي.."، " نعم العديد من المهارات، كيفية التعامل عند تقديم العلاج لمرضى السرطان"، وتوجد الحاجة أيضا إلى معرفة التصرف في الحالات الطارئة ".....يجب علينا دائما اكتساب مهارات جديدة مثل التعامل مع الحالات الطارئة وكيفية

التصرف" وهناك من أبدى الحاجة إلى تعلم مهارات تمكنه من التعامل مع الزملاء "المهارات التي أرى باني بحاجة إلى تعلمها هي ان أكون محاط بطاقم طبي عالي ولديهم القليل من الانسانية والحس النفسي وهذا من المستحيل في الزمن الذي نحن فيه واكتساب ثقافة طبية وعلاجية جديدة " والبعض الآخر يرون بأنهم بحاجة إلى تعلم تقنيات جديدة تواكب التطور التكنولوجي "طرق طبية جديدة ومتطورة على حسب التكنولوجيا"، "نحن في حاجة إلى تعلم التقنيات التكنولوجية الجديدة".

أما بعض مساعدي التمريض فصرحوا بأنهم في حاجة لتعلم مهارات أخرى للترقية إلى فئة أخرى في مجال الصحة "أنا مساعدة تمريض وأنا بحاجة لتعلم مهارات ممرضة"، "في مجال الصيدلة أطمح وبشدة أن أكسب مهارات وتكوينات تساعدني في المستقبل على بناء مستقبلي في هذا المجال"، "المهارات التي أرى أنني بحاجة لتعلمها هي أنني أكون في اختصاص أشعة"، "أن أعيد البكالوريا وأصبح طبيب"، وفي الأخير يوجد بعض مساعدي التمريض صرحوا بأنهم ليسوا في حاجة إلى تعلم مهارات جديدة "لا يوجد مهارات بحاجتها"، "ليس بسبب المهارات بل من أجل الترقية فقط لأن مهارتي أكبر من فئتي المهنية".

بالنسبة للممرضين والممرضين المتخصصين الممارسين فقد أبدى 95 % منهم الحاجة إلى تطوير مهاراتهم وذلك عن طريق التكوين المتواصل ولم يوضح بعضهم طبيعة المهارات التي يريدون تعلمها وإنما ذكروا التكوين بصفة عامة "أتمنى أن تكون دورات تعليمية لتبأنا وتطلعنا على كل ما هو جديد في مجال الصحة والعلاج" ، "نعم أنا في حاجة إلى التكوين والتكوين واكتساب مهارات جديدة"، "أحب التعلم ومهنتي فيها ترقية محدودة، أحتاج إلى مهارات غير محدودة، المهم لا أكون متوقفة في مكان واحد دون ترقية ودون تطور"، "الرسكلة وهي إعادة التأطير والتكوين الشبه الطبيين من جديد لأن العلم في تطور كبير ومستمر" ، وأبدى بعض الممرضين الممارسين الرغبة في تعلم مهارات جديدة تواكب التطور التكنولوجي " تعلم كيفية العمل بأجهزة جديدة متطورة"، "المهارات الجديدة التي تتماشى مع التطور التكنولوجي"، "...مواكبة التطور العلمي والجديد في مهنة التمريض...". وصرح البعض الآخر بحاجتهم إلى تعلم المهارات التواصلية والعلائقية " العلم في تطور ونحن مازلنا نتعامل مع المريض ونعالجه بطريقة بدائية ، يجب تطوير طرق العلاج...."، "التعامل مع المريض نفسيا و مع محيطه أي عائلته"، "الحوار والاستماع مهم جدا في عملية التمريض".

وتبين أيضا وجود حاجة لدى الممرضين الممارسين إلى تعلم التواصل مع الزملاء "أحتاج إلى مهارة تطوير عملي واستفادة المريض منه، احتاج إلى التعامل مع أشخاص أكثر تفهما، تواضعا، وانسانيين ومتفتحين وليس أغبياء وجاهلين ومنحطين"، وهناك ممرضين صرحوا بأنهم بحاجة إلى تطوير مهارات متعلقة بالمصالح التي يعملون بها " كيفية القيام بتغيير الضمادات المتعفنة" ، " التقنيات الجديدة المعمول بها في الدول المتقدمة خاصة النظافة"، "...خصوصا مهارات التمريض الخاصة بالإنعاش والإستعجالات والتخصص الحالي لتصفية الكلى"، "كل المهارت...التي تساعدني في عملي الحالي مثل الاسعافات الأولية، الانعاش، أنواع أخرى من الضمادات (التعقيم بعد العمليات)"، "أريد تكويننا في مجال الأدوية"، أو تعلم مهارات أخرى في مصالح لم يعملوا بها "اكتساب الخبرة في مصالح أخرى، كمصلحة القلب..."، أو مهارات تخص الدقة والسرعة في إنجاز المهام " لدي عدة مهارات أريد تعلمها مثل السرعة وأداء واجبي على أكمل وجه"، ولقد لخصت هذه الممرضة المتخصصة الحاجة إلى التكوين وأنواعه في ما يلي " أرى أنّ على الممرضة عدم الاستقرار في نفس المصلحة وفي نفس الاختصاص لمدة طويلة، يجب أن يكون هناك نظام تناوب في مختلف المصالح من جهة لاكتساب المهارات ومن جهة أخرى لقتل الروتين الذي تقع فيه معظم الممرضات ما بين المنزل والعمل بالإضافة إلى التكوين المستمر مع الترقية التي تكون عرفانا وتقديرا للمجهودات المبذولة، أرى أنّ فن التعامل مع المريض، مع الزملاء ومع المسنولين هو أفضل المهارات التي يجب أن نتعلمها".



### 3- مناقشة النتائج:

بعد التحليل الإحصائي للمعطيات وعرض نتائج الدراسة سوف نتطرق إلى مناقشتها على ضوء بعض الدراسات السابقة وبالاستناد إلى واقع المؤسسات الصحية من خلال التجارب المعاشة للمرضين.

#### 3-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توجد فروق في مستويات كل من سمات الشخصية والتعاطف والمناعة النفسية والصحة النفسية والصحة الجسدية لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين، والتي تفرعت منها فرضيات جزئية سوف نناقشها بالتفصيل.

#### 3-1-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توجد فروق في مستويات سمات الشخصية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

دلّت نتائج الدراسة على وجود فروق في مستويات سمات الشخصية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين في جميع السمات ما عدى سمة الإنفتاح حيث لم تظهر فروق دالة إحصائية، واحتل الممرضين المتخصصين الممارسين والممرضين المتربصين (ISSP/ ISP) المرتبة الأولى في سمة الإنبساط، فيما جاء مساعدي التمريض الممارسين في المرتبة الأخيرة على هذه السمة، ويُعتبر بعد الإنبساط حسب (M. E. Bobillier-Chaumon et P. Sarin, 2012) سمة متعلقة بشدة وعدد التفاعلات البين الشخصية والحساسية بالنسبة لمثيرات المحيط الخارجي وهذا ما يتماشى مع طبيعة مهنة التمريض التي تتطلب التفاعل الإجتماعي مع الآخرين سواء كانوا مرضى أو مرافقيهم أو الزملاء والمشرفين وحتى المتربصين، وهذا ما أكده (Cevrone & Pervin, 2013) في أنّ الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على سمة الإنبساط يتفوقون في المهن الإجتماعية، وجاء في المرتبة الأولى على هذا البعد الممرضين المتخصصين بإعتبار أنّ هذه الفئة هي الأكثر خبرة وأقدمية حيث أنّ معدل الأقدمية في المهنة لهذه الفئة يساوي 20,82 (15- 28 سنة) والذي يسمح لهم بإكتساب خبرة كبيرة في مهنتهم والتي تتميز بإنجاز مهام متعددة في نفس الوقت

والإقتصاد في المدة الزمنية المحددة لإنجاز المهام وهذا ما يتوافق مع ما بيّنه (Gerald Matthews & al, 2009) في أنّ الأفراد الانبساطيين يظهرون أداء أعلى لبعض المهام التي تتطلب الإنتباه المشترك أي الإنتباه في مواقف متعددة ومقاومة الإرتباك والتدخلات الجانبية، ويبيدي الانبساطيون معالجة لفظية للمعلومات التي تدعم صفة الاجتماعية لديهم إذ يكونون أكثر إنتاجا للكلمات فعّالة في الإتصال اللفظي البناء، كما تبين إنّ للإنبساط أثر أكبر بالنسبة للمُكون الحركي حيث يكون أداء الانبساطيين أكبر في المهام التي تتطلب السرعة في الحركة وهذا ما يتمشى مع مهنة التمريض التي تتطلب الإنتباه لعدة مؤشرات في نفس الوقت أثناء إنجاز المهام وسرعة التنفيذ والتدخل في الحالات الإستعجالية والطارئة مع التواصل اللفظي مع المريض بالتزامن مع تقديم العلاج والتواصل الجيد مع الزملاء والأطباء لتنفيذ التعليمات أو لتوضيح التغييرات في حالة المريض أو لنقل إنشغالاته بإعتبار أنّ الممرض هو يمثل همزة الوصل بين المرضى والأطباء وهذا ما يتوافق مع دراسة (عقباني ربيعة، 2016) حيث كشفت النتائج على وجود فروق في سمة الانبساط الإجتماعي بدلالة الأقدمية ما بين فئة ( أقل من 5سنوات) و فئة (11- 15 سنة) لصالح هذه الأخيرة نظرا لقلة الخبرة التي تميّز الفئة الأولى للمرضيين حيث تعد فترة الخمسة سنوات الأولى فترة اندماج في المهنة والتأقلم مع ظروف العمل وكذلك التعرف على زملاء العمل وبالتالي يكون الممرضين الجدد أقل إنبساطا إجتماعيا بالمقارنة مع نظرائهم الأكثر خبرة، وبهذا يمكن تفسير نتائج هذه الدراسة حيث احتل مساعدي التمريض الممارسين المرتبة الأخيرة في سمة الانبساط بما أنّ معدل الأقدمية لهذه الفئة المهنية هو أقل من 5 سنوات ويساوي 4,83 (1- 9 سنة). وتجدر الإشارة إلى أنّ النتائج بينت بعدم وجود فروق بين فئة الممرضين المتخصصين الممارسين وفئة الممرضين المتربصين في سمة الانبساط وكان المتوسط الحسابي للفئتين متساوي ويمكن تفسير هذا بما أورده (C. Lévy-Leboyer, 2005) في أنّ سمة الانبساط مرتبطة بالنجاح في التكوين وقد يدل هذا على القدرة على طرح الأسئلة والقدرة على التفاعل مع المكونين وهذا ما ينطبق على الممرضين المتربصين والذي يُعدون من أنجب الطلبة إذا ما أخذنا بعين الإعتبار معدلاتهم في شهادة البكالوريا والتي تفوق 12 والذي يمثل معدل القبول في المهنة بالإضافة إلى طبيعة التكوين التي

تتطلب الإحتكاك والتفاعل مع المدرسين في معاهد التكوين بالتزامن مع التربص في مختلف مصالح المراكز الإستشفائية والمؤسسات الصحية وبالتالي التواصل مع المرضى والمرضى ومختلف الفاعلين في تلك المؤسسات، وإذا ما أخذنا بعين الإعتبار معدل سن عينة المرضى المتربصين والذي يساوي 19,4 (19-23 سنة) حيث أكدت بعض الدراسات على أنّ فئة الشباب يحصلون على درجات مرتفعة في سمة الإنبساط وهذا ما أورده (Hansenne,2003) عن "ماكري" الذي قام في سنة 1994 بدراسة الفرق بين سمات الشخصية بدلالة السن فبيّنت النتائج على حصول المراهقين ما بين سن 17 و20 سنة درجات أعلى في الإنبساط والعصابية وإنخفاض في مستوى الطيبة ويقظة الضمير. وأشار (Cevrone & Pervin, 2013) إلى تأكيد الدراسات على أنّ المراهقين أو البالغين في بداية سنوات العشرينيات يقضون معظم الوقت في على الهاتف وفي الإتصال مع أصدقائهم وهذا يعني ارتفاع درجات الإنبساط لديهم.

واحتل مساعدي التمريض المتربصين المرتبة الأولى في سمة الطيبة، بينما المرضى الممارسين جاء في المرتبة الأخيرة على هذا البعد. وترتبط سمة الطيبة بالتفاعلات الإجتماعية الإيجابية والإيثار ومساعدة الآخرين وهي سمة حسب (Lévy-Leboyer, 2005) تتنبأ إضافة لسمة يقظة الضمير بنجاح العمال في مجال الصحة، فالطيبة تتنبأ بالقدرة على تشكيل العلاقات المتبادلة والحفاظ عليها وهي مهمة للتأثير على الزملاء وخاصة في فريق العمل، وعندما يتطلب العمل تعاون جيد بين أعضاء الفريق وهذه المهارات مطلوبة في مهنة التمريض، ولقد جاء مساعدي التمريض المتربصين في المرتبة الأولى في سمة الطيبة وهذا ما يتوافق مع جاء في دراسة (P-A Touzé & D. D. Steiner,2013) في أنّ حصول مساعدي التمريض على درجات مرتفعة في سمة الطيبة يدل على أنّ هذه الفئة من المتربصين لديهم تمثيل للمهارات المكتسبة بالنسبة للمهنة مقارنة مع باقي فئات المرضى المتربصين، بالرغم من أنّ سمة الطيبة حسب (Lévy-Leboyer, 2005) لها دور كبير في حالات التكوين الأولي أو التكوين المتواصل والذي يتطلب الكثير من التفاعلات الإجتماعية ولكن يكمن الفرق بين فئات المتربصين في دراستنا في أنّ 72% من مساعدي التمريض المتربصين لديهم مستوى الثالثة ثانوي بينما 100% من المرضى المتربصين والذي

جاءوا في المرتبة الأخيرة في سمة الطيبة نالوا شهادة البكالوريا بمعدل أكبر من 12 وكان لديهم طموح في متابعة دراسات عليا وهذا ما وضحه (Bernaud, Lemoine, 2005) إذ يتميز الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة في سمة الطيبة بالنجاح في المهن التي لا تتطلب نوع من المنافسة، فالأشخاص الطيبون يفضلون العمل ضمن فريق ولكنهم لا يمتلكون مهارة الابتكار التي تتطلب نوع من إستقلالية التفكير، وهذا ما ينطبق على عينة مساعدي التمريض المتربصين حسب مستواهم التعليمي وطبقا لنتيجة الإجابة على السؤال رقم(04) من الدراسة الكيفية إذ أنّ نسبة 87,5% منهم صرحوا بأنّ هذه المهنة تتوافق مع طموحاتهم لأنّها تعتبر بالنسبة لهم حلم الطفولة، ونلاحظ هذا في تعبير إحدى مساعدات التمريض المتربصات " كنت أقول لأمي بأنني سأصبح ممرضة ...، لكي أستقبل المرضى بالإبتسامه....، ولا أشبه هؤلاء الممرضين، إنهم ليسوا لطفاء،...إنه حلم ووعده" فهي تريد أن تمارس هذه المهنة حتى تكون لطيفة مع المرضى واللطافة هي خصلة في سمة الطيبة أو هي الإسم المرادف لسمة الطيبة في بعض المراجع، كما يرى أغلبية مساعدي التمريض المتربصين بأنّ مهنتهم شريفة وتتوافق مع مبادئهم وأخلاقهم وغايتهم مساعدة الآخرين وهي خصال يتصفون بها حسب تعبيراتهم " لأغير ما يمكن تغييره ، وأتقي الله في المرضى " ، "لأنها تجعلني أتوافق مع مبادئ وأخلاقي وتعد مصدر تقربي إلى الله أكثر، فأكثر" وهذه العبارات تظهر مدى الإيثار وحب تقديم المساعدة لدى هذه الفئة وهي خصال من سمة الطيبة والتي لها دور مهم جدا في تشكيل الفرق الطبية وهذا ما أكدت عليه (Lévy-LeBoyer,2005) فسمّة الطيبة مهمة فيما يتعلق بالتأثير على الزملاء وخاصة عندما يتطلب العمل التعاون الجيد بين أعضاء الفريق، وعلى العكس من فئة مساعدي التمريض المتربصين نجد أنّ نسبة كبيرة نوعا ما من الممرضين المتربصين (35%) صرحوا بأنّ هذه مهنة لا تتناسب مع طموحاتهم لأنهم لم تكن لديهم الرغبة فيها بل التوجيه الجامعي والصدفة هي سبب إلتحاقهم بها، " لأنّ رغبتني كانت في التوجه نحو مجال التعليم.." كما صرّحت إحداهن "أنها مهنة لا تمنح الوقت الكافي لقضاء أشغال أخرى مثل الواجبات المزلية"، كما أنّ طموح بعضهم كان دراسة الطب وهذا ما عبّروا عنه بما يلي: " كان طموحي أكبر من هذا خاصة أن معدلي كان مرتفع"، "حلمي وطموحي كان أكبر..."، "بعد

التربص الأول لم تعجبني المهنة لأنها لا تتناسب مع الدروس النظرية والراتب دنيء جدا" وفي نفس الجانب المادي صرح ممرض بأنها مهنة غير مربحة " هي تعد مهنة غير مريحة من الجانب المادي كما أنّ لدي طموحات أخرى" ، وبما أنّ الجانب التطبيقي كان محفزا لبعض المتربصين لمهنة التمريض إلاّ أنه كان سببا للبعض منهم في النفور منها وهذا ما أقرّوه في تعبيراتهم "كنت أطمح لأبرز شيئا ما وأضع بصمتي ولكن للأسف مع الظروف التي نراها في ميدان الصحة مهنة التمريض لا تناسبني بالرغم من أنّ هذا موجود في الدول الأخرى المتطورة"، وأكّد على ذلك آخرون "لأنّ ظروف العمل في الجزائر لا توفر ما يحتاجه الممرض مقارنة بما يقدمه...."، تدل هذه التصريحات على أنّ الممرضين المتربصين لم يتقبلوا العمل في مهنة التمريض وهذا نظرا لطموحاتهم الكبيرة أو لواقع الصحة الذي لم يتطابق مع الدروس النظرية من وجهة نظرهم وهذا ما أثر على مستوى سمة الطيبة لديهم كما أنّ صراع الدور وحب المنافسة الذي ظهر من خلال تعبيرات البعض منهم "تساوي مهام الممرض ومساعد التمريض.... لا يمكن التفريق بينهما وهذا ما يؤثر على نفسية أغلب المتربصين"، "عدم احترام الممرض لمهامه"، "عدم التفريق بين مهام مساعدي التمريض والممرضين"، "كما أن مساعد التمريض أصبح يعمل عمل الممرض وأكثر..." هذا الغموض في الدور والتداخل بين مهام الممرضين ومساعدي التمريض أدى إلى انخفاض درجات الطيبة لدى الممرضين المتربصين.

وجاء الممرضين المتخصصين في المرتبة الأولى في سمة يقظة الضمير فيما احتل الممرضين المتربصين المرتبة الأخيرة ، ولقد اتفق الباحثون على أنّ سمة يقظة الضمير هي سمة متعلقة بالإنضباط والدقة والتنظيم والإحساس بالمسؤولية وهذه الصفات لها أهمية كبيرة في مهن التمريض التي تتطلب الدقة والإنضباط في تنفيذ التعليمات والبروتوكول العلاجي والتنظيم لتحديد الأولويات حسب حالات المرضى والإحساس بالمسؤولية اتجاه المرضى والزملاء ولهذا تعتبر هذه السمة حسب (Lévy-LeBoyer, 2005) متنبأ لنجاح مهني الصحة وبهذا يمكن تفسير أنّ فئة الممرضين المتخصصين هم من جاءوا في المرتبة الأولى على هذه السمة باعتبار أن هذه الفئة هي الأقدم في المهنة بمعدل أقدمية يساوي 20,82 (15- 28 سنة) والذي يسمح لهم بالتحكم في المهارات اللازمة للمهنة بفضل

سنوات الخبرة الطويلة وهذا ما أكد عليه (Filip De Fruyt, 2006) في أنّ الوقت الطويل الذي يخصصه الأفراد ذوو سمة يقظة الضمير يسمح لهم باكتساب المعرف المتعلقة بنشاطهم المهني وبذلك يبلغون المستوى المطلوب ويتحصلون على مهارات مرتفعة، كما أنّ عامل السن يلعب دورا في حصول هذه الفئة على الرتبة الأولى في سمة يقظة الضمير حيث أنّ معدل العمر يساوي 43,70 (36-57 سنة) وهذا ما توافق مع أورده (Pervin, 2005) على أنّ الدراسات الأولى على سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى أظهرت بأنّ البالغين الكهول يتحصلون على درجات مرتفعة في سمي الطبية ويقظة الضمير على العكس من المراهقين أو البالغين في بداية سنوات العشرينيات والذين يكونون أكثر انتقادا وأكثر تطلبا اتجاه بعض الأفراد واتجاه المجتمع بصفة عامة وهذا يظهر أنّ مستوى سمة الطبية منخفض لديهم ويكونون أقل ضميرا أو قل مسؤولية بالنسبة لتطلعات الأفراد الآخرين والذين يتمثلون في الأولياء والأساتذة والشرطة أي كل ما يمثل سلطة عليا وهذا يدل على انخفاض مستوى سمة يقظة الضمير وبهذا يمكن تفسير احتلال فئة الممرضين المتربصين المرتبة الأخيرة في هذه السمة بما أنها فئة يساوي معدل العمر فيها 19,4 (19-23 سنة) غير أنّ هذا لا يتوافق مع ما أشار إليه "بوروبات" (Poropat) في سنة 2011 في أنّ سمة يقظة الضمير تعتبر أقوى متنبأ للتحصيل الأكاديمي لأنّ السمات التي تكون هذه السمة مثل الانضباط والتنظيم والإجتهاد لها أثر يساهم في التحصيل الأكاديمي. (Ashton, 2014, p.231) ، غير أنّ فئة الممرضين المتربصين والذي يعدون من أنجب الطلبة حسب المعدلات المحصلة في البكالوريا فقدوا التحفيز للتكوين والذي أدى إلى انخفاض مستوى سمة يقظة الضمير بالنظر إلى أنّ مهنة التمريض لا تناسب طموحاتهم بالإضافة إلى معاشهم أثناء التربص حيث يرى 92,5% منهم بأنه لا يوجد توافق بين النظري والتطبيقي وبرّر أغليبتهم سبب ذلك إلى عدم وجود الإمكانيات وعدم توفر الوسائل العلاجية الحديثة وغياب شروط النظافة وعدم وجود التنظيم في العمل وضيق الوقت، كما يرى بعضهم أنّ السبب في نقص تكوين الممرضين العاملين وعدم تطبيقهم للمعايير أثناء قيامهم بمهامهم وبالتالي يتم التعلم بصورة خاطئة وهذا ما ورد في بعض التعبيرات المتربصين مثل ، " التطبيقية هو أشياء متوارثة تعلم كيف تفعل ولا تفعل"

، "لا أحد يتبع الطريقة النظرية والكل يتبع الطريقة التي يتم تعليمها في التطبيق" ، "التقليد الأعمى للعمال"، بعد التربص الأول لم تعجبني المهنة لأنها لا تتناسب مع الدروس النظرية..."، ولهذا نستنتج بأن ظروف العمل وغياب الإنسانية في المؤسسات الصحية كانت من بين العوامل التي خفضت مستوى التحفيز للتكوين بالنسبة لهم وبالتالي إنخفاض مستوى سمة يقظة الضمير وهذا ما أكدته (Jane Ogden, 2008) عن وجود علاقة بين سمي الطيبة ويقظة الضمير والتحفيز.

وجاء الممرضين المتربصين في المرتبة الأولى على مستوى سمة العصابية واحتل مساعدي التمريض المرتبة الأخيرة على هذه السمة وتعتبر سمة العصابية متعلقة بالقلق وانخفاض مستوى تقدير الذات والشعور بالذنب والخجل ولقد احتل الممرضين المتربصين المرتبة الأولى على هذه السمة إذا أخذنا بعين الاعتبار معدل سن هذه الفئة والذي يساوي 19,4 (19-23 سنة) تبدو هذه النتيجة منطقية حسب الدراسات التي أجريت لمعرفة العلاقة ما بين سمات الشخصية الخمسة والنمو نذكر ما أورده (Cevrone & Pervin, 2013) بأن سن المراهقة الشباب في بداية العشرينيات يتميز بالسخط والإضطراب والتمرد وهذا يُعبر عن مستويات مرتفعة على سمة العصابية واتفقت نتائج هذه الدراسة مع ما توصل إليه (Hallam, K. T.& al. , 2016) إذ تحصل الممرضين المتربصين على درجات مرتفعة على سمة العصابية وهذا حسبه نتيجة للتغيرات الحاصلة في الشخصية والتي تكون لدى البالغين الشباب جراء تجارب الحياة، فالتجارب التي عاشها الممرضين المتربصين أثناء التربص قللت من مستوى التحفيز لديهم اتجاه مهنة التمريض بالرغم من أن الدراسات بينت أن التربص بالتناوب مع التكوين الأكاديمي يرفع من مستوى التحفيز لدى المتربصين وهذا ما أوضحه كل من (Caron, Payeur, 2002) حيث أن التكوين بالتناوب يسمح للمتربص بالتعرف على سوق العمل ومعايشة تجربة العمل وتنفيذ بعض المعارف المكتسبة وبالتالي تأكيد اختياره المهني والرفع من عامل التحفيز الذي يعطي معنى للدراسة. وفي نفس السياق تشير (B. Brignon, 2009) أنه من خلال تجارب التكوين بالتناوب يمكن للممرضين انجاز مهام تنتج عنها تفاعلات تمكن الأفراد من تصور بالتدرج ما سوف يصبحون عليه كموظفين في المستقبل، غير أن تجارب الممرضين المتربصين كانت سلبية والتي عبّروا

عنها من خلال تمثلاتهم عن الفرق الشاسع بين الدروس النظرية والتطبيق أثناء التربص وهذا ما كان واضحا في اجاباتهم التالية "لا أحد يتبع الطريقة النظرية والكل يتبع الطريقة التي يتم تعليمها في التطبيق" ، "ترى في المؤسسات الصحية عالما آخر يملأه انعدام الضمير إلا فئة قليلة وكأنه مع طول الوقت تجد أنّ العامل قد أصبح قاسي القلب بصورة تثير الدهشة.... أي أنّ كل ما تقرأه حبر على ورق.....سوء المعاملة، انعدام الضمير....تجد المريض يتمنى الموت على أن يدخل إلى المؤسسات الصحية"، وتجلي انخفاض التحفيز اتجاه المهنة من خلال التعبيرات التالية "كنت أطمح لأبرز شيئا ما وأضع بصمتي ولكن للأسف مع الظروف التي نراها في ميدان الصحة مهنة التمريض لا تناسبني بالرغم من أن هذا موجود في الدول الأخرى المتطورة"، " لقد كنت أظن أن مهنة التمريض من أسمى المهن التي ابتكرها الانسان وبمعنى آخر أجملها وهي كذلك فأنا أحبها فهي مهنة الأخلاق والنزاهة، لكنني اصطدمت بواقع مر، ....الواقع لا يتماشى مع طموحاتي هناك منافسة لقتل المرضى وإهمال المريض...." هذه التمثلات تعبر عن معاش ومشاعر سلبية وهي تشير بالتالي إلى سمة العصابية والتي ترتبط حسب (Pervin, John, 2005) بالوجدان السالب ويوضح أيضا بأنه يتم التعبير عن سمة العصابية عبر مجموعة واسعة من المشاعر السلبية، بما في ذلك القلق والحزن والتهدج والتوتر العصبي. ويكمن الفرق بين فئة الممرضين المتربصين ومساعدى التمريض المتربصين الذين احتلوا المرتبة الأخيرة على سمة العصابية في أنّ تمثيلات فئة مساعدى التمريض لمهنة التمريض هي إيجابية.

### 3-1-2- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

- توجد فروق في مستويات التعاطف لدى الممرضين المتربصين والممرضين

الممارسين.

بيّنت النتائج على وجود فروق دالة في مستويات التعاطف بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين في عينة الدراسة كما تبين وجود فروق دالة في مستوى بعدين من التعاطف وهما بعد أهمية فهم الآخر وبعد تثمين العلاجات الرحيمة لصالح الممرضين المتربصين، بينما لا توجد فروق دالة بين الفئتين فيما يخص بعد القدرة على التموضع في مكان المريض. إذ توجد فروق على البعد الكلي لمهارة التعاطف بين مساعدى التمريض



المتربصين ومساعدى التمريض الممارسين والممرضين الممارسين ولا توجد فروق بين مساعدى التمريض المتربصين والممرضين المتربصين والممرضين المتخصصين.

وجاء في المرتبة الأولى على مستوى التعاطف الممرضين المتربصين ومساعدى التمريض المتربصين وهذا ما يتوافق مع دراسة (Petrucci, C. & al., 2016) حيث أظهر الممرضين المتربصين في السنة الأولى ارتفاعاً ملحوظاً في متوسط نقاط التعاطف المقاسة بواسطة مقياس التعاطف لجيفرسون (JSE-HPS) من المتربصين في السنة الأولى لاختصاصات أخرى في مجال الصحة وهذا يعني وجود قدرة خاصة لإقامة علاقة مساعدة مع أشخاص آخرين لدى المتربصين الذين اختاروا مهنة التمريض. كما أظهرت بعض الدراسات انخفاض مستوى التعاطف لدى الممرضين بعد مزاوله المهنة من بينها ما أشارت إليه نتائج دراسة (Håkansson Eklund, J & al., 2019) في أنّ مستويات التعاطف لدى المتربصين في التمريض تختلف باختلاف سنوات التكوين، إذ يصبح المتدربين أقل تعاطفاً بعد فترة من العمل في مجال التمريض وبعد الإنتهاء من الدراسة، وهذا يشير إلى الحاجة إلى ادراج الأنشطة التعليمية كجزء من العمل السريري للممرضات للحفاظ على مستوى التعاطف لديهم، ولقد أوضح (López-Pérez, B. & al., 2013) أنّ التعاطف يرتفع مع المستوى التعليمي وأنّ الممرضين المتربصين يبدون مستويات أعلى من القلق والضيق عند بداية عملهم مع المرضى ولكنهم يتعلمون مع الوقت كيفية عدم المعاناة لاحقاً أي أنهم في البداية يقومون بفهم المريض من الناحية الخيالية ومع اكتساب الخبرة يصبح هذا الفهم بطريقة موضوعية، فبعد أهمية فهم الآخر هو عملية إدراكية تحدد كيفية وصول الفرد لفهم الأفكار والمشاعر والوعي بالآخر.

أما بالنسبة لبعد تثمين العلاجات الرحيمة فالمعالجون بصفة عامة يستخدمون الشفقة والرحمة مع العلاجات التي يقدمونها غير أنهم يفقدون بالتدرج هذا النوع من العلاجات مع ظروف العمل والإرهاك، وبالنسبة لعينة الدراسة الحالية يمكن ملاحظة الفرق بين مستويات التعاطف بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين من خلال التعبيرات المتربصين الذين اندهشوا لبعض تصرفات العاملين مثل الإستقبال السيء للمرضى وطردهم في بعض الأحيان، سوء المعاملة وقسوة الممرضين وهذا ما صرح به أحد

المتربصين " مريض قال لي سوف أفقدك لأنك كنت تساعدني كثيرا وتعاملني جيدا ليس كالأخرين الذين يعملون هنا" هذا يدل على أنّ مستوى التعاطف كان مرتفعا والذي تجلّى في المعاملة الجيدة من طرف المتربص وفي تصريح آخر " كانت هناك امرأة عجوز مسكينة لا يأتيها أحد، كنت أهتم بها.... وعندما ذهبت إليها وجدتها نائمة ظننت أنّها ميتة، أسرعت إلى الممرض لكي أحضره فقال لي اتركها تموت راهي طولت" يمكن الإستنتاج بأنّ اهتمام المتربصة بالمريضة يدل على مستوى التعاطف المرتفع وذلك من خلال التعبير "امرأة عجوز مسكينة لا يأتيها أحد " تظهر هذه الجملة شعور الممرضة المتربصة بحاجة المريضة إلى المساعدة بما أنّها امرأة كبيرة في السن تعيش في وحدة كما توضح جملة "كنت أهتم بها" على أنّ تعاطف المتربصة لم يقتصر على الشعور بالمريضة ولكن تحول إلى فعل الإهتمام والرعاية ولكن تعبير " أسرعت إلى الممرض لكي أحضره فقال لي اتركها تموت راهي طولت" يدل على بلادة مشاعر الممرض الممارس أي انخفاض مستوى التعاطف لديه، ولقد بيّنت (C. Bernier, 2012) بأنّه يمكن للمعالج استخدام آلية التجنب لا شعوريا والتي تؤدي إلى قطع العلاقة مع الآخر وبالضرورة التأثير على التكفل الجيد بالمريض ومن بين الآليات التي يستخدمها الممرضين نجد آلية التبسيط (Ia banalisation) والعقلانية (Rationalisation) هذه الآليات تؤدي بالممرضين إلى الإبتعاد تدريجيا على العلاقات الانسانية والتي تمثل جانب مهم من مهنة التمريض وانقطاع العلاقة مع "جوهر" مهنة التمريض يؤدي إلى عدم الرضا والاحباط على المدى الطويل والذي يؤدي بدوره إلى الاحتراق النفسي والذي من بين أبعاده بلادة المشاعر والإجهاد الإنفعالي وهذا ما نلاحظه في ردة فعل الممرض حسب ما صرحت به الممرضة المتربصة ونجد مثل هذه التصرفات متكررة بطريقة أو بأخرى وهذا ما نستخلصه من تعبير ممرضة متربصة أخرى " تعرضت امرأة لمضاعفات فتوقف قلبها لبضع ثواني وكانت جميع الممرضات يضحكن بهستيرية ولم يهتمن بها، وبعد أن أفاقت قالوا لها بأن "عزرائيل لم تعجبه وأعادها" فقد أدهشني هذا الموقف ولكل عائلتها التي كانت تبكي حولها" نستنتج من هذه الحالة أنّ الممرضات الممارسات استخدمن آلية السخرية والضحك لمواجهة الثقل الإنفعالي للحالة الإستعجالية.

ويستخدم الممرضون حسب (Mariage & Schmitte-Fourrier, 2006) بعض الآليات مثل التحدي والاستفزاز والسخرية، فعلى سبيل المثال قد نلاحظ في حالة وفاة مريض بعض المواقف المتناقضة في سلوك الممرضين أثناء الإستراحة مثل الانفجار بالضحك أو حالات الهيجان والإثارة وهي وسائل للهرب من الخوف أو التقليل من الشعور بالمعاناة المتعلقة بفقدان المريض والقلق من حالة الموت. وهذا ما يفسر سلوك الممرضات ولكن استخدام هذه الآليات يدل على نقص في مهارة التعاطف والتي لو كانت مرتفعة لديهن لكن تفهمن موقف المريضة وأسرتها وحتى الممرضين المتربصين والذين لم يتقبلوا هذا السلوك. كما أنّ ظروف العمل وغياب الأمن يساهمان في انخفاض مستوى التعاطف لدى الممرضين الممارسين، إذ يؤكد (Davis, C.M. & C.L. Williams, 2004) من أجل الشعور بالتعاطف، من المهم أن تشعر الممرضة بالأمان والسلام. فالشعور بالتهديد يقلل من مستوى التعاطف لدى الممرضة. ففي مثل هذه الحالة تحدث تغييرات كيميائية عصبية في الدماغ تتداخل في الواقع مع تجربة التعاطف. عندما يستعد الدماغ للقتال أو للهروب، يتم إطلاق المواد الأفيونية أو المواد الكيميائية العصبية القوية المرتبطة بالألم. هذه الكيماويات العصبية لها تأثير مخدر في المواقف المؤلمة التي تنسب في خطر جسدي. وفي المواقف التي تتضمن التهديد الإنفعالي، يمكن لهذا التخدير أن يمنع قدرة الممرضة على الشعور بالتعاطف. ويمكن ملاحظة الظروف الصعبة التي تواجه الممرضين أثناء القيام بواجباتهم منها غياب الأمن بالنسبة للممرضين وللمرضى على حد سواء والذي جاء في التعبيرات التالية: "...تعرض أحد المرضى للنصب والإحتيال من طرف مجهول"، " عندما كنت أعمل في الإستعجالات، جاءت إلينا جماعة من الشباب المغمورين وكنا ممرضتين لوحدنا في المناوبة واضطررنا للتعامل مع أنهم كانوا يضايقوننا كثيرا"، ولقد عبّر الممرضين الممارسين عن تأثرهم بمشاهدة الوفيات وخاصة بالنسبة للمرضى الذين اعتادوا على تواجدهم في المصالح التي يعملون بها وهذا ما ظهر في تعبيراتهم مثل "وفاة أحب مريض إلى قلبي (2011) كنت اعتبره كصديق وكأخ"، "وفاة بعض المرضى الذين اعتدنا على وجودهم"، "وفاة أحد المرضى المقربين إلي والعزيز على قلبي بدون رؤيته"، وكذلك موت الأطفال والشباب والذي يؤثر كثيرا في الممرضين "موت الأطفال أو دخولهم إلى

الانعاش"، "...طفلين ذكر وأنثى وقع في رمضان ، وطفلة ماتت وأخوها دخل الانعاش وتلك الأيام كانت تقارب أيام العيد"، والوفاة نتيجة الإصابة بمرض السرطان والموت نتيجة الأخطاء الطبية، هذا المعاش اليومي لهذه الحالات أدى إلى الانهك الانفعالي للمرضيين الممارسين وبالتالي انخفاض مستوى التعاطف لديهم.

وتلعب الأقدمية والسن ونظام العمل دورا في انخفاض مستوى التعاطف لدى الممرضين الممارسين وهذا ما أكده (Trevizan, M. A. & al., 2014) والذي استنتج بأن الممرضين الممارسين الذين يعملون في المناوبة، والكبار في السن وذوو الخبرة الطويلة في العمل هم أقل تعاطفاً غير أن الإستثناء يكمن في مستوى التعاطف لدى الممرضين المتخصصين والذي كان بنفس مستوى الممرضين المتربصين وذلك لأن فئة الممرضين المتخصصين كانت في المرتبة الأولى على مستوى سمة الانبساط وسمة يقظة الضمير في المرتبة الثانية على مستوى سمة الطيبة وترتبط هذه السمات الثلاثة حسب (J-P. Rolland, 2013) بالرضا عن الحياة والرضا المهني والإنفعالات الإيجابية.

ولقد أشارت (إيناس خريبة، 2008) إلى أن سمة الطيبة تقابلها مهارة التعاطف في الذكاء الإنفعالي، وأوضحت أن ارتفاع مهارات إدارة الانفعالات يرتبط بانخفاض في مستوى العصابية وارتفاع سمات الطيبة ويقظة الضمير والانبساطية، وضمن نفس السياق يعتبر (Magalhaes, Costa & Costa, 2012) أن العلاقة الإيجابية بين التعاطف والطيبة منطقية بما أن المفهومين يتشاركان في السمات المرتبطة بالمهارات الشخصية مثل الإيثار والإجتماعية، حيث يُتوقع من الأشخاص الأكثر طيبة أن يفهموا وجهة نظر المرضى بسهولة أكبر ويتواصلوا بشكل أفضل معهم، كما أن العلاقة الارتباطية الموجبة بين التعاطف والإنتفاع على الخبرة هي أيضا مبررة لأن بعد أهمية فهم الآخر من التعاطف يعني الإستعداد لتفهم الآخرين والقدرة على فهم إنفعالات الآخرين.

### **3-1-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:**

توجد فروق دالة في مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.

كشفت النتائج على وجود فروق دالة بين الممرضين المتربصين والممارسين على البعد الكلي للمناعة النفسية لصالح المتربصين ووجود فروق دالة بين الفئتين على مستوى بعد المهارات الشخصية المتعلقة بالمعايير العالية والمثابرة وبعد تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية وبعد القدرة على الضبط وبعد التأثيرات الروحانية لصالح المتربصين بينما لا توجد فروق دالة على مستوى بعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الانفعالات الناتجة عن الضغط بين فئات الممرضين.

ولقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية حول المستوى المرتفع للمناعة النفسية لدى المتربصين مع دراسة (Lopez, V. & al., 2018) إذ أشار إلى تعرض طلبة التمريض للإجهاد بسبب التحديات المباشرة خلال تربصهم الأول، والسبب الرئيس في ذلك هو نقص الدعم من طرف الزملاء، ولكن مستوى المناعة النفسية ارتفع بمرور الوقت، وتمكن بذلك المتربصين من التكيف مع ثقافة المنظمة بفضل دعم أقرانهم وإعادة صياغة إستراتيجيات التكيف بعد تراكم الخبرات أثناء التربصات. وبالرغم من أن المتربصين تمكنوا من التكيف الجيد في النهاية، إلا أن الدعم النظري والإكلينيكي والمعلوماتي خلال التربص لم يكن موجودا. ولهذا يجب إدراج برامج للتدريب في المناعة النفسية في تكوين الممرضين والتي تسمح لهم بتعلم استراتيجيات التكيف الإيجابي والتدريب في الوعي (la pleine conscience).

وضمن نفس السياق، تؤكد (Thomas, L. J., & Revell, S. H., 2016) على دور دعم الأسرة والأصدقاء وأعضاء هيئة التدريس في التأثير على مستوى المناعة النفسية لدى الممرضين المتربصين، وذلك من خلال العمل معهم عن قرب وتقديم المشورة لهم.

ويظهر من نتائج الدراسة أن الممرضين المتخصصين الممارسين كانوا على نفس مستوى الممرضين المتربصين في المناعة النفسية وقد يلعب عامل الخبرة دورا هاما في اكتساب هذه الفئة للمناعة النفسية وتتضمن الخبرة من خلال التجارب الكثيرة والحالات المختلفة التي عايشوها والتي تسمح لهم بتنمية المناعة النفسية لديهم وهذا ما أشارت إليه (Thomas, L. J. & M. Asselin, 2018) من خلال تعريفهما للمناعة النفسية بأنها ليست قدرة للتغلب على الصعاب والشدائد فقط ولكن أيضا تعزيز قدرة التحمل من خلال التجربة، وإذا أخذنا بعين الاعتبار معدل سن فئة الممرضين المتخصصين والذي يساوي

43,70 سنة حيث تعتبر هذه الفئة الأكبر سنا بين فئات عينة الدراسة نجد أن السن يلعب دورا هاما في تحديد الآليات الدفاعية التي يستخدمها الممرضين المتخصصين لتحقيق المناعة النفسية مقارنة بمساعدي التمريض الممارسين (معدل السن يساوي 29,37) والممرضين الممارسين (معدل سن 28,73) بما أنّ هتتين الفئتين هما اللتان تحصلتا على أدنى مستوى للمناعة النفسية وفي هذا السياق أشارت (M. Anaut, 2004) إلى أنّ (Vaillant) ميّز نوعين من آليات الدفاع التي تظهر حسب العمر أثناء نمو الأفراد، الآليات الدفاعية غير الناضجة التي تتوافق مع الدفاعات الأولى التي يستخدمها الأفراد الشباب مثل الإسقاط، التسرع في الأفعال، السلوك العدواني السلبي و الآليات الدفاعية الناضجة المرتبطة بحالة الصحة النفسية الجيدة للكبار في السن مثل التسامي، الفكاهة، الإيثار والمبادرة. ويتم التخلي عن الدفاعات غير الناضجة لصالح الإستخدام الأكثر تواترا للدفاعات الناضجة مع التقدم في العمر. إنّ ملاحظة عمل المناعة النفسية يسمح بالتأكيد على أنّ آليات الدفاعية المستخدمة في المناعة النفسية خلال المراحل الأولى تتعلق بشكل أساسي بالدفاعات غير الناضجة، بينما تعتمد المناعة على المدى الطويل بشكل أكبر على مجموعة ما يسمى الدفاعات الناضجة (التسامي، الفكاهة، الإبداع، إلخ). وهذا ما يمكن ملاحظته في سلوك الممرضين الممارسين على حد تعبير الممرضين المتربصين والذين يضحكون باستمرار ويستخدمون السخرية في مواقف لا تتطلب ذلك، مثل حالة المريضة التي توقف قلبها والتي استعرضناها سابقا أو مثل آلية التبسيط والتجنب التي إستعملها الممرض في الحالة التي استدعته فيها المتربصة لمعاينة المريضة التي كانت نائمة أو في السلوك العدواني للممرضة التي صرخت على المتربصة في الحالة التي عبّرت عنها ب "صراخ ممرضة على طفلة ميتة سريريا وكأنّها واعية وتوبيخها لي (المتربصة) لماذا تبذرين عليها الضمادات سوف تنقذ "يعني سوف تموت"، هذه بعض الآليات الدفاعية غير الناضجة والتي يستخدمها الممرضين الممارسين والتي تفسر مرتبتهم الأخيرة على مستوى المناعة النفسية.

وبالنسبة لبعد المهارات الشخصية فقد جاء مساعدي التمريض المتربصين في المرتبة الأولى وهذا لأنّ هذه الفئة والتي ينقسم مستواها التعليمي إلى 72,5% متحصلين على

مستوى الثالثة ثانوي، 17,5% لديهم شهادة البكالوريا، 02% للحائزين على شهادة ليسانس ونفس النسبة للمتحصّلين على شهادة الماستر، هذه المستويات التعليمية تجعل من هذه الفئة ترفع التحدي من أجل أن يبرهنوا على أنّهم في نفس مستوى أو أحسن من المررضين المتربصين أو حتى من المررضين الممارسين والذين هم متحصّلين على شهادة البكالوريا ولكنهم في رتبة مهنية أعلى ولديهم فرص للترقية مقارنة بمساعدي التمريض الذين لا يترقون إلاّ إلى رتبة واحدة طيلة مسارهم المهني وهي رتبة مساعد تمريض رئيسي.

وباعتبار أنّ مساعدي التمريض المتربصين والذين أغلبهم من ذوي مستوى الثالثة ثانوي يكونون قد فقدوا الأمل سابقا في الحصول على منصب قار بما أنّ أغلبهم قد مارسوا بعض الحرف أو المهن ذات الأجر الضعيف كالتوظيف في الشبكة الاجتماعية أو العمل في المطاعم والمقاهي أو ممارسة الحلاقة بالنسبة للذكور والإناث أو التجارة والميكانيكا والكهرباء وحتى في مجال البناء، فالحصول على فرصة في التكوين الشبه الطبي مع ازدياد فرص التوظيف في المؤسسات الصحية بالنسبة للمتربصين المتكويين في المدارس الخاصة والمنصب المضمون بالنسبة للمتكويين في الملحقات التابعة للمستشفيات العامة واكتساب مكانة اجتماعية مقبولة بممارسة التمريض، يرفع من مستوى الأمل وتقدير ذات لدى هذه العينة ويعد التحدي والأمل وتقدير الذات والفعالية الذاتية التي يشعر بها مساعدي التمريض المتربصين من المهارات الشخصية التي ترفع المناعة النفسية وتكمن المفارقة في أنّ مساعدي التمريض الممارسين احتلوا المرتبة الأخيرة على هذا البعد وهذا لأن هذه الفئة بعد معاشتها للواقع وممارسة المهنة تكتشف الظروف الصعبة التي يزاولون فيها مهنتهم إذ أنّ محتوى برنامج التكوين والمهام المنصوص عليها في القانون الأساسي الخاص بهم لا يتطابق مع الواقع فيجد مساعدي التمريض الممارسين أنفسهم مجبرين على القيام بمهام المررضين الممارسين نظرا لنقص هذه الفئة وهم غير مخول لهم قانونا للقيام بها، كما أنّ التكوين الأساسي والذي يدوم 18 شهرا لا يسمح لهم باكتساب بعض المهارات الأساسية في مهنة التمريض والتي قد يتعلمونها في الميدان ولكن بدون أساس نظري علما أنّ 90% من مساعدي التمريض الممارسين، صرحوا بأنهم بحاجة إلى اكتساب مهارات جديدة تساعدهم

على القيام بمهامهم بكفاءة وفعالية حيث تجلّى ذلك من خلال تعبيراتهم إذ أنهم لم يحددوا المهارات الواجب تعلمها ولكنهم أبدوا الحاجة إلى التكوين المستمر "لا يوجد مهارة محددة وإنما الحاجة لتعلم الجديد دائماً"، "دورات تكوينية مستمرة"، "كل شيء يساعد في التخفيف على المريض"، "أتمنى أن أطور مهاراتي بالدراسة"، "مهما كانت مهاراتي جيدة أو متوسطة يجب دوماً المرور دوماً إلى الأمام والارتقاء إلى الأحسن"، هذا النقص في المهارات وغموض الدور وصراع الدور مع الممرضين الممارسين ومشاعر التهديد لغياب الحماية القانونية هي عوامل ساهمت في انخفاض مستوى المناعة النفسية لمساعدى التمريض الممارسين على بعد المهارات الشخصية.

ولقد جاء مساعدي التمريض المتربصين في المرتبة الأولى على بعد تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية والسبب في هذا متعلق بسمة الطيبة التي جاءت فيها هذه الفئة في المرتبة الأولى والتي تعتبر حسب (Nicolas Eber, 2016) سمة للشخصية ترتبط بالقدرة على الإنفتاح على الآخرين، فالأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذه السمة هم أشخاص ودودون، كرماء، متفائلين حول الطبيعة البشرية ومنفتحين على التعاون. وفي نفس السياق أورد (Jinjing Wang, 2015) في شرحه ل سمة الطيبة على أنها تتعلق بالطبع المتكيف والمتعاون ويتعلم الأفراد ذوو سمة الطيبة من خلال تعديل عاداتهم التعليمية استجابةً للمتطلبات الخارجية. وفيما يتعلق بطريقة العمل يتكيف هؤلاء الأفراد بسهولة مع العمل الفردي أو الجماعي (بدون تفضيل لطرق العمل) فمستوى التعاطف المرتفع لفئة مساعدي الممرضين المتربصين يدل على قدرتهم على ربط علاقات إيجابية مع الآخرين، إذ يعتبر (Steve Musson, 1999) بأنّ التعاطف يمثل قاعدة متينة لإنشاء علاقات متوافقة. بينما جاء في المرتبة الأخيرة على مستوى بعد تقبل التغيير والعلاقات الإيجابية فئة الممرضين الممارسين ويمكن تبرير ذلك بأنهم الفئة المهنية التي احتلت المرتبة الأخيرة في سمة الانبساط ولقد أكد (Wang, 2015) على أنّ الفرد ذو الدرجات المرتفعة على سمة الانبساط يحتاج للتعبير عن نفسه للبحث عن المشاعر الإيجابية وغالباً ما يكون لديه مستوى عالٍ من الثقة بالنفس. عندما يتم تلبية هذه الحاجة وهذه الإنفعالات، يشعر بالنجاح، وعلى العكس من ذلك لا يعبر الشخص الإنطوائي عن مشاعره وهو ليس متحدثاً جيداً، في ظل



هذه الظروف، نادراً ما يتم تأكيد الإنفعالات الإيجابية للفرد الذي يحصل على درجات منخفضة في سمة الإنبساط من خلال رد فعل الآخرين. وتظهر عدم قدرة الممرضين الممارسين على تقبل التغيير في بعض تصريحاتهم من بينها حالات تغيير رؤساء المصالح التي يعملون بها " عندما ذهبت الطبيبة الرئيسية وغيرت المصلحة أحسست بفراغ رهيب وبخوف شديد"، "تحويل البروفسور الأستاذ المكلف بالإستعجالات إلى مصلحة أخرى" أو الحالات التي أجبر فيها الممرضين على تغيير المصلحة " أهم حدث هو انتقالي من مصلحة الانعاش الأطفال إلى مصلحة الاستعجالات".

وفيما يخص بعد القدرة على الضبط فقد احتل فئة مساعدي التمريض المتربصين المرتبة الأولى وهذا نظرا ارتفاع مستوى تقدير الذات والأمل والفعالية الذاتية والتي تعد عوامل ترفع من مستوى الإنفعالات الإيجابية لدى مساعدي التمريض المتربصين وهذا ما يرفع من مستوى القدرة على الضبط، حيث يؤكد (M. Poirot, 2007) بأنّ الإنفعالات ضرورية لعملية التفعيل ولكن أيضا بالنسبة لبناء المناعة النفسية. ويوضح (Tapomay Deb, 2009) بأنّ القدرة على الضبط تشير إلى معتقدات الفرد حول الضبط الشخصي على أحداث الحياة، لأن الأفراد الذين لديهم القدرة على الضبط الداخلي يعتقدون أنه بإمكانهم التأثير على مصيرهم، لهذا يستخدمون استراتيجيات استباقية للتكيف، أما الموظفون الذين يعانون من الثقل الإنفعالي يفقدون قدرتهم على الضبط، مما يخفض مستوى الضبط على السلوك الشخصي والمهني لديهم وهذا ما يفسر المرتبة الأخيرة التي احتلها الممرضين الممارسين المتخصصين على هذا البعد بما أنهم أكثر فئة تعرضت للثقل الإنفعالي لمهنة التمريض لمدة طويلة بحكم معدل سنوات الأقدمية الذي يساوي 20,82 سنة والذي يمكن تفسيره من خلال الأليات البيولوجية للمناعة النفسية والتي شرحها (Pierre Bustany , 2015) في أنّها عملية لإعادة التنظيم حول الصدمة من خلال تطويرها والعمل عليها في محاولة لكي يعمل الدماغ كما كان من قبل تقريبا، كما أنّها عبارة عن إعادة التنظيم النفسي والذي تم ملاحظته من خلال أسس الوظائف الدماغية وذلك بالتصوير عن طريق الرنين المغناطيسي، فتبين أنّ لثلاثة مناطق في الدماغ وهي اللوزة الدماغية (l'amygdale) والتي تقع في الفص الصدغي من المخ، والحُصين (l'hippocampe) وقشرة الجبهة الأمامية (le cortex préfrontal)،

دورًا مهمًا في سيرورة المناعة النفسية ويتمثل دور اللوزة الدماغية في التحكم في المشاعر وغالبًا ما تظل مفرطة النشاط أثناء التعرض للصدمات أو الثقل الإنفعالي، وهذا يدل على ضعف الضبط الداخلي.

وفيما يخص بعد التأثيرات الروحانية احتل الممرضين المتربصين المرتبة الأولى ولتفسير هذه النتيجة وجب التطرق إلى تعريف (H. L. Halstead, 2005) للروحانية والتي تعتبرها مفهوم يتضمن بعدين، البعد الأول عمودي وهو يمثل العلاقة مع الله، أما البعد الثاني فهو بعد أفقي يتمثل في العلاقة مع الآخرين، وتم وصف الروحانية كقوة وأمل، ويعتبرها Banks قوة موحدة تعطي معنى للحياة وتتكون من القيم الفردية والتصورات والإيمان بينما تكون غالبًا حلقة وصل بين الأفراد، إذا فالروحانية ترتبط بالعلاقات الاجتماعية وهذا ما يميز فئة الممرضين المتربصين بما أنها الفئة التي احتلت المرتبة الأولى في سمة الإنبساط والتي لها ارتباط موجب بالوجدان الإيجابي وهذا ما وضحه (Renand Gaucher, 2010) بوجود علاقة ما بين سمة الإنبساط والوجدان الإيجابي، فالأفراد ذوو الإنبساط المرتفع لديهم ميل لإرتفاع مستوى الوجدان الإيجابي، هذا الارتباط ليس علائقي فقط بل هو سببي ذو اتجاهين وترتبط الروحانية بالوجدان الإيجابي. بالإضافة إلى سمة الإنبساط فقد جاء الممرضين المتربصين في المرتبة الأولى فيما يخص البعد الكلي للتعاطف ولقد أكد (Huber, J. T. & MacDonald, D. A., 2012) على وجود علاقة ارتباطية بين الوعي الروحي والتعبير عن السمات الإيجابية مثل الرحمة والحب والإيثار والتعاطف بينما يمكن تفسير المرتبة الأخيرة التي احتلها مساعدي التمريض الممارسين على بعد التأثيرات الروحانية بسبب فقدان تقدير الذات الناتج عن غموض الدور الذي شرحناه سابقا وهذا ما يؤكد عليه (Stanley, M. & al., 2015) في أنّ الإنخفاض الموقفي لمستوى تقدير الذات متعلق بفقدان الدور المهني والأزمة الروحية. بالإضافة إلى احتلال هذه الفئة المرتبة الأخيرة على مستوى التعاطف والذي يدل على معاناة هذه الفئة من الثقل الإنفعالي أو الإرهاق الإنفعالي والذي عرفته (Claude Cruchoy, 2009) على أنه أحد أشكال الإحترق النفسي والذي يتميّز بالإرهاق الجسدي والإرهاق الروحي يرافقه معاناة

انفعالية وهذا ينطبق أيضا على فئة الممرضين الممارسين المتخصصين والذين احتلوا المرتبة الرابعة على بعد التأثيرات الروحانية.

ولقد أظهرت النتائج بعدم وجود فروق دالة على مستوى بعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين إذ أنّ الممرضين بجميع الفئات يواجهون نفس الأحداث المؤثرة، فحالات الموت وخاصة بالنسبة للأطفال والشباب والإصابة بالأمراض الخطيرة كانت من الأحداث المؤلمة التي أثرت فيهم وكانت مصدرا للقلق والإجهاد بالنسبة لجميع الممرضين ويمكن ملاحظة انخفاض المناعة النفسية للممرضين المتربصين على هذا البعد من خلال التعبير لهذه المتربصة عن أهم حدث أثر فيها أثناء التربص "موت أحد المرضى أمام عيني ولم أستطع أن أجد مكانا لي للمساعدة، فتلك اللحظة أفقدتني طعم الحياة وأخذت مني القدرة على متابعة العمل والإستمرار فيه وامتنعت عن متابعة تربصي في تلك الفترة حيث أنني لم أعد أداوم على مصلحة الإستعجالات" ، إذ أنّ هذه المتربصة لم تقدر على التكيف مع حالة الموت وطبيعة العمل في مصلحة الإستعجالات التي واجهتها في التربص الأول.

كما أنّ ظروف العمل السيئة وقلة النظافة وسوء التسيير وغموض الدور ونقص المهارات ترفع من مستويات الضغط لدى الممرضين وبالتالي صعوبة التكيف مع هذه المواقف ولقد ظهر هذا جليا (بحكم معاشة الباحثة لهذه التجربة) من خلال عدم قدرة الممرضين على التكيف مع جائحة فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)، إذ قام الممرضين وعمال الصحة بالإحتجاجات بمختلف المؤسسات الصحية التي كان بها مرضى مصابين بهذه المرض المعدي نظرا لقلّة الإمكانيات فبالرغم من أنّ المسيرين يصرحون بتوفير كل الإمكانيات اللازمة ولكن واقع الحال غير ذلك فلم يجد الممرضين وسائل الحماية مثل القفازات والكمادات محاليل التعقيم وبزة الحماية ، كما أنّ وقف المواصلات العامة تسبب في عدم قدرة الممرضين للالتحاق بالمؤسسات الصحية مما جعلهم عرضة للتهديد بالعقوبات التأديبية لظروف لا يمكنهم التحكم فيها وقد وصل ببعض الممرضين رفض العمل قرب المرضى المصابين ليس خوفا من المرضى ولكن خوفا على عائلاتهم بما أنهم مجبرون على مواجهة هذا المرض بدون وسائل الحماية فخيروا بين العمل أول الاستقالة،

هذه التجربة والتي نحن في بدايتها (أواخر شهر مارس 2020) بينت بأنّ نقص التكوين في مثل هذه المواقف (الوباء أو الجائحة) بالإضافة لسوء التسيير وعدم التوزيع العادل للموارد الإستراتيجية (الدواء، وسائل الحماية، أجهزة الانعاش، محاليل التعقيم) عدم المبادأة في اتخاذ القرارات (توفير النقل للمرضين وعمال الصحة فور توقف المواصلات العامة)، تهديد العمال من طرف الإدارة بدلا من ايجاد حلول فورية هي عوامل تساهم في انخفاض مستوى المناعة النفسية لدى المرضين على مستوى بعد الثقة في الغرائز الذاتية والتكيف مع الإنفعالات الناتجة عن الضغط.

### 3-1-4- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

- توجد فروق في مستويات الصحة النفسية السائدة لدى المرضين المتربصين والمرضى الممارسين.

كشفت النتائج على تحقق الفرضية الجزئية الرابعة بوجود فروق دالة بين المرضين المتربصين والمرضى الممارسين على مستوى البعد الكلي للصحة النفسية حيث احتل مساعدي التمريض المتربصين المرتبة الأولى في بعد الصحة النفسية العام ثم المرضين المتربصين في المرتبة الثانية هذه النتائج تدل على أنّ المرضين المتربصين حصلوا على أعلى مستوى في اضطراب الصحة النفسية، وهذا ما فسره (Li, C., & al.,2018) بأنّ المرضين المتربصين لا يتحملون عبء الضغط في الممارسة السريرية فحسب، ولكنهم يواجهون عبء المنافسة في التعلم الأكاديمي، إذ يجب على المتربصين التعامل مع الضغوط الشخصية، والتي يمكن أنّ تشمل العلاقات الشخصية ومعنى القيم الذاتية والدين والتوقعات المستقبل ويعاني جميع المرضين المتربصين من ثقل العمل الأكاديمي، ومعايير التطور الصارمة والمشاكل المالية خلال حياتهم الجامعية.

وفي هذا السياق يعاني أفراد عينة الدراسة الحالية من آثار المواجهة لحالات الموت والإصابات البليغة والأمراض المزمنة والأمراض الخطيرة ومعاونة المرضى بالإضافة إلى ثقل برنامج التكوين وذلك يتم بدراسة مقاييس كثيرة في مدة قصيرة بالإضافة إلى صعوبات التعلم نتيجة التكوين باللغة الفرنسية بالنسبة لأغلبية المتربصين نظرا لضعفهم في

اللغة الأجنبية، إذ أنّ المتربصين قد تابعوا التعليم القاعدي في المدرسة والمتوسط والثانوي باللغة العربية وعند الالتحاق بمعاهد التكوين الشبه الطبي يتم التكوين باللغة الفرنسية وهذا الانتقال يعد مصدر ضغط بالنسبة المتربصين، إلى جانب غياب التوافق بين الدروس النظرية وواقع التربص في المؤسسات الصحية إذ عبّر أغلبية الممرضين المتربصين عن وجود فرق كبير بينهما وهذا ما نلاحظه في تعبيرات المتربصين "الدراسة تعتمد على المنطق والنظام والمسؤولية أما الواقع فهو خليط من اللامبالاة والإهمال وعدم النظافة والتوازن"، "التطبيقي هو أشياء متوارثة تعلم كيف تفعل ولا تفعل"، ويوضح (al.,2018) Li, C., & بأن اضطرابات الصحة النفسية ترتبط بالإرهاك وأفكار التسرب المدرسي بين الممرضين المتربصين وهذا ما يمكن استنتاجه من تصريحات بعض أفراد عينة الدراسة منها "كنت أحب هذه المهنة كثيرا قبل الذهاب إلى التربص، لكنني الآن بعدما رأيت فيها "وجوه" ندمت كثيرا، ولو كان الوقت مازال لكنت تركت الدراسة ولكن كل طموحاتي تحطمت عندما دخلت التربص الأول"، أو حالة المتربصة التي تركت التربص في الإستعجالات بعض مواجهتها حالة الموت للمرة الأولى، وكذلك فكرة ترك الدراسة عند بعض المتربصين بعد إجراء التربص الأول واصطدامهم بواقع المؤسسات الصحية.

ولقد جاء الممرضين المتربصين في المرتبة الأولى على الأبعاد الجزئية للصحة النفسية ممثلة في البعد الكلي للإجهاد وبعد الإكتئاب ولقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Cheung, T. & al., 2016) والتي بحثت في أسباب إنتشار الإكتئاب والقلق وأعراض الإجهاد بين طلاب التمريض في هونغ كونغ، على عينة تضمنت 661 من المتربصين في التمريض باستخدام مقياس الإكتئاب والقلق والإجهاد، تبين أنّ الممارسة العيادية، والصعوبات المالية، ومشاكل النوم، وعدم وجود وقت فراغ، وإدراك المتربصين لسوء صحتهم النفسية، من العوامل الهامة المرتبطة بالإكتئاب والقلق والإجهاد. ولقد كشفت النتائج أيضا بوجود ارتباط دال بين سنة الدراسة، والخمول البدني والمشاكل العائلية بالإكتئاب. كما وجد ارتباط دال للوجبات الغذائية غير المتوازنة بالقلق. وارتبط الإجهاد بشكل كبير مع ضيق الوقت.

ويمكن معرفة درجة الإجهاد والإكتئاب من خلال تعبيرات المتربصين في عينة دراستنا الحالية فلقد اتفق أغليبيتهم على صعوبة الممارسة العيادية أثناء التربص نظر لعدم قدرتهم

على التوفيق بين النظري والتطبيقي وظروف العمل الصعبة مثل غياب شروط النظافة والوسائل الحديثة (حسب المعايير الدولية والتي تم التطرق إليها في الجانب النظري) والممارسات الغير مهنية لبعض الممرضين الممارسين إضافة إلى ذلك مواجهة حالات صادمة دون تحضير مسبق أو تكوين يسمح باكتساب المهارات اللازمة والإستراتيجيات المناسبة للمواجهة.

وفيما يخص بعد المجهود الخارجي احتل الممرضين الممارسين المرتبة الأولى ويتمثل المجهود الداخلي في العقبات المتعلقة بالعمل على المستوى النفسي والجسدي مثل قيود الوقت، المسؤولية الثقيل الجسدي والمتطلبات المتزايدة للعمل، ويظهر ارتفاع مستوى الجهد المبذول لدى فئات الممرضين الممارسين من خلال تصريحاتهم حول الأحداث المؤثرة من بينها من بينها قلة المهارات "أحداث كثيرة... دون معرفة كيف المساعدة..."، ونقص المعدات ووسائل العمل " أحيانا نود مساعدة المريض ولكن لسوء الحظ لا نجد كل المستلزمات الضرورية"، والشعور بالمسؤولية اتجاه المرضى " نقص الأموال لدى المرضى لأن كل التحاليل باهظة الثمن" فهذا الشعور بالعجز عن مساعدة المرضى من الناحية المادية نظرا لنقص الأدوية أو تعطل أجهزة الأشعة ونقص كواشف التحاليل في المؤسسات التي كان من المفروض أن تقدم هذه الخدمات الطبية مجانا، إذ يقوم المرضى بإجرائها بمخابر خاصة بثمن باهض تمثل عبئا خارجيا يتسبب بالإجهاد بالنسبة للممرضين الممارسين، ونلاحظ هذا في تصريح للممرض آخر "عندما يكون بين يديك مريض فقير ومرضه شديد ومستعصي العلاج وأنا عاجز عن أخفف عنه أو أساعده ماديا "

. كما تظهر أعباء ضيق الوقت بالنسبة للممرضين الممارسين الجدد من خلال التعبيرات التالية: ".....يجب علينا دائما اكتساب مهارات جديدة مثل التعامل مع الحالات الطارئة وكيفية التصرف" ، " لدي عدة مهارات أريد تعلمها مثل السرعة وأداء واجبي على أكمل وجه".

وفيما يخص بعد المكافآت وهو بعد متعلق بالراتب والتقدير وسيطرة العامل على مكانته المهنية فقد جاء الممرضين الممارسين في المراتب الأخيرة وخاصة الممرضين المتخصصين وهذا نظرا للممارسة الطويلة لمهنة التمريض مقابل شعورهم بعدم التقدير

المادي والمعنوي ويظهر هذا من خلال إجابة الممرضين الممارسين عن السؤال رقم (02) في الدراسة الكيفية حيث عبر 55 % عن عدم تلقيهم الإعراف نظير مجهوداتهم المبذولة وحتى باقي الممرضين ومساعدتي التمريض الذين صرحوا بأنهم يتلقون الإعراف مقابل الجهد المبذول فيتمثل هذا الإعراف في كلمة واحدة "المدح" أو "التشجيع" أو "الشكر" أو في الدعاء من طرف المرضى أو عائلاتهم " ارتياح المرضى عندما يروني هذا هو الاعتراف الكبير.."، "عندما يشفى المريض وأتلقاه من عند أهل المريض"، "لا أنتظر أي اعتراف من أحد إنما أتلقاه عند الله ان شاء الله"، " دعوة الخير"، فيما أبدى غالبية الممرضين الممارسين الحاجة إلى الاعتراف والتقدير من رؤساء العمل ومن المشرفين ومن الإدارة وتجلى ذلك في التعبيرات التالية "يجب أن نحصل على الإعراف من مسؤول المصلحة وهذا بتحفيظات معنوية على الأقل"، " الاعتراف بالمجهود الكبير سواء من طرف العائلة أو المسؤولين الذين أعمل معهم"، وقد يتمثل الإعراف في الاحترام من طرف الزملاء والذي ينقص مساعدي التمريض الممارسين "احترامي عند مزاوله مهامي من زملاء مهنتي"، وقد يتمثل الإعراف في الحوافز المادية وخاصة في الراتب بالنسبة لمساعدتي التمريض الممارسين وهذا ما نلاحظه في التعبيرين التاليين : " أني أخدم مهنتي مساعدة تمريض مثل الممرضات وراتب قليل"، " الاعتراف...مثلا ترقيات أو جوائز محفزة أو الزيادة في الراتب"، ويرى بعض الممرضين الممارسين والمتخصصين بأن الاعتراف يكون بالترقية ورفع الأجور والمنح والتعويضات المادية وحتى بالتكوين وبالتربصات بالخارج "الترقية المناسبة والراتب المناسب"، "الترقية، المنح، العلاوات، التربصات بالخارج"، "الزيادة في الأجر وفي المنصب"، ويلج الممرضين المتخصصين على أهمية المكافآت بالاحترام والدعم والتكوين المستمر " الاحترام والتقدير حسب اختصاصك في العمل والدعم المتواصل بدورات التكوين والترقية".

وهذه النتائج تتفق مع ما أكده (Weyers, S. & al., 2006) في دراسته، إذ لوحظ ارتفاع مخاطر اضطرابات الصحة النفسية لدى الممرضات، والتي تتميز ببذل جهد كبير مقترن بمكافأة منخفضة حيث تم تحسين الآثار بين المشاركين الذين لديهم أيضاً مستوى عالٍ من

الإستثمار المفرط المرتبط بالعمل، وهذا يتطلب دعم المجهود المبذول من الناحية النظرية للتقليل من الإجهاد المهني في مجال الرعاية الصحية.

كما أورد ( P. Laroche & al. , 2019 ) عن (Colle et Moisson) اللذان أكدا في سنة 2008 على وجود ارتباط دال بين إجهاد الممرضات وإختلال التوازن ما بين الجهد المبذول والمكافأة الذي يدركه من جهة ونية ترك المهنة من جهة ثانية.

وحسب (Li, J. & al., 2011) أبدت 8.24 % من الممرضات نيتهم في مغادرة المهنة، إذ يتنبأ نموذج الإجهاد الناتج عن عدم التوازن بين المكافأة الجهد بوجود نية ترك المهنة ، كما تبين أنّ لديهم إحباط ناتج عن ضعف المكافآت (ضعف الرواتب وآفاق تعزيز، والنقص في التقدير حيث أظهر بعد المكافأة أعلى قوة تفسيرية.

وبالنسبة لبعد الإستثمار المفرط والمتعلق بالإلتزام المفرط بالعمل وبعد القلق لم تظهر فروق بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين وهذا لأنّ مهنة التمريض تعرض ممارسيها للقلق الدائم فلقد أكدّ (Sharif, F., & Masoumi, S., 2005) على تعرض الممرضين المتربصين للإصابة بالقلق بسبب عدم رضاهم عن المكون السريري في تعليمهم وهذا ما أدى إلى شعورهم بعدم الكفاءة وضعف مستوى المهارات والمعرفة مقارنة بالممرضات الممارسات والتي تعد ضرورية لرعاية مختلف المرضى .

أما بالنسبة للممرضين الممارسين، فلقد أشار ( Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S., 2018) إلى تزايد الإعتراف بتعرض الممرضات للإصابة بأعراض الإجهاد والإكتئاب والقلق. وبينت هذه الدراسة على إرتفاع معدل الممرضات المصابات بالصحة النفسية السلبية، ومن المحتمل أنّ تضر الصحة النفسية السيئة بالفرد وبالمؤسسة الاستشفائية، وقد لا يمكن منع الإجهاد والإكتئاب والقلق لدى ممتهني التمريض، ولكن من المهم جدًا إدراك مدى انتشاره في أماكن العمل.

### 3-1-5 مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة:

- توجد فروق في مستويات الصحة الجسدية السائدة لدى الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين.



كشفت نتائج الدراسة على وجود فروق في مستويات الصحة الجسدية بين الممرضين المتربصين والممرضين الممارسين، حيث جاء في المرتبة الأولى الممرضين الممارسين المتخصصين من حيث اعتلال الصحة الجسدية ثم جاء الممرضين الممارسين في المرتبة الثانية ومساعدى التمريض الممارسين في المرتبة الثالثة، وهذا يتوافق مع نتائج الدراسة الكيفية حيث يعتبر 50% من عينة الممرضين الممارسين (ISSP +ISP) مصابين بأمراض مزمنة و62,5% من عينة الممرضين الممارسين المتخصصين يعانون من الأمراض المزمنة في مقابل 37,5% من الممرضين الممارسين أما نسبة مساعدى التمريض الممارسين المصابين بالأمراض المزمنة فتساوي 20%.

وفيما يخص شدة التعب فاحتل الممرضين الممارسين المرتبة الأولى ويمكن تفسير ذلك بأن هذه الفئة هي التي جاءت في المرتبة الأولى في بعد المجهود الخارجى للإجهاد وهذا البعد متعلق بالعقبات التي تواجه الممرضين في العمل على المستوى النفسى والجسدى ممثلة في ضغوط الوقت وحجم المسؤولية والثقل الجسدى والمتطلبات المتزايدة للعمل. ويوضح (Huang, H. & al., 2019) بأن عدم التوازن بين الجهود الخارجية والمكافآت أو الإلتزام الزائد يتسبب في الإجهاد المهني، والذي يمكن أن يؤدي إلى استجابات نفسية جسدية ويؤدي إلى أو يزيد من شدة التعب، ومن خلال تعريفه للتعب أكد (L . S. Arosnson, 2012) على أنه إدراك بإنخفاض القدرة على النشاط الجسدى أو العقلي بسبب عدم التوازن في توفير واستخدام أو إستعادة الموارد الضرورية لأداء النشاط. ويظهر عدم التوازن ما بين الجهد المبذول والمكافآت وتسببه في التعب لدى الممرضين الممارسين في عينة الدراسة من خلال التصريحات التالية "الشكر والاحساس والاعتراف أني حقا أنا أتعب من أجل مصلحة مريض فأنا أعمل المستحيل لمساعدتهم"، فهذه الممرضة ترى بأنها لا تلقى الإعتراف المعنوي المناسب مقابل احساسها بالتعب وبذل المجهود الكبير والذي عبرت عنه بأنها تعمل المستحيل من أجل مساعدة المريض وكلمة مستحيل تدل على المجهود الخارجى المبذول، وفي التعبير التالي: " الإعتراف المناسب للمجهود الذي أبذله هو الإحترام وعدم المعاملة كأنني آلة لا تشعر وليس لها مشاعر أو ليس لها صحة تخاف أن تخسرها جراء التعب" نستنتج بأن هذه الممرضة تبحث عن التقدير والإحترام والتفهم لحالة المعاناة التي

تشعر بها فهي متخوفة من تدهور صحتها الجسدية نتيجة لشدة التعب الذي تعاني منه، كما يتمثل عدم التوازن بين المجهود المبذول والمكافآت في الترقية والزيادة في الراتب بالنسبة لبعض المرضى والذين عبّروا على معاناتهم من التعب "...ولكثرة الجهد المبذول ولعدم الحصول على الترقية والراتب المناسب نظير التعب".

ويشير (W. Eriksen, 2006) بأنه تم فحص العلاقة بين عوامل العمل وحدوث التعب الشديد أو المستمر لدى المرضى في العديد من الدراسات والتي بينت على ارتباط التعب بالعمل التناوبي وساعات العمل الطويلة والمتطلبات العالية وضعف التحكم وضعف الدعم الاجتماعي وصراعات الدور في العمل. وهذه العوامل المسببة للتعب نلاحظها في تصريحات المرضى في عينة الدراسة الحالية، فلقد أبدى بعض المرضى تأثرهم نتيجة التعب والإرهاق والعمل في بعض الأحيان طيلة مدة المناوبة دون توقف "العمل 12 ساعة بدون توقف في مصلحة الإستعجالات لحد الساعة، الموضوع لا نتخيل كيف تحملناه"، وقد يكون العمل متواصلًا خاصة في مصالح الإستعجالات وقد لا يتمكن المرضى من تناول الطعام وهذا ما صرحت به إحدى المرضيات "في شهر رمضان عند أذان المغرب اضطررنا للعمل على حالات مستعجلة ولم نفطر ذلك اليوم واحسنا بالتعب كثيرا". ويعد الصراع بين المرضى وداخل المصالح عامل مؤثر أيضا بالنسبة للمرضى حيث عبّرت أحدهن بأن "أكثر ما أثر فيّ هو الخصام الذي وقع مع زميلتي في العمل وفي نفس الوقت أفضل صديقة لي " ويظهر الصراع أيضا خاصة بالنسبة للمرضى الجدد والذين لم يتقبلوا أن يقوم مساعدي التمريض بنفس المهام التي يقومون بها، كما أنّ إدراك المرضى للعدالة وعدم المساواة يمثل بالنسبة للمرضى نقصا للدعم في المؤسسة الصحية وهو من مسببات التعب وهذا ما نلاحظه في التعبير التالي: " الإعتراف الوحيد هو العدل في تقسيم العمل بين مؤسساتنا فقط، فأنا لا أبحث عن عبارات التقدير أو ما شابه، عندما يقل ضغط العمل أحس بالراحة، فيجب على مسؤولينا أن يوزعوا العمل بالعدل فكل يأخذ حقه ولا يحرثون على واحد والآخر مرتاح...".

وكشفت النتائج على وجود فروق بين المرضى الممارسين والمرضى المتربصين فيما يخص بعد الأعراض المرضية وجاء في المرتبة الأولى مساعدي التمريض الممارسين

ثم الممرضين المتخصصين والممرضين الممارسين، وتعد الأعراض المرضية منطقية بالنسبة لهذه الفئات بما أنّ كل فئات الممرضين الممارسين مصابة بالأمراض المزمنة ولكن فئة مساعدي التمريض الممارسين الذين يعانون 20 % من أفرادها من الأمراض المزمنة وتحمل هذه الفئة المرتبة الثانية بعد مساعدي التمريض المتربصين في الإجهاد والمرتبة الأولى على بعد المجهود الخارجي ولقد أكدت عدة دراسات على العلاقة بين الإجهاد والأعراض المرضية أو الفيزيولوجية من بينها ما أورده ( S. L., Dolan & A. Arsenault, 2009) عن الطبيعة السيكوسوماتية للأعراض الناتجة عن الإجهاد المهني مثل الصداع النصفي، اضطرابات الجهاز الهضمي، الإصابات الفيروسية، اضطرابات النوم، والمشاكل الجلدية، ويضيف كل من (C. Rebière & O. Rebière, 2017) بعض الأعراض الفيزيولوجية الناتجة عن الإجهاد مثل: الآلام على مستوى الصدر، الشد العضلي، الإرهاق، صعوبات في التنفس اضطرابات في الشهية، واضطرابات في جهاز القلب والأوعية الدموية، إلخ. ولقد تبين في الدراسة الحالية أنّ الممرضين الممارسين يعانون من كل هذه الأعراض المرضية ويوضح (Dolan & Arsenault, 2009) بأنّ الدراسات حول العلاقة بين الإجهاد والمرض تركز بصفة عامة على ثلاثة أنظمة فرعية هي : نظام الغدد الصماء، والجهاز المناعي، والجهاز العضلي الهيكلي.

فتأثير الإجهاد على نظام الغدد الصماء تمثل لدى الممرضين الممارسين في داء السكري، أمراض الغدة الدرقية، ارتفاع ضغط الدم، فقر الدم، أما التأثير على الجهاز المناعي ظهر لدى الممرضين الممارسين في الحساسية، الربو، الروماتيزم، سرطان الثدي، وفيما يخص تأثير الإجهاد على الجهاز العضلي والهيكلي العظمي فتمثل في آلام الظهر المزمنة والتي تضمنت الإصابة بالتهاب المفاصل على مستوى العمود الفقري (Arthrose)، والفتق في فقرات العمود الفقري (Hernie discale) على مستوى الرقبة أو أسفل الظهر.

### 3-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تختلف علاقة سمات الشخصية بالصحة النفسية والصحة الجسدية لدى الممرضين باختلاف مستويات التعاطف لديهم. وتفرعت من هذه الفرضية، عشرة فرضيات جزئية ستتم مناقشتها فيما يلي:

### 3-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

- تختلف علاقة سمة الإنبساط بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.

دلّت النتائج على وجود أثر دال للمتغير المُعدّل التعاطف على علاقة سمة الإنبساط بالبعد الكلي للصحة النفسية والإجهاد وبعد المكافآت والقلق والإكتئاب.

كما تبين وجود أثر دال للتعاطف على علاقة سمة الإنبساط بالصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية.

واستنادا لنتائج الفرضية الأولى نجد أنّ الممرضين الممارسين المتخصصين قد جاءوا في المرتبة الأولى على سمة الإنبساط والمرتبة الأولى في التعاطف كما جاءوا في المرتبة الأخيرة على مستوى البعد الكلي للصحة النفسية (اعتلال الصحة النفسية) والإجهاد ويمكن الإستنتاج بأنّ الأثر المعدل للتعاطف هو أثر ايجابي فسمّة الإنبساط تُعبر على الإجتماعية والرغبة في التواصل مع الآخرين، وارتفاع درجات سمة الإنبساط لدى الممرضين حسب (Wan, Q. & al., 2019) يدل على أنهم يحسنون التواصل، ويمكنهم إقامة علاقة جيدة مع المرضى وكسب ثقتهم واعترافهم وهذا يعني وجود مستوى من التعاطف لدى الممرضين ، ومع العلم بأنّ فئة الممرضين المتخصصين هي الفئة الأكثر خبرة ، وضمن هذا السياق أكدّ (Ghaedi, F.& al., 2020) على حصول الممرضين ذوي الخبرة الكبيرة على مستويات مرتفعة من التعاطف كما أنّهم يُبدون مزيدا من الإهتمام للتواصل مع المرضى باستخدام مهارات إتصال أكثر فعالية.

كما بينت (Aguiar, K., & al. 2017) في دراستها على أنّ التعاطف يتنبأ بشكل إيجابي بسمة الانبساط ، وأوضح (Jule Klapdor, 2017) بأنّ بالنظر إلى فشل البحوث السابقة تحديد العلاقة ما بين سمة الانبساط والإرتياح النفسي ، وجب البحث عن عامل اجتماعي يمثل حلقة الوصل بينهما والذي يعمل على تحسين جودة التفاعل الإجتماعي، فكانت نتائج دراسة "هاريس " وآخرون في سنة 2017، تدل على أنّ التعاطف يستوفي هذا المعيار.

ولتعزيز هذه الفرضية، بينت دراسة لاحقة لـ "واكاباياشي وكواشيما" في سنة 2015، وجود علاقة معدلة بين التعاطف والإنبساط. كما بينت دراسة أخرى ارتباطاً إيجابياً بين التعاطف والإرتياح النفسي، لذلك يرتبط التعاطف بالإنبساط وكذلك مع الإرتياح النفسي.

وبينت النتائج على أنّ الممرضين المتخصصين تحصلوا على المرتبة الأولى في بعد المجهود الخارجي من بين الممرضين الممارسين ومرتبة متوسطة بين جميع فئات الممرضين ويظهر أنّ التعاطف له أثر سلبي على هذا البعد بالنسبة للعلاقة مع سمة الإنبساط ولقد فسر هذا (Gosselin, E., Bourgault, P., & Lavoie, S., 2015) بأنه على الرغم من إرتباط التعاطف بشكل إيجابي بالرفاهية النفسية، غير أنّ الممرضات قد تكن في بعض المواقف أكثر حزناً، وأكثر حساسية اتجاه مشاعر المرضى، مما يُسهّل تعبيرهن عن موقف التعاطف. والعكس ممكن أيضاً، أي أنه كلما كانت الممرضة أكثر تعاطفاً، كلما أصبحت أكثر هشاشة، وهذا ما نلاحظه في تعبيرات الممرضين الممارسين وخاصة المتخصصين منهم حيث يبدوون متأثرهم بقلة الإمكانيات وعدم قدرتهم على القيام بواجباتهم وهذا يدل على ارتفاع مستوى المجهود الخارجي من الإجهاد في ظل ارتفاع مستوى التعاطف لديهم منها هذا التصريح لأحد الممرضين "عندما يكون بين يديك مريض فقير ومرضه شديد ومستعصي العلاج وأنا عاجز عن أخف عنه أو أساعده مادياً".

كما بينت الدراسات على وجود علاقة ما بين التعاطف المعرفي والذي يمثل بعد أهمية فهم الآخر والذي جاء فيه الممرضين المتخصصين في مرتبة متوسطة والاحترق النفسي فلقد أكدّ (Williams, B. & al., 2017) على أنّ للتعاطف المعرفي دوراً في الوقاية من الإحترق النفسي لدى المعالجين، فكلما ارتفعت درجة هذا بعد من التعاطف كلما انخفض مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضات، كما أشار (F. G. Chapelle, 2016) إلى أنّ الإحترق النفسي يؤدي إلى بعض الإضطرابات النفسية مثل الإكتئاب والقلق وهذا ما يفسر أثر التعاطف على العلاقة ما بين سمة الإنبساط وبعد القلق وبعد الإكتئاب والذي احتل فيه الممرضين المتخصصين مرتبة متوسطة.

وبالنسبة للصحة الجسدية وبعديها فإنّ أثر التعاطف هو دال بالنسبة للعلاقة مع سمة الإنبساط، والصحة الجسدية لها علاقة بالبعد الإنفعالي للتعاطف والذي يمثل بعد القدرة

على التوضع في مكان المريض ولقد وضح (Pérez-Fuentes, M., 2020) بأن المكون الإنفعالي للتعاطف يشير إلى قدرة المعالج على الشعور بمشاعر المريض ومشاركتها، من وجهة نظر موضوعية ومع ذلك، يمكن للمكون العاطفي للتعاطف أن يؤدي إلى المسؤولية المفرطة والقلق بشأن المريض بدلاً من الاستفادة من الممارسة الجيدة ويمكن أن يسفر النقص في هذا البعد إلى توليد مستويات عالية من الإرهاق الانفعالي والذي من بين أعراضه حسب (P. Zawieja, 2019) التعب المزمن واضطرابات النوم والصداع النصفي وتوتر العضلات واضطرابات الجهاز الهضمي... وهذه الأعراض تبيّن أنها مرتفعة لدى فئة الممرضين المتخصصين.

### 3-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

- تختلف علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.

بينت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على علاقة سمة الطيبة بالبعد الكلي للصحة النفسية وأبعادها ما عدى بعد المكافآت حيث كان  $F = 5,72$  ودالة عند مستوى دلالة  $0,01$  وبعد الاكتئاب حيث  $F = 6,81$  عند مستوى دلالة  $0,00$ .

كما تبين وجود أثر دال للتعاطف على علاقة سمة الطيبة بالصحة الجسدية وبعد شدة التعب.

وبالنظر لنتائج الفرضية الأولى، فإن فئة مساعدي التمريض المتربصين هي التي احتلت المرتبة الأولى على هذه السمة والمرتبة الأولى في مستوى اعتلال الصحة النفسية والمرتبة الأولى في الإجهاد والمرتبة الأولى في الإكتئاب كما جاءت هذه الفئة في المرتبة الأولى بالنسبة للتعاطف، وتعبر سمة الطيبة على رغبة الفرد في تقديم المساعدة للآخرين واللطف والمشاعر الإيجابية اتجاه الآخرين ولقد أكد بأن (Wayne Weiten, 2013) سمة الطيبة ترتبط بالتعاطف وسلوك تقديم المساعدة وفي نفس السياق يوضح (Wan Q. & al., 2019) بأن سمة الطيبة تعكس موقف الفرد اتجاه الآخرين والذي يتجلى في الرغبة في تقديم المساعدة والفعالية والرحمة والثقة. ولقد دلّت نتائج هذه الدراسة على وجود أثر لسمة الطيبة

على الصحة النفسية للممرضات وهذا يتفق مع ما أكده ( S. Háša & R. Brunet-Thornton, 2017) على أنّ سمة الطيبة تؤثر على السلوك الصحي. ويشير ( B.E. Sheese & W. G. Graziano, 2004) إلى ارتباط سمة الطيبة بشكل ايجابي بالسعادة والإرتياح النفسي.

وفيما يخص أثر سمة الطيبة على الإجهاد، يرى ( Grit Hein , 2014) بأنّ الأدلة التجريبية أقل وضوحاً بهذا الخصوص، فمن ناحية، هناك أدلة على أنّ الكفاءة الإجتماعية ، بما في ذلك التعاطف، تزيد من مقاومة الإجهاد، على سبيل المثال تقلل من احتمالية الإصابة بالإحترق النفسي. ومن ناحية أخرى، تشير نتائج دراسات أخرى إلى أنّ التعاطف مع شخص آخر في وضع المعاناة قد يجعل الفرد المتعاطف أقل مقاومة لتأثير الأحداث المؤلمة.

أما ( N. A. Bowling & S. M. Jex, 2013) فلقد أشار إلى وجوب التأكيد على مساهمة ارتفاع مستوى سمة الطيبة في الرفع من مستوى الإجهاد في بيئة العمل. فالعامل ذو الدرجة المرتفعة جداً في سمة الطيبة قد يتطوع للقيام بالكثير من الأعمال وانجاز المهام غير المرغوب فيها، لإرضاء الآخرين وتجنب الصراع، يمكن أن يكون هذا صحيحاً بشكل خاص إذا كانت درجات الفرد مرتفعة جداً على مستوى البعد الجزئي لسمة الطيبة المتمثل في الإيثار، وبالتالي ، قد يعاني العامل من ثقل العمل المفرط وبالمثل، غالباً ما قد يعتبر العمال ذوو درجات المرتفعة على سمة الطيبة خاضعين أو ضعفاء، مما يجعلهم أهدافاً للعدوانية في العمل وهذا ما يفسر المرتبة الأولى لمساعدى التمريض المتربصين في اضطراب الصحة النفسية و المرتبة الأولى على مستوى بعد الإجهاد. كما أشار ( Q. Ashton Acton, 2013) إلى ارتباط ارتفاع مستوى سمة الطيبة بزيادة مستوى بعد المكافآت لدى الممرضين وهذا ما يفسر المرتبة الأولى لمساعدى التمريض المتربصين في بعد المكافآت ويُبرر أثر سمة الطيبة على بعد المكافآت في الصحة النفسية، كما أشار ( G. Matthews & al., 2009) إلى أنه من بين الأبعاد الخمسة الرئيسية، فإنّ سمة الطيبة هي السمة الأكثر حساسية للتأثيرات البيئية وهذا ما يفسر تأثير بيئة المستشفيات وظروف العمل السيئة ومعاناة المرضى على مساعدى التمريض المتربصين والممرضين الممارسين المتخصصين وبالتالي أثر سمة الطيبة على القلق.

وبالنسبة لأثر التعاطف على علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية والصحة الجسدية فلقد بينت نتائج الدراسة الحالية على وجود أثر دال للتعاطف كمتغير معدل على بعدي المكافآت والاكتئاب من بين أبعاد الصحة النفسية والبعد الكلي للصحة الجسدية وبعد شدة التعب ولقد بينت الدراسات حسب (W. G. Graziano, R.M. Tobin, 2009) بأن سمة الطيبة مرتبطة بالتعاطف والذي يعتبر أحد مكوناتها. حيث يبدي الأفراد ذوو سمة الطيبة سهولة في فهم الأفراد الآخرين وفي الشعور بمعاناتهم. ويوضح (Wan, Q.& al.,2019) بأن الممرضات اللائي يتحصلن على درجات مرتفعة على سمة الطيبة يكن متعاطفات ومتحمسات لمساعدة المرضى، وتتميز مشاعرهن باليقظة اتجاه التجارب في المؤسسات الصحية وهذا ما يبرر حصول مساعدي التمريض المتربصين على المرتبة الأولى في بعد الإكتئاب إذ يعتبر الأثر المعدل للتعاطف سلبي ولقد أشارت (Gosselin, E., Bourgault, P., & Lavoie, S., 2015) إلى أن الممرضات يكن أكثر حزناً، وأكثر حساسية تجاه مشاعر المرضى، مما يسهل تعبيرهن عن موقف التعاطف. والعكس الصحيح، أي أنه كلما كانت الممرضة أكثر تعاطفاً، كلما أصبحت أكثر هشاشة ومعرضة لخطر الإصابة بالضيق النفسي.

أما بالنسبة لأثر التعاطف على علاقة سمة الطيبة بالصحة الجسدية وبعد شدة التعب فقد جاء مساعدي التمريض في المرتبة الأخيرة على هذه الأبعاد وضمن هذا السياق يوضح (Ghaedi, F.& al., 2020) بأن نتائج دراسته أظهرت أن العامل الديموغرافي الأكثر تأثيراً في التعاطف هو عامل خبرة العمل، إذ حصلت الممرضات ذوات الخبرة العملية العالية على درجات أعلى من التعاطف وهذا ما يفسر المرتبة الأولى في اعتلال الصحة الجسدية وفي شدة التعب التي حصلت عليها فئة الممرضين المتخصصين والذين جاءوا أيضاً في المرتبة الأولى على مهارة التعاطف ولقد بين (Pérez-Fuentes, M., & al., 2020) أن التعاطف والخبرة، هما أساس العلاقات العلاجية والإلتزام في ممارسة التمريض، غير أن ارتفاع مستوى التعاطف الإنفعالي قد يؤدي مع الوقت إلى الإصابة بالتعب الإنفعالي والذي حسب (Cruchod, 2009) يمكن مقارنته بنوع من الإحترق ويتميز بالإرهاق الجسدي والروحي العميق المصحوب بمعاناة انفعالية.



وتوضح (S. Weber Buchholz & K. Schwartz, 2004) بأن الممرضات اللاتي تعانين من التعب الإنفعالي يمنحن الكثير من الطاقة على المدى الطويل، لكنهن لا يستطعن تجديد توازن طاقتهن الشخصية، ويتطور التعب الإنفعالي من عدة أسابيع إلى عدة سنوات. وعلى عكس الإحترق النفسي، حيث تنسحب الممرضات من العلاقة العلاجية للتعافي منه، تستمر الممرضات اللاتي يعانين من التعب الإنفعالي في محاولة لتقديم مستوى عالٍ من الرعاية ومع استخدامهن المفرط للآليات التعويضية، فإنّ التعب الإنفعالي يجردهن ببطء من طاقتهن الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية إلى حد فقدان كل هذه الموارد، ويتجلى التعب الإنفعالي في بعض الأعراض الجسدية مثل الإرهاق الجسدي واضطراب النوم والصداع والإكتئاب.

### 3-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

- تختلف علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.

دلت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها إلا بالنسبة لبعدي المكافآت والإكتئاب حيث تبين وجود أثر دال، كما ظهر أثر دال لبعده التعاطف على علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض الجسدية.

وبالنظر لنتائج الفرضية الأولى فلقد جاء الممرضين المتخصصين في المرتبة الأولى على سمة يقظة الضمير وفي المرتبة الأخيرة على بعد المكافآت واحتلت هذه الفئة المرتبة الأولى في اعتلال الصحة الجسدية والمرتبة الثانية في شدة التعب والأعراض الجسدية، كما أنّهم احتلوا المرتبة الأولى في التعاطف. وتتميز الممرضات نوات الدرجة المرتفعة على سمة يقظة الضمير حسب (Wan, Q. & al.,2019) بالمسؤولية المرتفعة في العمل، وبالذقة في انجاز مهام التمريض، وبالقدرة على تحسين ظروف المريض، و استعدادهن لبذل قصارى جهدهن للتقليل من عبء المرض على المرضى وهذا ما يدل على ارتفاع مستوى التعاطف لديهن، كما بيّنت العديد من الدراسات على العلاقة الموجبة بين سمة يقظة الضمير

والصحة النفسية فحسب (Háša & Brunet-Thornton, 2017) تؤثر سمة يقظة الضمير على السلوك الصحي.

وفيما يخص أثر المعدل للتعاطف فهو دال على بعد المكافآت ولقد أشار ( Q. Ashton Acton, 2013) إلى ارتباط سمة يقظة الضمير بالمكافآت المرتفعة وعلى العكس من ذلك تبين في الدراسة الحالية أنّ تأثير التعاطف سلبي بالنسبة للمرضيين المتخصصين والذين جاءوا في المرتبة الأخيرة على بعد المكافآت وهذا ما ظهر جليا في إجاباتهم حيث عبرت أغلبية هذه الفئة عن عدم تلقّيمهم للإعتراف نظير الجهد المبذول وهو ما يعبر عن انخفاض مستوى المكافآت لديهم.

أما بالنسبة لبعد الإكتئاب فقد دلّت نتائج دراسة (Goodwin and Friedman) في سنة 2006 والتي أوردها (Deirdre O'sullivan, 2014) على آثار ضعيفة إلى متوسطة لسمة يقظة الضمير على الإكتئاب، وفي دراستنا الحالية تظهر النتائج أنّ الدور المعدل للتعاطف على علاقة سمة يقظة الضمير بالإكتئاب هو ايجابي نوعا ما بالنسبة للمرضيين المتخصصين بما أنهم جاءوا في مرتبة متوسطة على بعد الإكتئاب، بالرغم من سنوات الخبرة الكبيرة التي قضاها في ممارسة المهنة وهذا يدل على أنّ التجربة الطويلة سمحت لهم باكتساب مهارة المحافظة على المسافة الآمنة بينهم وبين المرضى والتي تحميهم من أعراض الإضطرابات النفسية ويعد الإكتئاب أحد هذه الإضطرابات.

لقد شدد (R. R. Mc Crae, 2004) على دور سمة يقظة الضمير كمحدد هام للصحة الجسدية، إذ يتمتع الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على هذه السمة بالانضباط الذاتي لتطوير عادات صحية جيدة والحفاظ عليها. ويؤكد (H. S. Friedman, 2006) في دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة تشمل 3032 فردا من البالغين أظهرت النتائج بأنّ سمة يقظة الضمير (كعامل حماية) ارتبطت بصفة موثوقة بانخفاض مستوى خطر الإصابة بالأمراض مثل: مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وفتق قفريات العمود الفقري (Hernie discale)، مشاكل السكتة الدماغية، ومشاكل المفاصل، ومجموعة متنوعة من الأمراض العقلية ومشاكل تعاطي المخدرات. وعلى العكس من ذلك فقد بينت نتائج الدراسة الحالية على أنّ الدور المعدل للتعاطف هو سلبي بالنسبة للمرضيين المتخصصين حيث

جاءوا في المرتبة الأولى في اعتلال الصحة الجسدية والمرتبة الثانية بالنسبة لبعديها شدة التعب والأعراض المرضية وبالرغم من ارتباط سمة يقظة الضمير حسب (Weiten,2013) بانخفاض مستوى الإصابة بالأمراض إلا أن ( B. J. Brummel & N. A. Bowling, 2013 ) أشار إلى إمكانية أن تؤدي المستويات العالية بشكل غير عادي لسمة يقظة الضمير إلى ارتفاع مستويات الإجهاد والتوتر. فقد يعاني العمال الحاصلين على درجات مرتفعة على سمة يقظة الضمير من الضيق لأنهم يقومون بالكثير من المهام طوعاً، أو لأنهم يضعون أهدافاً صعبة يصعب تحقيقها. ووضح (Leikas, S.,& Ilmarinen, V.-J., 2016) أن الأفراد ذوو سمة يقظة الضمير المرتفعة يدرسون أو يعملون بفعالية ومسؤولية واجتهاد، مع بذل الكثير من الجهد، مما يسبب لهم التعب والإنهاك بشكل عام. ويشير اتجاه آخر من البحوث إلى أن سلوك أصحاب سمة يقظة الضمير يمكن أن يكون مرهقاً لأنه يتطلب ضبط النفس. ولقد ثبت أن ممارسة ضبط النفس تسبب عجزاً في الموارد أو عجزاً في الدوافع والانتباه. لذلك، بعد ممارسة ضبط النفس لفترة طويلة، تصبح المهام التي تتطلب المزيد من ضبط النفس أكثر صعوبة وهذا ما يسبب التعب. والتعاطف في مهنة التمريض يتطلب ضبط النفس في الحالات الحرجة وفي مواجهة انفعالات المرضى والتي تكون في أغلب الأحيان انفعالات سلبية مثل الغضب والعدائية ومشاعر الإحباط وهذا ما يسبب الإنهاك والتعب للمرضين وبالتالي اعتلال الصحة الجسدية.

### 3-2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

- تختلف علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى المرضين.

تبيّن من نتائج الدراسة وجود أثر دال للمتغير المعدل التعاطف على علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وثلاثة من أبعادها هي بعد الإجهاد وبعد المكافآت وبعد القلق كما تبيّن وجود أثر دال للتعاطف على علاقة سمة العصابية بالصحة الجسدية وأبعادها لدى المرضين.

وبالاستناد لنتائج الفرضية الأولى جاء في المرتبة الأولى على سمة العصابية الممرضين المتربصين والذين احتلوا المرتبة الرابعة في مهارة التعاطف والمرتبة الثانية في اعتلال الصحة النفسية والمرتبة الرابعة على بعد الإجهاد ونفس المرتبة على بعد المجهود الخارجي والمرتبة الثانية على بعد المكافآت والمرتبة الثانية على بعد الإكتئاب.

ولقد بيّنت الدراسات بأنّ سمة العصابية ترتبط بالإنفعالات السلبية وعدم القدرة على التحمل والتكيف السلبي مع التحديات وهذا ما أكدّه (Wan, Q. & al., 2019) بارتباط سمة العصابية في مجال التمريض بالقدرة على التكيف السريري والقدرة على التحمل النفسي للممرضات، فالممرضات التي يحصلن على درجات مرتفعة في هذه السمة تكن أكثر عرضة للإجهاد والقلق واضطرابات نفسية أخرى، كما أنّهن يجدن صعوبة في مواجهة التحديات. ويوضح (Weiten, 2013) بأنّ الأفراد الذين يحصلون على درجة عالية من العصابية يتسمون بالقلق، والعدائية، والشعور بالإحراج، وعدم الأمان والهشاشة. وعن أثر التعاطف على سمة العصابية فلقد أشار (C. S. Aguiar & al, 2017) بشكل غير متوقع بأنّ نتائج دراسته بينت عدم وجود ارتباط سلبي بين العصابية مع أي بعد من أبعاد التعاطف. وكشفت نتائج دراسة (Magalhães, Costa et Costa ) في سنة 2012 والتي أجريت في البرتغال على عدم وجود ارتباطات سلبية بين التعاطف وسمة العصابية . وجدنا ارتباطات ايجابية بين سمة العصابية والتعاطف وبعديه أهمية فهم الآخر والخيال ونستنتج من هذه النتائج، بأنّ الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على سمة العصابية يمكنهم التعاطف مع الآخرين. وهذا ما يتوافق مع دراستنا الحالية حيث احتل الممرضين المتربصين المرتبة الأولى في مستوى التعاطف بالرغم من مستوى العصابية المرتفع لديهم، كما تبين أنّ أثر التعاطف على الصحة النفسية لهذه الفئة المهنية سلبي بما أنهم جاءوا في المرتبة الثانية على متغير اعتلال الصحة النفسية بعد مساعدي التمريض المتربصين ويرى (Háša & Brunet-Thornton, 2017) بأنّ الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على سمة العصابية يستجيبون بشدة للتجارب السلبية، فمعايشة معاناة المرضى والتعاطف معهم يمثل تجارب سلبية للممرضين المتربصين والتي تؤثر على صحتهم النفسية ونلاحظ ذلك من خلال تعبيراتهم، فلقد تأثروا بمعاناة المرضى وخاصة الأطفال وأهالي المتوفين، كما

لاحظوا اهمال المرضى وسوء معاملتهم من طرف المعالجين الممارسين وهذا ما يتجلى في تصريح إحدى الممرضات المتربصات: " لقد كنت أظن أنّ مهنة التمريض من أسمى المهن التي ابتكرها الإنسان وبمعنى آخر أجملها وهي كذلك فأنا أحبها فهي مهنة الأخلاق والنزاهة، لكنني اصطدمت بواقع مرّ، ....الواقع لا يتماشى مع طموحاتي هناك منافسة لقتل المرضى وإهمال المريض...."، وعبر بعض المتربصين بأنّ عدم قدرتهم على التواصل مع المرضى نظراً لضعف التكوين في هذا المجال أشعرهم بالعجز وأثر عليهم.

أما بالنسبة لبعد الإجهاد فلقد بيّنت بعض الدراسات على علاقته بسمة العصابية ، إذ أكد (T. A., Widiger, 2009) على استجابة الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة للإجهاد البيئي، ومن المرجح أنهم يفسرون المواقف العادية على أنها مواقف تهديد بالنسبة لهم، كما أنّهم قد يضحون بالإحباطات الخفيفة، ولقد بيّنت نتائج الدراسة الحالية على أثر التعاطف على علاقة سمة العصابية بالإجهاد هو أثر ايجابي بما أنّ الممرضين المتربصين جاءوا في المرتبة الرابعة على هذا البعد وهذا يتوافق مع ما أورده ( Jorge Soler-Gonzalez & al., 2019) في أنّ التعاطف يلعب دوراً مهماً في التنظيم الإنفعالي ويمثل "بوصلة مهنية" للمعالجين عند الإنخراط في مواقف عمل مجهدة أثناء تقديم العلاج السريري، وبالرغم من اتفاق الدراسات على ارتباط سمة العصابية بالانفعالات السلبية، إلا أنّ مستوى الإجهاد المنخفض لدى الممرضين المتربصين بيّن الدور الإيجابي للتعاطف وهذا ما أكدته (M. Hamel, 2019) من خلال البرهنة على التأثير النفسي العصبي المزدوج لممارسة التعاطف فهو يخفض مستوى انتاج هرمونات الإجهاد بنفس القدر لدى الفرد الذي يتلقى التعاطف كما هو الحال بالنسبة للمعالج الذي يستخدمه.

ولقد كشفت نتائج الدراسة عن أثر دال للتعاطف على علاقة سمة العصابية بالمكافآت ومن خلال نتائج الفرضية الأولى التي بينت احتلال الممرضين المتربصين للمرتبة الثانية على بعد المكافآت وهو ما يدل على أنّ الدور المعدل للتعاطف هو ايجابي بما أنّ سمة العصابية ترتبط ايجاباً بالمكافآت وهذا ما أكدته (C. V. Collard, 1998) حيث يرى بأنّ سمة العصابية تزيد من درجة حساسية الفرد للمكافأة أو العقاب ويتجلى مستوى المكافآت المرتفع لدى الممرضين المتربصين من خلال التعبير التالي لإحدى الممرضات المتربصات

" بغض النظر عن المنصب المضمون لكنني أحب مساعدة الشيوخ..... أحب التعامل معهم، فالحديث معهم متعة خاصة...." فمساعدة الشيوخ والتعامل معهم يمثلان مستوى مرتفع من التعاطف مع هذه الفئة من المرضى كما أنّ متعة الحديث معهم يمثل مكافأة معنوية لهذه المتربصة بالإضافة إلى تعبيرات أخرى للمرضيين المتربصين والذين يعتبرون بأن العمل في مهنة التمريض هو تحقيق لحلم الطفولة وبأنّ التعامل مع المرضى يسمح لهم بإكتساب الحسنات وأجر الآخرة وهذا ما يمثل مكافآت روحانية بالنسبة لهم.

أما بالنسبة لأثر التعاطف على علاقة سمة العصابية بالإكتئاب فهو دال ويمكن اعتبار هذا الأثر سلبي بما أنّ المرضيين المتربصين احتلوا المرتبة الأولى مع مساعدي التمريض المتربصين على هذا البعد من الصحة النفسية ويمكن تفسير ذلك بالعلاقة التنبئية بين بعد أهمية فهم الآخر وعدم الإستقرار الإنفعالي (أي سمة العصابية) حسب ما أورده ( L. Tóth & M. Reinhardt, 2019 ) وأوضح كذلك بأنّ الضيق الشخصي الناتج عن التعاطف مرتبط بعدم الاستقرار العاطفي (سمة العصابية)، وضمن نفس السياق أوضحت ( Lauri Lukka, 2014 ) بأنه يمكن تقسيم التعاطف إلى نوعين هما التعاطف الإنفعالي والتعاطف المعرفي. ويشمل التعاطف الإنفعالي القلق التعاطفي، والذي يشير إلى الإنجذاب والشفقة إتجاه معاناة الآخرين، والضيق الشخصي الذي يصف المشاعر الذاتية من الإنزعاج والقلق إستجابة لمعاناة الآخر وترتبط المستويات المرتفعة من الضيق الشخصي حسب ( Haglund, C., 2014 ) بارتفاع مستوى الإكتئاب، ويمثل التعاطف المعرفي بعد أهمية فهم الآخر أما التعاطف الإنفعالي فيمثل بعد تثمين العلاجات الرحيمة ولقد جاء المرضيين المتربصين في المرتبة الأولى على هذين البعدين.

وكشفت النتائج على وجود أثر دال للتعاطف على علاقة سمة العصابية بالصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية لدى عينة الدراسة ولقد بينت معظم الدراسات على وجود علاقة سلبية بين سمة العصابية والصحة الجسدية، وهذا ما أشار إليه ( Weiten, 2013 ) من ارتباط سمة العصابية بدرجة كبيرة بجميع الإضطرابات النفسية الرئيسية تقريباً، بالإضافة إلى عدد من الأمراض الجسدية، ويؤكد ( E. V. Teijlingen, 2019 ) بأن مجموعة كبيرة من الدراسات بينت بأنّ الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة

في سمة العصابية هم أكثر عرضة لخطر اختلال الصحة الجسدية والصحة النفسية. ومن بين الأمراض الجسدية التي لها علاقة بسمة العصابية حسبها هي السكتة الدماغية والمشاكل الجلدية والربو والقرحة. كما ربط ( P. G. Williams, 2014 ) بين سمة العصابية أو مكونات سمة العصابية بضعف وظائف المناعة وارتفاع ضغط الدم وأمراض الشريان التاجي والوفيات المبكرة. إلا أنّ نتائج الدراسة الحالية بينت بأنّ أثر التعاطف على العلاقة بين سمة العصابية والصحة الجسدية لدى عينة الممرضين هو أثر ايجابي بما أنّ الممرضين المتربصين جاءوا في المرتبة الرابعة على الصحة الجسدية وبعد شدة التعب والمرتبة الأخيرة في الأعراض الجسدية، غير أنّ معدل سن هذه العينة الذي يساوي 19,4 سنة ومدة العمل القصيرة في مهنة التمريض (سنتين من التربص) لا تسمح بالتأكيد على الأثر الإيجابي للتعاطف على علاقة سمة العصابية بالصحة الجسدية لدى عينة الدراسة ولكن بالنظر إلى نتائج عينة الممرضين الممارسين والذين جاءوا في المرتبة الثانية على سمة العصابية وفي المرتبة الرابعة على متغير التعاطف وبعد أهمية فهم الآخر وبعد تثمين العلاجات الرحيمة، احتلت هذه الفئة المرتبة الثانية على اعتلال الصحة الجسدية والمرتبة الأولى على بعد شدة التعب والمرتبة الثالثة على بعد الأعراض المرضية، علماً أنّ معدل سن هذه الفئة المهنية هو 28,73 سنة ومعدل الأقدمية يساوي 07,47 سنة وهذا يدل على أنّ مستوى التعاطف المنخفض لدى هذه الفئة بالمقارنة مع الممرضين المتربصين، لم يسمح بتعديل العلاقة ما بين سمة العصابية والصحة الجسدية لديهم ويؤكد على الأثر الإيجابي للتعاطف على هذه العلاقة.

### 3-2-5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

- تختلف علاقة سمة الإنفتاح بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات التعاطف لدى الممرضين.

لقد كشفت نتائج الدراسة على عدم وجود أثر للتعاطف على علاقة سمة الإنفتاح والبعدي الكلي للصحة النفسية لدى الممرضين، في حين يوجد أثر دال للتعاطف على بعد علاقة سمة الإنفتاح بأبعاد الصحة النفسية ممثلة في الإجهاد والمكافآت والقلق والإكتئاب كما يوجد

أثر دال للتعاطف على علاقة سمة الانبساط بالصحة الجسدية وبعديها، وقد يكون هذا الأثر سلبى أو ايجابى بما أنّ سمة الإنفتاح حسب (Giovanni B. Moneta, 2014) يمكنها أن تؤثر على درجة تفاعل الفرد مع الأحداث: فالأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على سمة الإنفتاح قد تكون لديهم شدة كبيرة في الإنفعالات الإيجابية والإنفعالات السلبية، فتأثير التعاطف يكون حسب حساسية الممرضين للأحداث التي تواجههم، فالممرضات اللواتي يحصلن على درجات مرتفعة على سمة الإنفتاح من وجهة نظر (Wan, & al., 2019) لديهن خيال واسع، وهن عاطفيات، ولديهن ميل إلى إختبار المفاهيم القديمة باستمرار، وجيدات في الابتكار السريري، ولديهن ميل إلى حل مشاكل التي تواجههن في مهنة التمريض باستخدام مجموعة متنوعة من الأساليب لتحسين تجارب المرضى.

أما بالنسبة للممرضين المتربصين فدلّت نتائج دراسة (D. B. Turban & F. K. Lee, 2007) على وجود علاقة إيجابية بين سمة الإنفتاح على التجربة ونتائج التدريب الناجح في أماكن العمل، مما يشير إلى أنّ الأفراد المنفتحين يستمتعون بتعلم أشياء جديدة وبالتالي لديهم الدافع للمشاركة في التكوين والتعلم من شخص آخر وهذا يتطلب بعض الفهم والقبول لأنماط العمل والتقاطعات المختلفة . وبما أنّ التعاطف يرتبط ايجابا بسمة الإنفتاح حسب (Wang, C., 2017)، فيمكن القول أن الأثر المعدل للتعاطف هو ايجابى لدى عينة الممرضين المتربصين.

### 3-2-6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

- تختلف علاقة سمة الانبساط بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

دلّت النتائج على وجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية على علاقة سمة الانبساط بالبعد الكلي للصحة النفسية وجميع أبعادها ما عدى بعد الاستثمار كما تبين وجود أثر دال للمناعة النفسية على علاقة سمة الانبساط بالصحة الجسدية وبعديها لدى عينة الدراسة.

واستنادا إلى نتائج الفرضية الأولى، جاء الممرضين المتخصصين في المرتبة الأولى على سمة الإنبساط وفي المرتبة الثالثة فيما يخص مستوى المناعة النفسية والذي سمح لهم



بتعديل العلاقة بين سمة الإنبساط والصحة النفسية بما أنهم جاءوا في المرتبة الأخيرة من حيث اعتلال الصحة النفسية وهذا يتوافق مع ما أورده (Razieh Froutan & al., 2017) من وجود علاقة ما بين سمة الإنبساط والمناعة النفسية، إذ تُمكن المناعة النفسية المُعالجين العاملين في حالات الطوارئ من الحفاظ على صحتهم النفسية كما تساعدهم على التكيف مع المواقف المجهدة وهذا ما يفسر المرتبة الأخيرة التي جاء فيها الممرضين المتخصصين على بعد الإجهاد، كما أنّ المرتبة الأولى لهذه الفئة المهنية في التعاطف كان لها دورا في انخفاض الإجهاد لديهم وفي هذا السياق أكد (Grit Hein, 2014) على وجود علاقة ايجابية بين التعاطف والمناعة النفسية ضد الإجهاد، كما أشارت (Karsten Draker, 2017) بأنّ سمة الإنبساط هي عامل حماية واضح وهذا ما يفسر حصول الممرضين المتخصصين على مراتب متوسطة في بعد المجهود الخارجي والإكتئاب وهذا ما يتوافق مع ما أورده (Andrew E. Skodo1, 2020) على أنّ الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة في سمة الإنبساط يتميّزون بالإنفعالات الإيجابية ويكونون موجهون نحو العمل في طريقة تكيفهم، وتُعد هذه العوامل من مكونات المناعة النفسية والتي تعتبر مهمة في حماية الصحة النفسية لدى الممرضين المتخصصين، إلا أنّ هذه الفئة جاءت في المرتبة الأخيرة على بعد المكافآت وهذا ما يفسر عدم وجود أثر للمناعة النفسية على بعد المكافآت، ويمكن تبرير هذه النتيجة بأنّ الممرضين المتخصصين قد أمضوا سنوات طويلة جدا في مهنة التمريض والعمل في ظروف سيئة من حيث شروط النظافة وقلة الإمكانيات ووسائل العمل والصراعات بين العمال والجهد الكبير المبذول نظير راتب زهيد وغياب الإمتيازات مثل الترقية والتكوين والترقيات حسب تعبيراتهم.

ولقد كشفت النتائج أيضا بوجود أثر دال للمناعة النفسية على علاقة سمة الإنبساط بالصحة الجسدية وبعديها لدى عينة الدراسة، غير أنّ المرتبة الأولى التي احتلها الممرضين المتخصصين في اعتلال الصحة الجسدية والمرتبة الثانية على بعدي التعب والأعراض المرضية يُبين أنّ أثر المناعة النفسية كان ضعيفا بالنظر إلى مستواها المتوسط لدى العينة بالإضافة إلى ما أورده (Rick Hughes & al, 2012) في أنّ العلاقة ما بين الصحة النفسية والمناعة النفسية إيجابية ولكنها ضعيفة.

### 3-2-7- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

- تختلف علاقة سمة الطيبة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

كشفت النتائج على وجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية على سمة الطيبة بالصحة النفسية وكل أبعادها والصحة الجسدية وبعديها.

وبالنظر لنتائج الفرضية الأولى التي بينت بأنّ مساعدي التمريض المتربصين جاءوا في المرتبة الأولى على سمة الطيبة والمرتبة الأولى في المناعة النفسية والمرتبة الأولى في اعتلال الصحة النفسية وبعدي الإجهاد والإكتئاب، يظهر بأنه على الرغم من الأثر المعدل للمناعة النفسية غير أنّ هذا الأثر لم يحمي مساعدي التمريض المتربصين من اضطرابات الصحة النفسية وهذا يتوافق مع ما أورده (I. Robertson, D. Leach, J. Dawson, 2018) في أنّ سمة الطيبة تتضمن التواضع والتعاطف مع الآخرين وكلاهما من المحتمل أن يكون لهما علاقة سلبية بالمناعة النفسية، مع العلم أنّ عينة مساعدي التمريض المتربصين جاءوا في المرتبة الأولى على التعاطف، كما توضح (Carry Cooper & al., 2013) عن علاقة سمة الطيبة بالمناعة النفسية، إذ أنّه رغم أنّ سمة الطيبة تلعب دوراً هاماً من خلال إقامة شبكات الدعم الاجتماعي من خلال الأصدقاء والعائلة والزملاء، إلا أنه قد تظهر تأثيرات عكسية لهذه السمة على سبيل المثال إنّ استعداد الفرد لتقديم التنازلات يُعد جيداً بالنسبة للمرونة وإقامة العلاقات ولكن ارتفاع مستوى هذه الخاصية قد يؤدي إلى الخوف من الصراع والذي قد يؤثر سلباً على العلاقات من خلال عدم التعامل مع المشكلات بشكل علني وسريع وهذه العوامل تؤثر على الصحة النفسية لمساعدات التمريض المتربصين والذين احتلوا المرتبة الأولى في بعد الإجهاد عكس نتائج الكثير من الدراسات التي أكدت على دور المناعة النفسية في حماية الأفراد من الإجهاد إلا أنّ (Gerardiana Harnett, 2015) ترى بأنّ العوامل المسببة للإجهاد بما في ذلك الطبيعة الحرجة لبيئة التمريض تتطلب من المتربصين التمتع بمستوى كافٍ من المناعة النفسية في الشدائد المتعلقة بالعمل والتي لها آثار سلبية على الصحة والإرتياح النفسي للمتربصين والذين تم الدفع بهم مبكراً في هذه البيئة التي تعرضهم إلى مخاطر جسدية وانفعالية. كما أكد "لوجيا وآخرون" بأنه من المرجح في أن

التعاطف المرتفع قد يجعل المتعاطف أكثر حساسية للأحداث السلبية (Hein, 2014, p.152) وهذا ما يفسر المرتبة الأولى لمساعدى التمريض المتربصين على بعد الإكتئاب نتيجة معاشتهم لمعاناة المرضى بالرغم من ارتفاع مستوى المناعة النفسية لديهم لأنهم بحاجة إلى تدريب متخصص في المناعة النفسية كما يجب على الممرضين الممارسين حسب (Harnett, 2015) التمتع بمناعة نفسية مرتفعة لتدريب المتربصين على تحقيق التكيف الإيجابي في مهنة التمريض وهذا عكس نتائج دراستنا حيث احتل الممرضين الممارسين بمختلف فئاتهم المراتب الأخيرة في المناعة النفسية.

### 3-2-8- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

- تختلف علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

تبين من نتائج الدراسة بأنه يوجد أثر دال لمتغير المناعة النفسية على علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة النفسية وأبعادها ما عدى بعد الإستثمار المفرط، ووجود أثر دال على علاقة سمة يقظة الضمير بالصحة الجسدية وبعديها شدة التعب والأعراض المرضية.

علما أن نتائج الفرضية الأولى كشفت على أن الممرضين المتخصصين احتلوا المرتبة الأولى في سمة يقظة الضمير والمرتبة الثالثة في المناعة النفسية، وبالرغم من المستوى المتوسط للمناعة النفسية لهذه الفئة فلقد كان لها دورا معدلا إيجابيا بما أنهم جاءوا في المرتبة الأخيرة على مستوى اعتلال الصحة النفسية والإجهاد، إذ يؤكد (R. R. Sinclair, J.H. Chening, 2017) بأنّ بالبحوث في مجال الأداء المهني والصحة العامة كشفت بأنّ سمة يقظة الضمير تعتبر أهم سمة لها ارتباط قوي بالمناعة النفسية ، كما أوضح (Skodol, 2020) بأنّ الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على سمة يقظة الضمير لديهم القدرة على التخطيط بعناية لاستراتيجيات التكيف بدلا من التصرف فورا في حالة حل المشاكل، هذا ما يقودنا إلى الإستنتاج بأنّ الممرضين المتخصصين ذوو سمة يقظة الضمير المرتفعة قد اكتسبوا استراتيجيات تكيف ملائمة أي أنّ مستوى المناعة النفسية الذي تطور لديهم بفضل الخبرة والتجارب له أثر ايجابي في الوقاية من الإضطرابات النفسية، وهذا ما أشارت إليه

(Harnett, 2015) بأنّ الإجهاد والمحن والمخاطر كلها تعتبر تجارب سابقة للمناعة النفسية تسمح للمرضين بالإرتداد مرة أخرى، كما أنّ المرتبة الأخيرة في الإجهاد لفئة الممرضين المتخصصين تبين أيضا الأثر المعدل للمناعة النفسية في التخفيف مستوى الإجهاد لدى الممرضين ذوو الدرجات المرتفعة على سمة يقظة الضمير وهذا يتوافق مع ما أورده (Froutan & al., 2017) في أنّ سمة يقظة الضمير ترتبط ايجابيا بالمناعة النفسية لدى المسعفين الطبيين، وترتبط هذه السمة سلبيا بالإجهاد ولهذا تلعب هذه السمة دورا هاما في حماية الصحة النفسية للمعالجين، فالأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على سمة يقظة الضمير يعتبرون الإجهاد كمشكل أو تحدي يتطلب الحل وهذا له علاقة قوية بالمناعة النفسية. كما يوضح (Cooper, Flint-Taylor, Pearm, 2013) بأنّ العلاقة الايجابية بين سمة يقظة الضمير والمناعة النفسية تركز على حاجة الفرد للنظام والتي تكون مفيدة في الوقاية من المشاكل والتعامل مع الضغوط، ومع ذلك فليس هناك شك في أنّ الحاجة الكبيرة للآخرين يمكن أن تتسبب في صعوبة الإستجابة التكيفية، وهذا ما يفسر المرتبة الأخيرة التي حصل عليها الممرضين المتخصصين على بعد المكافآت، فمستوى المناعة المتوسط لم يعدل العلاقة ما بين سمة يقظة الضمير وهذا البعد مما يدل على حاجة الممرضين المتخصصين للتقدير المادي والمعنوي وهذا ما يبرر الأثر الضعيف للمناعة النفسية على اعتلال الصحة الجسدية وبعديها حيث جاء الممرضين المتخصصين في المراتب الأولى عليها، أما فيما يخص مستوى الإكتئاب فلقد كان متوسطا بالنظر إلى مستوى المناعة النفسية المتوسطة وهذا يتوافق مع ما أشار إليه (Yusha Gong & al., 2019) في أنّ المناعة النفسية ترتبط ارتباطا سلبيا بالإكتئاب، إذ أنّ المناعة النفسية قد تحمي من الإكتئاب عن طريق مقاومة التأثير السلبي لعوامل خطر الإكتئاب بالإضافة إلى ذلك يمكن للمناعة النفسية أن تُعدل العلاقة ما بين سمة يقظة الضمير وأعراض الإكتئاب فهي تعزز التأثير الايجابي لسمة يقظة الضمير على أثر الإكتئاب إذ أنّها تتميز بمستويات مرتفعة من المشاعر الإيجابية والتي تشكل موارد شخصية دائمة لإدارة التهديدات.

### 3-2-9- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية التاسعة:

- تختلف علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

كشفت نتائج الدراسة على وجود أثر دال للمتغير المعدل المناعة النفسية على علاقة سمة العصابية بالصحة النفسية وجميع أبعادها وعلى الصحة الجسدية وبعديها.

وبالنظر إلى نتائج الفرضية الأولى نجد بأنّ فئة الممرضين المتربصين جاءت في المرتبة الأولى على سمة العصابية وفي المرتبة الثانية على مستوى المناعة النفسية ونفس المرتبة في اضطرابات الصحة النفسية وبعد المكافآت وبعد الإكتئاب والمرتبة الرابعة في بعد المجهود الخارجي والمرتبة الرابعة على اعتلال الصحة الجسدية وبعد شدة التعب والمرتبة الأخيرة على بعد الأعراض المرضية، تُظهر هذه النتائج أنّ أثر المناعة النفسية لم يكن إيجابياً على الصحة النفسية للممرضين المتربصين حيث يؤكد (Froutan & al., 2017) في دراسة عن علاقة سمات الشخصية بالمناعة النفسية لدى عينة من طلبة المدارس الصحية بأنّ سمة العصابية ارتبطت بشكل كبير وعكسي بالمناعة النفسية.

ويوضح (Karsten Drater, 2017) بأنّ سمة العصابية والحاجة إلى الإستقرار تمثل عوامل خطر بالنسبة للمناعة النفسية، وتعتبر الحاجة القوية للاستقرار أكبر عامل خطر على المناعة النفسية، لأن أي تغيير في بيئة الفرد يمكن أن يؤدي إلى حالة من الاضطرابات الداخلية، وتُعد بيئة المؤسسات الصحية، بيئة جديدة بالنسبة للممرضين المتربصين والتي تتميز بالتغيرات الكثيرة من حيث حالات المرض المختلفة والإصابات الناتجة عن الحوادث ومعاونة المرضى والصراع بين مختلف الفئات المهنية وقلة وسائل العمل ونقص النظافة وهي كلها عوامل تؤثر على تكيف الممرضين المتربصين وهذا ما يؤثر على صحتهم النفسية. وفي هذا السياق يشير (Skodol, 2020) بأنّ الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على سمة العصابية يستخدمون التقييم السلبي في المواجهة التكيفية كما أنهم يعتمدون على التكيف الإنفعالي بشكل مفرط في حل المشاكل.

أما فيما يخص مستويات الإجهاد وعلاقتها بسمة العصابية، يوضح ( I. Roberston, D. ) (Leach, J. Dawson, 2018) بأن سمة العصابية تمثل مدى حساسية الفرد اتجاه الضيق وشعوره بالهشاشة اتجاه الضغوط والإجهاد واللذان يرتبطان سلبيا بالمناعة النفسية، كما يؤكد (Skodol, 2020) بأن سمة العصابية تقود الأفراد إلى التعامل بشكل غير فعال، والتكيف الغير فعال يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الإجهاد لدى الأفراد العصابين، غير أن نتائج هذه الدراسة جاءت مختلفة، حيث تبين أن المرضيين المتربصين احتلوا المرتبة الرابعة على بعد الإجهاد وهذا يتوافق مع أورده (Gao & al., 2017) في أن المناعة النفسية هي طريقة إيجابية للتكيف والتعامل مع الأحداث المجهدة، إذ يُمكن اعتبار المناعة النفسية على أنها نوع من الموارد النفسية والتي تسمح للأفراد بالتعافي من الإجهاد والضيق والتحدي، كما أن المستوى المرتفع للقدرة على الضبط والتأثيرات الروحانية لدى المرضيين المتربصين ساعدهم على مقاومة الإجهاد.

وبالنسبة للنتائج الخاصة ببعث الإكتئاب، فلقد تبين بأن المرضيين المتربصين يعانون من مستويات مرتفعة من الإكتئاب بالرغم من ارتفاع مستوى المناعة النفسية لديهم، هذه النتيجة جاءت معاكسة لما أورده (Gao & al., 2017) في أن المناعة النفسية قد تُعدل العلاقة ما بين سمة العصابية بأعراض الإكتئاب، ويمكنها أن تخفف من التأثير السلبى لسمة العصابية، ويمكن تفسير ذلك بأن المشاعر السلبية المدركة من طرف المرضيين المتربصين بسبب ظروف التكوين والتربص كانت أكبر من مستوى المناعة النفسية والتي يجب أن يتم تميمتها مهنيًا، إذ يؤكد (Gao & al., 2017) أن الدرجات المرتفعة من المناعة النفسية تمكن الفرد من التمتع بحالة ذهنية أوسع وعمليات إدراكية أكثر مرونة والتي قد تكون مفيدة في تحسين الاستقرار الانفعالي و تخفيف المشاعر السلبية التي تسببها سمة العصابية.

ولقد دلت نتائج الدراسة على أثر المناعة النفسية على علاقة سمة العصابية بالصحة الجسدية للمرضيين والذين ظهر أنهم يتمتعون بصحة جيدة ولكن لا يمكن التأكيد على الدور الإيجابي للمناعة النفسية نظرا لأن عينة المرضيين المتربصين هم من فئة الشباب وهم في بداية حياتهم المهنية.

### 3-2-10- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية العاشرة:

- تختلف علاقة سمة الإنفتاح على الخبرة بالصحة النفسية وأبعادها والصحة الجسدية وبعديها باختلاف مستويات المناعة النفسية لدى الممرضين.

أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر دال لمتغير المناعة النفسية على علاقة سمة الإنفتاح بالصحة النفسية وأبعادها ما عدى بعد الإستثمار ووجود أثر دال بالنسبة للعلاقة مع الصحة الجسدية وبعديها.

لقد بينت نتائج الفرضية الأولى على تساوي كل فئات الممرضين في مستوى سمة الإنفتاح ولا يمكن التأكيد على الأثر الإيجابي للمناعة النفسية على علاقة هذه السمة بالمتغيرات التابعة للدراسة نظرا لقلة البحوث التي تناولت علاقة سمة الإنفتاح بالصحة النفسية والجسدية من جهة وعلاقتها بالمناعة النفسية وأيضا للتضارب وجهات النظر على طبيعة هذه العلاقة، إذ يؤكد (Mohammad-Rafi Bazrafshan & al., 2019) في دراسته على وجود علاقة إحصائية مهمة بين المناعة النفسية وسمة الإنفتاح على التجربة، حيث أدت الزيادة في درجة مؤشر المناعة النفسية إلى إرتفاع سمة الإنفتاح على التجربة، فالأفراد الذين حصلوا على درجات عالية منفتحون على التجارب الداخلية وتجارب العالم الخارجي، وحياتهم غنية بالتجارب، فهم يتميزون بالفضول العقلي واستقلالية الأحكام ، بالإضافة إلى التمتع بالخيال والجمال.

في حين هناك دراسات أخرى مثل دراسة (Izadabadi et al) و(Farah Bijari et al.) كانت نتائجها معاكسة، حيث يرى هؤلاء الباحثين بأن كَوْن الفرد متمرسًا وقادرًا على التكيف مع التغيرات والتجارب الجديدة في الحياة لا يعني أن يكون مستعدًا للتعامل مع التغيرات الإيجابية والسلبية في البيئة المحيطة به، إذ يرحب الكثير من الأشخاص بالتجارب المتعددة ولكنهم يكونون غير قادرين على التكيف مع الظروف الحرجة.

كما أظهرت نتائج دراسة (Froutan & al., 2017) بأنّ سمة الإنفتاح على الخبرة ارتبطت سلبيا بالمناعة النفسية لدى المعالجين في مجال الطوارئ، وهذا يدل على أنّ سمة الإنفتاح

ليست فعّالة فيما يخص المناعة النفسية لأنّ الأفراد المنفتحون يهتمون بالفن والأنشطة الجديدة وهذا لا يناسب العاملين في مجال الصحة والعلوم الطبية.

ومن وجهة نظر مختلفة يرى (Selye, 2016) بأنّ سمة الإنفتاح على الخبرة تساعد على إنشاء مناعة نفسية عامة في أماكن العمل وتساهم في الوقاية من الإجهاد المهني. وهذا ما أكدته (J. C. Ajawani, 2017) بأنّ سمة الإنفتاح على الخبرة تسمح للأفراد بالعمل على تحقيق الأهداف المرجوة بطرق جديدة واغتنام الفرص المستجدة، وهذا ما يسمح لهم باكتساب مناعة نفسية مرتفعة. ويتميز الأفراد ذوو الدرجات المرتفعة على سمة الإنفتاح على الخبرة بمشاركة مشاعرهم مع الآخرين والتي تؤدي بهم إلى السكينة والهدوء في الظروف التي تتميز بالإجهاد، وذلك بفضل المستوى المرتفع للدعم الاجتماعي.

من خلال نتائج هذه الدراسات يمكننا الإفتراض بأنّ أثر المناعة النفسية على علاقة سمة الإنفتاح بالصحة النفسية والصحة الجسدية يكون إيجابيا بالنسبة للمرضين المتربصين بما أنهم يخضون تجارب جديدة في التكوين والتدريب بالمؤسسات الصحية مع إكتشاف بيئة غير مؤلوفة بالنسبة لهم، كما تتميز بداية حياتهم المهنية بربط علاقات جديدة مع الزملاء والمشرفين والمدربين وهذا يشكل شبكة دعم اجتماعي تمثل عامل حماية لهم، أما فيما يخص المرضين الممارسين فيصبح هذا الأثر سلبي لأنّ الروتين الذي يميز بيئة العمل في المستشفيات وطريقة إنجاز المهام التي تتطلب إتباع بروتوكولات محددة غير قابلة للتجديد وغياب التحفيز والتكوين المتواصل يمثل عبئاً بالنسبة للمرضين الممارسين والذي يؤثر على مستوى المناعة النفسية لديهم وبالتالي على صحتهم النفسية والجسدية.

في الأخير وجب التنويه، بأنّ هذه النتائج تبقى قابلة للتأكيد أو النفي عن طريق المزيد من البحوث المستقبلية والتي يجب أن تشمل المرضين وباقي الفئات المهنية العاملة في مجال الصحة.

### **الخلاصة والإستنتاجات:**

لقد شهد قطاع الصحة في الجزائر عدة محاولات للإصلاح والتطوير وذلك بالإعتماد على تجهيز المنشآت بوسائل العمل الحديثة وإعادة تهيئة المصالح القديمة وبناء مؤسسات صحية



جديدة وتوسيع نشاطها عبر مختلف الولايات للتقليل من الاكتظاظ والتخفيف من مشقة التنقل على المواطنين في البحث عن علاج لأسقامهم والتخفيف من معاناتهم. لكن هذه المحاولات باءت بالفشل، فعلى الرغم من أنّ التشخيص الذي تم من طرف الوزارة أكد على غياب الأنسنة في قطاع الصحة كأحد العوامل المهمة في تدهور قطاع الصحة ببلادنا فإنّ استراتيجيات الإصلاح كانت تمثل في الجانب المادي، مع إهمال جانب المورد البشري والذي يعد أهم سبب في غياب الأنسنة. ويمثل الممرضين أكبر نسبة من الموارد البشرية وأكثر الفئات المهنية ذات العلاقة المباشرة بالمرضى، ولا يخفى على الجميع بأنّ الصورة النمطية عن الممرضين والتي يمكن مشاهدتها في المجتمع وخاصة في وسائل الإعلام تتمثل في أنّ الممرضين مهملين في عملهم كما أنّهم لا يحسنون التعامل مع المرضى أو أقاربهم، ويمكن أنّ نلاحظ هذا في أحد التعبيرات التي يتكرر في مواقع التواصل الاجتماعي " باغي نسقي الفرمليات، "التشفاق قريتوه ولا خالصين عليه"، أي عدم الابتسام في وجه المريض تدريبهم عليه أو هو ضم المهام التي تؤجرون عليها. لهذا جاء هذا البحث من أجل أن نلقي الضوء بكل موضوعية على معاش الممرضين منذ ولوجهم ميدان الصحة وبداية بالتربص لمعرفة أوجه القصور في التكوين وخاصة في مجال العلائقي ثم التغييرات التي طرأت على الممرضين طيلة مسارهم المهني. ولقد تبين بأنّ مهارة التعاطف هي الوسيلة المثلى لتحقيق الأنسنة في العلاقات، فأن يشعر المريض بالآخر ويتفهم معاناته ويميّز ذاته عنه يسمح له بإقامة علاقة علاجية ذات جودة، ولكن ظروف العمل وصعوبة مهنة التمريض من حيث عبء العمل والثقل الإنفعالي قد يؤدي ببعض الممرضين إلى الإنهاك الإنفعالي (أو الإنهاك التعاطفي) والذي يؤثر على صحتهم النفسية والجسدية، من هنا ظهرت الحاجة إلى تنمية قدرة تسمح للممرضين بالتكيف الإيجابي وتتمثل هذه القدرة في المناعة النفسية، ولكن قبل كل هذا يجب التأكيد على الفروق الفردية وخاصة سمات الشخصية والتي لا يمكن تغييرها وبالتالي تعد متغيراً أساسياً في الخصائص الذي يجب أن يتميز بها الممرضين، لهذا وجب معرفة السمات التي تصلح لممارسة مهنة التمريض كأهم متغير لانتقاء وتوظيف الممرضين وتوجيههم. وبعد البحث في هذه المتغيرات بدراسة

أثر العلاقة فيما بينها وتحليل تجارب الممرضين المتربصين والممارسين على حد سواء خلصت النتائج إلى ما يلي:

إنَّ سمة الإنبساط وسمة يقظة الضمير مع التعاطف والمناعة النفسية تمثل عوامل حماية للممرضين وهذه العوامل توفرت في الممرضين المتخصصين والذين اكتسبوا بفضل الخبرة الطويلة في مهنة التمريض، ولكن تجدر الإشارة بأنَّ هذه الحماية كانت تخص جانب الصحة النفسية، إذ تبين بأن هذه الفئة من الممرضين هي أكثر فئة تضررت من جانب الصحة الجسدية فالتعاطف المرتفع لم يحميهم من الإضطرابات الجسدية، كما أنَّ انخفاض مستوى القدرة على الضبط والجانب الروحاني أدى إلى انخفاض مستوى المناعة النفسية لديهم والتي كانت بمستوى متوسط ومع ذلك سمح لهم هذا المستوى بالتخفيف من حدة الإضطرابات النفسية وانخفاض مستوى الإجهاد على وعلى العكس من ذلك فإنَّ مستوى المجهود المرتفع مع انخفاض مستوى بعد المكافآت لدى هذه الفئة أدى إلى اعتلال صحتهم الجسدية.

وتشكل سمتي الطيبة والعصابية والتعاطف المرتفع عوامل خطر بالنسبة للممرضين المتربصين والممرضين الممارسين فعلى الرغم من ارتفاع مستوى المناعة النفسية لديهم إلى أنَّ اضطرابات الصحة النفسية كانت مرتفعة بالنسبة لهم وخاصة بإرتفاع مستوى الإجهاد والإكتئاب لديهم، وهذه الإضطرابات تعد متنبأ للإصابة بالأمراض الجسدية على المدى الطويل.

هذه النتائج تظهر الحاجة إلى تنمية المناعة النفسية والتعاطف المهنيين لدى الممرضين، أي أنَّ تعاطف الممرضين المتربصين هو تعاطف فطري وبالتالي هم بحاجة إلى التكوين والتدريب على التعاطف كمهارة علاجية، كما تبين بأنَّ المناعة النفسية لدى الممرضين المتربصين هي ناتجة عن الدعم الإجتماعي أثناء التكوين وبعض العوامل الشخصية مثل التفاؤل باكتساب مهنة ترفع من مكانتهم الاجتماعية والتحدي والمنافسة، غير أنَّ الإصطدام بواقع الصحة أدى إلى انخفاض مستواها منذ السنوات الأولى للممارسة المهنة وهذا ما يؤكد على الحاجة لتنمية هذه القدرة من الجانب المهني.

وتتنبأ نتائج الدراسة بظهور صراع الدور وغموض الدور بين مساعدي التمريض والمرضى بالنظر إلى سياسة التكوين التي لم تراعى التوزيع المعتدل في مناصب التكوين بالنسبة للفئتين وبالتالي اختلال التوازن بين الفئتين داخل المصالح والتداخل في المهام والذي سوف يؤثر على جودة العلاجات المقدمة وقد تؤدي أيضا انخفاض مستوى الدافعية الإتران النفسي والإنفعالي لدى جميع فئات المرضى وما ينجر عنها من آثار نفسية وجسدية.

## توصيات البحث:

تبعاً لنتائج دراسة العلاقة ما بين سمات الشخصية والصحة النفسية والصحة الجسدية بتداخل التعاطف والمناعة النفسية كمتغيرين معدلين لدى الممرضين العاملين بالمؤسسات الصحية بولاية وهران، نقترح بعض التوصيات العلمية والتطبيقية والتي نوجزها فيما يلي:

### التوصيات العلمية:

- تكثيف البحوث عن دور سمات الشخصية كمتنبؤ للأداء في المجال الصحي و في مختلف القطاعات ببلادنا.

- إعادة البحوث للتأكد من دور التعاطف والمناعة النفسية كإستراتيجيات للتكيف الإيجابي بالنسبة لجميع مهني الصحة.

- وضع نماذج مفسرة للصحة النفسية والصحة الجسدية مناسبة لقطاع الصحة في بلادنا.  
- دراسة فاعلية برامج تكوين خاصة بالتعاطف والمناعة النفسية كإستراتيجيات للتكيف، إذ أن الوضع الصحي الحالي (جائحة فيروس كورونا المستجد) بينّ النقص في برامج التكوين الخاصة بالممرضين في مجال تسيير الأزمات الصحية الكبيرة والتعامل مع الكوارث.

### - التوصيات التطبيقية:

- إستخدام إختبارات علمية في إختيار وتوظيف الممرضين وتوجيههم في مختلف المصالح الإستشفائية طبقاً لسماتهم الشخصية وقدراتهم ومهاراتهم العلائقية، إذ تبين من نتائج هذه الدراسة أنّ سمة الإنبساط وسمة يقظة الضمير مع التعاطف والمناعة النفسية تمثل عوامل حماية ونجاح في مهنة التمريض، بينما تعتبر سمتي الطيبة والعصابية والإفراط في التعاطف عوامل خطر تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للممرضين في البيئة المحلية.

- مراجعة القانون الأساسي للممرضين وفتح آفاق الترقية وخاصة بالنسبة لمساعد التمريض والذين يترقون لمرة واحدة طيلة مشوارهم المهني إلى فئة مساعد تمريض رئيسي، أما الممرضين الممارسين فلقد بقي معظمهم في الدرجة الأولى لمدة أكثر من 15 سنة قبل أن يتم ترقيتهم إلى ممرضين متخصصين وتعتبر هذه المدة طويلة جداً، وتبقى الترقية في المناصب العليا تخضع لشروط غامضة ولهذا يجب إعادة النظر في طرق الترقية وشروطها.

- تقديم التحفيز المادي والمعنوي للمرضيين والذين يعتبرون أنفسهم محرومون من بعض الإمتيازات التي قد يستفيد منها الأطباء في قطاع الصحة مثل التريصات لتحسين المستوى بالخارج، أو مقارنة ببعض الفئات المهنية في قطاع الوظيف العمومي مثل منحة المردودية والتي تمثل 30% من الأجر الخام للمرضيين بينما يحصل الفئات الأخرى على منحة المردودية تقدر بنسبة 40% من الأجر الخام.

- التوزيع العادل للمرضيين في المصالح حسب كثافة النشاطات داخلها، وتحديد مهام المرضيين حسب رتبهم لتجنب غموض الدور وصراع الدور بين فئات المرضيين.

- تشكيل فرق عمل تضم جميع فئات المرضيين، فلا يمكن لمساعد التمريض أن يعمل بدون الفئات الأخرى من المرضيين والعكس صحيح، ففي العديد من المصالح يجد مساعدي التمريض أنفسهم يقومون بمهام المرضيين في الصحة العمومية دون تلقي التكوين المناسب في تلك المهام والتي لا تدرج قانونيا ضمن مسؤولياتهم وهذا ما يسبب ضغطا للأغلبية منهم لعدم الحماية القانونية وللشعور بالذنب لعدم تقديم العلاج بصفة جيدة.

- إقتراح تصنيف مهنة التمريض ضمن قائمة المهن الشاقة التي يستفيد عمالها من التقاعد المسبق نظرا للأثار النفسية والجسدية الناتجة عن ممارسة هذه المهنة لمدة طويلة.

- وضع وتطبيق برامج تكوين خاصة بمهارة التعاطف والمناعة النفسية في التكوين الأساسي والتكوين المستمر للمرضيين، فلقد قامت الباحثة بإنشاء برنامج تكوين خاص بمهارة التعاطف وآخر خاص بتنمية المناعة النفسية (انظر الملحق) ولم تتمكن من تطبيقهما بسبب بعض الظروف التنظيمية.

تتم تنمية التعاطف حسب (Farrell & Muscari , 2000) مثل باقي المهارات عبر سيرورة تسلسلية، فالإنسان لا يولد متعاطف، حيث يكون الأطفال مركزين على ذواتهم (أنانيين أو نرجسيين)، كما أنهم يفتقرون إلى التطور المعرفي اللازم لفهم وجهة نظر الآخرين ويتطور التعاطف لدى الأفراد مع مرور الوقت كما يتم تطوير وتدعيم الاحتياجات المهنية للتعاطف، فالتعاطف هو أساس التواصل الانفعالي لأنه يمثل القدرة على رؤية العالم من خلال عيون الآخرين (أفراحهم أو أحزانهم). ويتضمن التعاطف لدى المرضيين مكونان أساسيان هما الفهم والاستجابة، إذ يتطلب المكون الأول من المهنيين تطوير القدرة على الحساسية اتجاه

إحتياجات ومشاعر المرضى، ولهذا وجب عليهم معرفة قراءة الاشارات اللفظية وشبه اللفظية وغير اللفظية، أما فيما يخص مكون الاستجابة فيجب على المهنيين أن يكونوا قادرين على الاستجابة بطريقة فعالة وثرية، وهذا يتطلب اكتساب مهارات التدخل والتي تتطور من خلال التعليم والتجربة ويتطلب كلا من التعاطف والتواصل الإنفعالي القدرة على الإستماع بفعالية، مما يعني الانتباه إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي الخاص بالمرضى. وانطلاقاً من بعض الأدبيات وضعت الباحثة بعض الأهداف لبرنامج تكوين التعاطف الخاص بالمرضى وهي كالتالي:

- تطوير الاصغاء الفعال (l'écoute active) والتحكم في الاتصال اللاعنفى (la communication non violente) لدى المرضى.
- أن يتعلم المرضى الوعي بانفعالاتهم وتلك الخاصة بالآخرين بفهم التفاعلات ما بين المعتقدات والقيم والانفعالات وسلوكيات الشركاء في علاقة العلاج (المرضى، الزملاء وأقارب المرضى).
- أن يكتسب المرضى القدرة على تمييز العلاجات والقدرة على تحقيق المسافة المناسبة مع المرضى.
- أن يتدرب المرضى على البقاء متعاطفين دون الافراط في الحساسية.
- أن يبقى المرضى متعاطفين حتى في الحالات الحرجة.
- أن يحافظ المرضى على علاقات انسانية مع المرضى والزملاء وعائلات المرضى.

يهدف برنامج تنمية المناعة النفسية الذي وضعته الباحثة إلى اكتساب المرضى قدرات المقاومة والتكيف الايجابي والمحافظة عليها في مواجهة الحالات الحرجة وحالات الصدمات ومعاناة المرضى من أجل تقديم علاجات ذات جودة مع المحافظة على صحتهم النفسية والجسدية. ولقد أوردت (M. McAllister and J. B. Lowe, 2011) بأن جاكسون وآخرون. (2007) يؤكدون على ضرورة تعليم وتشجيع جميع المهنيين الصحيين على:

- تحديد عوامل الخطر والعوامل الحماية الخاصة بهم.
- تبادل التجارب الخاصة بكل من الهشاشة والمناعة النفسية حتى يتمكن الآخرون من التعلم - وربما التقليد - من نقاط القوة وتجنب نقاط الضعف أيضاً.

الاعتراف وتقدير الانجازات ونجاح الزملاء.

- تعزيز الشعور بالفخر.

يتم تطبيق هذين البرنامجين بالطرق البيداغوجية التفاعلية من خلال عرض حالات واقعية عايشها المتربصين والممارسين ومع وضع حلول مناسبة حسب البرنامج المسطر. (دراسة حالة في الملحق).

- الاعتماد على مقاربة العلاج المعرفي السلوكي لدى الممرضين لتحسين صحتهم النفسية والجسدية، هذه المقاربة تهدف إلى تعديل سلوكياتهم المهنية والإجتماعية والصحية من خلال وضع فريق علاجي متكامل يضم أخصائيين نفسانيين (علم النفس العيادي، علم النفس العمل والأرغونوميا، أخصائيين في العلاج الوظيفي، طب العمل والطب النفسي).

## قائمة المراجع باللغة العربية:

- 01- سيجموند فرويد (1988/1926) الكف والعرض والقلق، ترجمة محمد عثمان نجاتي، القاهرة: دار الشروق.
- 02- سميح عاطف الزين.(1991). معرفة النفس الانسانية في الكتاب والسنة، علم النفس، مجمع البيان الحديث (المجلد الثاني). القاهرة: دار الكتاب المصري.
- 03- وينفريد، هوبر (1995)، مدخل إلى سيكولوجية الشخصية، (ترجمة مصطفى عشوي)، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.(الطبعة الأصلية نشرت في سنة1977).
- 04- كامل، محمد، محمد، عويضة . (1996). علم النفس بين الشخصية والفكر. بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية.
- 05- عبد الحميد، سالمى، نور الدين، خالد، شريف، بدوي، (1998)، معجم مصطلحات علم النفس، عربي، فرنسي، إنجليزي، القاهرة: دار الكتاب المصري.
- 06- مصطفى، عشوي .(2002). مدخل إلى علم النفس المعاصر. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 07 - زهير بن كتفي. (2003). منهج الاستشراف الفلسفي، هنري كوربان بين الفينومينولوجيا والتأويل وكشف المحجوب، عالم الفكر، المجلد 32 العدد01، 23 يوليو ، ص ص 57-79.
- 08- إناس محمد صفوت مصطفى محمود خريبة. (2008). البناء العاملي للذكاء الوجداني في علاقته ببعض سمات الشخصية لدى طلاب جامعة الزقازيق، رسالة دكتوراه في فلسفة التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- 09- أنس شكشك (2008) علم النفس العام، القوى النفسية المعرفية والقوى النفسية المحركة للسلوك، حلب، سوريا: دار النهج.
- 10- رائد يوسف الحاج.(2008)، إدارة السلوك الانساني والتنظيمي، عمان: دار غيداء.
- 11- نازك ،عبد الحليم، قطيشات، أمل، يوسف، التل. (2009). قضايا الصحة النفسية، عمان: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.



- 12- إيهاب محمد مليحة.(2010)، السمات النفسية لضباط الشرطة،(ط1)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 13- مخلوف سيد أحمد.(2013). التصور الفينوميتنولوجي للغة، قراءة في فلسفة اللغة عند "إدموند هوسرل"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم الفلسفة، 2013/2012، كلية العلوم الاجتماعية، قسم الفلسفة، جامعة وهران.
- 14- سفيان صائب المعاضيدي. (2014). الموهبة العقلية والابداع من منظور علم النفس الشخصية، سوريا: دار المناهل للنشر والتوزيع.
- 15- على، أحمد، الشيخ.(2014). دور رعاية الأيتام وعلاقتها بالتكيف الأكاديمي والتحصيل الدراسي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 4 (10)، 411-430.
- 16- مصطفى عشوي، فارس زين العابدين، نوال بريقل، صباح عايش، محمد لحرش، سليمة حمودة، عبد المولى بوشامي.(2015)، تقنين سمات الشخصية الكبرى في الجزائر، أفكار وآفاق، 5(04)، ص ص 37-70.
- 17- أحمد محمد عبد الخالق. (2016)، علم النفس الشخصية، ط2، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 18- طاهر حسو الزبياري.(2016). النظرية السوسولوجية المعاصرة، الأردن: دار البيروني للنشر والتوزيع.
- 19- عقباني ربيعة. (2016). علاقة سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالذكاء الإنفعالي لدى الممرضين بولاية وهران، رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة وهران2، محمد بن أحمد.
- 20- عبد القادر بوعرفة. (2018). المنهج الفينومينولوجي في العلوم الانسانية، اللحظة الايبوخية أنموذجا، مجلة دراسات انسانية واجتماعية، جامعة وهران 2/العدد 08، ص ص. 22-09.

21- هایل علی المذابی. (2018). المصعد في نقد المسرح. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

22- تیغزة امحمد (2020) براديجمات البحوث الكمية والكيفية ودلالاتها بالنسبة للبحوث: الوضعية، ما بعد الوضعية، البنائية، النظرية النقدية والبراغماتية، مقال إفتتاحي ( 5- 34) في مؤلف جماعي، تنسيق و اشرف زين الدين ضياف، عز الدين بوداري، ربيع بلوضاح): الأصول والأسس المنهجية في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية: مستجدات وتقنيات حديثة. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة الجزائر.

### قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

01- Acult, J., Hatting, S.P. (2008). *Occupational Health, management and practice for health practitioners*. (3<sup>th</sup> ed.). South Africa: Juta et co. Ltd.

02- Adandogou, H. G. (2016). Christophe Dejours, *Situations du travail, Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, mis en ligne le 21 juin 2016, consulté le 28 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/lectures/21042>

03-Aguiar, C. S., [Formiga N. S.](#), [Cantnilo, A.](#) (2017). Personality traits and empathic abilities: a predictive study on medical students. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* [online], 37 (92) 129-138.

04- Ajawani, J. C. (2017). Spiritual intelligence: a core ability behind psychosocial resilience. In Updesh Kumar (Eds.). *The Routledge international handbook of psychosocial resilience* (pp. 173-186) . New York: Routledge.

05- Alexandre-Bailly, F., Bourgois, D., Gruère, J-P., Raulet-Croset, N., Roland-Levy, C., Tran, V. (2013). *Comportement humain et management* (4<sup>e</sup> éd.). France : Pearson.

06- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 243–260. doi: 10.7202/008833ar

07- Alderson, M. (2006). La quête de reconnaissance de l’infirmières travaillantes dans un centre d’hébergement et de soins de longue durée. Dans Institut de la psychodynamique du travail de Québec (Ed.), *Espace de réflexion, d’action en santé mentale au travail* (pp.81-106). Québec : Les presses de l’université Laval.

08- Al-Ghareeb, A., McKenna, L., & Cooper, S. (2019). Physiological and psychological anxiety in a simulated clinical setting: The influence of anxiety on novice nurses’ group performance. *International Journal of Nursing Studies*. (98) 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.006>

09- Alis, D., Besseyre Des HORTS, C-H., Chevalier, F., FABI, B., Peretti, J-M. (2011). *GRH une approche internationale* (3<sup>e</sup> éd.). Bruxelles : Deboek.

10- Anaut, M. (2004). La résilience en situations de soins : Approche théorico- clinique. *Recherche en soins infirmiers* (77), 08-19.

- 11** - Anaut, M. (2012). Résilience. in Monique Formarier et al. (Eds.) , *Les concepts en sciences infirmières*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)  
« Hors collection », (pp. 269-270) . DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0269  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2emeedition--9782953331134-page-269.htm>
- 12** -Anaut, M.(2015).La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques, *Recherche en soins infirmiers*, 2 (121), 28-39.  
DOI 10.3917/rsi.121.0028
- 13** - Annamalai, S., Nandagopal, R. (2014). *Occupational Stress, a study of employee stress in Indian ITES industry*. New Delhi: Allied publishers.
- 14** - Ashton M.C. (2014). *psychologie de la personnalité et des différences individuelles* (R. Kaelen). Paris : De Boeck. (Edition originale publiée en 2013)
- 15** - Ashton Q. A.(2013). *Issues in environment, health and pollution*. Georgia: Scholarly Editions.
- 16** - Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A-M., Imbert, P., Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer la revue française de médecine générale*,9(84),142-145. Récupéré de [www.bichatlarib.com/.../3446\\_2008\\_introduction\\_RQ\\_Exercer.pdf](http://www.bichatlarib.com/.../3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf)
- 17** -Bachelor, A., Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie, Guide pratique*. Québec : Les presses de l'université de Laval.
- 18** - Barthe, B. (2015). La déstabilisation des horaires de travail. Dans A. Thébaud-Mony, P. Davezies, L.Vogel & S. Volkoff, (Eds.) *Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (pp. 223- 232). Paris : La découverte.
- 19**- Beaton, R. D. (1998). Work-related anxiety. In Jeanne Manager Stellman (Ed.), *Encyclopedia of occupational health and safety* (pp.5.11-5.12). (4<sup>th</sup> ed.), Genève: International Labour Organization.
- 20** - Bernard, M-J., Fayolle, A. (2016) .La résilience, une nouvelle approche de la dimension émotionnelle », *Entreprendre & Innover* 2 (29), 16-26. DOI 10.3917/entin.029.0016  
<http://www.cairn.info/revue-entreprendre-et-innover-2016-2-page-16.htm>
- 21** - Bernaud, J.L., Lemoine, C. (2000). *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris : Dunod.
- 22**-Bernez, L ., Batt, M., Trognon, A., Rivasseau-Jonveaux,T., (2013). *Etude des Facteurs psychosociaux, du burnout, de la Vigueur et des troubles musculosquelettiques chez les soignants hospitaliers*, *Psychologie du Travail et des Organisations*, [19\(4\)](#), 336–360.
- 23** -Bernier, C. (2012), *Les émotions du soignant, analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles*, travail de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, IFSI NIORT
- 24** -Biber, S. (2010). Qualitative Approaches to Mixed Methods Practice. *Qualitative Inquiry*, 16(6), 455–468. <https://doi.org/10.1177/1077800410364611>
- 25** - Billiard, I. (2002). Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques méditerranéennes*, 66 (2),11-29. Doi : <https://doi.org/10.3917/cm.066.0011>

- 26** - Bioy, A., Bourgeois, I.N. (2003). *La communication entre le soignant et le soigné, Repères et pratiques*, Paris : Bréal.
- 27** - Bobillier-Chaumon, M.E., Sarnin, P. (2012), Manuel de psychologie du travail et des organisations, Bruxelles : de boek.
- 28** - Boivin-Desrochers, C. & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*, 3(118), 85-96. doi:10.3917/rsi.118.0085
- 29** - Bouffartigue, P., PENDARIÈS, J.-R., Bouteiller, J. (2010). La perception des liens travail/santé, Le rôle des normes de genre et de profession . *Revue française de sociologie*, 51 (02), 247-280. DOI 10.3917/rfs.512.0247
- 30** - Boudoukha, Abdel-Halim, et Graziani, P. (2014). Qu'est-ce que la psychopathologie ?. Dans Bouvert, C., Abdel-Halim, Boudoukha (Eds.), *22 Grandes notions de psychologie clinique et de psychopathologie* (pp.07-16). Paris : Dunod.
- 31**- Boucher, R.C. (1990). Le climat organisationnel : l'harmonisation de deux personnalités. Dans Delorme P. (Ed.), *Théories et pratiques actuelles du management* (pp.79-92). Québec : Presses de l'université du Québec.
- 32**- Booyens, S. W. (1998). *Dimensions of nursing management* (2<sup>e</sup> édi.), South Africa : Juta & Co.
- 33** -Brandford, A.A., Reed, D. B.(2016). Depression in Registered Nurses, A State of the Science, *Work place health and safety*, 64 (10), 488-511. DOI: 10.1177/2165079916653415.
- 34** - Brignon, B. (2009). Clinique de l'activité en formation en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 75-96. doi:10.3917/rsi.099.0075.
- 35** - Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies, stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- 36** -Brummel, B. J., Bowling, N.A. (2013). Personality and job attitude. In Neil D. Christianees, Robert P. Tett, *Handbook of personality at work* (pp.718- 743), New York: Taylor & Francis.
- 37** - Brunel, M-L, Martiny, C. (2004). Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers. *Revue francophone internationale*, 9 (03), 473-500. <http://www.carrierologie.uqam.ca/>
- 38** - Brust, O. A., Hader, S., Hader, M . (2016). Is the Short Version of the Big Five Inventory (BFI-S) Applicable for Use in Telephone Surveys? *Journal of Official Statistics*, 32(3), 601–618 <https://doi.org/10.1515/jos-2016-0031>
- 39** - Bué, J., Coutrot, T., Guignon, N., Sandret, N. (2008). Les facteurs de risques psychosociaux au travail. Une approche quantitative par l'enquête Sumer. *Revue française des affaires sociales* 2 (2-3), 45-70. ISSN 0035-2985
- 40**- Buchholz, S. W., Schwartz, K. (2004). The nurse's spirituality health,. In K. L. Mauk & N. K. Schmidt (Eds.), *Spiritual Care in nursing practice* (pp. 327-347). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- 41**- Bustany, P., Laurent, M., Cyrulink, B., De Tychey, C. (2015). Les déterminants neurobiologiques de la résilience. In Claude de Tychey (Ed.) *Violence subie et résilience* (pp. 17-47 ) Toulouse : ERES. <http://www.cairn.info/violence-subie-et-resilience--9782749247861-page-17.htm>

- 42** - Canoui, P. (2003). La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *Info Kara* 18 (2), 101-104. doi:10.3917/inka.032.0101. <https://doi.org/10.3917/inka.032.0101>
- 43** - Canoui, P., Maurange, A., Florentin, A.(2015). *Le burnout à l'hôpital, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. (5<sup>e</sup> éd.). Paris : Elsevier Masson.
- 44** - Carducci, B. J. (2009). *The psychology of personality* (2<sup>nd</sup> Ed.). USA: Wiley-Blackwell.
- 45** - Caroly, S. (2012). Groupes et collectifs de travail. Dans M-E. Bobillier-Chaumon, P. Sarnin (Eds.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations, les enjeux psychologiques du travail* (pp.261-280), Bruxelles : de Boeck.
- 46**-Caron, L., Payeur, C. (2002). Regards contrastés sur les stages et l'alternance dans un cadre régional. Dans C. Landry ( Ed.), *La formation en alternance, Etats des pratiques et des recherches* (pp. 309-344 ) , Québec : Presses de l'université du Québec.
- 47** - Cervone, D., Pervin, L. A. (2013). *Personality, theory and research*. (12<sup>e</sup> Ed.). USA: Wiley.
- 48** - Çelik, S., Taşdemir, N., Kurt, A., İlgezdi, E., & Kubalas, Ö. (2017). Fatigue in Intensive Care Nurses and Related Factors. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 8(4), 199–206. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2017.1137>
- 49** - Chapelle, F. G. (2016). Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux: burnout, boreout, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 26, 111-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.06.003>
- 50**- Charvoz, L.(2008). *Empathie, couple et dépression*. Berne: Peter Lang SA, éditions scientifiques internationales.
- 51** - Cheung, T., Wong, S., Wong, K., Law, L., Ng, K., Tong, M., ... Yip, P. (2016). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(8), 779. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080779>
- 52**- Collard C. V. (1998). Extraversion/Introversion and reward/Punishment. In H. Donald, S. Saklofska, & B. G. Eysenck (Eds.). *Individual differences in children and adolescents*, USA: Library of congress cataloging.
- 53** - Connor, K.M. & Davidson, J. R. T.(2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- 54** - Consoli, S.(2013). personnalité et maladies somatique.(2013). In Julien-Daniel Guelfi et al., *Les personnalités pathologiques* (pp. 256-263) , Lavoisier « Psychiatrie ». DOI 10.3917.
- 55**- Cooper, C., Flint-Taylor, J., Pearm, M. (2013). *Building resilience for success, a resource for managers and organizations*. USA: PALGRAVE MACMILLAN.
- 56** - Costa Schmidt, D. R., Spadoti Dantas, R. A., Palucci Marziale, M.H. (2011). Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. *Rev Esc Enferm USP*; 45(2),475-481. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
- 57** - Cottraux, I.M., Blackburn, I.M. (2006) Modèles et classifications de la personnalité et de ses troubles. Dans I.M. Cottraux & I.M. Blackburn (Eds.). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité* ( pp.21-50 ). Paris : Masson.

- 58** - Crasnier, F.(2012). L'Approche Centrée sur la Personne en situation de handicap mental. Psychologie. Université d'Angers, Français. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00828663/document>
- 59** - Cruchod, C. (2009). *Relation soignants soignés, prévenir et dépasser les conflits*. Paris : Elsevier Masson.
- 60** - Cutcliffe , J. R., Mc Kenna, H.P. (2005). *The essentials concepts of nursing books for practices*. United Kingdom: Elsevier.
- 61** - Cyrulnik, B.(2012). Pourquoi la résilience ?. Dans B. Cyrulnik & G. Jorland, (Eds.), *Résilience connaissance de base* (pp. 7-18.). Paris : Odile Jacob.
- 62** - D'Agostin, F., & Negro, C. (2016). Symptoms and musculoskeletal diseases in hospital nurses and in a group of university employees: a cross-sectional study. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 23(2), 274–284. <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1198092>
- 63** - Davis, C. M., Williams, C.L. (2004). Using the self to promote health. In C. Williams, C. Davis (Eds). *Therapeutic interaction in nursing* (pp.17-28). USA: Jones and Bartlett Publishers International.
- 64** - Dastur, F. (2004). *La phénoménologie en questions*. Paris : Librairie philosophique J. VRIN.
- 65** - Dauvers, F. (2009). *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ? Essai d'anthropologie de la formation*. France : Presses universitaires du Septentrion.
- 66** - Debout, F. (2018). Stratégies collectives de défense contre la souffrance au travail et famille : origine, pérennisation du genre et émancipation. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2 (51), 79. doi:10.3917/cpc.051.0079
- 67** - De climent, J. (2019). *L'existence du temps*. Paris : Editions d'Assailly.
- 68**- De Fruyt, F. (2006), Faut-il prendre en compte la personnalité dans les décisions de recrutement et de sélection ? Le rôle particulier de la dimension « Conscience », dans Levy-Le Boyer, C., Louche, C., & Rolland, J-P. (Eds.) RH, les apports de la psychologie du travail : Management des personnes (pp.168-180). France : Groupe Eyrolles.
- 69** - Dejours, C. (1990). Nouveau regard sur la souffrance humaine dans les organisations. Dans J.F. Chanlat (Ed.), *L'individu dans l'organisation, les dimensions oubliées* (pp.687-708). Canada : Presses université Laval.
- 70** - Dejours, C., Abdoucheli, E. (1990). Le concept de psychopathologie du travail, Itinéraire théorique en psychopathologie du travail, *Prévenir*, 20, 127-151. Consulté le 06/07/2018 à 18 :00.
- 71** -Dejours, C. (2012), *Souffrance au travail, Regard croisés sur des cas concrets, comprendre, prévenir, agir*. Lyon : Chronique sociale.
- 72**- Dejours, C., Gernet I. (2012 ). *Psychopathologie au travail*. Paris : Elsevier Masson.
- 73** - Dejours, C. (2016). Souffrance et plaisir au travail. L'approche par la psychopathologie du travail. *Travailler*,1(35), 17-30. DOI 10.3917/trav.035.0017 URL : <https://www.cairn.info/revue-travailler-2016-1-page-17.htm>
- 74**- Delage, M. (2008). *La résilience familiale*. Paris : Odile Jacob.



- 75** -Dimon, M-L. (2011). Devenirs de l'empathie, psychanalyse, Neurosciences et sociopolitique. Dans Dimon, M-L. et al. (Eds.). *Psychanalyse et empathie, Psychanalyse , Neurosciences et sociopolitique* (pp. 07-18.). Paris : L'Harmattan.
- 76**- Dolan, S.L., Arsenault, A. (2009). *Stress, Estime de soi, santé et travail*. Canada : Presses de l'université du Québec.
- 77** -Dilchert, S., Ones, D. S., Van Rooy, D.L., Visweswaran, C. (2006). Big five personality, In J.H. Green Hans., G.A. Callanan (Eds.). *Encyclopedia of career development* (pp.36- 43). California: SAGE Publication.
- 78**- Dipboye, R.I. ( 2018). *The emerald review of industrial and organizational psychology*. United Kingdom: Emerald.
- 79**- Douglas, D.H. (2012). Empathy. In J.J. Fitzpatrick & Kazer, M. W. (Eds). *Encyclopedia of nursing research* ( pp.146-148). New York : Springers.
- 80**- Douesnard, J. (2012). *Métier à risque. La santé psychologique des pompiers*. Canada : Presses de l'université du Québec.
- 81**- Drater, D. (2017). *Resilient leadership beyond myths and misunderstanding*. New York: Routledge.
- 82** - Dousse, M. et al. (2005). *Information et communication*. Paris : Bréal.
- 83**- Dubois, J.-L. & Ouattara, M. (2014). Vous avez dit «résilience»? Eléments conceptuels et politiques publiques. Dans J.-M. Châteaignier (Ed.), *Fragilités et résilience. Les nouvelles frontières de la mondialisation* (pp. 35-51). Paris:Karthala
- 84** - Engler, B.(2009). *Personality theories, an introduction*. (Eight Edition). Boston, USA: Houghton Mifflin Harcourt.
- 85** - Eriksen W. (2006). Work factors as predictors of persistent fatigue: a prospective study of nurses' aides. *Occupational and environmental medicine*, 63(6), 428–434. <https://doi.org/10.1136/oem.2005.019729>
- 86** - Ewen, Robert, B. (1998). *Personality, a topical approach, theories, research, major controverses, and emerging finding*. London: Lawrence ERLBAUM Associates.
- 87** - Ewen, Robert, B. (2010). *An Introduction to theories of personality*. New York: Psychology Press.
- 88** - Famery, S. (2007). *Developper son empathie*. (2<sup>e</sup> ed.), Paris : Editions d'Organisation.
- 89** - Farrell, M. L., Muscari, M. E. (2000) empathy. In Jack Kasar, E. Nelson Clark (Eds.) *Developing professional behaviors* (pp. 65-75). USA: SLACK.
- 90** - Ferrant, A., Ciccone, A., Talpin, J-M.(2018). Psychopathologie. Dans René Roussillon (Ed.), *Manuel de la psychologie et de la psychopathologie clinique générale* (3<sup>e</sup> éd., pp.139-392,). France : Elsevier Masson.
- 91** - Fisk, G. M., Dionisi, A. M. (2010). Building and sustaining resilience in organizational settings: the critical role of emotion regulation. In V. J. Zerbe, C. E. J. Härtel, N.M. Ashkanasy (Eds.). *Research on emotion in organizations* (Vol.6, pp.167-188), United Kingdom: Emerald.
- 92** - Friedman, H. S. (2006). Personality, Disease and self-Healing. In Howard S. Friedman, Roxane Cohen Silver (Eds.). *Foundations of health psychology* (pp. 172-202). New York: Oxford University Press.

- 93** - Fronteira, I., & Ferrinho, P. (2011). Do nurses have a different physical health profile? A systematic review of experimental and observational studies on nurses' physical health. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2404–2424. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03721.x>
- 94** - Froutan, R., Mazlom, R., Malekzadeh, J., Mirhaghi, A. (2017). Relationship between resilience and personality traits in paramedics. *International Journal of Emergency Services*. <https://doi.org/10.1108/IJES-12-2016-002>
- 95**- Gao, T., Ding, X., Chai, J., Zhang, Z., Zhang, H., Kong, Y., & Mei, S. (2017). The influence of resilience on mental health: The role of general well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 23(3), e12535. doi:10.1111/ijn.12535
- 96** - Gaucher, R. (2010). *La psychologie positive, ou l'étude scientifique du meilleur de nous-même*. Paris : L'Harmattan.
- 97** - Ghaedi, F., Ashouri, E., Soheili, M., & Sahragerd, M. (2020). Nurses' Empathy in Different Wards: A Cross-Sectional Study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 25(2), 117–121. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_84\\_19](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_84_19)
- 98** - Gaucher, R. (2010). *La psychologie positive, ou l'étude scientifique du meilleur de nous-même*. Paris : L'Harmattan.
- 99** - Ghods, A.A., Sotodehasl, N., Khalaf, M.A., Mirmohamadkhani, M. (2017). Situational Anxiety among Nurses. *Middle East J Rehabil Health Stud*. 4(4):e57560. <http://dx.doi.org/10.5812/mejrh.57560>
- 100**- Gong ,Y., Shi, J., Ding, H., Zhang, M., Kang, C., Wang, K., Yu, Y., Wei, J., Wang, S., Shao, N., Han, J.(2019). Personality traits and depressive symptoms: the moderating and mediating effects of resilience in Chinese adolescents. *Journal Pre-proof*. (19) 31478-8, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.102>
- 101**- Gosselin, E., Bourgault, P., & Lavoie, S. (2015). Association between job strain, mental health and empathy among intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 137–145. <https://doi.org/10.1111/nicc.12064>
- 102**- Graziano, W. G., Tobin, R. M.(2009). Agreeableness. In Mark R. Leary, Rick H. Hoyle (Eds.) *Handbook of individual differences in social Behavior* (pp. 46-61), New York: The Guilford Press.
- 103**- Grégoire, J. (2004). *L'examen clinique de l'intelligence de l'adulte*, Belgique :Mardaga.
- 104** -Greiner, B. A. (2012). The public health perspective: Useful for occupational health psychologist and health and safety professionals?. In J. Houdmont, S. Leka, R. Sinclair (Eds), *Contemporary occupational health psychology, Global perspectives on research and practice*, (volume 2, pp. 184-203). India: John Wiley & sons, ltd.
- 105** - Guedon, D., Bernaud, J-L. (2008). Le retour de l'empathie: Du construit psychologique original a l'empathie organisationnelle perçue. *Psihologia Resurselor Umame*, 6 (2), 31-47.
- 106**- Guo, Y.-F., Cross, W., Plummer, V., Lam, L., Luo, Y.-H., & Zhang, J.-P. (2017). Exploring resilience in Chinese nurses: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 25(3), 223–230. <https://doi.org/10.1111/jonm.12457>
- 107** - Guillet, L. (2010). Concepts de stress et outils d'évaluation de stress au travail. Dans N. Dedessus –Le- Moustier, F. Douguet (Eds.), *La santé au travail à l'épreuve, des nouveaux risques* (pp. 83-91). Paris : Lavoisier.



- 108** - Haglund, C. (2014). *The relationships of empathy, oxytocin, and depression* (Dissertation). Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:his:diva-9727>
- 109** -Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Ollén Lindqvist, A., Sundler, A. J., Hochwälder, J., & Marmstål Hammar, L. (2019). Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study. *Nursing open*, 6(3), 983–989. <https://doi.org/10.1002/nop2.280>
- 110** - Hallam, K. T., Livesay, K., Morda, R., Sharples, J., Jones, A., & de Courten, M. (2016). Do commencing nursing and paramedicine students differ in interprofessional learning and practice attitudes: evaluating course, socio-demographic and individual personality effects. *BMC medical education*, 16, 80. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0605-5>
- 111** - Halstead, H.L.( 2005). Spirituality in older adults. In M. Stanley, K. A. Blair, P.G. Beare (eds.), *Gerontological nursing: A health promotion protection approach* (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia: F A Davis.
- 112** - Hamel, M. (2019). La pédagogie de l'empathie et son impact sur les apprentissages en ligne. Dans Lafleur, F. et Samson, G. (Eds.), *Formation et apprentissage en ligne*. Québec: PUQ.
- 113**- Hamelin, A., Jourdan-Ionescu, C. (2011). Les instruments d'évaluation de la résilience. *Développement humain, handicap et changement social*, 19 (01), 75-84.
- 114** - Hansenne, M. (2003). *Psychologie de la personnalité*. (1<sup>è</sup> éd.). Bruxelles : De Boeck.
- 115** - Hansenne, M. (2013). *Psychologie de la personnalité*. (4<sup>è</sup> éd.). Bruxelles : De Boeck.
- 116** - Hansenne, M. (2018). *Psychologie de la personnalité*. (5<sup>è</sup> éd.), Bruxelles : De Boeck
- 117** - Harnett , G. ( 2015). Resilience in nursing education. In May Jane Smith, Roger D. Carpenter, Joyce J. Fitzpatrick (Eds.) *Encyclopedia of nursing education* (pp. 301-303). New York: Springer.
- 118** -Harrison, S. *et al.* (2016). Résilience : évaluation d'une initiative pédagogique auprès d'étudiantes et d'étudiants de 2<sup>ème</sup> année en science infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 3 (126), 71-79. DOI 10.3917/rsi.126.0071  
<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-3-page-71.htm>
- 119** - Háša, S., Brunet-Thornton, R. (2017). *Impact of organizational trauma on workplace behavior and performance*. USA: IGI Global.
- 120** - Hein, G. (2014). Empathy and resilience in a connected world. In Martha Kent, May C. Davis, John W. Reich (Eds.). *The resilience Handbook approaches to stress and trauma* (pp. 144- 155). New York: Routledge.
- 121** - Hochmann, J. (2012). Une histoire de l'empathie, connaissance d'autrui, souci du prochain. Paris : Odile Jacob.
- 122** - Hochmann, J. (2014). Une histoire de l'empathie. Dans M., Botbol, N., Garret-Gloanec, Besset, A. (Eds.). *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique* (pp.15-46). Paris : Doin.
- 123** - Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care, antecedents, development, measurement, and outcomes*. New York, USA: Springer.
- 124** - Houtman, I. L. D., Kompier, M. A. J. (2000). Le travail et la santé mentale. In Jeanne Mager Stellman (Ed.) *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail* (Vol. 01, 3<sup>è</sup> éd., pp. 5.2-5.5. ), Genève : Bureau international du travail.

- 125** - Huang, H., Liu, L., Yang, S., Cui, X., Zhang, J., & Wu, H. (2019). Effects of job conditions, occupational stress, and emotional intelligence on chronic fatigue among Chinese nurses: a cross-sectional study. *Psychology research and behavior management*, 12, 351–360. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S207283>
- 126**- Huber, W. (1977). Introduction à la psychologie de la personnalité. Paris : Mardaga.
- 127** - Huber, J. T., MacDonald, D. A. (2012). An Investigation of the Relations Between Altruism, Empathy, and Spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 52(2) pp.206–221. <http://jhp.sagepub.com>
- 128** - Hughes, R., Kinder, A., Cooper, C. L. (2012). *International handbook of workplace trauma Support*. USA: John Wiley & Sons.
- 129** - Huffman, K. (2009). *Introduction à la psychologie*. (3<sup>ème</sup> édition), (M. Dumas, L. Fortier, T. Pouliot, Trad. ) Bruxelles : de Boeck. (Edition originale publiée en 2007).
- 130** -Imani, B., Kermanshahi, S. M. K., Vanaki, Z., & Kazemnejad Lili, A. (2018). Hospital nurses' lived experiences of intelligent resilience: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 2031–2040. <https://doi.org/10.1111/jocn.14310>
- 131** - Ingram, R. E., Siegle, G. J.(2009). Methodological Issues in the study of depression. Dans Gotlib, I. H., Hammen, C. L. (Eds.) *Handbook of depression* (2<sup>nd</sup> edi., pp.69-92). New York: The Guilford Press.
- 132** - John, O. P. & Srivastava, S.(1990). The Big-Five trait taxonomy : History, measurement and theoretical perspectives. In L. Pervin and O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp.102-138). New York: Guilford Press
- 133** - Jordan, J.V. (2006). Relational resilience in girls. In Sam Goldstein, Robert B. Brooks (Eds.) *Handbook of resilience in children* (pp. 79-90.). USA: Springer.
- 134** - Jouteau-Neves, C. (2012). Fatigue. In Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>e</sup> éd., pp. 195-197), Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0195  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2emeedition--9782953331134-page-195.htm>
- 135** - Kets de Vries, M. (2006). La face cache du leadership (2<sup>e</sup> Ed.), (L. Nicolaieff, Trad.). Paris: Pearson Education.
- 136** - Klapdor, J. (2017). Empathy as a possible mediator between extraversion and subjective well-Being, Radboud university Nijmegen (Faculty of social sciences, psychology) e-book.
- 137** - Knonenfeld, J.J. (2002). *Health care policy, Issue and trends*. London: PRAEGER.
- 138** - Knupp, A. M., Patterson, E. S., Ford, J. L., Zurmehly, J., & Patrick, T. (2018). Associations Among Nurse Fatigue, Individual Nurse Factors, and Aspects of the Nursing Practice Environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(12), 642–648. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000693>
- 139**- Ku, B. (2016). Empathy. In Fitzpatrick, J.J., McCarthy, G.(Eds.). *Nursing concept analysis, applications to research and practice* (pp.195-200), New York: Springer.
- 140** - Lamba, S., Kunac, A., Mosentathal, A. (2019). Teaching advanced communication skills to trainees caring for the critically injured. In Foster, I. A., Yasseen Z. S. (Eds.). *Teaching empathy in healthcare building a new core competency* (pp. 211-222). New York: Springer.

- 141** - Lang, F.R., John, D., Lüdtke, O. *et al.*(2011). Short assessment of the Big Five: robust across survey methods except telephone interviewing. *Behavior Research Methods* **43**, 548–567 <https://doi.org/10.3758/s13428-011-0066-z>
- 142** -Larroche, P. , Guery, L., Moulin, Y., Salesina, M., Stévenot, A. (2019). *GRH, theories et nouvelles pratiques de la fonction RH*. Paris : De Boeck Supérieur.
- 143**- Lange, J-M. (2002). *Une introduction à la psychologie sociale, intervention psychosociale, psychologie du travail et gestion des ressources humaines*. Belgique : Editions CEFAL.
- 144** -Langevin, V., François, M., Boini, S. (2011). Atteinte à la santé physique et mentale, Risque psychosociaux : outils d'évaluation, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Documents pour le Médecin de travail*, 127, 481-485. <https://www.inrs.fr>
- 145** - Laughrea, K., Renard, E. (2004). Stress, épuisement et qualité de vie. Dans C. Bonardi, N. Gregori, J-Y. Menard, N. Roussian (Eds.) *Psychologie sociale appliquée, Emploi, travail et ressources humaines* (pp. 333-347). Paris : In Press Editions.
- 146** - Lauri, L. (2014). The psychology of Immerson. In Jon Back (Ed.). *The cutting Edge of Nordic Larp* (pp.81-92). Denmark: Knutpunkt.
- 147** - Leclerc, C. (2018). *Soins et Handicap mental, relation soignante et prise en charge*. France :Armette.
- 148** - Leikas, S., Ilmarinen, V.-J. (2016). Happy Now, Tired Later? Extraverted and Conscientious Behavior Are Related to Immediate Mood Gains, but to Later Fatigue. *Journal of Personality*, 85(5), 603–615. <https://doi.org/10.1111/jopy.12264>
- 149** - Leroy-Frémont , N., Desrumaux ,P., Moundjiegout, T., Lapointe, D. (2014). Effet médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques entre les contraintes, justice organisationnelle et personnalité avec le bien-être subjectif et l'épuisement professionnel. *Psychologie du travail et des organisation*, 20 (2),175-202.
- 150** - Letesson, Q. (2009). *Du phénotype ou génotype: Analyse de la syntaxe spatiale ou architecture minoenne (MMIIB-MRIB)*. Belgique : presses universitaires de Louvain.
- 151** - Letvak, S., Ruhm, C. J., & McCoy, T. (2012). *Depression in Hospital-Employed Nurses. Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177–182. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182503ef0>
- 152** - Lévy-Leboyer, C. (2005). *La personnalité, un facteur essentiel de réussite dans le monde du travail*. Paris : Editions d'Organisation.
- 153** -Lhuilier, D. & Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 2 (58), 85-96. doi:10.3917/mouv.058.0085.
- 154** - Li, C., Yin, H., Zhao, J., Shang, B., Hu, M., Zhang, P., Chen, L. (2018). Interventions to promote mental health in nursing students: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Advanced Nursing*. 74(12), pp. 2727-2741. <https://doi.org/10.1111/jan.13808>
- 155** - Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., & Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession—Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628–635. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011>
- 156**- Locsin, R., Purnell, M., Tanioka, T., Osaka, K. (2011). Human rights and humanoid relationships in nursing and complexity science. In Davidson, A. W., Ray, M.A., Turkel, M.C.

(Eds.). *Nursing, Caring, and complexity science, for human-environment well-being* (pp.345-364). USA: Springer.

**157** - Lopez, V., Yobas, P., Chow, Y. L., & Shorey, S. (2018). Does building resilience in undergraduate nursing students happen through clinical placements? A qualitative study. *Nurse Education Today*, 67, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.020>

**158** - López-Pérez B, Ambrona T, Gregory J, Stocks E, Oceja L. (2013). Feeling at hospitals: perspective-taking, empathy and personal distress among professional nurses and nursing students. *Nurse Educ Today*, 33(4):334-338. doi:10.1016/j.nedt.2013.01.010

**159**- Lord, M-M., Therriault, P-Y., Rhéaume, J.(2016). Une perspective ergologique de la mobilisation des critères de rigueur scientifique en recherche-action de type interprétative. *RECHERCHES QUALITATIVES*, Hors-série (20),163-175.

**160** - Lorient, M. (2004) Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *Année Sociologique*, Presses Universitaires de France, 53 (2), 459-486. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00361292>

**161** - Lorient, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmier. *Santé mentale*, 60-63. <https://.archives-ouvertes.fr/hal-00925639>

**162** - Luminet, O. (2008), *Psychologie des émotions : Confrontations et évitement*, (2<sup>ème</sup> édition), Bruxelles : De Boeck.

**163** - May, B. A. (2007). Relationship among basic empathy, self-awareness, and learning style of Baccalaureates prenursing students Within King's personal system. In Leibold, C. S. & M. A. Frey (Eds.). *Middle Range Theory Development Using King's Conceptual System* (pp. 164- 177). New York: Springer.

**164**- Mc Allister , M., Brien, D. L.(2020) Resilience in nursing. In M. Mc Allister & D. L. Brien (Eds.). *Empowerment Strategies for nurses, developing resilience in practice* (2<sup>e</sup> ed., pp.01-18) New York: Springer.

**165** - Mc Allister, M., Lowe, J. B. (2011). Preparing for practice: Becoming resilient. In Mc Allister, M., Lowe, J.B. (Eds.). *The resilient nurse, Empowering your practice* (pp.01-22). USA: Springer.

**166** - Mc Crae, R. R. (2004). Conscientiousness. In Charles Spielberg (Ed.). *Encyclopedia Applied psychology* (pp.469-472). USA: Academic Press.

**167** - Mc Crae, R. R., Costa. P.T. (2008). The Five-Factor Theory of Personality. In O.P. John, R.W. Robins, L. A. Pervin. *Handbook of Personality* (3<sup>th</sup> Ed., pp.159-181), USA: The Guilford Press.

**168**- Mc Donald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers MH. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Educ Today*. 32(4):378-384. doi:10.1016/j.nedt.2011.04.012

**169**- Mc Gregor, J., Mc Gregor, T. (2016). *Quand un parent vous gâche la vie, Père, mère, frère, conjoint, Gérer son intelligence émotionnelle un proche difficile* (C. Malaret & F. Vaslet, Trad.). Paris : Leduc.s éditions. (Œuvre originale publiée en 2014).

**170** - Magalhães, E., Costa, P., Costa, M.J. (2012). Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Medical Teacher*, 34, 807–812. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.702248>

- 171** - Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2018). Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 61. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
- 172** - Maranda, M. (1995). La psychodynamique du travail, une alternative à l'individualisation de la santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, 20 (2), 219–242. doi:10.7202/032361ar  
URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032361ar>
- 173** - Maranda, M-F., Leclerc, C. (2000). Les jeunes et le discours Morose sur l'emploi.. Dans G. Fournier et M. Mouette (Eds.), *L'insertion socioprofessionnelle, un jeu de stratégie ou un jeu de hasard ?* ( pp.107-123). Canada : Presses d'université Laval.
- 174** - Maranda, M-F., Moissette, P. (2002). La problématisation de l'alcool et des drogues en milieu de travail. Dans D. Harrison, C. Legender (Eds.), *Santé, sécurité et transformation du travail, réflexion et recherche sur le risque professionnel* (pp. 79-104). Canada : Presses de l'université du Québec.
- 175** -Mariage, A. Schmitt-Fourrier, F. (2006). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping, étude auprès de personnel soignants. *Le travail Humain*, 69(01),1-24 . DOI:10.3917/th.691.0001. <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2006-1-pages-1.htm>
- 176**- Massoudi, K.(2009). *Le stress professionnel, une analyse des vulnérabilités individuelles et des facteurs de risques environnementaux*. Allemagne : Editions scientifiques internationales.
- 177**- Matthews, G., Deary, I. J., Whiteman, M.C. (2009). *Personality traits*. (3<sup>th</sup> edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- 178** - Mehran, F.(2010). *Psychologie positive et personnalité, activation des ressources*. Paris : Elsevier Masson
- 179** - Meyor, C. (2007). colloque Approche qualitatives et recherches interculturelle : Bien comprendre pour mieux intervenir. *Recherches qualitatives-Hors-Série-* (4),103-118, ISSN 1715-8702-<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- 180** - Bazrafshan, M. R. Zahmatbar, S., Delam, H., Dehghan, A., Jokar, M., Kavi, E. (2019). Resiliency in nurses and paramedics. *J Health Sci Surveillance Sys*, 07 (01), 02-07.
- 181** - Molière, F. (2012). Anxiété. In M. Formarier *et al.*, (Eds.) *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>e</sup> Ed.pp.70-72), Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0070  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2emeedition--9782953331134-page-70.htm>
- 182** - Moneta, G. B. (2014). *Positive psychology, a critical introduction*. New York: Palgrave Macmillam.
- 183** - Moore, K. A., Russell K., Bouchoucha, S. B. (2017). Resilience and coping: cut from the same cloth?. In K. A. Moore, P. Buchawald (Eds). *Stress and anxiety – coping and resilience* (PP. 07- 16). Berlin: the Dentsche national bibliothek.
- 184** - Murakami, Y. (2015). Temporalité et spatialité inconscientes de l'action. A partir de la pratique d'une infirmière dans l'unité de dialyse. Dans M. Gyemant, D. Popa (Eds.), *Approches phénoménologiques de l'inconscient* (pp 249-262). New York : Hildesheim.



- 185** -Nann, S. (2014). *Les ressources de la résilience chez les volontaires internationaux*. France : France volontaires.
- 186** - Nash, M. (2010). *Physical health and well-being in mental health nursing, clinical skill for practice* (2<sup>nd</sup> ed.), New York: Open University Press.
- 187** -Niedhammer I, Siegrist J, Landre MF, Goldberg M, Leclerc A.(2000). Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* .48, 419-437
- 188**- Nelson, D. L. and Simmons, B. L. (2005). Eustress and attitude at work: a positive approach.. In Alexander-Stamatios, G. Antoniou & Cary L. Cooper (Eds.), *Research companion to organizational health psychology* (pp. 102-110). USA: Edward Elgar.
- 189** - Nougé, G. (2012). *La reconnaissance au travail de l'opérationnalisation à la mise en œuvre*. Paris : Société des Ecrivains.
- 190** - Ogden, J. (2008).*Health psychology*. New York: Open University Press.
- 191** - Ohler, M.C., Kerr, M. S., Forbes, D. A. (2010). Depression in Nurses, *CJNR*, 42 (3) , 66 – 82.
- 192** - Oltmanns, J., Richter, G., Godde, B. and Standiner, U. M. (2016). Healthy aging at work. In M. Wiencke, M. Carcace, S. Fischer (Eds.), *Healthy at work: Interdisciplinary perspective* (pp. 69-84). Germany: Springer.
- 193** - O'Reilly, L., Cara, C. (2014). La phénoménologie de Husserl : Application de la méthode relationnelle Caring pour mieux comprendre l'expérience infirmière d' « être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière ( Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, dans la recherche en sciences humaines sociales et de la santé* (pp.29-48) . Québec : Presses de l'Université du Québec.
- 194** - O'Sullivan, D. (2014). Personality development, expression, and assessment for work adjustment considerations in rehabilitation contexts. In D. R. Strauser (Ed.). *Career development, employment and Disability rehabilitation, from theory to practice* (pp.77-178.), New York: Springer.
- 195** - Oswald, F. L. (2007). Big five Taxonomy personality in encyclopedia of industrial and organizational psychology. In Rogelberg S. G. (Ed.) Vol. 02. California: SAGE Publications.
- 196** - Pasquier, D., Gangloff, B. (2011). *Décrire et évaluer la personnalité : Mythe et réalité*. Paris : L'Harmattan.
- 197** - Patocka, J. (2002). *Qu'est-ce que la phénoménologie ?*. Grenoble : Editions Jérôme Million.
- 198** - Petitat, A. (1991). Marie-Claire Carpentier-Roy, Corps et âme, Psychopathologie du travail infirmier. "*Cahiers de recherche sociologique*, (17), 223–225. Consulté le 18 mars 2017 URL: <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politiquedutilisation/>
- 199** - Pérez-Fuentes, M., Gázquez Linares, J. J., Molero Jurado, M., Simón Márquez, M., & Martos Martínez, Á. (2020). The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. *BMC public health*, 20(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8129-7>
- 200** -Pervin, L.A., John, O.P. (2005), *La personnalité de la théorie à la recherche*, Bruxelles : De Boeck.

- 201** - Petrucci, C., La Cerra, C., Aloisio, F., Montanari, P., & Lancia, L. (2016). *Empathy in health professional students: A comparative cross-sectional study*. *Nurse Education Today*, 41, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.022>
- 202** - Pictet, Raymond. (2015), *L'homme peut-il accéder à une société harmonieuse ? Un essai sur l'évolution du comportement*. France : Connaissances et savoirs.
- 203** - Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G.A., John O.P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques* (168) 97–106. doi:10.1016/j.amp.2009.09.003
- 204** - Psiuk, T.(2005). La résilience, un atout pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers*, 3 (82), 12-21. DOI 10.3917/rsi.082.0012  
<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-12.htm>
- 205** - Poirot, M. (2007). L'organisant de la résilience individuelle au travail : premiers éléments d'analyse. *Cahiers du CEREN* (20), 12-26.
- 206** - Potiron, M. (2015). Psychodynamique de la reconnaissance au travail et identité, *Le Carnet PSY*, 8 (193), 27-33. DOI 10.3917/lcp.193.0027  
<https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2015-8-page-27.htm>
- 207** - Porvost Flatow, G. (2009). *Empthie et institution en formation à distance, Reflexion sur les intelligences multiples de Gardner*. Paris : Editions APARIS.
- 208** - Rebière, C., Rebière O.(2017). *Comment surmonter le stress naturellement ? : Petit guide simple et facile pour vaincre le stress et se retrouver soi-même en paix*. France : Amazon.
- 209**- Reyes, A. T., Andrusyszyn, M.-A., Iwasiw, C., Forchuk, C., & Babenko-Mould, Y. (2015). Nursing students' understanding and enactment of resilience: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2622–2633. <https://doi.org/10.1111/jan.12730>
- 210** - Roché, S. (1998). Expliquer le sentiment d'insécurité : pression, exposition, vulnérabilité et acceptabilité. *Revue française de science politique*, 48<sup>e</sup> année, (2),274-305. Doi : <https://doi.org/10.3406/rfsp.1998.395269>
- 211** - Robertson, I., Leach, D., Dawson, J. (2018). Personality and resilience: Domains, facets, and non-linear relationships, *International Journal of Stress Prevention and Well-Being*. 2- 3. <http://eprints.whiterose.ac.uk/138377/>
- 212**- Roeckelein, J. E. (1998). *Dictionary of theories, Laws, and concepts in psychology*. London: Greenwood publishing group.
- 213** -Rolland J-P. (2013). *L'évaluation de la personnalité, le modèle en cinq facteurs, Pratiques psychologiques, Evaluation et diagnostic*, Paris : Margada.
- 214** -Ryser, V.-A. (2015). Psychometric properties of extra-short Big Five personality measures in multi-topic surveys: Documenting personality traits in the SHP and MOSAiCH. *FORS Working Paper Series*,5. Lausanne: FORS.
- 215** - Sagherian, K., Clinton, M. E., Abu-Saad Huijjer, H., & Geiger-Brown, J. (2017). Fatigue, Work Schedules, and Perceived Performance in Bedside Care Nurses. *Workplace Health & Safety*, 65(7), 304–312. <https://doi.org/10.1177/2165079916665398>
- 216** - Santiago-Delefosse, M.(2002). *Psychologie de la santé, Perspectives qualitatives et cliniques*. Belgique : Pierre Mardaga éditeur.

- 217** - Sarivastava, S.K. (2005). *Organizational behavior and management*. New Delhi: Sarup.
- 218**- Sarnin, P. (2012). Les approches de la santé psychique au travail. Dans Bobillier-Chaumon, M-E, Sarnin P. (Eds), *Manuel de psychologie du travail et des organisations, les enjeux psychologiques du travail* (pp.217-237). Bruxelles : De Boeck
- 219** - Sarnin, P. (2015). Santé et bien-être au travail : des méthodes d'analyse aux actions de prévention. Dans P. Sarnin, D. R. Kouabenan, M-E. Bobilier – Chaumon, M. Dubois et J. Vachernaut-Revel (Eds.) , *Santé et bien-être au travail des méthodes d'analyse aux actions de prévention* ( pp.07-11). Paris : L'Harmattan.
- 220** -Schultz, D.P., Schultz, S. E. (2005). *Theories of personality*. (08<sup>th</sup>edition). USA: Wadsworth.
- 221**- Schultz, D.P. Schultz, S.E. (2017). *Theories of personality*. (11<sup>th</sup> edition) USA: Cengage Learning.
- 222** - Selye, H. (2016). Occupational Stress. In Henry G. Harder, Shannon L. Wagner, Joshua A. Roch (Eds.) *Mental illness in the workplace psychological disability management* (pp. 131-170 ). New York: Routledge.
- 223** - Serban, C. (2012). Conscience impressionnelle et conscience réflexive : Husserl, Fink et les critiques phénoménologiques. *Revue philosophique de la France et de l'étranger* . 4(137), 473-493. doi:10.3917/rphi.124.0473.
- 224** - Seron, D. (2015). L'équivalence entre « mental » et « consciente » chez Brentano. Dans M. Gyemant & D. Popa (Eds.), *Approches phénoménologiques de l'inconscient* (pp.15-36). New York : GEORG OLMS VERLAG.
- 225** - Seron, D. (2017). Etudes phénoménologiques. *Phenomenological Studies*, (1), 45-63.
- 226** - Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S., Shapiro, C.M. (2012). *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales*. New York: Springer. Doi. 10.1007/978-1-4419-9893-4.
- 227** - Sharif, F., & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC nursing*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-4-6>
- 228** - Sheese, B. E., Graziano, G. (2004). Agreeableness. In Charles Spielberg (Ed.). *Encyclopedia of applied psychology* (pp. 117-120.). USA: Academic Press.
- 229** - Siegrist, J., Starkea, D., Chandolab, T., Godinc, I., Marmotb, M., Niedhammerd , I., Peter, R., (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58, 1483–1499. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4)
- 230** - Sinclair , R.R., Chening, J. H. (2017). Employee characteristics that promote resilience. In M. F. Crane (Eds). *Managing for resilience, A practical guide for employee wellbeing and organizational performance* (pp. 15-31). New york: Routledge.
- 231** - Skodol, A. E. (2020). The resilient personality. In John W. Reich, Alex Zautra, John Stuart Hall (Eds.). *Handbook of adult resilience* (pp. 112-125). New York: The Guilford Press.
- 232** - Slocum, J.W., Hellengel, D. (2006). *Management des organisations*. (2<sup>e</sup> Ed.). Bruxelles : De Boeck.
- 233**-Soler-Gonzalez, J., San-Martin, M., Delgado-Bolton, R., Vivanco, L.(2019). Human connections and their roles in the occupational well-being of healthcare professionals: A study



on loneliness and empathy. In G. Arcangeli, G. Giorgi, N. Macci, J-L. Bernaud, A. M. Di Fabio (Eds.). *Emerging and Re-emerging organizational features, work traumatism and occupational risk factors: The good, the bad, the right. An interdisciplinary perspective* (pp. 61-70.) Switzerland: Frontiers Media S.A.

**234** - Selye, H. (2016). Occupational Stress. In Henry G. Harder, Shannon L. Wagner, Joshua A. Roch (Eds.). *Mental illness in the workplace psychological disability management* (pp. 131-170). New York: Routledge.

**235**- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers*, 98(3), 28-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.098.0028>

**236** -Spiess, E. & Stadler, S. (2016). Four-Level model of health promoting leadership. In M. Wiencke, M. Carcace & S.Fischer (Eds.), *Healthy at work: Interdisciplinary perspective* (pp.103-114). Germany: Springer.

**237**- Steege, L. M., & Rainbow, J. G. (2017). Fatigue in hospital nurses — “Supernurse” culture is a barrier to addressing problems: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*. 67, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.014>

**238** - Stranks, J. (2008). *Health & Safety at Work An Essential Guide For Managers*. (eighth ed.). London: British Library Cataloguing in Publication Data.

**239** - Stor de Aguiar , C., Formiga, N. S., Cantinilo, A. (2017). Personality traits and empathic abilities: A predictive study on medical Students, *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*, 37 (92), 129-138.

**240** - Sumaili Dunia, V-E. (2016). *Problématique de l'efficacité scolaire à l'institut notre dame aux larmes, Analyse praxéo-stratégique*. France: Editions connaissances et savoirs.

**241** - Tap, P., Tarquinio, C., Sordes-Ader, F. (2002). Santé, maladie et identité. Dans G-N. Fischer (Ed.). *Traité de psychologie de la santé* (pp.133-161) Paris : Dunod.

**242** - Tapomoy D. (2006). *Strategic approach to human resource management, Concept, Tools and application*. New Delhi: Atlantic.

**243** - Teýlingein, E. V., Humphris, G. (2019). *Psychology and sociology applied to medicine*. (4<sup>th</sup> edition). London: Elsevier.

**244** - Tisseron, S. & Bass, H. (2011). L'empathie, au cœur du jeu social. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 20-23. doi:10.3917/jdp.286.0020. <https://doi.org/10.3917/jdp.286.0020>

**245**-Tisseron, S. (2012). *La résilience*. (4<sup>e</sup> éd.), Liban : points Delta.

**246** - Thomas, L. J., Revell, S. H. (2016). *Resilience in nursing students: An integrative review*. *Nurse Education Today*, 36, 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.016>

**247** -Thomas, L. J., Asselin, M. (2018). Promoting resilience among nursing students in clinical education. *Nurse Education in Practice* 28 .231e234. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.10.001>

**248** - Thóth, L., Reinhardt, M. (2019). Factors underlying the coach-athlete relationship: The importance of empathy as a trait in coaching. In Petra Buchwald, K. A. Moore, K. Kamiasty, P. Arenas-Landgrave (Eds.). *Stress and Anxiety, contributions of the STAR award winners* ( pp. 151-170). Berlin: Logos verlag Berlin.

- 249** -Toliou, A. (2011). Empathie et psychose. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 35-38. doi:10.3917/jdp.286.0035. <https://doi.org/10.3917/jdp.286.0035>
- 250** - Touzé, P-A. Steiner, D.D. (2002). L'adaptation française du P.P.R.F., un outil identifiant les facteurs de personnalité susceptibles de prédire la performance au travail, *L'orientation scolaire et professionnelle* [Online], 31/3. URL : <http://journals.openedition.org/osp/3377>
- 251**- Trevizan, M. A., Almeida, R. G. dos S., Souza, M. C., Mazzo, A., Mendes, I. A. C., & Martins, J. C. A. (2014). *Empathy in Brazilian nursing professionals. Nursing Ethics*, 22(3), 367–376. <https://doi.org/10.1177/0969733014534872>
- 252**- Truchot, D. et Fischer, G-N. (2002). Santé et travail. Dans G-N. Fischer (Eds.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 513-532). Paris : Dunod.
- 253** - Tung, Y.-J., Lo, K. K. H., Ho, R. C. M., & Tam, W. S. W. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 63, 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.009>
- 254**-Turban, D. B., Lee, F. K. (2007). The role of personality in Mentoring relationships: Formation, dynamics and outcomes. In B. R. Ragins, K. E. Kram (Eds.) *The Handbook of mentoring at work, theory, research and practice* (pp. 21-50). California: Sage Publication.
- 255** - Untas, A. Koleck, M., Rascle, N., Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie française*, 57, 97–110.
- 256** – Van Hooland, M. (2011). *Maltraitance psychologique et résilience, Approche psychosociale et biographique*. Paris : L'Harmattan.
- 257** - Vaillant, N. G., Wolff, F-C. (2010). Stress, anxiété et dépression au travail, Existe-t-il des différences entre entreprises ?<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00470602>
- 258** - Vézina, M. (2003). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.C. Carpentier-Roy & M. Vézina (Eds.). *Le travail et ses malentendus, enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp.29-42.). Canada : Les presses de l'Université Laval.
- 259** -Vézina, M. (2003). Stress au travail et santé psychique : rappel des différentes approches. Dans M. Neboit, M. Vézina (Eds.). *Stress au travail et santé psychique* (2<sup>e</sup> Ed., pp.47-58 ), France : OCTARES Editions.
- 260** - Vézina, M. (2012). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.C. Carpentier-Roy, M. Vézina (Eds.), *Le travail et ses malentendus, enquêtes en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 29-42.). Canada : Les presses de l'université de Laval.
- 261** -Vézina, M., Theorell, T. et Brisson, C. (2015). Le stress professionnel : approche épidémiologique. Dans A. Thébaud-Mony, P. Davezines, L. Vogel et S. Volkoff (Eds.), *Les risques du travail, Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (pp. 136-324). Paris : La découverte.
- 262** -Wan, Q., Jiang, L., Zeng, Y., & Wu, X. (2019). *A big-five personality model-based study of empathy behaviors in clinical nurses. Nurse Education in Practice*, 38, 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.005>
- 263** - Wang, J. (2015) . Personnalité et sentiment de réussite/d'échec dans l'apprentissage d'une L2 , *Recherches en didactique des langues et des cultures* [En ligne], 12-3 | , consulté le 25 mars 2020. URL : <http://journals.openedition.org/rdlc/1016>

- 264** -Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., Hojat, M. (2009). Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Empathy in Undergraduate Nursing Students *Journal of Nursing Measurement*, 17 (1), 73-88. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.1.73>
- 265** - Weiten, W. (2013). *Psychology, themes and variation* (9<sup>th</sup> Ed.). USA: Wadsworth.
- 266** - Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. J., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 26–34. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00376.x <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00376.x>
- 267** - Widiger, T. A. (2009) Neuroticism. In Mark R. Leary, Rick H. Hoyle (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp.129 -160). New York: The Guilford Press.
- 268** - Wilkinson, C. (2001). *Fundamentals of health at work, the social dimensions*. New York: Taylor & Francis.
- 269** - Williams, B., Lau, R., Thornton, E., & Olney, L. S. (2017). The relationship between empathy and burnout - lessons for paramedics: a scoping review. *Psychology research and behavior management*, 10, 329–337. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145810>
- 270** - Williams, P. G. (2014). Neuroticism. In Alan J. Christensen, René Martin Joshua Morrisson Smyth (Eds.). *Encyclopedia of health psychology* (pp. 180- 181). New York: Springer.
- 271** - Winokuer, H. R., Harris, D. L. (2012). *Principles and practice of grief counseling*. New York: Springer.
- 272** - Wiseman,T. (2007). Toward a Holistic Conceptualization of Empathy for Nursing Practice. *Advances in Nursing Science* 30 ( 3 ), E61–E72 Copyright c\_ 2007 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins
- 273** - Workman, L., Reader,W. (2004). *Evolutionary psychology. An Introduction*. USA: Cambridge University Press.
- 274**- Yaseen, Z. S., Foster, A. E. (2019). What is empathy?. In Foster, A. E., Yaseen, Z. S. (Eds.). *Teaching empathy in healthcare building a new core competency* (pp.03-16), New York: Springer.
- 275** - Zawieja, P. (2019). Fatigue compassionnelle : le côté obscur de l'empathie. *Soins Aides-Soignants*, 16 (87), 13-14. DOI: 10.1016/j.sasoi.2019.01.003

# الملاحق

## الملحق رقم (1) مقاييس الدراسة للتحكيم

أستاذي الفاضل:

أنا الطالبة عقباني ربيعة، وفي إطار إعداد أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم، والموسومة بـ: "علاقة سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى والمناعة النفسية والتعاطف بالصحة النفسية والصحة الجسدية لدى عينة من الممرضين"، يسعدني أن ألتبس منكم تحكيم مقاييس الدراسة وبالنظر إلى ترجمة هذه المقاييس من اللغة الأجنبية إلى اللغة العربية، رأينا من الضروري أن نأخذ ملاحظتكم بعين الاعتبار في الصياغة النهائية قبل الشروع في ثبات الخصائص السيكو مترية إحصائية، كما يمكن تقديم ملاحظتكم في الصفحة الأخيرة حول التعديلات المقترحة من طرفكم وشكرا جزيلا لكم.

Phrase in English	La phrase en français	العبرة باللغة العربية	الرقم
I see myself as someone who is reserved	Je me vois comme quelqu'un qui est réservé	أعتبر نفسي متحفظا (حذر)	01
is considerate and kind to almost everyone	est prévenant et gentil avec presque tout le monde	أنا متفهم ولطيف مع الجميع تقريبا	02
does a thorough job.	travaille consciencieusement	أعمل بضمير	03
remains calm in tense situations	reste calme dans les situations angoissantes	ألتزم الهدوء في المواقف المقلقة/ الضاغطة/ الحرجة	04
has an active imagination.	a une grande imagination	لدي خيال واسع	05
is outgoing, sociable.	Est sociable, extraverti	أنا اجتماعي ومنبسط.	06
is sometimes rude to others	est parfois impoli avec les autres	أحيانا أكون وقحا مع الآخرين	07
tends to be lazy	a tendance à être paresseux	أميل إلى أن أكون كسولا	08
gets nervous easily.	est facilement anxieux	أتعصب بسهولة	09
values artistic, aesthetic experiences.	apprécie les activités artistiques et esthétiques	أقدر النشاطات الفنية والخبرات الجمالية.	10
is talkative	est bavard	أنا ثرثار	11
has a forgiving nature	est indulgent de nature	أنا متسامحا بطبيعتي	12
does thing efficiently	est efficace dans son travail	أنا فعال في عملي	13
worries a lot	se tourmente beaucoup	أنا كثير القلق /ألوم نفسي كثيرا	14
is original, comes up with new idea	est créatif, plein d'idées originales	أنا مبدع ولدي العديد من الأفكار الأصيلة	15

## مقياس التعاطف لدى الممرضين

Phrase in English	La phrase en français	العبارة	الرقم
Nurses understanding of their patients feelings and the feelings of their patients families does not influence medical or surgical treatment.	Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	فهمي لمشاعر المرضى وأسرهـم لا يؤثر على نوعية العلاج الطبي أو الجراحي الذي أقدمه.	01
Patients feel better when their nurses understand their feelings.	Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	يشعر مرضاي بتحسـن عندما أفهم مشاعرهم.	02
It is difficult for a nurse to view things from patients perspectives.	Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	أجد صعوبة في رؤية الأشياء من وجهة نظر المرضى	03
Understanding body language is as important as verbal communication in nurse-patient relationships.	Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	في العلاقة بين المريض والمعالج ، أعتبر فهم التعبير الجسدي للمرضى لا يقل أهمية عن فهم التواصل اللفظي.	04
A nurses sense of humor contributes to a better clinical outcome.	J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	لدي حس فكاهة جيد ، والذي أعتقد أنه يساعد على تحقيق نتائج عيادية أفضل.	05
Because people are different, it is difficult to see things from patients perspectives.	Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	أجد صعوبة في فهم وجهة نظر المرضى لأن كل شخص يختلف عن غيره.	06
Attention to patients emotions is not important in history taking.	Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	عندما أستجوب المرضى عن خلفيتهم الاجتماعية أو صحتهم الجسدية ، أحاول عدم الالتفات لعواطفهم.	07
Attentiveness to patients personal experiences does not influence treatment outcomes.	Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	الانتباه لمعاش المرضى لا يؤثر على نتائج العلاج.	08
Nurses should try to stand in their patients shoes when providing care to them.	Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	أحاول أن أضع نفسي في مكان المرضى عند تقديم العلاج لهم.	09
Patients value a nurses understanding of their feelings that is therapeutic in its own right.	Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi	يولى المرضى اهتماما كبيرا لمدى تفهمي لمشاعرهم، وهذه طريقة العلاجية في حد ذاتها.	10
Patients illnesses can be cured only by medical or surgical treatment; therefore, nurses emotional ties with their patients do not have a significant influence in medical or surgical treatment	Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical ; ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.	لا يمكن مداواة المرضى إلا من خلال العلاج الطبي أو الجراحي، لهذا ليس للعلاقات العاطفية مع المرضى تأثير كبير على النتائج الطبية أو الجراحية.	11
Asking patients about what is happening in their personal lives is not helpful in understanding their physical complaints.	Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	استجواب المرضى عن حياتهم الشخصية ليس ذو أهمية في فهم شكاواهم حول حالتهم الجسدية.	12
Nurses should try to understand what is going on in their patients minds by paying attention to their nonverbal cues and body language	J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	أحاول أن أفهم ما يحدث في ذهن المرضى بالالتفات إلى إشاراتهم غير اللفظية والجسدية.	13

Attentiveness to patients personal experiences does not influence treatment outcomes.	Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	أعتقد أنه ليس للعاطفة أي دور في علاج الأمراض الجسدية.	14
Empathy is a therapeutic skill without which the nurses success is limited.	L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	يعتبر التعاطف مهارة علاجية، والتي بدونها يكون نجاح العلاج محدودا.	15
Nurses understanding of the emotional status of their patients, as well as that of their families is one important component of the nurse-patient relationship.	Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	يعتبر فهمي للحالة الانفعالية للمرضى ولعائلاتهم عنصر هام في العلاقة بين المعالج والمريض	16
Empathy is a therapeutic skill without which the nurses success is limited	J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	أحاول أن أفكر مثل المرضى لتقديم أفضل رعاية صحية	17
Nurses should not allow themselves to be influenced by strong personal bonds between their patients and their family members.	Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	أمنع نفسي من التأثر عند وجود علاقات شخصية قوية بين الأفراد وأسرتهم	18
I do not enjoy reading nonmedical literature or the arts.	Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	لا أستمتع بقراءة الكتابات غير الطبية ولا أهتم بالفنون	19
I believe that empathy is an important therapeutic factor in the medical treatment.	Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	أعتقد أن للتعاطف دور علاجي مهم في تحقيق العلاج الطبي أو الجراحي.	20

### مقياس المناعة النفسية

Phrase in English	La phrase en français	العبارة	الرقم
Able to adapt to change	Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	أنا قادر على التكيف مع التغيير.	01
Close and secure relationships	J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée (e)	لدي القدرة على ربط علاقات وثيقة وأمنة.	02
Sometimes fate or God can help	Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	لدي إيمان بأن مصيري محدد بالقضاء والقدر.	03
Can deal with whatever comes	Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	يمكنني التعامل مع كل ما يعترضني في المستقبل.	04
Past success gives confidence for new challenge	Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés	نجاحاتي المحققة في الماضي تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة.	05
See the humorous side of things	J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes.	أرى الجانب المضحك من الأشياء.	06
Coping with stress strengthens	Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)	أعتقد أن التعامل مع الضغوط يقوي الشخصية.	07
Tend to bounce back after illness or hardship	J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	أميل إلى استعادة توازني بعد التعرض للمرض أو مواجهة الصعوبات.	08
Things happen for a reason	Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	أعتقد أن الأشياء تحدث لسبب معين.	09
Best effort no matter what	Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	أبدل أفضل جهد مهما كان الحال.	10
You can achieve your goals	Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	يمكنني تحقيق أهدافي.	11
When things look hopeless, I don't give up	Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	أنا لا أستسلم عندما تبدو الأمور ميؤوس منها.	12
Know where to turn for help	En période de stress/crise je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	أعرف أين أتوجه للحصول على المساعدة.	13
Under pressure, focus and think clearly	Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.	يمكنني التركيز والتفكير بوضوح أثناء الضغط.	14
Prefer to take the lead in problem solving	Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	أفضل أخذ زمام المبادرة في حل المشاكل.	15
Not easily discouraged by failure	Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	لا أنهزم بسهولة لمجرد الفشل.	16
Think of self as strong person	Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie.	أفكر في ذاتي بأنني ذو شخصية قوية.	17
Make unpopular or difficult decisions	Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	يمكنني اتخاذ قرارات صعبة أو غير مقبولة من طرف الآخرين.	18
Can handle unpleasant feelings	Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	يمكنني التعامل مع المشاعر المزعجة.	19
Have to act on a hunch	Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois d'agir intuitivement sans savoir pourquoi	أعتمد على الحدس.	20
Strong sense of purpose	Je sais où je veux aller dans la vie.	لدي شعور قوي بتحقيق أهدافي.	21
In control of your life	Je sens que je maîtrise ma vie	يمكنني السيطرة على حياتي.	22



I like challenges	J'aime le défi	أنا أحب التحديات.	23
You work to attain your goals	Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	أعمل بجد لتحقيق أهدافي.	24
Pride in your achievements	Mes réussites me procurent la fierté.	أفتخر بإجازاتي.	25

مقياس الصحة النفسية

Phrase in English	La phrase en français	العبارة	الرقم
have constant time pressure due to a heavy work load	Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une charge de travail	لدي شعور مستمر بالوقت لا يكفي بسبب عبء العمل.	01
have many interruptions and disturbances in my job.	Je suis fréquemment interrompu(e) et dérangé(e) dans mon travail	غالبا ما يتم مقاطعتي وازعاجي في العمل.	02
have a lot of responsibility in my job	J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail	لدي مسؤوليات كثيرة في عملي.	03
I am often pressured to work overtime	Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires	كثيرا ما أكون مجبرا على العمل لساعات إضافية.	04
My job is physically demanding	Mon travail exige des efforts physiques	يتطلب عملي بذل مجهودا بدنيا كبيرا.	05
Over the past few years, my job has become more and more demanding	Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	أصبح عملي أكثر تطلبا في السنوات الأخيرة.	06
I receive the respect I deserve from my superiors	Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف رؤسائي.	07
I receive the respect I deserve from my colleagues	Je reçois le respect que je mérite de mes collègues	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف زملائي.	08
I experience adequate support in difficult situations.	Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles	أحصل على الدعم اللازم في المواقف الصعبة التي تواجهني في العمل	09
I am treated unfairly at work.	On me traite injustement à mon travail	أعامل بطريقة غير منصفة في عملي.	10
have experienced or I expect to experience an undesirable change in my work situation	Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail	أنا أعيش أو أتوقع أن أعيش حدوث تغيير غير مستحب في عملي.	11
My job promotion prospects are poor.	Mes perspectives de promotion sont faibles	أفاق ترقيتي ضعيفة.	12
My job security is poor	Ma sécurité d'emploi est menacée	لا أحس بالأمان في وظيفتي.	13
My current occupational position adequately reflects my education and training.	Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation	تتوافق وضعيتي المهنية الحالية ي بشكل جيد مع تدريبي(تكويني).	14
Considering all my efforts and achievements, I receive the respect and prestige I deserve at work.	Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail	أحصل على الاحترام والتقدير الذي أستحقه في عملي بالنظر إلى المجهود الذي أبذله.	15
Considering all my efforts and achievements, my work prospects are adequate	Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes	أفاق ترقيتي مرضية بالنظر إلى المجهود الذي أبذله.	16
Considering all my efforts and achievements, my salary/income is adequate	Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant	أنا راض عن راتبتي في مقابل المجهود الذي أبذله.	17
get easily overwhelmed by time pressures at work	Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps	غالبا ما أتعرض لضغوط في العمل متعلقة بمحدودية الوقت.	18
As soon as I get up in the morning I start thinking about work problems.	Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin	أبدأ في التفكير في مشاكل العمل بمجرد الاستيقاظ في الصباح.	19
When I get home, I can easily relax and 'switch off' work.	Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail	يمكنني الاسترخاء ونسيان كل شيء متعلق بالعمل بمجرد دخولي المنزل.	20
People close to me say I sacrifice too much for my job	Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail	يرى أقاربي أنني أكرس كل وقتي لعملي.	21
Work rarely lets me go, it is still on my mind when I go to bed.	Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit	أبقى أفكر في العمل حتى عند الخلود إلى النوم.	22

I postpone something that I was supposed to do today I'll have trouble sleeping at night.	Quand je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir	أجد صعوبة في النوم ليلاً عند تأجيل عملاً كان من المفروض أن أقوم به اليوم.	23
I feel tense or 'wound up'	Je me sens tendu(e) ou énervé(e)	أنا منفعل وأشعر بالتوتر.	24
I still enjoy the things I used to enjoy	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	أنا أستمتع بنفس الأشياء كما كنت في السابق.	25
I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	أحس بالخوف كما لو أن شيئاً فظيماً سيحدث لي.	26
I can laugh and see the funny side of things	Je ris facilement et vois le bon côté des choses	أنا أضحك بسهولة وأرى الجانب المشرق من الأشياء.	27
Worrying thoughts go through my mind	Je me fais du souci	أقلق بسهولة.	28
I feel cheerful	Je suis de bonne humeur	أنا جيد المزاج.	29
I can sit at ease and feel relaxed	Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	يمكنني الجلوس بهدوء دون القيام بأي شيء والشعور بالاسترخاء.	30
I feel as if I am slowed down	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	لدي انطباع بأنني لا أتطور.	31
I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	أشعر بالخوف لدرجة الاحساس بالآم في المعدة.	32
I have lost interest in my appearance	Je ne m'intéresse plus à mon apparence	لم أعد أهتم بمظهري.	33
I feel restless as if I have to be on the move	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	أنا لا أهدأ وغير قادر على الجلوس في مكان واحد.	34
I look forward with enjoyment to Things	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	أفرح بمجرد التفكير في القيام ببعض الأشياء.	35
I get sudden feelings of panic	J'éprouve des sensations soudaines de panique	تمر علي أحاسيس مفاجئة بالذعر.	36
I can enjoy a good book or radio or TV programme	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو متابعة حصة إذاعية أو تلفزيونية	37

المقياس الصحة الجسدية (مقياس التعب + بعض أعراض الأمراض المزمنة):

Phrase in English	La phrase en français	العبرة	الرقم
My motivation is lower when I am fatigued	Je suis moins motivé quand je suis fatigué(e)	أكون أقل تحفيزاً عندما أشعر بالتعب.	01
Exercise brings on my fatigue	L'exercice physique me rend fatigué	النشاط الجسدي يتعبني.	02
I am easily fatigued.	Je suis facilement fatigué(e)	أتعب بسهولة.	03
Fatigue interferes with my physical functioning.	La fatigue gêne mon fonctionnement physique	يؤثر التعب على إنجاز مهامي التي تتطلب مجهود بدني	04
Fatigue causes frequent problems for me.	La fatigue me cause fréquemment des problèmes	أعرض للكثير من المشاكل بسبب التعب.	05
My fatigue prevents sustained physical functioning	Ma fatigue m'empêche d'avoir une activité physique soutenue	يمنعني التعب من إنجاز النشاطات البدنية الصعبة.	06
Fatigue interferes with carrying out certain duties and responsibilities	La fatigue m'empêche d'accomplir certains devoirs et responsabilités	يمنعني التعب من القيام ببعض الواجبات والمسؤوليات.	07
Fatigue is among my three most disabling symptoms	La fatigue est parmi mes trois symptômes les plus invalidants	يعد التعب أحد أهم الأعراض المزمنة التي أعاني منها.	08
Fatigue interferes with my work, family, or social life.	La fatigue interfère avec ma vie professionnelle et/ou familiale et/ou sociale	يؤثر التعب على عملي وحياتي الأسرية وحياتي الاجتماعية.	09
	Problème d'hypertension	أعاني من مشاكل ضغط الدم.	10
	Problème respiratoire	أعاني من مشاكل تنفسية.	11
	Problème dermatologique	أعاني مشاكل جلدية.	12
	Problème de dos	أعاني من آلام الظهر.	13
	Problème cardiovasculaire	أعاني من أمراض القلب والجهاز الدموي.	14
	Problème d'estomac	أعاني من القرحة المعدية.	15
	Problème d'allergie	أعاني من أعراض الحساسية.	16
	Problème de sommeil	أعاني من اضطرابات النوم.	17
	Problème lié à l'alcool	أعاني من مشاكل الادمان (التدخين /الكحول/الأدوية). أشتر على أحدهما	18

## الملحق رقم (02) مقياس الدراسة الإستطلاعية

### مقاييس الدراسة الاستطلاعية

في إطار إعداد أطروحة التخرج لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص عمل وتنظيم، يسرني أن أعرض عليكم مجموعة من العبارات التي تستهدف قياس السلوك المهني للممرض، والتي لا تتضمن إجابات صحيحة أو خاطئة وإنما وجهات النظر كما يعيشها أو يشعر بها الممرض فعلا في حياته اليومية.

وعليه نطلب منكم التعبير بكل صدق من خلال وضع إشارة (X) في الخانة المناسبة حيث أن صدق النتائج يتوقف على صدق استجاباتكم.

ونحيطكم علما أنه، لن يطلع على اجاباتكم أي أحد، وإنما ستكون سرية وتستخدم لغرض علمي فقط. وشكرا على تعاونكم

1/الجنس:  ذكر  أنثى

2/ السن: .....

3/ الحالة العائلية:

أعزب  متزوج  مطلق  أرمل  منفصل

4/المستوى التعليمي:

السنة الثالثة ثانوي  شهادة البكالوريا  شهادة الليسانس، ماستر

5/ المؤسسة الصحية الخاصة بالتربص:

- مصلحة التربص:

6/ هل تعاني من مشاكل صحية أو مرض مزمن:

نعم  لا

- إذا كان نعم، ما هو؟.....

## المقياس الأول

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	أعتبر نفسي متحفظا					
02	أنا مراع ولطيف مع الجميع تقريبا					
03	أعمل بضمير					
04	ألتزم الهدوء في المواقف المقلقة/الضاغطة/الحرجة					
05	لدي خيال واسع					
06	أنا اجتماعي ومنبسط.					
07	أكون وقحا مع الآخرين في بعض الأحيان					
08	أميل إلى أن أكون كسولا					
09	أتعصب بسهولة					
10	أقدر النشاطات الفنية والخبرات الجمالية.					
11	أنا ثرثار					
12	أنا متسامحا بطبيعتي					
13	أنا فعال في عملي					
14	أنا كثير القلق					
15	أنا مبدع ولدي العديد من الأفكار الأصيلة					

## المقياس الثاني

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	فهمني لمشاعر المرضى وأسره لا يؤثر على نوعية العلاج الطبي أو الجراحي الذي أقدمه.					
02	يشعر مرضاي بتحسن عندما أفهم مشاعرهم.					
03	أجد صعوبة في رؤية الأشياء من وجهة نظر المرضى					
04	في العلاقة بين المريض والمعالج ، أعتبر فهم التعبير الجسدي للمرضى لا يقل أهمية عن فهم التواصل اللفظي.					
05	لدي حس فكاهاة جيد ، والذي أعتقد أنه يساعد على تحقيق نتائج عيادية أفضل.					
06	أجد صعوبة في فهم وجهة نظر المرضى لأن كل شخص يختلف عن غيره.					
07	عندما أستجوب المرضى عن خلفيتهم الاجتماعية أو صحتهم الجسدية ، أحاول عدم الالتفات لعواطفهم.					
08	الانتباه لمعاش المرضى لا يؤثر على نتائج العلاج.					
09	أحاول أن أضع نفسي في مكان المرضى عند تقديم العلاج لهم.					
10	يولى المرضى اهتماما كبيرا لمدى تفهمي لمشاعرهم، وهذه طريقة العلاجية في حد ذاتها.					
11	لا يمكن مداواة المرضى إلا من خلال العلاج الطبي أو الجراحي، لهذا ليس للعلاقات العاطفية مع المرضى تأثير كبير على النتائج الطبية أو الجراحية.					
12	استجواب المرضى عن حياتهم الشخصية ليس ذو أهمية في فهم شكاواهم حول حالتهم الجسدية.					
13	أحاول أن أفهم ما يحدث في ذهن المرضى بالالتفات إلى إشاراتهم غير اللفظية والجسدية.					
14	أعتقد أنه ليس للعاطفة أي دور في علاج الأمراض الجسدية.					
15	يعتبر التعاطف مهارة علاجية، والتي بدونها يكون نجاح العلاج محدودا.					
16	يعتبر فهمني للحالة الانفعالية للمرضى ولأسره عنصر هام في العلاقة بين المعالج والمريض.					
17	أحاول أن أفكر مثل المرضى لتقديم أفضل رعاية صحية.					
18	أمنع نفسي من التأثير عند وجود علاقات شخصية قوية بين المرضى وأسره.					
19	لا أستمتع بقراءة الكتابات غير الطبية و لا أهتم بالفنون					
20	أعتقد أن للتعاطف دور علاجي مهم في العلاج الطبي أو الجراحي.					

### المقياس الثالث

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	أنا قادر على التكيف مع التغيير.					
02	لدي القدرة على ربط علاقات وثيقة وأمنة.					
03	لدي إيمان بأن مصيري محدد بالقضاء والقدر.					
04	ييمكنني التعامل مع كل ما يعترضني في المستقبل.					
05	نجاحاتي المحققة في الماضي تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة.					
06	أرى الجانب المضحك من الأشياء.					
07	أعتقد أن التعامل مع الضغوط يقوي الشخصية.					
08	أميل إلى استعادة توازني بعد التعرض للمرض أو مواجهة الصعوبات.					
09	أعتقد أن الأشياء تحدث لسبب معين.					
10	أبدل أفضل جهد مهما كان الحال.					
11	ييمكنني تحقيق أهدافي.					
12	أنا لا أستسلم عندما تبدو الأمور ميؤوس منها.					
13	أعرف أين أتوجه للحصول على المساعدة.					
14	ييمكنني التركيز والتفكير بوضوح تحت الضغط.					
15	أفضل أخذ زمام المبادرة في حل المشاكل.					
16	لا أنهزم بسهولة لمجرد الفشل.					
17	أفكر في ذاتي بأنني ذو شخصية قوية.					
18	ييمكنني اتخاذ قرارات صعبة أو غير مقبولة من طرف الآخرين.					
19	ييمكنني التعامل مع المشاعر المزعجة.					
20	أعتمد على الحدس.					
21	لدي شعور قوي بتحقيق أهدافي.					
22	ييمكنني السيطرة على حياتي.					
23	أنا أحب التحديات.					
24	أعمل بجد لتحقيق أهدافي.					
25	أفتخر بإجازاتي.					



## المقياس الرابع

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	لدي شعور مستمر بأن الوقت لا يكفي بسبب عبء العمل.					
02	غالبًا ما يتم مقاطعتي وازعاجي في العمل.					
03	لدي مسؤوليات كثيرة في عملي.					
04	كثيرًا ما أكون مجبرًا على العمل لساعات إضافية.					
05	يتطلب عملي مجهودًا بدنيًا كبيرًا.					
06	في السنوات الأخيرة، أصبح عملي أكثر تطلبًا.					
07	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف رؤسائي.					
08	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف زملائي.					
09	أحصل على الدعم اللازم في المواقف الصعبة التي تواجهني في العمل.					
10	أعامل بطريقة غير منصفة في عملي.					
11	أنا أعيش أو أتوقع أن أعيش حدوث تغيير غير مستحب في عملي.					
12	أفاق ترقبتي ضعيفة.					
13	لا أحس بالأمان في وظيفتي.					
14	تتوافق وضعيتي المهنية الحالية بشكل جيد مع تدريبي (تكويني).					
15	أحصل على الاحترام والتقدير الذي أستحقه في عملي بالنظر إلى المجهود الذي أبذله.					
16	أفاق ترقبتي مرضية بالنظر إلى المجهود الذي أبذله.					
17	أنا راض عن راتبي في مقابل المجهود الذي أبذله.					
18	غالبًا ما أتعرض لضغوط في العمل متعلقة بمحدودية الوقت.					
19	أبدأ في التفكير في مشاكل العمل بمجرد الاستيقاظ في الصباح.					
20	يمكنني الاسترخاء ونسيان كل شيء متعلق بالعمل بمجرد دخولي المنزل.					
21	يرى أقاربي أنني أكرس كل وقتي لعملي.					
22	أبقى أفكر في العمل حتى عند الخلود إلى النوم.					
23	أجد صعوبة في النوم ليلاً عند تأجيل عملاً كان من المفروض أن أقوم به اليوم.					
24	أنا منفعل وأشعر بالتوتر.					
25	أنا أستمتع بنفس الأشياء كما كنت في السابق.					
26	أحس بالخوف كما لو أن شيئاً فظيماً سيحدث لي.					
27	أنا أضحك بسهولة وأرى الجانب المشرق من الأشياء.					
28	أقلق بسهولة.					
29	أنا جيد المزاج.					
30	يمكنني الجلوس بهدوء دون القيام بأي شيء والشعور بالاسترخاء.					
31	لدي انطباع بأنني لا أتطور.					
32	أشعر بالخوف لدرجة الاحساس بالآلام في المعدة.					
33	لم أعد أهتم بمظهري.					
34	أنا لا أهدأ وغير قادر على الجلوس في مكان واحد.					

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
35	أفرح بمجرد التفكير في القيام ببعض الأشياء.					
36	تمر علي أحاسيس مفاجئة بالذعر.					
37	يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو متابعة حصة إذاعية أو تلفزيونية					

### المقياس الخامس

هذه مجموعة من المشاكل الصحية، الرجاء تحديد شدتها بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

الرقم	العبارة	بدون شدة	بشدة ضعيفة	بشدة متوسطة	بشدة قوية	بشدة قوية جدا
01	أكون أقل تحفيزا عندما أشعر بالتعب.					
02	النشاط الجسدي يتعبني.					
03	أتعب بسهولة.					
04	يؤثر التعب على إنجاز مهامي التي تتطلب مجهود بدني.					
05	أعرض للكثير من المشاكل بسبب التعب.					
06	يمنعني التعب من انجاز النشاطات البدنية الصعبة.					
07	يمنعني التعب من القيام ببعض الواجبات والمسؤوليات.					
08	يعد التعب أحد أهم الأعراض المزمنة التي أعاني منها.					
09	يؤثر التعب على عملي وحياتي الأسرية وحياتي الاجتماعية.					
10	أعاني من مشاكل ضغط الدم.					
11	أعاني من مشاكل تنفسية.					
12	أعاني مشاكل جلدية.					
13	أعاني من آلام الظهر.					
14	أعاني من امراض القلب والجهاز الدموي.					
15	أعاني من القرحة المعدية.					
16	أعاني من أعراض الحساسية.					
17	أعاني من اضطرابات النوم.					
18	أعاني من مشاكل الادمان (التدخين /الكحول/الأدوية). أشر على أحدهما					



الملحق رقم (03) مقاييس الدراسة الأساسية

1/الجنس: ذكر  أنثى

2/ السن: .....

3/ الحالة العائلية:

أعزب  زوج  مطلق  أرمل  منفصل

4/المستوى التعليمي:

متوسط  بي  ش  البكالوريا  وريا + 3سنوات  ل  ل

5/الفئة المهنية:

مساعد(ة) تمريض  س(ة) في الصحة العمومية  ض(ة) متخصص(ة)

آخر: .....

6/ الأقدمية: .....

7/ المؤسسة الصحية: .....

8/ المصلحة: .....

6/ هل تعاني من مشاكل صحية أو مرض مزمن: نعم  لا

- إذا كان نعم، ما هو؟ .....

- هل أصبت بالمرض بعد مزاولتك مهنة التمريض؟: نعم  لا

- إذا كان نعم، بعد كم سنة من بداية مزاولتك المهنة أصبت بهذا المرض؟: .....

## المقياس الأول

الرقم	العبرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	أعتبر نفسي متحفظا					
02	أنا مراع ولطيف مع الجميع تقريبا					
03	أعمل بضمير					
04	ألتزم الهدوء في المواقف المقلقة/الضاغطة/الحرجة					
05	لدي خيال واسع					
06	أنا اجتماعي ومنبسط.					
07	أكون وقحا مع الآخرين في بعض الأحيان					
08	أميل إلى أن أكون كسولا					
09	أتعصب بسهولة					
10	أقدر النشاطات الفنية والخبرات الجمالية.					
11	أنا ثرثار					
12	أنا متسامحا بطبيعتي					
13	أنا فعّال في عملي					
14	أنا كثير القلق					
15	أنا مبدع ولدي العديد من الأفكار الأصيلة					

## المقياس الثاني

الرقم	العبرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	فهمني لمشاعر المرضى وأسرههم لا يؤثر على نوعية العلاج الطبي أو الجراحي الذي أقدمه.					
02	يشعر مرضاي بتحسن عندما أفهم مشاعرهم.					
03	أجد صعوبة في رؤية الأشياء من وجهة نظر المرضى					
04	في العلاقة بين المريض والمعالج ، أعتبر فهم التعبير الجسدي للمرضى لا يقل أهمية عن فهم التواصل اللفظي.					
05	لدي حس فكاهاة جيد ، والذي أعتقد أنه يساعد على تحقيق نتائج عيادية أفضل.					
06	أجد صعوبة في فهم وجهة نظر المرضى لأن كل شخص يختلف عن غيره.					
07	عندما أستجوب المرضى عن خلفيتهم الاجتماعية أو صحتهم الجسدية ، أحاول عدم الالتفات لعواطفهم.					
08	الانتباه لمعاش المرضى لا يؤثر على نتائج العلاج.					
09	أحاول أن أضع نفسي في مكان المرضى عند تقديم العلاج لهم.					
10	يولى المرضى اهتماما كبيرا المدى تفهمي لمشاعرهم، وهذه طريقة العلاجية في حد ذاتها.					
11	لا يمكن مداواة المرضى إلا من خلال العلاج الطبي أو الجراحي، لهذا ليس للعلاقات العاطفية مع المرضى تأثير كبير على النتائج الطبية أو الجراحية.					
12	استجواب المرضى عن حياتهم الشخصية ليس ذو أهمية في فهم شكاواهم حول حالتهم الجسدية.					
13	أحاول أن أفهم ما يحدث في ذهن المرضى بالالتفات إلى إشاراتهم غير اللفظية والجسدية.					
14	أعتقد أنه ليس للعاطفة أي دور في علاج الأمراض الجسدية.					
15	يعتبر التعاطف مهارة علاجية، والتي بدونها يكون نجاح العلاج محدودا.					
16	يعتبر فهمني للحالة الانفعالية للمرضى ولأسرههم عنصر هام في العلاقة بين المعالج والمريض.					
17	أحاول أن أفكر مثل المرضى لتقديم أفضل رعاية صحية.					
18	أمنع نفسي من التأثير عند وجود علاقات شخصية قوية بين المرضى وأسرههم.					
19	لا أستمتع بقراءة الكتابات غير الطبية و لا أهتم بالفنون					
20	أعتقد أن للتعاطف دور علاجي مهم في العلاج الطبي أو					

## المقياس الثالث

الرقم	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	أنا قادر على التكيف مع التغيير.					
02	لدي القدرة على ربط علاقات وثيقة وأمنة.					
03	لدي إيمان بأن مصيري محدد بالقضاء والقدر.					
04	يتمكنني التعامل مع كل ما يعترضني في المستقبل.					
05	نجاحاتي المحققة في الماضي تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة.					
06	أرى الجانب المضحك من الأشياء.					
07	أعتقد أن التعامل مع الضغوط يقوي الشخصية.					
08	أميل إلى استعادة توازني بعد التعرض للمرض أو مواجهة الصعوبات.					
09	أعتقد أن الأشياء تحدث لسبب معين.					
10	أبدل أفضل جهد مهما كان الحال.					
11	يتمكنني تحقيق أهدافي.					
12	أنا لا أستسلم عندما تبدو الأمور ميؤوس منها.					
13	أعرف أين أتوجه للحصول على المساعدة.					
14	يتمكنني التركيز والتفكير بوضوح تحت الضغط.					
15	أفضل أخذ زمام المبادرة في حل المشاكل.					
16	لا أنهزم بسهولة لمجرد الفشل.					
17	أفكر في ذاتي بأنني ذو شخصية قوية.					
18	يتمكنني اتخاذ قرارات صعبة أو غير مقبولة من طرف الآخرين.					
19	يتمكنني التعامل مع المشاعر المزعجة.					
20	أعتمد على الحدس.					
21	لدي شعور قوي بتحقيق أهدافي.					
22	يتمكنني السيطرة على حياتي.					
23	أنا أحب التحديات.					
24	أعمل بجد لتحقيق أهدافي.					
25	أفتخر بإجازاتي.					

## المقياس الرابع

الرقم	العبرة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
01	لدي شعور مستمر بأن الوقت لا يكفي بسبب عبء العمل.					
02	غالبا ما يتم مقاطعتي وازعاجي في العمل.					
03	لدي مسؤوليات كثيرة في عملي.					
04	كثيرا ما أكون مجبرا على العمل لساعات إضافية.					
05	يتطلب عملي مجهودا بدنيا كبيرا.					
06	في السنوات الأخيرة، أصبح عملي أكثر تطلبا.					
07	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف رؤسائي.					
08	أحصل على الاحترام الذي أستحقه من طرف زملائي.					
09	أحصل على الدعم اللازم في المواقف الصعبة التي تواجهني في العمل					
10	أعامل بطريقة غير منصفة في عملي.					
11	أنا أعيش أو أتوقع أن أعيش حدوث تغيير غير مستحب في عملي.					
12	أفاق ترقبتي ضعيفة.					
13	لا أحس بالأمان في وظيفتي.					
14	تتوافق وضعيتي المهنية الحالية بي بشكل جيد مع تدريبي(تكويني).					
15	أحصل على الاحترام والتقدير الذي أستحقه في عملي بالنظر إلى المجهود الذي أبذله.					
16	أفاق ترقبتي مرضية بالنظر إلى المجهود الذي أبذله .					
17	أنا راض عن راتبي في مقابل المجهود الذي أبذله.					
18	غالبا ما أتعرض لضغوط في العمل متعلقة بمحدودية الوقت.					
19	أبدأ في التفكير في مشاكل العمل بمجرد الاستيقاظ في الصباح.					
20	يمكنني الاسترخاء ونسيان كل شيء متعلق بالعمل بمجرد دخولي المنزل.					
21	يرى أقاربي أنني أكرس كل وقتي لعملي.					
22	أبقى أفكر في العمل حتى عند الخلود إلى النوم.					
23	أجد صعوبة في النوم ليلا عند تأجيل عملا كان من المفروض أن أقوم به اليوم.					
24	أنا منفعل وأشعر بالتوتر.					
25	أنا أستمتع بنفس الأشياء كما كنت في السابق.					
26	أحس بالخوف كما لو أن شيئا فظيحا سيحدث لي.					
27	أنا أضحك بسهولة وأرى الجانب المشرق من الأشياء.					
28	أقلق بسهولة.					
29	أنا جيد المزاج.					
30	يمكنني الجلوس بهدوء دون القيام بأي شيء والشعور بالاسترخاء.					
31	لدي انطباع بأنني لا أتطور.					
32	أشعر بالخوف لدرجة الاحساس بالآلام في المعدة.					



					لم أعد أهتم بمظهري.	33
					أنا لا أهدأ وغير قادر على الجلوس في مكان واحد.	34
موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة	الرقم
					أفرح بمجرد التفكير في القيام ببعض الأشياء.	35
					تمر علي أحاسيس مفاجئة بالذعر.	36
					يمكنني الاستمتاع بقراءة كتاب جيد أو متابعة حصة إذاعية أو تلفزيونية	37

### المقياس الخامس

هذه مجموعة من المشاكل الصحية، الرجاء تحديد شدتها بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

الرقم	العبارة	بدون شدة	بشدة ضعيفة	بشدة متوسطة	بشدة قوية	بشدة قوية جدا
01	أكون أقل تحفيزا عندما أشعر بالتعب.					
02	النشاط الجسدي يتعبني.					
03	أتعب بسهولة.					
04	يؤثر التعب على إنجاز مهامتي التي تتطلب مجهود بدني.					
05	أعرض للكثير من المشاكل بسبب التعب.					
06	يمنعني التعب من انجاز النشاطات البدنية الصعبة.					
07	يمنعني التعب من القيام ببعض الواجبات والمسؤوليات.					
08	يعد التعب أحد أهم الأعراض المزمنة التي أعاني منها.					
09	يؤثر التعب على عملي وحياتي الأسرية وحياتي الاجتماعية.					
10	أعاني من مشاكل ضغط الدم.					
11	أعاني من مشاكل تنفسية.					
12	أعاني مشاكل جلدية.					
13	أعاني من آلام الظهر.					
14	أعاني من امراض القلب والجهاز الدموي.					
15	أعاني من القرحة المعدية.					
16	أعاني من أعراض الحساسية.					
17	أعاني من اضطرابات النوم.					
18	أعاني من مشاكل الادمان (التدخين/الكحول/الأدوية). أشتر على أحدهما					

## الملحق رقم (04) برنامج التكوين في مهارة التعاطف

### Programme de formation de l'empathie

**Population concerné:** infirmières et aides-soignantes de santé publique.

#### Objectifs :

- Développer l'écoute active et maîtriser la communication non violente.
- Être conscient de ses émotions et celles des autres tout en comprenant les interactions entre croyances, valeurs, émotions et comportements des partenaires de la relation de soins (patients, collègues et parents de malade).
- Pouvoir valoriser les soins et se mettre à la place du patient et trouver la bonne distance.
- S'entraîner à rester empathique sans être hypersensible.
- Rester empathique dans les situations critiques.
- Préserver une relation humaine avec les patients, les collègues et les parents des malades.

#### Durée :

Le volume horaire de la formation est de 25 heures en raison de 3 heures par semaine.

#### Contenu

1- La communication

- Définition
- Les différents types de communication :
  - L'écoute active
  - La communication non violente
  - La communication transactionnelle
- Les différentes facettes de communication
  - Les gestes et les mimiques.
  - Le regard
  - La formulation et le choix des mots.
  - Les attitudes
  - L'approche corporelle
- les outils de communication.

## 2- L'empathie :

- Définition, Concepts voisins
- La place des émotions dans le processus d'empathie.
- L'autre et soi : décoder le langage des émotions
- L'empathie dans la relation thérapeutique
- L'empathie dans les soins infirmiers.
- Développer l'empathie.

## 3- La relation d'aide.

- Définition.
- Les attitudes et les habilités de la relation d'aide.
- La relation d'aide en soins infirmiers.
- Les caractéristiques de la relation d'aide en soins infirmiers.
- Les différentes phases de la relation d'aide.
- Les résultats attendus de la relation d'aide.
- Le transfert et le contre transfert.
- Les différentes phrases utilisées pour rester empathique.

### **Moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement :**

Cette formation est basée sur une démarche pédagogique interactive et conviviale, les moyens pédagogiques et d'encadrement mis en œuvre :

Séances de formation en salle, dossiers techniques remis aux stagiaires, études de cas concrets, mise en situation, jeux de rôles, analyse des pratiques professionnelles.

La formation sera assurée par Mme Okbani Rabia, infirmière de santé publique depuis 20 ans et doctorante en psychologie de travail et des organisations et titulaire d'un master en psychologie de travail et ergonomie.

### **Suivi et évaluation**

Un inventaire de personnalité sera proposé aux stagiaires au début et à la fin de la formation, afin de déterminer si les stagiaires ont acquis la compétence professionnelle visées.

## الملحق رقم (05) برنامج التكوين في المناعة النفسية

### Programme de formation de la résilience psychologique

**Population concerné:** infirmières et aides-soignantes de santé publique.

#### **Objectifs :**

L'acquisition et le maintien des capacités de résistance et d'adaptation positive des infirmières face aux situations critiques, les traumatismes et la souffrance des malades , afin de prodiguer des soins de qualité tout en préservant leur santé psychique et physique.

#### **Durée :**

Le volume horaire de la formation est de 20 heures en raison de 3heures par semaine.

#### **Contenu**

1-La résilience psychologique

-Définition

-Analyse du processus psychique de la résilience.

-Le traumatisme, le stress, et la résilience

2- capacité de résistance face au traumatisme

-souffrance au travail.

- Les principaux mécanismes de défense du patient face à ses angoisses

- Les principaux mécanismes de défense en jeu chez le soignant

- Les stratégies de coping.

-résilience et santé psychique.

3-la résilience, un atout pour la qualité de soins.

- L'équilibre entre facteurs de risque et facteurs de protection

-la résilience face à la souffrance du malade.

-Les tuteurs de la résilience.

#### **Moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement :**

Cette formation est basée sur une démarche pédagogique interactive et conviviale, les moyens pédagogiques et d'encadrement mis en œuvre :

Séances de formation en salle, dossiers techniques remis aux stagiaires, études de cas concrets, mise en situation, jeux de rôles, analyse des pratiques professionnelles.

La formation sera assurée par Mme Okbani Rabia, infirmière de santé publique depuis 20 ans et doctorante en psychologie de travail et des organisations et titulaire d'un master en psychologie de travail et ergonomie.

### **Suivi et évaluation**

Un inventaire mesurant le niveau de la résilience sera proposé aux stagiaires au début et à la fin de la formation, afin de déterminer si les stagiaires ont acquis la compétence professionnelle visée.

## « La relation entre les traits de personnalité, l'empathie, la résilience et la santé mentale et la santé physique des infirmiers »

### Résumé :

L'objectif de cette étude est d'identifier le rôle des traits de personnalité dans l'incidence des maladies mentales et physiques chez les infirmières par interaction de l'empathie et de la résilience comme mécanismes d'adaptation positive en utilisant des outils qui mesurent les cinq variables sur un échantillon de 732 infirmiers . L'étude a conclu qu'il existe une différence dans la relation entre la variable indépendante de l'étude et les deux variables dépendantes selon les différents niveaux des deux variables modérateurs.

**Mots clés :** traits de personnalité, empathie, santé mentale, variable modératrice

## « "The relationship between personality traits, empathy, resilience and the mental health and physical health of nurses" »

### Abstract :

The objective of this study is to identify the role of personality traits in the incidence of mental and physical illnesses in nurses through the interaction of empathy and resilience as positive coping mechanisms using tools which measure the five variables on a sample of 732 nurses. The study concluded that there is a difference in the relationship between the study independent variable and the two dependent variables according to the different levels of the two moderating variables

**Key words :** personality traits, empathy, mental health, moderating variable

## "علاقة سمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالتعاطف والمناة النفسية بالصحة النفسية والجسدية لدى الممرضين"

### الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور سمات الشخصية في الإصابة بالأمراض النفسية والجسدية لدى الممرضين في ضوء مهارة التعاطف والمناة النفسية كآليات للتكيف الايجابي باستخدام ادوات تقيس المتغيرات الخمسة لدى عينة قوامها 732 ممرض وممرضة وخلصت الدراسة إلى وجوت تغاير في العلاقة بين المتغير المستقل للدراسة والمتغيرين التابعين باختلاف مستويات المتغيرين المعدلين.

**مفتاحية كلمات:** سمات الشخصية، مهارة التعاطف، الصحة النفسية ، المتغير المعدل