مجلة دراسات نفسية ISSN 2353-0324
المجلد : 12 العدد : 01 السنة : 2021 ص ص 74- 92

مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة

دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي (سعادنة عبد النور) لولاية سطيف

The level of depression among nurses working in the shift system

A field study at the University Hospital Center-Setif-

كريمة محيوز[1]*، جامعة الجزائر2 (الجزائر)، madamemahiouz@gmail.com

صفية تباني جامعة أحمد دراية أدرار (الجزائر)، teb.safia@univ-adrar.edu.dz

تاريخ الارسال : 2021-10-12	تاريخ القبول : 2021-12-16	تاريخ النشر : .2021-12-12	المؤلف المرسل : كريمة محيوز

الملخص: هدفت هذه الدراسة التعرف على مستوى الاكتئاب لدى فئة الممرضين العاملين بنظام المناوبة بالمؤسسات الاستشفائية والاختلاف في مستويات الاكتئاب حسب متغير الجنس والاقدمية، لهذا الغرض تم الاعتماد على المنهج الوصفي كما تم تطبيق مقياس "أرون بيك" للاكتئاب بعد التأكد من دلالته السيكومترية تم تطبيق المقياس على عينة قوامها 70 ممرضا وبعد جمع البيانات ومعالجتها إحصائيا، بينت النتائج أن مستوى الاكتئاب للممرضين في ظل العمل بالمناوبة كان شديد جدا، كما بينت وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الاكتئاب حسب متغير الجنس لصالح الإناث مع وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الاكتئاب حسب الاقدمية المهنية. في الأخير أوصت الدراسة بالتكفل بهذه الفئة من خلال مجموعة من الإجراءات المهنية والنفسية لتحقيق التكيف السليم مع مهنتهم.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، الممرض، العمل بالمناوبة، الجنس، الأقدمية.

Abstract:This study aimed to identify the level of depression among the category of nurses working in the shift system in hospital and the difference in depression levels according to the variable of gender and seniority. the sample was of 70 nurses, and after data collection and statistical processing, The results showed that the level of depression for nurses under shift work

* كريمة محيوز

was very severe, and there were statistically significant differences in the level of depression according to the gender variable in favor of females, with statistically significant differences in the level of depression according to professional seniority. Finally, the study recommended taking care of this category through a set of professional and psychological procedures to achieve a proper adaptation to their profession.

Keywords: Depression, Nurse, Shift work, Gender, Seniority.

مقدمة:

لا يزال العالم اليوم يعيش مجموعة من التحديات الاقتصادية والاجتماعية وخاصة منها الصحية في ظل انتشار الأمراض والأوبئة الفتاكة كالإيبولا والكوفيد 19 والتي ألزمت أصحاب المؤسسات التكيف معها ومسايرة كل تغيراتها من كل جوانبها بما فيها ما يتعلق بتنظيم مواقيت العمل، فقد أصبحت الأطقم الطبية والشبه طبية في الصفوف الدفاعية الأولى لمواجهة الأزمات والأمراض. ولذلك فلقد أصبح استخدام العمل بالمناوبة ضرورة أساسية لمسايرة هاته التغيرات خاصة في المؤسسات الاستشفائية التي تبنت هذا النظام من أجل ضمان نشاطها على مدى 24 ساعة وذلك من اجل التغطية الكاملة للخطة العلاجية والوقائية المسطر لها.

فالتمريض كغيره من التخصصات المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية، يعمل وفق هذا النظام من أجل تحقيق أهداف الرعاية الصحية للمريض طول مدة تواجده على مستوى المؤسسات.

والجدير بالذكر أن مهنة التمريض هي الركيزة الاساسية في تسيير الخطة العلاجية للطبيب، فيجب عليهم تقديم الرعاية والسهر على العلاج المرضى بهدف تحسين مستوى الصحة والمحافظة عليها من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية وللوقاية من الأمراض ورعاية المرضى ومساعدتهم في استرداد صحتهم وتأهيلهم للاعتماد على أنفسهم وبذلك مرافقتهم في رحلتهم العلاجية. ومن هنا فان تقديس مهنة التمريض أمر لابد منه فهذه المهنة تستدعي توفير كل ما تتطلبه لتسهيل أدائها على أكمل وجه وبالتالي إحساس الممرض بكيانه وإشباع حاجاته.[08]

لذلك فإن أهمية الكشف عن المعاناة النفسية لدى فئة الممرضين الناتجة عن ضغوط نظام العمل بالمناوبة أمر ضروري من أجل مساعدتهم وتقليل معاناتهم، فرغم أن العمل بالتناوب قد يحقق الأهداف التي تسعى إدارة المؤسسات,

الاستشفائية الوصول إليها، لكنه في الوقت نفسه غالبا ما يؤدي إلى ظهور العديد من المؤشرات الدالة على وجود نوع من اختلال التوازن بين العامل وعمله منها :التغيب، القلق، الاكتئاب، الضغط النفسي، حوادث العمل، انخفاض مستوى تقدير الذات...إلخ [09]. ولقد بينت دراسة "ماكاي" (1980) بعض الأعراض الاكتئابية التي ظهرت على العمال الذين يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة مقارنة مع عمال النظام العادي. [10]

كما بينت دراسة "نيال" (1991) أن الممرضات يشعرن بدرجة عالية من القلق والاكتئاب مقارنة بغيرهن من العاملات في مهن أخرى. [04] وهذا ما اكدته دراسة لعريط البشير(2007) والتي كانت حول الانعكاسات النفسية لنظام العمل بالمناوبة حيث بينت أن ظروف وخصائص نظام العمل التناوبي تشكل أحداثا مثيرة للضغوط تسهم في نشأة الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، واختلال المظاهر السلوكية المرتبطة بذلك ومن ثم فهي بمثابة متغيرات نفسية وسلوكية تسهم في اختلال الصحة النفسية التي تقلل من مستوى الأمن النفسي لديهم.و تختلف شدة هذه المظاهر تبعا لمتغير الأقدمية ذلك أن العامل في نظام المناوبة كلما زادت أقدميته في العمل كلما زاد مستوى تراكمات الضغوط المختلفة عليه .[09] أما دراسة "ابتسام أحمد أبو العمرين"(2008) والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم، توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث فيما يتعلق بقدرتهم على تحمل الضغوط النفسية والمهنية والتي تعزى إلى الذكور وقد أرجعت الباحثة السبب إلى أن الذكور بطبيعتهم أكثر تحملاً للضغوط المهنية والنفسية التي تواجه الممرض في عمله والتي تتمثل في ساعات العمل الطويلة خاصة فترات العمل الليلية التي مدتها 12 ساعة، وعبء العمل الثقيل من كثرة المرضى وحملهم ونقلهم والاستجابة لطلباتهم .[02]

كما يفيد" لانكري "في دراسته التي أجراها في فرنسا على 1700عامل يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة سنة 1988 والتي حاولت الكشف عن أهم الاستجابات النفسية للضغط الناتج عن خصائص النظام التناوبي والتي تمثلت في صعوبة النوم ، التعب الذهني ، الخوف الدائم ،السلوك العدواني، الإحباط ،عدم القدرة المتزايدة على التركيز، التشاؤم وعدم الاستمتاع بالحياة، صعوبة اتخاذ القرارات ،الخوف من فقدان الوعي ،الخوف، من الموت ، الخوف من الفشل ومن الآخرين، حيث نلاحظ أن هذه الدراسة سلطت الضوء على أهم الاستجابات النفسية للضغط الناتج عن نظام العمل بالمناوبة والتي يمكننا اعتبارها أيضا كإشارات إنذار على حدوث إجهاد نفسي إن تطور الأمر أو زاد على الحد المعقول.[08]هذه الاستجابات النفسية هي التي من شانها أن تؤثر على الأداء المهني للممرض في إطار العمل بالمناوبة، حيث أنها تؤثر على القدرة العقلية و النفسية للممرض مما ينتج عنه تراجع في الأداء و نقص التركيز وتشتت الانتباه و ارتكاب الأخطاء و كذلك اضطراب العلاقة بين الزملاء وفريق العمل ككل، هذا ما يجعل إلقاء الضوء على هذه المعاناة وخاصة النفسية منها أمر غاية في الأهمية، من هنا ركزت دراستنا على إحدى الاضطرابات النفسية التي تعاني منها هذه الفئة وهي الاكتئاب النفسي بغية معرفة مدى تأثير العمل بالتناوب على مستواه ولهذا جاءت تساؤلات الدراسة كالتالي:

-ما مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة؟

-هل يختلف مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الجنس؟

-هل يختلف مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الأقدمية؟

-فرضيات الدراسة :

-مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة مرتفع.

-يختلف مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الجنس.

-يختلف مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الأقدمية.

-أهداف الدراسة : تسعى هذه الدراسة إلى :

-معرفة مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة.

-معرفة الفروق في مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الجنس.

-معرفة الفروق في مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الاقدمية.

-أهمية الدراسة:

-تكمن أهمية الدراسة من أهمية الفئة التي تتناولها وهي الممرضين الذين يعتبرون الركائز الأساسية لتسيير المؤسسات الاستشفائية.

- محاولة الكشف على مستوى المعاناة النفسية لفئة الممرضين وفق أحد أنظمة العمل الضاغطة وهو نظام العمل بالمناوبة وذلك من أجل إعداد برامج إرشادية للتكفل الأفضل بهذه الفئة.

-معرفة مستوى الاكتئاب لدى فئة الممرضين من أجل إيجاد طرق كفيلة بتخفيف شدته حتى لا يتطور وتنعكس أثاره على أدائهم.

1. مصطلحات الدراسة:

1.1 الاكتئاب:

حسب "أرون بيك" هو تلك التوقعات السلبية بشأن الذات والعالم والمستقبل والتي تؤدي إلى انفعالات اكتئابية .[03]
فالمكتئب بالنسبة لبيك 1995Beck، ينظر نمطيا إلى نفسه كالعاجز وعديم القيمة والغير الكفء ويفسر الأحداث بشكل غير مبرر وانهزامي وينظر إلى عالمه وذاته ومستقبله بطريقة سلبية .[06]
ويعرّف إجرائيا بأنه الدرجة أو المستوى الذي يتحصل عليه المرض في مقياس "بيك للاكتئاب".

2.1 .الممرّض :

وهو الذي يقدم الخدمات العلاجية والوقائية ويحرص على تنفيذ الخطة العلاجية المخططة من طرف كامل الطاقم الطبي والشبه الطبي في إطار تخصصاتهم والمهام المخولة لهم.

ويعرف إجرائيا بأنه فئة الممرضين العاملين بالمصالح التالية: مصلحة الطب الداخلي، مصلحة أمراض الدم مصلحة الأمراض الصدرية و التنفسية، مصلحة الأمراض القلبية، مصلحة الأمراض المعدية مصلحة الأمراض العصبية، مصلحة جراحة الأعصاب، مصلحة الأعصاب و الأوعية الدموية، مصلحة الجراحة الداخلية(الباطنية)، مصلحة جراحة العظام، مصلحة الإنعاش الطبي، مصلحة أمراض الكلى، بالمركز الاستشفائي الجامعي" سعادنة محمد عبد النور".

1. 3. نظام العمل بالمناوبة:

ويعرفه "**انتني كومار باتي وآخرون (2001)ATANU KUMAR PATI and all** " على أنه طريقة لترتيب ساعات العمل من أجل استعمال فريقين للعمل أو أكثر (وردية) من اجل تمديد ساعات العمل " .[10]

من جهة أخرى فقد تم تعريف هذا النظام على أنه أي تنظيم وترتيب لساعات العمل، بحيث تستطيع مجموعات من العاملين تبادل العمل في أوقات مختلفة كي تستمر المؤسسة في تقديم خدماتها أو صناعة منتجاتها دون توقف. [05]

ويعرّف إجرائيا بأنه النظام الموضوع من طرف منسق النشاطات الشبه الطبية وهو نظام (8X2) مجموعتين في اليوم حيث تكون مناوبتين متساويتين زمنيا للفترة الصباحية من 07.00الى 19.00 والفترة المسائية من 19.00الى 07.00 صباحا وراحة تعويضية لمدة يومين مع تغيير بين الفترة الصباحية والفترة المسائية للمجموعتين كل شهر.

4.1.الجنس:

وهو صفة أو خاصية المتغير ويقصد بها بطبيعة الحال صفة الذكر وصفة الأنثى .

5.1 .الأقدمية:

هي عدد السنوات أو الفترة الزمنية التي قضاها الممرض خلال مساره المهني الى يوم إجراء الدراسة.

2. الإجراءات المنهجية:

1.2 . منهج الدراسة:

دون المنهج يكون البحث مجرد تجميع معلومات لا علاقة له بالواقع العلمي ويختلف المنهج من دراسة لأخرى على حسب طبيعة مشكلة موضوع البحث، وتماشيا مع أهداف وطبيعة موضوع الدراسة الحالية التي تهدف إلى الوقوف على مستوى الاكتئاب لدى الممرض وكذا طبيعة هذه الفروق حسب متغير الجنس والأقدمية، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يهدف إلى تحليل ظاهرة الاكتئاب وكذا الوقوف على مختلف الفروق حسب متغير الجنس والأقدمية.

2.2. عينة الدراسة :

العينة جزء من مجتمع البحث حسبما اتفق عليه وهو اختيار واعي تراعي فيه قواعد واعتبارات علمية معينة لكي تكون نتائجها قابلة للتعميم على المجتمع الأصلي. ولقد تم الاعتماد في دراستنا الحالية على العينة القصدية لأنها الأنسب حيث شملت جميع الممرضين العاملين على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي –سطيف-والمقدر عددهم ب 70 ممرضا وممرضة موزعين على مستوى المصالح التالية: مصلحة الطب الداخلي، مصلحة أمراض الدم، مصلحة الأمراض الصدرية والتنفسية، مصلحة الأمراض القلبية، مصلحة الأمراض المعدية، مصلحة الأمراض العصبية، مصلحة جراحة الأعصاب، مصلحة الأعصاب والأوعية الدموية، مصلحة الجراحة الداخلية(الباطنية)، مصلحة جراحة العظام، مصلحة الإنعاش الطبي، مصلحة أمراض الكلى.

-وصف عينة الدراسة: فيما يلي عرض مفصل لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس كما هو موضح في الجدول رقم :(01)

جدول(01): توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرارات	النسب المئوية
الذكور	31	%44
الإناث	39	%56
المجموع	70	%100

-الاقدمية: وفيما يلي عرض لتوزيع أفراد العينة حسب الأقدمية كما يوضحها الجدول رقم :(02)

جدول(02): توزيع افراد العينة حسب متغير الاقدمية:

مدة الاقدمية	التكرارات	النسبة المئوية
أقل من 08 سنوات	29	42%
من 09الى16 سنة	22	31%
من 17 الى 24	14	20%
فوق 25 سنة	05	7%
المجموع	70	%100

يظهر من الجدول رقم 02 توزيع أفراد العينة حسب متغير الاقدمية، حيث كانت الفئة (أقل من 08 سنوات) اعلى نسبة إذ قدرت ب 42%، وهذا بسبب فتح المؤسسة فرص التشغيل وكذلك انفتاح سوق العمل على مدارس التكوين الشبه طبية الخاصة (بالإضافة الى المؤسسات العمومية)، أما الفئات (من 09 إلى 16 سنة) و (17 إلى 24 سنة) و (فوق 25 سنة) فقد مثلت نسب 31%و20%و07 %على التوالي، حيث نلاحظ تراجع للتكرارات وهذا بسبب نظام التقاعد المسبق (المستخدم سابقا).

3.2. أداة جمع البيانات:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على "مقياس بيك للاكتئاب".

-تعريف مقياس" بيك" للاكتئاب:

قام بوضعه العالم والطبيب النفسي الأمريكي المعروف «آرون بيك Aaron Beck» الأستاذ بجامعة بنسلفانيا المشهور ببحوثه وكتاباته ا لمتعددة في موضوع الاكتئاب .وفضلا عن هذا، هو من ا لمساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي ا لمعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية .وقد سمح للدكتور "عبد الستار إبراهيم" بترجمة هذا المقياس ونشره باللغة العربية .[07]

يتكون هذا المقياس من 21 بعدا، حيث يحتوي كل منها على عدد معين من البنود بحيث أن بدائل الإجابة عليها تكون كما يلي: البند الأول: 0-البند الثاني: 1 -البند الثالث: 2-البند الرابع: 3-البند الخامس: 4-البند السادس:5 درجات وهذا بالنسبة لكل الابعاد، التي تجمع من أجل الحصول على الدرجة النهائية للمفحوص.

وسنوضح عدد البنود في كل بعد كما يلي:

- **البعد الأول**: الحزن (5 بنود)
- **البعد الثاني**: التشاؤم من المستقبل (5 بنود)
- **البعد الثالث**: الإحساس بالفشل (5 بنود)
- **البعد الرابع**: السخط وعدم الرضا (5 بنود)
- **البعد الخامس**: الإحساس بالندم أو الذنب (5 بنود)
- **البعد السادس**: توقع العقاب (5 بنود)
- **البعد السابع**: كراهية النفس (5 بنود)
- **البعد الثامن**: إدانة النفس (4 بنود)
- **البعد التاسع**: وجود أفكار انتحارية (6 بنود)
- **البعد العاشر**: البكاء (4 بنود)
- **البعد الحادي عشر**: الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي (4 بنود)
- **البعد الثاني عشر**: الانسحاب الاجتماعي (4 بنود)
- **البعد الثالث عشر**: التردد وعدم الحسم (4 بنود)
- **البعد الرابع عشر**: تغير صورة الجسم (4 بنود)
- **البعد الخامس عشر**: هبوط مستوى كفاءة العمل (5بنود)
- **البعد السادس عشر**: اضطرابات النوم (4 بنود)
- **البعد السابع عشر**: القابلية للتعب والإرهاق (4 بنود)
- **البعد الثامن عشر**: فقدان الشهية (4 بنود)
- **البعد التاسع عشر**: نقص الوزن (4 بنود)
- **البعد العشرون**: تأثر الطاقة الجنسية (4 بنود)

-البعد الواحد والعشرون: الانشغال بالصحة (4 بنود). ويتم تصحيح البيانات الناتجة عن تطبيق المقياس وفق الجدول التالي: [03]

جدول (03): مستويات الاكتئاب حسب مقياس بيك

9-0	لا يوجد اكتئاب
15-10	اكتئاب بسيط
23-16	اكتئاب متوسط
36-24	اكتئاب شديد
37 فأكثر	اكتئاب شديد جدا

4.2.الخصائص السيكومترية لمقياس " بيك" للاكتئاب:

-صدق المقياس :قمنا بحساب الاتساق الداخلي للأبعاد كما هو موضح في الجدول(5):

جدول (04): معامل الارتباط بيرسون بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الخاص بها:

رقم العبارة او البند	البعد	رقم العبارة أو البند	البعد
البعد الاول	بعد الحزن	البعد الثاني	بعد التشاؤم من المستقبل
01	**0.88	01	**0.54
02	**0.96	02	**0.55
03	**0.94	03	**0.77
04	**0.48	04	**0.82
05	**0.82	05	**0.80

البعد الثالث	الإحساس بالفشل	البعد الرابع	السخط وعدم الرضا
01	**0.76	01	**0.52
02	**0.77	02	**0.89
03	**0.78	03	**0.81
04	**0.72	4	**0.47
05	**0.75	5	**0.87
البعد الخامس	الإحساس بالندم والذنب	البعد السادس	توقع العقاب
01	**0.55	01	**0.61
02	**0.92	02	**0.77
03	**0.86	03	*0.49
04	*0.41	4	**0.86
05	**0.80	5	**0.86
البعد السابع	كراهية النفس	البعد الثامن	إدانة النفس
01	**0.68	01	**0.96
02	**0.80	02	**0.96
03	**086	03	**0.86
04	**0.66	4	**0.90
05	**0.79		

البعد التاسع	وجود أفكار انتحارية	البعد العاشر	البكاء
01	**0.94	01	**0.96
02	**0.92	02	**0.88
03	**0.88	03	**0.77
04	**0.89	04	**0.44
05	**0.44		
البعد الحادي عشر	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	البعد الثاني عشر	الانسحاب الاجتماعي
01	**0.54	01	**0.92
02	*0.42	02	**0.94
03	**0.48	03	**0.95
04	**0.48	04	**0.95
البعد الثالث عشر	التردد وعدم الحسم	البعد الرابع عشرة	تغير صورة الجسم والشكل
01	**0.86	01	**0.85
02	**0.71	02	**0.84
03	**0.81	03	**0.84
04	**0.44	04	**0.75
البعد الخامس عشر	هبوط مستوى الكفاءة	البعد السادس عشر	اضطرابات النوم
01	*0.36	01	**0.95
02	**0.73	02	**0.91

03	**0.47	03	**0.77
04	**0.82	04	**0.87
05	**0.87		
البعد السابع عشرة	التعب وقابلية الإرهاق	البعد الثامن عشرة	فقدان الشهية
01	**0.89	01	**0.99
02	**0.96	02	**0.95
03	**0.92	03	**0.96
04	**0.94	04	**0.90
البعد التاسع عشرة	تناقص الوزن	البعد العشرون	تأثير الطاقة الجنسية
01	**0.97	01	**0.93
02	**0.78	02	**0.93
03	**0.64	03	**0.49
04	**0.85	04	**0.64

البعد الواحد والعشرون	الانشغال بالصحة
01	**0.95
02	**0.92
03	*0.37
04	**0.71

(*) دال عند مستوى الدلالة 0.05 (**)دال عند مستوى الدلالة 0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم(04) أن معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه كلها دالة احصائيا اما عند 0.01 أو 0.05 وبالتالي هناك اتساق داخلي مما يدل على صدق المقياس.

كما قمنا بحساب الصدق البنائي للمقياس: وهذا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل محور والمجموع الكلي لفقرات المقياس وهي كالآتي:

جدول رقم (05): معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد والمجموع الكلي للأبعاد

الرقم	البعد	معامل الارتباط بيرسون
01	بعد الحزن	0.40*
02	التشاؤم من المستقبل	0.68**
03	الإحساس بالفشل	0.71**
04	السخط وعدم الرضا	0.61**
05	الإحساس بالندم والذنب	0.57**
06	توقع العقاب	0.57**
07	كراهية النفس	0.49**
08	إدانة النفس	0.67**
09	وجود أفكار انتحارية	0.60**
10	البكاء	0.68**
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	0.81**
12	الانسحاب الاجتماعي	0.43*
13	التردد وعدم الحسم	0.49**
14	تغير صورة الجسم والشكل	0.42*
15	هبوط مستوى الكفاءة	0.43*
16	اضطرابات النوم	0.73**
17	التعب وقابلية الإرهاق	0.89**
18	فقدان الشهية	0.87**
19	تناقص الوزن	0.92**
20	تأثير الطاقة الجنسية	0.66**
21	الانشغال عن الصحة	0.81**

(*)دال عند مستوى الدلالة 0.05 (**)دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول رقم(05) أن جميع ابعاد المقياس دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ومستوى الدلالة 0.05 حيث كان الارتباط دال إحصائيا وقد تراوح بين (0.40) و (0.92). وبذلك تعتبر جميع ابعاد محاور المقياس صادقة لما وضعت لقياسه.

– ثبات المقياس: لقياس مدى ثبات اداة الدراسة حساب الفا كرومباخ لكل بعد، وجاءت النتائج كالتالي:

جدول (06): قيمة الفا كرومباخ لكل بعد

رقم البعد	ابعاد المقياس	عدد العبارات	ثبات البعد
01	بعد الحزن	05	0.92
02	التشاؤم من المستقبل	05	0.71
03	الاحساس بالفشل	05	0.78
04	السخط وعدم الرضا	05	0.82
05	الاحساس بالندم والذنب	05	0.81
06	توقع العقاب	05	0.84
07	كراهية النفس	05	0.87
08	إدانة النفس	04	0.95
09	وجود أفكار انتحارية	06	0.87
10	البكاء	04	0.97
11	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	04	0.97
12	الانسحاب الاجتماعي	04	0.82
13	التردد وعدم الحسم	04	0.80
14	تغير صورة الجسم والشكل	04	0.84
15	هبوط مستوى الكفاءة	04	0.80

16	اضطرابات النوم	05	0.95
17	التعب وقابلية الارهاق	04	0.98
18	فقدان الشهية	04	0.97
19	تناقص الوزن	04	0.88
20	تأثير الطاقة الجنسية	04	0.83
21	الانشغال عن الصحة	04	0.84
	معامل الثبات العام	94	0.82

يتضح من خلال هذا الجدول رقم (06) أن أبعاد المقياس كلها ثابتة حيث تراوحت قيم ألفاكرنباخ بين (0.71 و0.98) كما كان معامل الثبات العام للأداة عال حيث بلغ (0.82) وهذا يدل على أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليها في التطبيق الميداني.

5.2. المعالجة الإحصائية المستخدمة لتحليل النتائج:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على الأساليب الإحصائية التالية:

-المتوسط الحسابي.

-الانحراف المعياري

-اختباركا^2 (chi^2).

- اختبار "مان ويتي" وهو اختبار بديل لاختبار "ت" لعينتين مستقلتين. وهذا بسبب عدم توفر شرطين اساسين لتطبيق الاختبار وهما:

-عدم توفر شرط اعتدالية التوزيع للمتغير التابع.

-طريقة المعاينة كانت بطريقة مقصودة

- اختبار "كروسكال واليس" "Kruskal-Wallis H test".

3.عرض ومناقشة النتائج:

1.3-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى: التي تنص: "مستوى الاكتئاب لدى المرضين العاملين بنظام المناوبة مرتفع"

بالاعتماد على اختبار بيك تم تصنيف أفراد العينة إلى مستويات حسب التكرارات المحصل عليها، كما تم حساب قيمة كاف تربيع من أجل معرفة دلالة الفروق بين المستويات والنتائج مبينة في الجدول أدناه:

جدول (07): نتائج اختبار كا^2 لمستويات الاكتئاب للممرضين العاملين بنظام العمل بالمناوبة

مستويات الاكتئاب	التكرارات	قيمة كا^2	درجة الحرية	مستوى الدلالة
لا يوجد اكتئاب	02	56,714[a]	4	0.01
اكتئاب بسيط	10			
اكتئاب متوسط	21			
اكتئاب شديد	35			
اكتئاب شديد جدا	02			
المجموع	70			

من خلال الجدول رقم (07) نلاحظ أن كاف تربيع دالة عند 0.01 وبالتالي هناك فروق دالة احصائيا بين مستويات الاكتئاب ويعود الفرق لصالح مجموعة الاكتئاب الشديد الذين كان عددهم 35 ممرضا وبالتالي فالسمة الغالبة على أفراد العينة هي سمة الاكتئاب الشديد وهذا مؤشر جد سلبي لواقع صحتهم النفسية كون هذا الأخير أي الاكتئاب يمكن أن يتطور في حالة عدم علاجه، هذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية وجامعة هارفارد على أن استمرار الاكتئاب بدون علاج يؤدي إلى أمراض القلب والجلطات المخية، بل يساعد على ظهور مرض الزهايمر، كما يمكنه أن يسبب ضمور في بعض مراكز المخ المسؤولة عن المزاج والتكيف مع الكروب والذاكرة .[01]

وبذلك فان الممرضين الذين يجدون صعوبة في التكيف مع ظروف العمل يسمح ذلك بتطور المرض والإصابة بتعقيدات صحية مصاحبة، بسبب الإنهاك النفسي والمهني الذي تتعرض له هذه الفئة في ظل العمل بالمناوبة.

ويكمن إرجاع أسباب الاكتئاب الشديد في هذه الحالة الى الاختلال في أوقات النوم والراحة والأكل، مما يسبب اختلال في الساعة البيولوجية للممرض بالإضافة إلى عبء العمل و مخاطر المهنة التي زادت حدتها خصوصا مع ظهور جائحة كورونا التي أدت إلى زيادة ساعات العمل مع حتمية البقاء في مواقع العمل دون الحصول على الفرصة للتنفيس أو اخذ فترة استراحة و هذا خوفا من انتقال العدوى و هذا عامل مهم في تدهور الحالة النفسية وعامل ضاغط يساعد في إنهاك القدرة التكيفية لديهم ، اذن فنظام العمل بالمناوبة له تأثير على نفسية الممرض وعلى ظهور حالة الاكتئاب لديه وتفاقمها باختلاف الوضيعات و المواقف اليومية التي يواجهها. ولقد اتفقت دراستنا مع دراسة لعريط البشير(2007) التي تناولت الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة، متمثلة في كل من الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي ومظاهر الاختلالات السلوكية المصاحبة لها، حيث قام الباحث بالمقارنة بين نتائج استجابات عمال المناوبة وعمال اليوم

العادي بغية الكشف عن إذا ما كان نظام العمل التناوبي يسهم في نشوء المظاهر النفسية والسلوكية من بينها الاكتئاب القلق، الضغط النفسي ، حيث توصل الى ان ظروف وخصائص نظام العمل التناوبي تشكل أحداثا مثيرة للضغوط تسهم في نشأة الاكتئاب، القلق، الضغط النفسي، واختلال المظاهر السلوكية المرتبطة بذلك، ومن ثم فهي بمثابة متغيرات نفسية وسلوكية تسهم في اختلال الصحة النفسية والجسدية للعمال والتي تشير إلى خبرة وجدانية تتجلى خاصة في الحزن، التشاؤم، الانشغال، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات، صعوبة النوم، التعب، فقدان الشهية، اللجوء إلى المهدئات والمنشطات بصورة غير صحية. [09]

كما بينت دراسة هانس واخرون(2008): في مقال نشره معهد العمل والصحة " Institute for Work & Health r " ومن اعداد ".Dr. Ron Saunders " ، عن دراسة قام بها "هانس و اخرون."Haines and all"حيث تم تحليل و جمع البيانات في الفترة ما بين جانفي 2004 و مارس 2005.من أجل التعرف على مدى تأثير العمل بالمناوبة في ظهور بعض الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب و الاحتراق النفسي والتي قد تكون سببا في بعض الصراعات الاسرية وقد توصل الباحث الى وجود علاقة ايجابية بين نظام العمل بالمناوبة و ظهور بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب و القلق و قدرت بنسبة70 % .[11]

وبذلك نستنتج ان ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين ضمن نظام العمل بالمناوبة سببه خصائص المهنة في حد ذاته وكذلك مواجهة الممرض لمختلف المواقف وظروف الجديدة والضاغطة مما ينتج عنه استجابات اكتئابية مرتفعة والتي من شأنها ان تؤثر على الاداء العام للممرض.

2.3-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية: التي تنص "يختلف مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة متغير الجنس".

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار مانويتني Mann-Whitney وقد جاءت نتائج الاختبار كالتالي:

جدول (08): يبين نتائج اختبار مانويتني

المتغير	عدد العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمةU مان ويتني	مستوى الدلالة
الذكور	31	24,47	758,50	262,500	0.01
الإناث	39	44,27	1726,50	-	
المجموع	70	-	-	-	

من خلال الجدول رقم 08نلاحظ أن قيمة مان ويتني دالة عند مستوى 0.01 وبالتالي هناك فروقا دالة احصائيا في مستوى الاكتئاب بين الجنسين والفرق يعود لصالح الاناث اللواتي تحصلن على متوسط حسابي قدره 44.27 وهو أكبر من متوسط الذكور المقدر ب24.47 ويمكن إرجاع السبب في النتائج المتوصل إليها إلى أن الممرضات يتحملن عبئا اكميا و كيفيا مضاعفا مقارنة بالرجل، فالمرأة تلعب أدوارا اجتماعية عديدة سواء داخل بيئتها المهنية أو في حياتها

الاجتماعية مما يسبب لها ضغطا كبيرا، حيث تجد نفسها تحت وطأة ضغطين كبيرين الأول ضغط البيئة المهنية و ما تحمله من المواقف الاستثنائية وتغيرات دائمة و مستمرة و من جهة اخرى ضغط الحياة الاجتماعية وما تتطلبه من مرافقة ومسايرة لها، فمحاولة التوفيق بين مختلف هذه الأدوار يخلق لها ضغطا نفسيا كبيرا ، مما يؤدي إلى استجابات اكتئابية أكثر من الرجل، إضافة إلى طبيعة المرأة الحساسة التي تتأثر بمواقف العمل خاصة المخزنة منها بشكل أكبر من الرجل . وهذا ما اتفق مع دراسة "رجاء مريم"(2008) حيث اكدت ان الممرضات يعانين ضغوطا نفسية كبيرة مقارنة بالممرضين[04] وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية كذلك مع دراسة "ابتسام أحمد أبو العمرين"(2008) والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقته بمستوى أدائهم، توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث فيما يتعلق بقدرتهم على تحمل الضغوط النفسية والمهنية والتي تعزى إلى الذكور وقد أرجعت الباحثة السبب إلى أن الذكور بطبيعتهم أكثر تحملاً للضغوط المهنية والنفسية التي تواجه الممرض في عمله والتي تتمثل في ساعات العمل الطويلة خاصة فترات العمل الليلية التي مدتها 12 ساعة، وعبء العمل الثقيل من كثرة المرضى وحملهم ونقلهم والاستجابة لطلباتهم .[02]

3.3-عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة والتي مفاده: يختلف مستوى الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بنظام المناوبة حسب متغير الاقدمية.

ومن أجل التحقق من صحة هذه الفرضية، تم استخدام اختبار" كروسكال واليس":

جدول (09): نتائج اختبار "كروسكال واليس": للفروق في مستوى الاكتئاب حسب متغير الاقدمية

الاقدمية	متوسط الرتب	قيمة كا^2	درجات الحرية	مستوى الدلالة	القرار
اقل من 08 سنوات	54,92	23,742	04	0.01	توجد فروق دالة احصائيا
من16-09 سنة	38,58				
من24-17 سنة	36,05				
25سنة فما فوق	24,12				

من خلال الجدول رقم (09)، نلاحظ أن هناك دلالة إحصائية عند (0.01) وبذلك قبول الفرض البديل والذي مفاده توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة "0.01" في مستوى الاكتئاب لدى الممرضين. وتعزى الفروق الى أكبر متوسط رتبي والمتمثل في فئة"اقل من 08 سنوات"، بمتوسط رتبي المقدر ب(54.92).

ويمكن إرجاع السبب في هذه النتيجة المتوصل إليها، إلى أن هذه الفئة تجد صعوبة في التكيف مع خصائص النظام بالمناوبة باعتباره من الأنظمة الضاغطة وكذلك عدم القدرة على التوفيق بين البيئة المهنية والبيئة الخارجية أو الاجتماعية خاصة المتطلبات والمسؤوليات الاجتماعية الواجب إيفاء بها من طرف العامل. مما ينتج عنه انعكاسات نفسية

كالاكتئاب، بالإضافة إلى عامل عبء وغموض الدور، وخصائص المهنة في حد ذاتها وما تحمله من مواقف مفاجئة والشعور بالمسؤولية والخوف من الفشل خاصة فيما يتعلق بالنفس البشرية حيث أي خطأ يرتكب من طرف الممرض قد تكون له نتائج وخيمة قد تصل إلى موت المرض فحساسية الوظيفة وصعوبتها تجعل من الممرض صعوبة في التكيف وتطبيق الخطة العلاجية مما يولد لديه أمراض نفسية مهنية كالاكتئاب.

4-خاتمة:

يعتر نظام العمل بالمناوبة من أنظمة العمل الضاغطة لدى فئة الممرضين التي تفرز انعكاسات نفسية والتي منها الاكتئاب، ورغم تفاوت شدة هذا الاضطراب، فإنه يبقى له أثر سلبي على أداء العمل التمريضي الذي ينعكس على العمل الطبي كفريق والذي قد ينتج عنه سوء العلاقة بين الممرض والطبيب وبين الممرض والمريض وعائلته من جهة،

ومن جهة أخرى، قد يكون سببا في الوقوع في بعض الأخطاء الطبية التي قد تضر بصحة المريض. لذا لابد من الاهتمام بهذه الفئة من خلال إعداد برامج وقائية وإرشادية، بالإضافة الى توفير بيئة صحية للتخفيف من ضغوطات هذا النظام.

ومن بين ما توصي به هذه الدراسة للاعتناء بهذه الفئة:

-إعداد البرامج الإرشادية لإعادة التأهيل والتكيف النفسي لهذه الفئة لضمان التأقلم مع خصائص هذا النظام.

-تفعيل دور الأخصائي النفسي وطب العمل وعلم النفس العمل والتنظيم للتكفل الأفضل والكشف المبكر على الاضطرابات والانعكاسات النفسية التي يمكن أن تنتج عن الضغوط المهنية.

-العمل على تنظيم ساعات العمل الطويلة لإيجاد فترات راحة والأكل التي من شانها أن تخفف من ضغوط العمل.

-الإعداد النفسي والمتابعة الدورية للممرضين من خلال دورات تدريبية وتحسيسية من اجل فتح المجال للنقاش والحوار والكشف على اهم الانعكاسات النفسية لهذا النظام وإيجاد استراتيجيات للتكيف على مستوى البيئة المهنية أو خارجها.

-إعداد أنشطة ترفيهية التي من شانها أن تخفض من مستوى الضغوط المهنية وان تعزز الشعور بالثقة بالنفس.

-الحث على الى اتباع برامج للاسترخاء النفسي من أجل خفض مستوى الضغط النفسي والقلق.

5-المراجع:

1. أحمد، عكاشة. (2008). الاكتئاب مرض العصر، أسبابه وأنواعه وعلاجه، مركز الأهرام للترجمة والطبع، ط 01، ص 120.
2. ابتسام، أبو العمرين. (2008). مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقته بمستوى الاداء، بحث لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير بقسم علم النفس بالكلية التربية بالجامعة الاسلامية، غزة، فلسطين، ص91.
3. حمدي، عبد الله عبد العظيم. (2013). موسوعة الاختبارات والمقاييس النفسية، القاهرة: دار الامجد للنشر، ص 35-40
4. رجاء مريم، أمل الاحمد. (2008). مصادر الضغوط النفسية والمهنية لدى العاملات في مهنة التمريض، دراسة ميدانية بالمستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي، دمشق، مجلة جامعة دمشق، 24 (02)، ص 475-510.
5. رونالدو ريجيو، ترجمت فارس حلمي. (1999). مدخل الى علم النفس الصناعي والتنظيمي، عمان، الأردن: الشروق للنشر والتوزيع، ص596.
6. رشاد علي ،عبد العزيز موسى.(1998). دراسات في علم النفس المرضي،القاهرة: مؤسسة النجار للنشر و التوزيع ،ص 24

7. -عبد الستار، ابراهيم. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر فهمه وأساليب علاجه، الكويت: علم المعرفة، ص69.
8. عزاوي، الجيلالي، نظام العمل بالمناوبة وعلاقته بالضغط المهني لدى عمال الحماية المدنية لولاية ادرار، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة وهران. الجزائر، ص 50-55.
9. لعريط، البشير. (2007). الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة(8*3)، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، جامعة قسنطينة، الجزائر، ص 25-235 -275.
10. Atanu Kumar Pati, Arti Chandrawanshi , and Alain Reinberg.(2001).Shift work: Consequences and management, CURRENT SCIENCE81(01), 10 JULY, P 32- 52.
11. -Ron ,Saunders .(2008) .shift work and health,issue briefing,institue for work and health Toronto, P P01-08