Sana'a University Journal of Human Sciences
مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية
Vol. 5 | No. 7 | Page 247 – 272 |2026 |
https://journals.su.edu.ye/index.php/jhs
ISSN : 2958-8677

The Level of Mental health among Physicians and Their Assistants In Thamar Governorate Light of Some Demographic Variables

Dars Abdullah Ahemed Alghtani [1,*], Eman Saleh Al-Sanabani [1]
[1]Department of Psychology, Faculty of Arts and Humanities - Sana'a University, Sana'a, Yemen.
***Corresponding author:** *darsalghtani2@gmail.com*

Keywords

1. Mental health
2. Demographic variables
3. Physicians assistants
4. Thamar Governorate

Abstract:

The study aimed to identify the level of mental health among physicians and their assistants in Thamar Governorate, and to examine differences in mental health according to selected demographic variables, namely gender, marital status, educational qualification, and years of professional experience. The researchers adopted a descriptive-analytical approach, and the sample consisted of 328 physicians and assistants who were selected using a multi-stage non-probability sampling method. Data were collected using the Mental Health Scale developed by Ahmed Abdel-Khalek (2016). The findings indicated that the level of mental health among the participants ranged from moderate to above average, with a percentage of 75.3%. Furthermore, no statistically significant differences were found in mental health levels attributable to gender, educational qualification, marital status, or years of experience.

Sana'a University Journal of Human Sciences
مجلة جامعة صنعاء للعلوم الإنسانية
Vol. 5 | No. 7 | Page 248 – 272 | 2026
https://journals.su.edu.ye/index.php/jhs
ISSN : 2958-8677

مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية

دارس عبد الله أحمد القحطاني [1]*، إيمان صالح السنباني [1]
[1]قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة صنعاء ، صنعاء ، اليمن.
*المؤلف: darsalghtani2@gmail.com

الكلمات المفتاحية

1. الصحة النفسية
2. المتغيرات الديموغرافية
3. الأطباء ومساعدوهم
4. محافظة ذمار

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار، والكشف عن الفروق تبعًا لبعض المتغيرات الديموغرافية، وهي: الجنس، والحالة الاجتماعية، والمؤهل العلمي، وسنوات الخبرة. واعتمد الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وبلغ حجم العينة (328) طبيبًا ومساعدًا، تم اختيارهم باستخدام أسلوب المعاينة غير الاحتمالية متعددة المراحل. ولجمع البيانات استُخدم مقياس الصحة النفسية لأحمد عبد الخالق (2016). وأظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة جاء في المستويين المتوسط وفوق المتوسط، بنسبة بلغت (75.3%). كما لم تُسجَّل فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى إلى متغيرات الجنس، أو المؤهل العلمي، أو الحالة الاجتماعية، أو سنوات الخبرة.

أولاً إطار عام للبحث:

المقدمة

تُعد مهنة الطب من أكثر المهن التي تتعرض للضغوط النفسية والانفعالية، نظرًا لطبيعة العمل الشاق والمسؤوليات الإنسانية الجسيمة المرتبطة بسلامة المرضى وحياتهم. ويتعرض الأطباء ومساعديهم باستمرار لمواقف ضاغطة، مثل التعامل مع الألم، والوفاة، والنوبات الطارئة، مما قد يجعلهم عرضة للإنهاك النفسي والاحتراق المهني. وفي ظل هذه الضغوط، تبرز الصحة النفسية في تعزيز القدرة على التكيف، والمحافظة على الاتزان الانفعالي.

وتشير الأدبيات النفسية إلى أن الأطباء والعاملين في المجالات الإنسانية والخدمية هم من أكثر الفئات عرضة للإنهاك النفسي، نتيجة الضغط المزمن وتكرار التعرض لمواقف صادمة، فضلاً عن الضغوط الإدارية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة ببيئة العمل (الشوبكي، 2019: 4).

ولا تقتصر مسؤوليات الأطباء ومساعديهم على أداء المهام العلاجية والتشخيصية، بل تشمل كذلك أدوارًا توعوية ووقائية ومجتمعية تتطلب قدرًا عاليًا من التكيف النفسي والمهني، خصوصًا في ظل تصاعد الضغوط والمواقف الطارئة التي تفرضها بيئات العمل محدودة الإمكانات، كما هو الحال في محافظة ذمار. وقد برهنت جائحة كوفيد–19، على سبيل المثال، على أهمية وجود كوادر صحية تتمتع بقدرٍ عالٍ من الصحة النفسية والقدرة على الصمود في مواجهة الكوارث الصحية.

وتُبرز هذه التحديات المتزايدة أهمية الاهتمام بالصحة النفسية للكوادر الطبية، ليس بوصفهم منفذين للسياسات الصحية فحسب، بل كأفراد يتعرضون لضغوط متنوعة قد تؤثر سلبًا على كفاءتهم المهنية وجودة أدائهم. ومن هنا تنبع الحاجة إلى دراسة العوامل النفسية التي تسهم في تعزيز قدرتهم على التكيف الإيجابي مع متطلبات المهنة Tugade& Fredrickson,2004. p. 321)

وبهذا تصبح الحاجة إلى دراسة الصحة النفسية للكوادر الطبية أمراً ليس فقط مهنياً أو تنظيمياً، بل إنسانياً واجتماعياً بامتياز. لذلك، تأتي هذه الدراسة لتُسلّط الضوء على مستوى الصحة النفسية وعلاقتها بالمتغيرات الديموغرافية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار

مشكلة البحث:

يزداد دور الأطباء ومساعديهم أهمية في مواجهة تحديات ومهام متعددة؛ إذ يتحمل الطبيب مسؤولية التشخيص والعلاج، وتقديم الرعاية الصحية الوقائية والتثقيفية، فضلًا عن المساهمة في تطوير السياسات العلاجية وفقًا لاحتياجات المرضى (الهيئة السعودية للتخصصات الصحية،2022: 43). وتشمل مهام مساعدي الأطباء إعداد التقارير الطبية، والمساعدة في الإجراءات الجراحية، ومتابعة الحالات المزمنة، والمشاركة في الرعاية المركزة. وتُعد بيئة العمل الطبية من البيئات عالية الضغط، نظرًا لطبيعة المسؤوليات التي تتطلب تواصلًا مستمرًا مع المرضى، والعمل في بيئات قد تكون محفوفة بالمخاطر أو الصدمات، مثل غرف الطوارئ والعناية المركزة. ويُعد الضغط الزمني، والخوف من الخطأ المهني، وتوقعات المرضى، والحاجة إلى اتخاذ قرارات سريعة ومصيرية، من أبرز العوامل المسببة للتوتر المهني لدى الممارسين الصحيين، مما يستدعي توفر مستوى

عال من الصحة النفسية لضمان جودة الأداء وسلامة المرضى (World Health Organization,2016, p.23). وبناءً عليه، يُعد الضغط النفسي المهني من أبرز التحديات التي تواجه العاملين في القطاع الصحي، لا سيما في البيئات التي تتسم بندرة الموارد وكثافة العمل، كما هو الحال في اليمن ومحافظة ذمار تحديدًا.

ويُعد الممارسون الصحيون من أكثر الفئات عرضة لهذه الضغوط، نتيجة لطبيعة عملهم التي تتطلب جهدًا ذهنيًا وبدنيًا مستمرًا، بالإضافة إلى التعامل مع حالات إنسانية حرجة وأحيانًا مؤلمة، مما يترك أثرًا مباشرًا على استقرارهم النفسي (World Health Organization, 2016, p. 23).

وقد تعددت الدراسات بحسب طبيعة المتغيرات المرتبطة بالصحة النفسية؛ فمنها ما اهتمت بالعلاقة بين الصحة النفسية والضغوط النفسية كما في دراسة بوراس وجرادي (2016)، وضغوط العمل كما في الشخانبة (2021)، والتوكيدية كما في ياسين(2018) ، وقلق الامتحان كما في طيايبة (2020)، والسمات الشخصية كما في دفع الله وبدر(2021) . كما اهتمت بعض الدراسات بالعلاقة بين الصحة النفسية والمهارات الاجتماعية كدراسة المهداوي (2021)، أو بالحالات النفسية كدراسة العزام (2021).

أما الدراسات الأجنبية، فقد ركزت على مشكلات الصحة النفسية مثل Tien et al. (2021)، و Ward et al. (2022)، ومن الدراسات العربية المهتمة بالكشف عن مستويات الصحة النفسية جاءت دراسة المؤمني (2020)، وشهيناز وسعاد (2024).

كما أظهرت تلك الدراسات العربية أن هذه المتغيرات (مثل الجنس، والعمر، وسنوات الخبرة، وطبيعة العمل) مرتبطة بمستويات متفاوتة من الضيق النفسي أو الصحة النفسية، حيث تُعد المتغيرات الديموغرافية من العوامل المؤثرة في مستوى الصحة النفسية للفرد، إذ تسهم في تفسير التباين بين الأفراد في الاستجابات الانفعالية وأساليب التكيف مع الضغوط. لدى العاملين في الرعاية الصحية.

وقد أظهرت دراسة (Titi et al., 2022) التي شملت 12 دولة عربية أن العاملين الصحيين الأصغر سناً، وطبيعة عملهم مباشرة مع مرضى كوفيد، وساعات العمل الطويلة كانوا أكثر عرضةً لآثار نفسية سلبية. كذلك، توصلت دراسة (Alamri et al., 2021) التي شملت 389 ممارساً صحياً، تم تسجيل معدلات عالية من القلق بين الإناث (82.1%مقابل 55.6% للذكور) ومن العاملين تحت سن 40 عاماً كما أظهرت دراسة .(Al Hussaini et al., 2022 أن العاملين في الفئة العمرية 29-20 عاماً سجلوا درجات أعلى في التوتر والقلق مقارنة بالأعمار الأكبر)

وتُشير هذه النتائج إلى أن المتغيرات الديموغرافية لا تُمثّل مجرد بيانات وصفية فحسب، بل عوامل مؤثرة يمكن أن تساهم في تفسير الفروق بين الأفراد في الصحة النفسية . وفي ضوء ذلك، فإن تضمين هذه المتغيرات في دراسة الصحة النفسية للكوادر الطبية يصبح ضرورياً لضمان فهم متكامل للفروق والتوصيات المناسبة.

وهو ما يستدعي التحقق من مدى وجود هذه الفروق في السياق المحلي.

ومن هنا تنبع مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس:

ما مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الآتية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدي الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار تعزى لمتغيرات (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية)؟

أهمية البحث:

إن أهمية البحث الحالي من أهمية الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار، ولذلك يمكن إبراز الأهمية النظرية، وكذلك التطبيقية فيما يأتي:

الأهمية النظرية:

تبرز الأهمية النظرية في الآتي:

أ- أهمية الفئة المستهدفة، والمتمثلة بالأطباء ومساعديهم، باعتبارهم من أهم الشرائح العاملة في القطاع الصحي، ويقع على عاتقهم عبء كبير يتعلق بصحة وحياة أفراد المجتمع.

ب-إثراء المكتبات العربية واليمنية بمضامين علمية جديدة، وتزويد الجهات المعنية ذات الصلة بالبحث العلمي بمخرجات ذات فائدة علمية ومهنية.

الأهمية التطبيقية:

تتمثل في الآتي:

أ- إمكانية الاستفادة من نتائج البحث وتوصياته في لفت انتباه صُنّاع القرار والجهات المعنية، وتقديم مقترحات عملية تهدف إلى تحسين الأداء الوظيفي للأطباء ومساعديهم.

ب-توجيه الاهتمام نحو تطوير استراتيجيات تعزز الوعي بأهمية الصحة النفسية لدى العاملين في القطاع الصحي، من خلال تنفيذ برامج دعم نفسي ومهني فعالة.

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدي الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار.

ويتفرع من الهدف الرئيس السابق عدد من الأهداف الفرعية الآتية:

1- التعرف على الفروق في مستوى الصحة النفسية لدي الأطباء ومساعديهم في محافظة ذمار وفقًا للمتغيرات (الجنس، المؤهل، سنوات الخدمة، الحالة الاجتماعية).

- **حدود البحث:**

اقتصر إجراء البحث على حدود موضوعية: هي الصحة النفسية، وحدود بشرية اقتصرت على الأطباء ومساعديهم، وحدود مكانية: مستشفى هيئة ذمار العام، ومستشفى الوحدة التعليمي الجامعي بمدينة معبر، وتم تطبيق البحث الحالي خلال العام (2025).

مصطلحات البحث:

الصحة النفسية:

-**الصحة لغة:** كما ورد في" المعجم الوجيز للغة العربية "أن الصحة تعني :البريء من كل عيب، فهو صحيح أي سليم من العيوب والأمراض (سيدهم، 53:2005).

- **النفس لغةً:** ذكر" معجم لسان العرب "لابن منظور أن النفس تُطلق على :الروح، وما

يكون به التمييز، والدم، والأخ، والحياة الروحية (ابن منظور،1988: 320).

- **الصحة النفسية اصطلاحا:** عرّفها عبد الغفار (2001)بأنها: "التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الظروف العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، والإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاءة (ص.21)

وتعرف الصحة النفسية بحسب World Health Organization, 2022,).بأنها حالة من العافية النفسية تمكن الفرد من التكيف مع ضغوط الحياة العادية، من إدراك قدراته، من التعلم والعمل بشكل جيد، والمساهمة في المجتمع(p.2).

ويعرف الباحثان الصحة النفسية للأطباء ومساعديهم نظريا بانها: حالة من التوازن النفسي والانفعالي والمعرفي، تُمكّن الفرد من التكيّف الإيجابي مع ضغوط الحياة ومطالبها، وتُعبّر عن قدرة الفرد على إدراك ذاته وإمكاناته بواقعية، وتنظيم انفعالاته وسلوكياته بمرونة، بما يسمح له العمل بكفاءة والمساهمة في بيئته المهنية والاجتماعية بصورة متزنة".

وتعرف الصحة النفسية اجرائياً: بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطبيب ومساعد الطبيب على مقياس الصحة النفسية المعد في هذا البحث.

الطبيب ومساعد الطبيب:

أ- الطبيب Physician:

يُعرّف الطبيب في قانون مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان اليمني رقم (26) لسنة 2002 بأنه: "كل شخص حاصل على شهادة البكالوريوس أو ما يعادلها في الطب أو طب الأسنان من جامعة أو كلية معترف بها رسميًا، ومصرّح له بمزاولة المهنة بموجب ترخيص قانوني صادر عن الجهة المختصة" كما نص علية القانون رقم (26) لسنة (2002) بشأن مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان. (الجمهورية اليمنية، 2002).

ب- مساعد الطبيب Physician Assistant:

كما نصّ قانون مزاولة المهن الطبية المساعدة رقم (26) لسنة 2002م في اليمن على أن مساعد الطبيب هو: "كل شخص حصل على شهادة علمية تخصصية في أحد مجالات المهن الطبية المساعدة، كالمساعد الطبي أو المساعد الجراحي أو مساعد التخدير، ويمارس عمله تحت إشراف الطبيب المختص وبتصريح قانوني" (كما نص علية القانون رقم (26) لسنة (2002) بشأن مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان. (الجمهورية اليمنية، 2002).

الإطار النظري:

- تُعدّ الصحة النفسية إحدى الركائز الأساسية للصحة العامة، ولا تقلّ أهمية عن الصحة الجسدية، بل تمثل الأساس الذي تقوم عليه جودة حياة الفرد وتوازنه الشخصي والاجتماعي والمهني. فالفرد الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يكون قادرًا على إدراك قدراته، والتكيف الإيجابي مع ضغوط الحياة، والعمل بكفاءة، والإسهام الفعّال في محيطه الاجتماعي والمهني (World Health Organization, 2022, p. 2).

خصائص الفرد المتمتع بالصحة النفسية:

يتسم الفرد المتمتع بالصحة النفسية بمجموعة من الخصائص المتكاملة التي تعكس توازنه الداخلي وقدرته على التكيف، ويمكن تصنيفها في ثلاثة محاور

رئيسة: التوافق النفسي–الاجتماعي والقيمي، والذي يشمل الرضا عن الذات والعلاقات الإيجابية والسلوك الأخلاقي؛ التوازن الانفعالي والشعور بالسعادة الداخلية؛ والقدرة على مواجهة الضغوط وتحقيق الذات من خلال فهم الإمكانات وتحديد الأهداف الواقعية. (زهران،2005: 13)؛ (الخواجة ،2010: 31).

ويُعزى توافر هذه الخصائص الى دورها في تعزيز استراتيجيات المواجهة الإيجابية، وتنمية الدعم الاجتماعي، والقدرة على إعادة تقييم الأحداث بطريقة أكثر تكيفاً. (Oshio, Taku, Hirano,& Saeed, 2018, p. 20).

معايير الصحة النفسية:

نظرًا لصعوبة التوصل إلى تعريف موحّد للصحة النفسية، ظهرت عدة معايير يمكن الاستناد إليها لتحديد مدى تحققها، ومن أبرزها:

1- المعيار الإحصائي:

يفترض أن السواء يقع في مركز منحنى التوزيع الطبيعي، حيث يتمركز معظم الأفراد، بينما يقع الانحراف عن السواء في أطراف المنحنى. (حجازي،2004: 63)

2- المعيار الشخصي (الذاتي):

يعتمد على رضا الفرد عن ذاته وحياته. فالشعور بالارتياح الداخلي وغياب المعاناة النفسية يُعدّان مؤشري الصحة النفسية (الداهري،2005: 38).

3- المعيار الاجتماعي:

يرتبط بمدى توافق الفرد مع القيم والأعراف الاجتماعية، فالسلوك السوي هو ما يتلاءم مع التوقعات المجتمعية (الجبوري، والجبوري،2013: 79).

4-المعيار المثالي: ويرى أن الشخص السوي المتمتع بالصحة النفسية هو الكامل أو المثالي أو ما يقرب منه في كل شيء. وأن الشخص غير العادي أو الشاذ هو ما ينحرف عن الكمال أو المثل العليا (المرجع السابق، ص.77، 78)

النظريات المفسرة للصحة النفسية:

أ- نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن الصحة النفسية ترتبط بمدى قوة الأنا وقدرتها على تحقيق التوازن بين مطالب الهو الغريزية، وضغوط الأنا الأعلى الأخلاقية، ومتطلبات الواقع الخارجي. فكلما كانت الأنا قادرة على إدارة هذه الصراعات الداخلية بصورة تكيفية، تمكّن الفرد من الحفاظ على استقراره النفسي والحد من القلق والاضطرابات النفسية (فرويد،2005: 32).

وقد وسّع التحليليون الجدد هذا التصور، مبتعدين عن التركيز الحصري على الغرائز، ومؤكدين أبعادًا إنسانية واجتماعية أوسع للصحة النفسية. فقد رأت كارن هورني أن الصحة النفسية تتحقق من خلال الاتساق الداخلي وتحقيق الذات، في حين تنشأ الاضطرابات النفسية نتيجة لأساليب غير تكيفية يتبناها الفرد استجابة لمشاعر العجز أو الرفض الاجتماعي (هورني،2003 :92-94).

كما أكد كارل يونغ أن الصحة النفسية لا تقتصر على خفض التوتر، بل تقوم على تحقيق التوازن بين مكونات النفس المختلفة في إطار عملية التفرد، بما يسمح بتكامل الشخصية ونموها النفسي (يونغ، 74:2001). ومن جانبه، ربط إريك فروم الصحة

النفسية بقدرة الفرد على الحب والعطاء وتحقيق المعنى، معتبرًا أن الاضطرابات النفسية تعكس حالة من الاغتراب وفقدان الاتصال بالذات الإنسانية في ظل ضغوط اجتماعية واقتصادية متزايدة (فروم، 45:1990). بينما قدّم إريك إريكسون منظورًا نمائيًا للصحة النفسية، مشيرًا إلى أن النجاح في حل الصراعات النفسية–الاجتماعية، ولا سيما صراع الهوية في مرحلة الشباب، يُعد عاملًا أساسيًا في تحقيق التوافق النفسي والقدرة على مواجهة متطلبات الحياة اللاحقة (إريكسون،1991 :86).

ب- الصحة النفسية من منظور السلوكية:

تنظر المدرسة السلوكية إلى الصحة النفسية من زاوية غير مباشرة، إذ لا تُعنى بدراسة العمليات النفسية الداخلية، وإنما تفسرها من خلال السلوك الظاهر القابل للملاحظة. ووفقًا لهذا الاتجاه، فإن الفرد المتمتع بالصحة النفسية هو من يُظهر أنماطًا سلوكية متعلمة تتسم بالتوافق مع متطلبات البيئة الاجتماعية والمهنية، في حين تُعد الاضطرابات النفسية أنماطًا سلوكية غير توافقية نتجت عن تاريخ تعلّمي غير سوي. ويؤكد قانون الأثر لثورندايك وأسس التعلم الشرطي لبافلوف والتعزيز الإجرائي عند سكينر أن تعديل السلوك التكيفي يسهم في تحسين مؤشرات الصحة النفسية. (ثورندايك،1911 :65)؛(بافلوف،1927 :102).

ج- المدرسة الإنسانية: يرى روجرز أن الصحة النفسية تتحقق عندما يحدث انسجام بين مفهوم الذات والخبرة الواقعية في ظل بيئة توفر القبول غير المشروط، إذ يسهم هذا الاتساق في تعزيز التوافق النفسي وتقليل الصراعات الداخلية، دون الحاجة إلى تكرار وصف السمات الإيجابية المرتبطة بالشخصية السوية. (روجرز،1983 :142)

د- نظرية التعلم الاجتماعي: يرى باندورا أن الصحة النفسية ترتبط بدرجة كبيرة بمفهوم الكفاءة الذاتية، أي اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في سلوكه ومواجهة المواقف الضاغطة. فالتعلم بالملاحظة لا يقتصر على اكتساب السلوك، بل يسهم في بناء توقعات إيجابية عن الذات، مما يعزز الشعور بالكفاءة والضبط الذاتي، ويُعد ذلك من المؤشرات الأساسية للصحة النفسية والتوافق النفسي–الاجتماعي. (باندورا،1977 :45).

هـ- المنظور الإسلامي في الصحة النفسية:

ينطلق المنظور الإسلامي للصحة النفسية من رؤية تكاملية للإنسان بوصفه كائنًا يتكون من جسد وعقل وروح، ويتعامل مع النفس البشرية باعتبارها مخلوقًا مُكرمًا من الله تعالى، تتعرض لابتلاءات وتقلبات تتطلب الصبر والإيمان والعمل الصالح (القرضاوي،1998 :43)، ويُركز هذا الاتجاه على أن الصحة النفسية تُحقق عبر الاتصال بالله، والرضا بالقضاء والقدر، ومجاهدة النفس وتزكيتها، وتحقيق التوازن بين الجوانب المادية والروحية.

دراسات سابقة:

دراسة شهيناز، وسعاد(2024)، والتي هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى طلاب جامعة بلحاج بوشعيب بالجزائر، ودراسة الفروق بناءً على متغير الجنس. وتكونت العينة من (50) طالبًا، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، عبر تطبيق مقياس GHQ-12 من إعداد غولدبيرغ وويليامز (1991). وأشارت النتائج إلى انخفاض مستوى الصحة النفسية بشكل عام لدى المشاركين، كما ظهرت فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث لصالح الإناث، مما يعكس

حساسية الإناث العالية للضغوط النفسية أو سلوكهن الأكثر انفتاحًا للتعبير عنها.

دراسة Ward, et all (2022)، هدفت الدراسة إلى تحليل انتشار مشكلات الصحة النفسية بين طلاب الجامعات في الولايات المتحدة، باستخدام بيانات مسح طولي من دراسة "العقول الصحية" شملت (350,000) طالب في (373) حرمًا جامعيًا بين عامي 2013 و2021. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي المسحي. وأظهرت النتائج أن أكثر من 60% من الطلبة استوفوا معيارًا واحدًا أو أكثر من مشكلات الصحة النفسية، كما ارتفعت نسبة من يعانون من هذه المشكلات بنسبة 40% بعد عام 2013، مما يشير إلى تدهور تدريجي في مستويات الصحة النفسية عبر السنوات.

دراسة العزام (2021)، هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين حالات النفس الثلاث (الأمارة بالسوء، المتنطعة، المطمئنة) والصحة النفسية، من منظور إسلامي. واستخدمت الدراسة المنهج التأصيلي والتحليلي والاستنباطي، واستندت إلى المصادر الشرعية والتفاسير والنصوص الدينية. وقد توصلت الدراسة إلى أن للنفس ثلاث حالات رئيسة تؤثر مباشرة على الصحة النفسية: النفس الأمارة بالسوء تمثل انحرافًا نحو الغرائز الجسدية، والمتنطعة تمثل إفراطًا في الزهد على حساب الجسد، بينما النفس المطمئنة تحقق التوازن بين الجسد والروح وتعد أساسًا للصحة النفسية السوية.

دراسة المهداوي (2021)، هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المهارات الاجتماعية والصحة النفسية لدى طلاب الصف الثالث المتوسط بمحافظة الليث في المملكة العربية السعودية. وتكونت العينة من (160) طالباً، تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس المهارات الاجتماعية لرينجو (بترجمة خليفة، 2006)، ومقياس الصحة النفسية من إعداد القريطي والشخص (1992). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين المهارات الاجتماعية وجميع أبعاد الصحة النفسية، مما يشير إلى أن تنمية المهارات الاجتماعية يسهم في تعزيز الصحة النفسية لدى الطلاب.

دراسة دفع الله وبدر(2021) ، هدفت إلى قياس مستوى الصحة النفسية وعلاقته بالسمات الشخصية، فضلاً عن تحليل الفروق حسب متغيري الجنس والتخصص، وتفاعل هذين المتغيرين مع الدرجة الكلية للصحة النفسية . وتكونت العينة من (466) طالبًا وطالبة تم اختيارهم عشوائيًا. واعتمد الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدما مقياسين من إعدادهما لقياس السمات الشخصية والصحة النفسية. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين الصحة النفسية والسمات الشخصية، وغياب فروق دالة حسب العمر والتخصص، بينما ظهرت فروق لصالح الذكور في الصحة النفسية، وكان هناك تفاعل بين الجنس والتخصص العلمي في التأثير على الدرجة الكلية للصحة النفسية.

دراسة Tien et all (2021) ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن شيوع مشكلات الصحة النفسية بين طلبة الجامعات. وشملت العينة (9 120) طالبًا وطالبة من ثماني جامعات في فيتنام، واعتمدت المنهج الوصفي المسحي. واستخدم

الباحثون استبانة PHQ-9 لقياس أعراض الاكتئاب، واستبانة GAD-7 للقلق. وأظهرت النتائج أن (12.5%) من العينة عانوا من أعراض اكتئاب وقلق، وكانت النسبة أعلى بين من استخدموا مراكز الإرشاد في الفترة الأخيرة. كما بينت الدراسة أن التدخين وقلة النشاط البدني مرتبطان بزيادة أعراض الاضطرابات النفسية.

دراسة الشخانبة (2021)، هدفت إلى تحديد مصادر الضغوط النفسية، وأساليب التكيف، ومستويات الصحة النفسية، والكشف عن العلاقة بين الأساليب التكيفية والصحة النفسية. وتكونت العينة من (208) عاملًا إداريًا وإنتاجيًا (183 ذكورًا، 25 إناثًا)، تم اختيارهم عمديًا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقت مقياس أساليب التكيف(Carver, 1997) ، ومقياس الصحة النفسية (Goldberg & Williams, 1991. وأظهرت النتائج أن العاملين يتمتعون بمستويات متوسطة من الضغوط والصحة النفسية، ويستخدمون أساليب تكيف متنوعة، وقد تبين أن أسلوب التقبل فقط ارتبط إيجابيًا بالصحة النفسية، بينما وُجدت ارتباطات سلبية بين الأساليب الانفعالية والتجنيبية وبين الصحة النفسية.

دراسة حسين (2020)، هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الذكاء الانفعالي والصحة النفسية، بالإضافة إلى الفروق بين الجنسين. وتكونت العينة من (70) مشاركًا (35ذكورًا، 35 إناثًا)، وتراوحت أعمارهم بين 30 و 46عامًا، واختيروا عشوائيًا. واعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس الصحة النفسية للقريطي والشخص(1992) ، ومقياس الذكاء الانفعالي للسيد وعثمان (2002). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة بين الذكاء الانفعالي والصحة النفسية، مع فروق لصالح الإناث في بُعدَي التعاطف والذكاء الانفعالي، ولصالح الذكور في بُعد تنظيم الانفعالات، في حين لم توجد فروق دالة في بُعد المعرفة الانفعالية.

دراسة طيايبة (2020)، هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية وقلق الامتحان، والفروق حسب الجنس والتخصص. وشملت العينة (97)طالبًا وطالبة تم اختيارهم عشوائيًا. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقت مقياسي الصحة النفسية وقلق الامتحان من إعداد الباحثة. وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين الصحة النفسية وقلق الامتحان، دون وجود فروق دالة تعزى للجنس أو التخصص.

دراسة المؤمني (2020)، والتي هدفت إلى الكشف عن مستويات الصحة النفسية في ضوء متغيرات: الجنس، العمر، عدد سنوات الإقامة، مكان السكن، المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية. وشملت العينة (1095) لاجئًا ولاجئة تم اختيارهم بطريقة متيسرة. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وطبق الباحث مقياس الصحة النفسية(MHU-18, Mchorney, 1992) بعد تعريبه. وأظهرت النتائج أن مستوى الصحة النفسية كان متوسطًا، مع وجود فروق دالة تعزى للجنس، العمر، عدد سنوات الإقامة، مكان السكن، والحالة الاجتماعية، دون فروق دالة تعزى للمستوى التعليمي.

دراسة ياسين (2018)، والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التوكيدية وتقدير الذات والصحة النفسية. وتكونت العينة من(108) طالبة من كلية التجارة بجامعة عين شمس، منهن (40) من الريف و(68) من الحضر .واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وطُبّقت مقاييس: التوكيدية لآمال عبد السميع،(2004) ، تقدير الذات (Hudson, 1994) بتعريب الدسوقي (2015)، والصحة النفسية (الشرقاوي). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين المتغيرات الثلاثة، مع وجود فروق دالة في التوكيدية لصالح طالبات الحضر، دون فروق دالة في تقدير الذات والصحة النفسية.

دراسة بوراس وجرادي (2016)، والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية المدرسية والصحة النفسية، إلى جانب الكشف عن مستويات كل منهما والفروق بين الجنسين. وشملت العينة (97) طالبًا وطالبة، وأُستخدم المنهج الوصفي الارتباطي. وتم تطبيق مقياس الضغوط النفسية المدرسية لبوفاتح(2011) ، ومقياس الصحة النفسية للقريطي والشخص .(1992) وأسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الضغوط النفسية والصحة النفسية، مع وجود مستوى متوسط من الضغوط النفسية ومستوى منخفض من الصحة النفسية، وعدم وجود فروق بين الجنسين.

مناقشة الدراسات السابقة:

أ- من حيث الأهداف:

تباينت أهداف الدراسات بحسب طبيعة المتغيرات المرتبطة بالصحة النفسية؛ فقد اهتمت دراسات بالعلاقة بين الصحة النفسية والضغوط النفسية كما في بوراس وجرادي (2016)، وضغوط العمل كما في الشخانبة (2021)، والتوكيدية كما في ياسين(2018) ، وقلق الامتحان كما في طيايبة (2020)، والسمات الشخصية كما في دفع الله وبدر(2021) . كما اهتمت بعض الدراسة بالمهارات الاجتماعية كدراسة المهداوي (2021)، أو بالحالات النفسية كدراسة العزام (2021).

أما الدراسات الأجنبية، فقد ركزت على مشكلات الصحة النفسية مثل Tien et al. (2021)، و Ward et al. (2022)، ومن الدراسات العربية المهتمة بالكشف عن مستويات الصحة النفسية جاءت دراسة المؤمني (2020)، وشهيناز وسعاد (2024). وقد تم الاستفادة من هذه الأهداف في صياغة أهداف البحث ومشكلته، وتحديد أدواتها.

ب- من حيث المنهج المستخدم:

تعددت المناهج البحثية؛ حيث اعتمدت العزام (2021)المنهج التأصيلي التحليلي الاستنباطي، وشهيناز وسعاد (2024) المنهج الوصفي التحليلي، فيما استخدمت Ward et al. (2022)، و Tien et al. (2021) المنهج الوصفي المسحي، واعتمدت دراسة المؤمني (2020) المنهج الوصفي. وتتفق الدراسة الحالية مع دراسات بوراس وجرادي (2016)، وياسين(2018) ، وحسين(2020) ، وطيايبة ((2020، والشخانبة (2021)، والمهداوي

(2021)، ودفع الله وبدر (2021) في استخدام المنهج الوصفي الارتباطي.

من حيث الأدوات:

اختلفت الأدوات المستخدمة؛ إذ اعتمدت بعض الدراسات على أدوات من تصميم الباحث، كما في دراستي طيايبة (2020) ودفع الله وبدر (2021)، بينما استخدمت معظم الدراسات الأخرى مقاييس جاهزة تم تقنينها عالميًا وتوفرت ببيئات مشابهة.

كما استخدمت أغلب الدراسات أدوات تعتمد على التقرير الذاتي مثل الاستبانات، باستثناء دراسة(2022) Ward et al. التي اعتمدت أسلوب المقابلة.

ج- من حيث النتائج:

تنوعت النتائج التي توصلت اليها الدراسات السابقة تبعاً للأدوات والوسائل الإحصائية المستخدمة للحصول على البيانات؛ وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات واختلفت مع البعض الآخر وعلى النحو المبين في مناقشة النتائج.

منهجية البحث وإجراءاته:

منهج البحث: المنهج الوصفي

مجتمع البحث: تضمن مجتمع البحث الحالي الأعداد الإجمالية لأطباء ومساعدين المستشفيات الحكومية بمحافظة ذمار للعام 2023-2024 البالغ عددهم (884) موزعين على مستشفيات ووحدات صحية ومستوصفات في (16) مديرية كما هو موضح في الجدول التالي

عينة البحث: تكوّنت عينة الدراسة من (328) مشاركًا ومشاركة من الكادر الطبي، شملت أطباء ومساعدي أطباء يعملون في كل من هيئة مستشفى ذمار العام ومستشفى معبر الجامعي. وقد تم توزيع العينة وفقًا للمتغيرات الديموغرافية التالية:

من حيث الجنس: بلغ عدد الذكور (115) مشاركًا، والإناث (213) مشاركة.

ب- من حيث المؤهل الدراسي: توزعت العينة على النحو التالي:

حملة شهادة الدكتوراه: (39) مشاركًا، وحملة البكالوريوس (145) مشاركًا، وحملة الدبلوم: (144) مشاركًا.

من حيث مكان العمل:

من هيئة مستشفى ذمار العام (65) من الذكور و(110) من الإناث، بإجمالي (175) مشاركًا.

من مستشفى معبر الجامعي: (60) من الذكور و(103) من الإناث، بإجمالي (163) مشاركًا.

واعتمد الباحثان في اختيار عينة الدراسة على أسلوب المعاينة غير الاحتمالية متعددة المراحل. ففي المرحلة الأولى، تم الحصول على كشف رسمي معتمد من مكتب وزارة الصحة بمديريات محافظة ذمار، يوضّح أعداد الأطباء ومساعدي الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية بالمحافظة، حيث بلغ إجمالي عددهم (884) طبيبًا ومساعد طبيب، وهو ما شكّل الإطار العام لمجتمع الدراسة. وبالاستناد إلى هذا الإطار، جرى اختيار مستشفى معبر والمستشفى الهولندي اختيارًا قصديًا، نظرًا لكونهما من أكثر المستشفيات الحكومية كثافة من حيث الكادر الطبي مقارنة ببقية المستشفيات في المحافظة، إذ بلغ العدد الإجمالي للأطباء ومساعدي الأطباء العاملين فيهما (439).

وفي المرحلة الثانية، تم اختيار أفراد العينة من الأطباء ومساعدي الأطباء العاملين في المستشفيين المختارين باستخدام أسلوب المعاينة العرضية

(المتيسرة)، وذلك استنادًا إلى مدى توافرهم أثناء أوقات الدوام الرسمي. ولم يتم وضع معايير مسبقة تتعلق بخصائص العينة من حيث الجنس أو التخصص الطبي أو المؤهل العلمي أو سنوات الخبرة، بهدف إتاحة الفرصة لمشاركة مختلف فئات المجتمع الأصلي للدراسة. كما روعي اختيار أفراد العينة في أوقات مختلفة بما يتلاءم مع طبيعة دوام الأطباء وتعدد نوبات عملهم، والجدول (1) يوضح ذلك.

جدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة.

مكان العمل		المؤهل الدراسي			اجمالي العدد
		دبلوم	بكالوريوس	دكتوراه	
هيئة مستشفى ذمار العام	ذكور	28	29	8	65
	إناث	48	49	13	110
مستشفى معبر الجامعي	ذكور	26	27	7	60
	إناث	52	40	11	103
الإجمالي	ذكور/ إناث	144	145	39	328

أداة البحث: مقياس الصحة النفسية:

أدوات البحث: تم استخدام مقياس الصحة النفسية من إعداد أحمد عبد الخالق بنسخته العربية الصادرة عام (2016)، وهو مقياس عربي صُمم لقياس مستوى الصحة النفسية، وقد تم اختياره لما يتميز به من ثبات وصدق عاليين، ولمناسبته للثقافة العربية، كما أنه يُعد من الأدوات الرصينة المستخدمة في البيئة العربية. ويتكوّن المقياس من (50)فقرة يتم الإجابة عنها وفق مقياس ليكرت الخماسي (لا تنطبق عليّ – تنطبق قليلاً – تنطبق بدرجة متوسطة – تنطبق كثيرًا – تنطبق تمامًا).

ويتضمن المقياس (40) فقرة إيجابية، و(10) فقرات سلبية تُعد ذات مضمون مرضي نفسي مثل: (أعاني من صداع، أتعب بسرعة، أخاف من الموت)، وقد أُدرجت هذه الفقرات دون أن تدخل ضمن حساب الدرجة الكلية للمقياس أو أي مرحلة من مراحل التقنين. وكانت أرقام الفقرات السلبية هي :(6،13، 18، 21، 22 ، 24،30، 38، 45، 49).

حيث استُبعدت الفقرات السلبية ذات الدلالة المرضية من حساب الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية استنادًا إلى اعتبارات مفاهيمية ومنهجية مرتبطة بطبيعة البناء الذي يقيسه المقياس وأهدافه الأساسية. وقد صُمم المقياس لقياس الصحة النفسية بوصفها بناءً إيجابيًا يركز على مؤشرات التوافق النفسي، والرضا عن الحياة، والكفاءة الوظيفية، وليس على أعراض الاضطراب أو الاعتلال النفسي.

وتعبّر الفقرات السلبية، مثل الشعور بالتعب السريع أو الخوف من الموت أو الأعراض النفسجسمية، عن مظاهر معاناة أو اضطراب نفسي، وهي تختلف مفهوميًا عن مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية. ومن ثمّ فإن إدراجها ضمن الدرجة الكلية قد يؤدي إلى الخلط بين بعدين متميزين نسبيًا، هما الصحة النفسية والاعتلال النفسي، بما ينعكس سلبًا على الصدق البنائي للمقياس ودقة تفسير نتائجه.

كما أُدرجت هذه الفقرات لأغراض منهجية تتصل بضبط أنماط الاستجابة، مثل الميل إلى الموافقة العامة، والتحقق من اتساق إجابات المفحوصين، والكشف عن الاستجابات النمطية أو غير المتأنية، دون أن يكون الهدف منها الإسهام في تقدير مستوى الصحة النفسية ذاته. ويُعد هذا الإجراء شائعًا في بناء المقاييس المعتمدة على التقارير الذاتية، حيث تُستخدم الفقرات السلبية بوصفها فقرات ضابطة لا تدخل في حساب الدرجة الكلية.

ويتسق هذا التوجه مع ما أشار إليه عبد الخالق في تقنين المقياس، إذ ميّز بين الفقرات الدالة على الصحة النفسية الإيجابية وتلك ذات المضمون المرضي، مؤكّدًا أن حساب الدرجة الكلية يقتصر على الفقرات الإيجابية حفاظًا على الاتساق المفاهيمي ودقة القياس.

وعليه، فإن استبعاد الفقرات السلبية يُعد إجراءً منهجيًا مبررًا يعزّز الصدق البنائي للمقياس، ويضمن أن تعبّر الدرجة الكلية عن مستوى الصحة النفسية الإيجابية لدى أفراد العينة دون تداخل مع مؤشرات الاضطراب النفسي.

الخصائص السيكو مترية لأدوات البحث:

ب- صدق مقياس الصحة النفسية:

-الصدق الظاهري:

في هذه المرحلة تم عرض المقياس على لجنة من الأساتذة المحكمين على 17 مُحكَّمًا من أساتذة علم النفس والتربية، والاجتماع، لإبداء آرائهم تجاه فقرات المقياس، ووضح لهم بدائل الإجابة، وطلب منهم تقديم آرائهم ومقترحاتهم من حيث:(مدى وضوح الفقرات وسلامتها اللغوية، ومدى مناسبة كل فقرة لبعدها، وكذلك صلاحية الفقرات لقياس التنظيم الذاتي)، ولحساب الصدق الظاهري استخدمت طريقة معادلة (لاوشي- lawsi) النسبة المئوية، حيث اعتبرت الفقرة صالحة لقياس الصحة النفسية إذا وافق عليها(80%) من المحكمين كقيمة محكِّية(نقطة قطع)، بينما تعد الفقرة مرفوضة إذا حصلت على أقل من تلك النسبة، وفي حال كانت النسبة الأكثر كانت الحذف، أو يتم تعديل الفقرة إذا كانت نسبة المطالبين بالتعديل هم أكثر من المطالبين بالحذف، فُعدلت صياغة جزئية للفقرتين(6، 39)، ولم تحذف أي فقرة من فقرات المقياس ليستقر المقياس بصورته النهائية(50) فقرة. والجدول (2) يوضح ذلك.

جدول (2) آراء المحكمين حول فقرات مقياس الصحة النفسية

عدد فقرات التحكيم	أرقام الفقرات التي تم تحكيمها			عدد الفقرات بعد التحكيم	أرقام فقرات المقياس بعد التحكيم
	تعديل	حذف	إضافة		
50	2	-	-	50	من 1 إلى 50

- الصدق التمييزي:

للتحقق من صدق التمييزية لفقرات المقياس تم تطبيق المقياس على عينة عشوائية من الأطباء ومساعديهم في مستشفى ذمار العام بلغت (100) طبيب ومساعد طبيب، البالغ عددها (50) فقرة، وتم ترتيب درجات أفراد العينة تصاعديًا، ثم اختيار مجموعتين تمثلان أعلى وأدنى (27%) من الدرجات الكلية للعينة. ضمّت كل مجموعة (27) فردًا. وتراوحت الدرجات الكلية للمجموعة الدنيا بين (98 - 61) درجة بمتوسط(84.7) وانحراف معياري (11.92)، بينما تراوحت الدرجات الكلية للمجموعة العليا

بين – 148) (197درجة بمتوسط (172.5) وانحراف معياري (13.5).

واستُخدم اختبار" ت "لعينتين مستقلتين، وقورنت القيم التائية الناتجة بالقيمة الجدولية (1.69) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية(52) .

وأظهرت النتائج أن جميع الفقرات مميزة، ولم تُحذف أي فقرة. كما في الجدول (3).

جدول (3) القوة التمييزية لفقرات مقياس الصحة النفسية للعينة الأساسية

رقم الفقرة	المجموعة المحكية				قيمة ت	مستوى الدلالة
	27%الدنيا		27%العليا			
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
1	1.481	.802	3.518	1.369	−25.15	.047
2	2.074	1.206	4.518	1.087	−6.670	.000
3	1.814	.921	4.259	.902	−7.820	.000
4	1.814	.962	4.851	.362	−9.847	.000
5	1.740	1.095	4.814	.395	−15.37	.000
6	1.740	.944	4.037	.807	−13.71	.000
7	1.666	.877	3.925	.957	−9.602	.000
8	1.888	.974	4.370	.741	−10.53	.000
9	2.629	1.305	3.629	1.334	−2.784	.000
10	1.703	.668	4.481	1.122	−11.04	.000
11	2.000	1.143	4.148	.718	−8.266	.000
12	1.888	.891	3.925	1.356	−15.42	.000
13	2.259	1.095	4.111	1.381	−9.524	.000
14	1.814	.786	4.740	.594	−17.83	.000
15	1.925	.729	4.296	1.067	−12.91	.000
16	2.037	.649	4.814	.483	−9.119	.000
17	2.037	.979	4.777	.506	−6.768	.000
18	1.925	.828	4.222	1.012	−5.929	.000
19	2.296	1.203	4.370	1.043	−7.285	.000
20	2.222	1.219	4.148	1.166	−5.204	.000
21	2.037	.939	4.000	1.037	−16.52	.000
22	2.666	1.386	4.333	.919	−7.290	.000

.001	−3.627	.423	4.777	.868	1.703	**23**
.000	−5.704	.966	4.370	1.187	2.222	**24**
.000	−5.602	1.166	3.851	1.305	2.629	**25**
.000	−5.954	1.005	4.370	1.137	2.703	**26**
.000	−8.401	1.462	4.296	1.301	2.185	**27**
.000	−10.11	.921	4.185	1.248	2.407	**28**
.000	−3.867	.935	4.481	1.099	2.148	**29**
.000	−5.890	.868	4.296	.907	1.851	**30**
.000	−8.096	1.251	3.481	1.210	2.185	**31**
.000	−5.890	1.187	3.888	.921	2.185	**32**
.000	−8.069	1.050	4.222	.818	2.148	**33**
.000	−6.735	1.203	4.296	.919	2.333	**34**
.000	−12.04	.541	4.703	.997	2.074	**35**
.000	−6.183	1.281	4.222	.883	2.370	**36**
.000	−6.132	1.144	4.185	1.163	2.259	**37**
.000	−7.662	.933	4.222	.877	2.333	**38**
.000	−5.522	1.339	4.222	1.114	2.370	**39**
.000	−9.796	.668	4.296	.823	2.296	**40**

- صدق البناء:

لتحقيق صدق البناء، تم تطبيق مقياس الصحة النفسية المكوّن من (50) فقرة على عينة من(100) فرد، ثم حسب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس. وقد تبين أن جميع معاملات الارتباط المحسوبة تفوق القيمة الجدولية، مما يدل على صدق الفقرات، والجدول (4) يوضح ذلك.

جدول (4) معامل ارتباط بيرسون بين فقرات مقياس الصحة النفسية والدرجة الكلية للبعد

الفقرة	ارتباط الفقرة بالمقياس الكلي	الفقرة	ارتباط الفقرة بالمقياس الكلي
-1	.650	-21	.626
-2	.646	-22	.558
-3	.703	-23	.771
-4	.828	-24	.695
-5	.812	-25	.490
-6	.727	-26	.590
-7	.738	-27	.573
-8	.702	-28	.573
-9	.413	-29	.738
-10	.765	-30	.712
-11	.678	-31	.421
-12	.616	-32	.598
-13	.609	-33	.676
-14	.810	-34	.604
-15	.731	-35	.723
-16	.805	-36	.556
-17	.739	-37	.635
-18	.697	-38	.594
-19	.620	-39	.638
-20	.620	-40	.727

ثبات المقياس:

بالتجزئة النصفية والفا كرونباخ:

تم حساب معامل الثبات بالتجزئة ومعامل ألفا كرونباخ. واظهرت نتائج التحليل الاحصائي على العينة المكونة من (100) طبيب - مساعد طبيب، وتبين أن المقياس يملك اتساقا داخليا عاليا حيث بلغ معامل الثبات بطريقة" ألفا كرونباخ (0.967) "، كما بلغ الثبات بطريقة التجزئة النصفية

باستخدام معامل جتمان (0.971)، مما يشير إلى مستوى عالٍ من الثبات. كما في الجدول (5).

جدول (5) الثبات لمقياس الصحة النفسية وأبعادها بطريقة التجزئة النصفية وألفا كرونباخ

عدد الفقرات	التجزئة النصفية	الفا كرونباخ
40	0.971	0.967

تصحيح القائمة وحساب الدرجة الكلية بصورتها النهائية:

بعد التأكد من صدق وثبات المقياس؛ ولغرض الإجابة عن تساؤلات البحث، وتحقيق أهدافها طبق المقياس على أفراد عينة البحث التي تكونت من (413) طبيباً ومساعداً، بعد استبعاد الاستمارات غير الصالحة البالغة (45) استبانة، أُعطيت خمسة أوزان – 1) 2 – 3 – 4 – 5) للبدائل (لا تنطبق عليّ – تنطبق عليّ قليلًا – تنطبق عليّ بدرجة عبر واستغرق التطبيق مدة شهرين ونصف، للفترة (25مارس–10 مايو)2025م، وتراوح الوقت المستغرق للإجابة من (10 _ 15 دقيقة) بمتوسط قدره (12.5) دقيقة للمقياس.

ح– الوسائل الإحصائية المستخدمة:

1– المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسبة المئوية.

2– معامل ارتباط بيرسون.

3– معامل الفا كرونباخ والتجزئة النصفية لجتمان.

4– الاختبار التائي للعينة.

5– اختبار تحليل التباين الأحادي (.ANOVA)

وللإجابة على التساؤل تم جمع درجات أفراد العينة من أطباء ومساعدي أطباء وتقسيم الدرجات إلى ثلاثة مستويات (منخفض – متوسط – مرتفع) وتم حساب التكرارات والنسب المئوية لمستويات الصحة النفسية والجدول (6) يوضح ذلك:

عرض نتائج البحث ومناقشتها والتوصيات والمقترحات:

أولا: عرض نتائج البحث ومناقشتها:

1–ما مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار؟

جدول (6) التكرارات والنسب المئوية لمستويات الصحة النفسية

الدرجة	المستوى	العدد	النسبة
40–93	منخفض	22	6.7%
94–147	متوسط	247	75.3%
148–200	مرتفع	59	18.0%
الإجمالي		328	100%

يتضح من الجدول أن 75.3 %من أفراد العينة (247طبيبًا ومساعدًا) تراوحت درجاتهم بين(94–147) ، ويقعون ضمن المستوى المتوسط من الصحة النفسية. بينما حصل 59 فردًا على درجات تقع ضمن المستوى المرتفع (بنسبة 18%)، وتراوحت درجاتهم بين–148)

(197. أما المستوى المنخفض للصحة النفسية، فقد مثّله 22 فردًا (بنسبة 6.7%)، ودرجاتهم تراوحت بين.(93–40)

وللتأكد من دلالة هذه النتائج، تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات العينة على مقياس الصحة النفسية، فتبين أن الدرجات تراوحت بين (60– 197) بمتوسط حسابي بلغ 132.6 درجة، وانحراف معياري قدره 29.417. ولمعرفة ما إذا كان هذا المتوسط يختلف عن المتوسط الفرضي البالغ 91.36 درجة، استخدم الباحثان الاختبار التائي لعينة واحدة، كما هو موضح في الجدول (7).

جدول (7) الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي على مقياس الصحة النفسية

عينة الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي		الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة
		الفرضي	المحسوب		المحسوبة	الجدولية		
الأطباء ومساعديهم بمحافظة ذمار	328	120	.05127	21.842	5.845	1.66	327	0.00

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه كل من دراسة المؤمني (2020) والشخانبة(2021) ، حيث وجدت الدراستان أن مستوى الصحة النفسية كان متوسطًا. بينما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة شهينار وسعاد (2024)ودراسة بوراس وجرادي (2016) اللتين أفادتا بانخفاض مستوى المرونة النفسية مما يؤدي بدوره إلى انخفاض ملحوظ في مستوى الصحة النفسية، وكذلك دراسة خلفان (2017) التي أشارت إلى أن مستوى الصحة النفسية كان مرتفعًا. ويُعزى هذا التباين إلى اختلاف طبيعة العينات، إذ ركزت بعض الدراسات السابقة على طلبة جامعيين، في حين أن عينة الدراسة الحالية شملت ممارسين صحيين في بيئة مهنية ضاغطة.

2 – هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية وفقًا لمتغير الجنس؟

للإجابة عن هذا التساؤل، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، على مقياس الصحة النفسية، وبلغ المتوسط الحسابي لعينة الذكور (127.72) درجة بانحراف معياري (20.856)، وبلغ المتوسط الحسابي لعينة الإناث (126.69) درجة بانحراف معياري (22.396) ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وجدول (8) يوضح ذلك:

جدول (8) الفروق في مستوى الصحة النفسية وفقًا لمتغير الجنس

عينة الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة
				المحسوبة	الجدولية		
الذكور	115	127.72	20.856	.409	1.96	326	.354
الاناث	213	126.69	22.396				

نلاحظ من الجدول السابق أن القيمة التائية المحسوبة (409.) تشير إلى وجود فرق ضعيف بين متوسطات الذكور والإناث، ولكنها ليست كافية لتكون دالة إحصائيًا فمستوى الدلالة بلغ (354.) وهذا يشير إلى عدم وجود فرق معنوي بين المتوسطات، وأن الفرق ليس دالا من الناحية الإحصائية. وتتفق الدراسة الحالية مع دراسة (عابدين والشرقاوي،2016)، وتختلف مع دراسة Alhashimia& Rudwan(2018) ودراسة (خلفان،2017)، ويعزو ذلك إلى نوع العينة التي تختلف والتي أغلبها طلاب في مراحلهم الدراسية.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا لمتغير الجنس بأن الأطباء ومساعديهم، بغض النظر عن انتمائهم الجنسي، يعملون في بيئة مهنية تتسم بقدر عالٍ من الضغوط والمسؤوليات المتشابهة، الأمر الذي يحدّ من تأثير الجنس كمتغير مستقل على الصحة النفسية. ويبدو أن الظروف المهنية المشتركة، وما تتطلبه من مهارات تكيف وصمود نفسي، أسهمت في خلق مستوى متقارب من التوازن الانفعالي والقدرة على مواجهة الضغوط لدى الجنسين. كما قد يعزى ذلك إلى تجانس خصائص أفراد العينة من حيث مستوى التعليم والخبرة وطبيعة المهام، مما يقلل من احتمال ظهور فروق ذات دلالة.

وإن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا لمتغير الجنس يمكن تفسيره في ضوء نظرية الدور الاجتماعي (Social Role Theory)، التي تشير إلى أن الفروق النفسية بين الذكور والإناث تتضاءل في البيئات المهنية التي تفرض أدوارًا متشابهة ومسؤوليات متقاربة.

وفي السياق الطبي، يخضع كل من الذكور والإناث لمتطلبات مهنية موحدة من حيث ساعات العمل، التعامل مع الحالات الحرجة، والمسؤولية الأخلاقية، مما يقلل من تأثير الفروق البيولوجية أو الاجتماعية المرتبطة بالجنس.

كما تتسق هذه النتيجة مع النموذج المعرفي للصحة النفسية الذي يؤكد أن أنماط التفكير والتنظيم الانفعالي تلعب دورًا أكبر من الخصائص الديموغرافية في تحديد مستوى التوازن النفسي، وهو ما يعكس تشابه الخبرات المعرفية والانفعالية لكلا الجنسين داخل البيئة الطبية.

3-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية وفقًا لمتغير الحالة الاجتماعية؟

للإجابة عن هذا التساؤل، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعًا لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب)، (متزوج)، (أرمل) على مقياس الصحة النفسية، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير الحالة الاجتماعية وجدول (9) يوضح ذلك.

جدول (9) الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

العينـة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة(ف)	مستوى الدلالة
عازب	177	127.94	19.209	بين	2	333.039	166.519	348.	707.

متزوج	123	126.20	24.833	المجموعات				
أرمل	28	125.14	23.952	داخل المجموعات	325	155668.181	478.979	
الإجمالي	328	127.05	21.842	-	327	156001.220		

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المحسوبة (.348) تشير إلى أن التباين بين المجموعات غير كبير عند مستوى الدلالة (.707) أعلى من 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الفئات الثلاث (العازب، المتزوج، الأرمل). ويظهر أن المتوسط الحسابي للأشخاص العازبين (127.94) هو الأعلى مقارنة بالمتزوجين (126.20) والأرامل (125.14)، ورغم ذلك، لا تشير القيم إلى وجود فارق كبير بين المجموعات، ويمكن القول لا توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات الحالة الاجتماعية، مما يعني أن الأداء أو الاستجابات في هذا السياق ليست مرتبطة بالحالة الاجتماعية، وقد يرجع هذا إلى أن العوامل الأخرى، مثل البيئة التعليمية أو المهنية، قد تؤثر بشكل أكبر على النتائج.

واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة طيايبة (2020)، وبوراس وجرادي(2016) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في متغير الحالة الاجتماعية واختلفت مع دراسة المؤمني (2020)، ودراسة دفع الله وبدر(2021)، ودراسة شهيناز وسعاد(2024) التي توصلت إلي وجود فروق دالة إحصائيا في متغير الحالة الاجتماعية.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا لمتغير الحالة الاجتماعية بأن الضغوط المرتبطة بطبيعة المهنة الصحية تميل إلى الهيمنة على حياة العاملين بغضّ النظر عن كونهم متزوجين أو غير متزوجين، وهو ما يقلل من تأثير الحالة الاجتماعية كعامل فارق في الصحة النفسية. ففي بيئات العمل الطبية يتعرض الأطباء ومساعدوهم لمواقف طارئة، وأعباء وظيفية يومية قد تفوق تأثير الالتزامات الأسرية أو الاجتماعية، مما يؤدي إلى تقارب مستويات التكيف النفسي بينهم. كما أن طبيعة العينة—بوصفها مجموعة مهنية تتمتع بخصائص متشابهة من حيث المسؤوليات، والنظام الوظيفي، وساعات العمل—تسهم في خلق تجانس قد يحدّ من إمكانية ظهور فروق واضحة تبعًا للحالة الاجتماعية. ويحتمل كذلك أن الأفراد المتزوجين وغير المتزوجين يعتمدون استراتيجيات مشابهة في مواجهة الضغط المهني، مما يعزّز التشابه في مستوى الصحة النفسية.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا للحالة الاجتماعية في ضوء نظرية الضغط المهني المزمن (Chronic Occupational Stress)، التي تفترض أن الضغوط المهنية المستمرة قد تطغى على تأثير المتغيرات الاجتماعية التقليدية مثل الزواج أو العزوبية.

ففي المهن عالية الخطورة والمسؤولية، كالمجال الطبي، تصبح بيئة العمل هي العامل الأكثر تأثيرًا في الصحة النفسية مقارنة بالدعم الأسري أو الاجتماعي. كما تدعم هذه النتيجة نظرية التكيف النفسي التي ترى أن الأفراد – بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية – يطورون أنماطًا متقاربة من التكيف عندما يواجهون مطالب مهنية متماثلة، مما يؤدي إلى تقارب مستويات الصحة النفسية بينهم.

4-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية وفقًا لمتغير المؤهل؟

للإجابة عن هذا التساؤل، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعًا لمتغير المؤهل العلمي (دبلوم)، (بكالوريوس)، (دكتوراه) على مقياس الصحة النفسية،ولمعرفة الفروق بينهم تم استخدم اختبار **تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير المؤهل العلمي** والجدول (10) يوضح ذلك.

جدول (10) الفروق في مستويات الصحة النفسية لدى أفراد العينة تبعا لمتغير المؤهل العلمي

العينـة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة(ف)	مستوى الدلالة
دبلوم	144	125.68	20.000	بين المجموعات	2	534.345	267.172	559.	573.
بكالوريوس	145	128.40	23.167						
دكتوراه	39	127.08	23.497	داخل المجموعات	325	155466.875	478.360		
الإجمالي	328	127.05	21.842	-	327	156001.220			

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المحسوبة (.559) تشير الى أن التباين بين المجموعات غير كبير عند مستوى الدلالة (.573)، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين مستويات التعليم الثلاث (دبلوم، بكالوريوس، دكتوراه). وقد جاء المتوسط الحسابي لمستوى البكالوريوس (128.40) الأعلى مقارنة بمستوي الدبلوم (125.68) ومستوى الدكتوراه (127.08)، ورغم ذلك، لا تشير القيم إلى وجود فارق كبير بين المجموعات، ويمكن القول لا توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات المؤهل العلمي.

واتفقت الدراسة مع دراسة طيايبة (2020) التي توصلت إلى عدم وجود فروق لصالح المؤهل العلمي، واختلفت مع دراسة دفع الله وبدر (2021) التي توصلت إلى وجود فروق لصالح المؤهل العلمي.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا لمتغير المؤهل العلمي بأن طبيعة العمل الطبي، سواء لدى الأطباء أو مساعديهم، تفرض جملة من الضغوط المهنية والواجبات اليومية المتقاربة التي قد تُضعف تأثير الفروق الأكاديمية على مستوى الصحة النفسية .فالمهام الميدانية، والتعامل المباشر مع المرضى، والاستجابة للمواقف الطارئة تشكّل عوامل مشتركة تؤثر في الصحة النفسية للعاملين بغض النظر عن مؤهلاتهم العلمية. كما يشير تجانس العينة من حيث البيئة المهنية إلى أن الخبرات والمهارات العملية التي يكتسبها العاملون في الميدان، وليس المؤهل العلمي فقط، هي العامل الأكثر تحديدًا لمستوى التكيف والصمود النفسي إضافةً إلى ذلك، قد يعكس غياب الفروق أن امتلاك مؤهل علمي أعلى لا يرتبط بالضرورة بمستوى أقل أو أعلى من الضغوط، إذ يتعرض جميع العاملين

في القطاع الصحي لمصادر مشابهة من الإرهاق والعبء الوظيفي، مما يؤدي إلى تقارب مستويات الصحة النفسية بينهم.

وإن عدم وجود فروق دالة تبعًا للمؤهل العلمي يمكن تفسيره في ضوء نظرية الكفاءة المهنية المدركة (Perceived Professional Competence)، حيث تشير إلى أن الشعور بالكفاءة لا يرتبط فقط بالمؤهل الأكاديمي، بل بالخبرة العملية والتفاعل اليومي مع متطلبات العمل.

وفي المجال الطبي، قد يتساوى أصحاب المؤهلات المختلفة في مواجهة الضغوط المهنية، إذ إن طبيعة العمل الميداني تفرض تحديات متشابهة تتجاوز الفروق الأكاديمية.

كما تتسق هذه النتيجة مع نظرية رأس المال النفسي (Psychological Capital) التي تؤكد على أن الأمل، التفاؤل، المرونة، والكفاءة الذاتية هي المحددات الأساسية للصحة النفسية، وليس المستوى التعليمي في حد ذاته.

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الصحة النفسية وفقًا لمتغير سنوات الخدمة:

للإجابة عن هذا التساؤل، تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، تبعًا لمتغير سنوات الخدمة (أقل من 8 سنوات)، (8-15) سنوات، (أكثر من15) سنة على مقياس الصحة النفسية، ولمعرفة الفروق بينهم استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA لمعرفة الفروق بين استجابات أفراد العينة وفق متغير الخبرة وجدول (11) يوضح ذلك.

جدول (11) الفروق في الصحة النفسية تبعًا لمتغير سنوات الخبرة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مصدر التباين	درجة الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة(ف)	مستوى الدلالة
أقل من(8) سنوات	187	127.24	20.883	بين المجموعات	2	1175.014	587.507	1.233	293.
من (8-15) سنة	85	129.13	23.056						
أكثر من (15) سنة	56	123.27	22.987	داخل المجموعات	325	154826.206	476.388		
الإجمالي	328	127.05	21.842	-	327	156001.220			

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ف) المحسوبة (1.233) تشير إلى أن التباين بين المجموعات غير كبير عند مستوى الدلالة (.293) أعلى من 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الفئات الثلاث يظهر أن المتوسط الحسابي للأشخاص من (8 إلى 15) سنة (129.13) هو الأعلى مقارنة بمن لديهم خبرة 8 سنوات (127.24) أو الفئة الثالثة ذوي خبرة أكثر 15 سنة (123.27)، ورغم ذلك، لا تشير القيم إلى وجود فارق كبير بين المجموعات،

ويمكن القول لا توجد فروق معنوية بين متوسطات درجات الخبرة.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا لمتغير سنوات الخبرة بأن طبيعة العمل في المجال الطبي تُخضع العاملين — على اختلاف خبراتهم — لضغوط مهنية متقاربة تتسم بالحدة والاستمرارية، مما يجعل تأثير الخبرة غير كافٍ لإحداث فروق جوهرية في مستويات الصحة النفسية. فالعاملون الجدد وأصحاب الخبرات الطويلة على حد سواء يواجهون تحديات تتعلق بالتعامل مع المرضى، واتخاذ القرارات السريعة، والضغط الزمني، والعمل في بيئة قد تكون محدودة الموارد، وهو ما يؤدي إلى مستويات متقاربة من التوتر والانفعال .كما قد يشير غياب الفروق إلى أن تراكم الخبرة المهنية لا يضمن بالضرورة ارتفاعًا في التكيف النفسي، إذ إن بعض الضغوط تظل ثابتة بغض النظر عن سنوات الخدمة. إضافة إلى ذلك، قد يكون تجانس العينة من حيث طبيعة المهام الوظيفية والبيئة الإدارية عاملاً مساهماً في تقليل التباين بين فئات الخبرة المختلفة.

وللمقارنة بالنتائج على حد علم الباحثين لم توجد دراسات سابقة تناولت متغير الخبرة كما تم الإشارة إلى أن معظم الدراسات التي أجريت عربية وأجنبية تركزت على فئة الطلاب التي لم يتوفر لديهم خبرات وظيفية.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الصحة النفسية تبعًا لمتغير سنوات الخبرة في ضوء نظرية الاعتياد على الضغوط (Stress Habituation Theory)، التي تشير إلى أن الخبرة قد تؤدي إلى التكيف مع الضغوط، لكنها في الوقت ذاته قد ترافقها ضغوط جديدة مرتبطة بالإرهاق المهني وتحمل المسؤوليات الأكبر.

كما تتسق هذه النتيجة مع نموذج الإرهاق الوظيفي (Burnout Model) الذي يرى أن تراكم سنوات الخبرة لا يعني بالضرورة تحسن الصحة النفسية، بل قد يؤدي إلى توازن نسبي بين الخبرة المكتسبة من جهة، والإجهاد المزمن من جهة أخرى، مما ينتج عنه مستويات متقاربة من الصحة النفسية عبر مختلف فئات الخبرة.

التوصيات

تم طرح التوصيات بناء على النتائج التي توصل إليها البحث.

1- توفير برامج لدعم الصحة النفسية للأطباء والعاملين في المستشفيات والمرافق الصحية.

2-ضرورة العمل على تحسين بيئة العمل من خلال تقليل ساعات الضغط الزمني مما يحقق التوازن بين الحياة الشخصية والمهنة.

المقترحات:

1- إجراء دراسات تهدف إلى مقارنة مستوى الصحة النفسية لدى الأطباء ومساعديهم في المستشفيات الحكومية والخاصة.

2- دراسات أثر التدخلات النفسية في تحسين الصحة النفسية لدى الأطباء والعاملين الصحيين.

3- دراسة العلاقة بين الصحة النفسية وبعض المتغيرات الأخرى لدى الكوادر الصحية.

قائمة بالمراجع:

المراجع باللغة العربية:

[1] ابن منظور، جمال الدين بن مكرم. (1988). قاموس لسان العرب. القاهرة: دار المعارف

[2] إريكسون، إريك .(1991) .الطفولة والمجتمع (ترجمة نجيب الحصادي) .بيروت :دار الكتاب الجديد.

[3] بافلوف، إيفان .(1927) .التعلم الشرطي :دراسة حول الاستجابة .(ترجمة :عبد الله أحمد). القاهرة :دار المعارف .الصفحات102 -109.

[4] باندورا، ألبرت .(1977) .نظرية التعلم الاجتماعي (ترجمة :أحمد عبد العزيز) .القاهرة :دار الفكر العربي، الصفحات 45- 50.

[5] ثورندايك، إدوارد .(1911) . قانون الأثر: نظرية التعلم (ترجمة :يوسف الصديق) .بيروت: دار الكتاب العربي.

[6] الجبوري، على، والجبوري، هلال. (2013). الصحة النفسية علما تطبيقيا، (ط .1)، دار عمان: دار صفاء للنشر.

[7] حجازي، مصطفى (2004). الصحة النفسية، (ط .2)، الدار البيضاء-المغرب: المركز الثقافي العربي.

[8] حسين، بكر محمد. (2020). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المصرين المقيمين بمحافظة طبرجل بالجوف. مجلة دراسة الطفولة- جامعة عين شمس، 23، 86، الصفحات 107-118.

[9] الخواجة، عبد الفتاح. (2010). مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي (ط.1)، عمان: دار البداية للنشر.

[10] الداهري، صالح حسن. (2005). الصحة النفسية والإرشاد النفسي (ط.1). عمان: مكتبة المجتمع العربي.

[11] روجرز، كارل .(1983) .الإرشاد والعلاج النفسي (ترجمة عبد الرحمن العيسوي). بيروت: دار النهضة العربية.

[12] زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، ط4.

[13] سيدهم، ذهبية. (2005). الأساليب الإقناعية في الصحافة المكتوبة: دراسة تحليلية للمضامين الصحية في جريدة الخبر (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قسنطينة. الجزائر.

[14] الشخانبة، احمد. (2021). أساليب التكيف وضغوط العمل وعلاقتهما بالصحة النفسية لدى العاملين بشركة الاسمنت الأردنية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 143، الصفحات 373- 404.

[15] شهيناز، هاد، وسعاد، سعداوي. (2024). واقع الصحة النفسية لدى طلبة الجامعة: دراسة ميدانية بجامعة بلحاج بو شعيب- عين تموشنت، (الجزائر)، مجلة العلوم التربوية- كلية التربية، الجامعة الاسمرية الإسلامية، 5(1)، الصفحات 637- 660.

[16] الشوبكي، علاء ناجح. (2019). الصمود النفسي وعلاقته بالإجهاد الوظيفي لدى عينة من الممرضين العاملين بأقسام العناية المكثفة بمستشفيات مدينة الخليل (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليل، فلسطين.

[17] طيايبة، ام الخير. (2020). الصحة النفسية وعلاقتها بقلق الامتحان لدى تلاميذ الثالثة ثانوي (دراسة ميدانية بثانوية جابر بن حيان- المسيلة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.

[18] عبد الغفار، عبد السلام. (2001). مقدمة في الصحة النفسية. مصر: دار النهضة العربية.

[19] العزام، عبد الناصر (2021). حالات النفس وعلاقتها بالصحة النفسية من وجهة نظر إسلامية. دراسات

العلوم التربوية، جامعة البلقاء التطبيقية، 48(1)، الصفحات 542- 560.

[20] فروم، إريك .(1990) .الإنسان بين الجوهر والمظهر (ترجمة مجدي كامل). القاهرة: دار المعرفة.

[21] القانون رقم (26) لسنة (2002) بشأن مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان. (2002). صنعاء: وزارة الشؤون القانونية، الجمهورية اليمنية.

[22] القرضاوي، يوسف .(1998) .الإيمان والحياة. القاهرة: دار الشروق.

[23] المهداوي، على مرزوق (2021) المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلاب المرحلة المتوسطة بمحافظة الليث، الجمعية المصرية للقراءة والمعرفة- كلية التربية، جامعة عين شمس، 232، الصفحات 83- 115.

[24] المؤمني، فواز. (2020). مستويات الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن، دراسات العلوم التربوية-الأردن، 47(3)، الصفحات 296-317.

[25] هورني، كارين .(2003) .العصابية والنمو : الكفاح نحو تحقيق الذات (ترجمة طلعت منصور). القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية.

[26] الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. (2022). دليل التصنيف المهني للممارسين الصحيين. https://www.scfhs.org.sa

[27] ياسين، نجلاء بكري (2018). التوكيدية وعلاقتها بتقدير الذات والصحة النفسية لدى طالبات الجامعة، جامعة عين شمس، مجلة البحث العلمي في الاداب،19(1)، الصفحات 243-268.

[28] يونغ، كارل .(2001) .الإنسان ورموزه (ترجمة عبد الهادي عباس). دمشق: دار دمشق.

المراجع باللغة الإنجليزية:

[1] Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 86(2), 320–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320

[2] Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five Personality Traits: A Meta-Analysis. Personality and Individual Differences, 127, 54–60.

[3] World Health Organization. (2022a). Mental disorders. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

[4] World Health Organization. (2016). Task shifting: Recommendations and guidelines. WHO