

جامعة الجزائر (2) أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى المرضى العاملين
في مصالح الأورام وعلاقتها ببعض المتغيرات الفردية
(دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الاستشفائية الجزائرية)

رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي

تحت إشراف الدكتورة:
لويزة فرشان

إعداد الطالبة:
نجية تواتي

السنة الجامعية 2014-2015

إهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد
إلى روجي والدي الطاهرتين رحمهما الله...
إلى كل من أحبه و أحترمه:
زوجي و أبنائي
إخوتي و أخواتي
أقاربي و أصدقائي
إلى أساتذتي الأفاضل
إلى وطني الجزائر

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله، أحمدته حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه وأشكره شكراً جزيلاً على إعانتته وتوفيقه لي. يطيب لي أن أتقدم بجزيل الشكر وخالص الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة لويذة فرشان لتفضلها بالإشراف على هذه الرسالة ومساعدتها على إنجاز هذا العمل المتواضع. كما أتقدم بجزيل الشكر وخالص العرفان إلى العاملين بالتمريض بكل المستشفيات والمراكز التي أجريت فيها البحث الميداني على منحي جزءاً من وقتهم لإنجاز هذا البحث. وأخيراً لا يفوتني أن أجزل شكري إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز هذا البحث. وآخر أسأل الله عز وجل أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه الكريم، فإن أصبت فبفضله، وإن أخطأت فمن نفسي، وما الكمال إلا لله وحده.

الباحثة

فهرس المحتويات

أ.....	إهداء
ب.....	شكر وتقدير
ج.....	فهرس المحتويات
ط.....	فهرس الأشكال
ي.....	فهرس الجداول
و.....	قائمة الملاحق
1.....	مقدمة
5.....	الفصل الأول: الإطار العام للبحث
6.....	أولاً: إشكالية البحث
9.....	ثانياً: فرضيات البحث
9.....	ثالثاً: أهداف البحث
10.....	1- الأهداف العلمية
10.....	2- الأهداف العملية
10.....	رابعاً: أهمية البحث
11.....	خامساً: حدود البحث
12.....	سادساً: تحديد مصطلحات البحث
12.....	1- تعريف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني
14.....	2- تعريف الضغط المهني

3- العاملون في مهنة التمريض.....	16
4- المتغيرات الفردية.....	16
سابعاً: الدراسات السابقة.....	17
1- الدراسات التي تناولت الضغط المهني عند مهنيي الصحة.....	17
2- الدراسات التي تناولت استراتيجيات مواجهة الضغط المهني.....	25
3- تعقيب على الدراسات السابقة.....	27
الفصل الثاني: الضغط المهني.....	30
تمهيد.....	31
أولاً: تطور مفهوم الضغط.....	31
ثانياً: تعريف الضغط.....	32
ثالثاً: النماذج والنظريات المفسرة للضغط المهني.....	39
1- النموذج البيولوجي لهانس سيلبي (Hans Selye).....	39
2- النموذج التفاعلي.....	41
3- النموذج التكاملي للضغط لـ "ماكاي و كوبر" (Mackay et Cooper) (1987).....	44
4- نموذج الاختلال بين الجهد/الثواب (Siegrist) (2000).....	45
5- النموذج البيئي - الاجتماعي.....	46
6- تعقيب على مختلف النماذج.....	47
رابعاً: عوامل الضغط المهني.....	48
خامساً: مصادر الضغط المهني.....	51
سادساً: قياس الضغط المهني.....	55
1- مقياس الضغط للمرضين لقراي توفت (Gray Toft) «Nursing Stress Scale».....	57

58	2- مقياس الاحتراق المهني لماسلاش (Maslach Burnout Inventory – MBI)
59	3- مقياس كرازاك (Questionnaire de Karazek)
60	خلاصة
61	الفصل الثالث: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني
62	تمهيد
62	أولاً: تطور مفهوم المواجهة (Coping)
63	ثانياً: تعريف المواجهة
67	ثالثاً: النماذج والنظريات المفسرة للمواجهة
67	1- النموذج السيكو- دينامي
68	2- النموذج المعرفي- التفاعلي
69	3- النموذج الاجتماعي- البيئي
69	رابعاً: تصنيفات المواجهة (طرق ال Coping)
69	1- تصنيف لازاروس (1966)
70	2- تصنيف بولهان و بورجوا (Polhan & Bourgois, 1995)
70	3- تصنيف كوكس و فيرجسون (Cox & Ferguson, 1991)
71	4- تصنيف موس (Moos)
72	5- تصنيف أوبرين و ديلونجس (Obrien & Delongis, 1997)
72	خامساً: قياس المواجهة
	1- قوائم استبيان طرق المواجهة (Ways of Coping Questionnaire – Lazarus & Folkman, 1985)
73	
	2- قوائم طرق المواجهة المعدلة (WCC-R : Ways of Copping Checklist Revised – Vitaliano & al. 1985)
74	

3- قائمة استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة (CISS - Coping Inventory for Stressful Situations, 1990)	74
4- مقياس استراتيجيات المواجهة لكارفر، شاير و واينتروب (1989)	75
سادسا: العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط	76
خلاصة	83
الفصل الرابع: التمريض	
تمهيد	84
أولا: تعريف التمريض	85
ثانيا: نظريات التمريض	85
1- مدرسة الحاجات L'école des besoins	88
2- المدرسة التفاعلية L'école de l'interaction	90
3- مدرسة الارتقاء بالصحة L'école de la promotion de la santé	91
4- مدرسة الإنسان المتكامل L'école de l'être humain unitaire	92
ثالثا: دور الممرض	94
رابعا: الضغوط المهنية في مهنة التمريض	95
خلاصة	98
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للبحث	
تمهيد	100
أولا: منهج البحث	101
ثانيا: مجتمع البحث موضوع الدراسة الأساسية	101
ثالثا: أدوات جمع البيانات في البحث	102
	104

105	رابعاً: الدراسة الاستطلاعية
106	1- أدوات الدراسة الاستطلاعية العامة
108	2- نتائج الدراسة الاستطلاعية العامة
109	خامساً: الشروط السيكومترية لأدوات البحث
110	1- ثبات الأداة
111	2- صدق الأداة (المقياسين)
112	سادساً: الدراسة الأساسية
112	1- الإطار الزمني
112	2- الإطار المكاني
113	3- خصائص عينة البحث النهائية
118	سابعاً: أدوات جمع البيانات
118	1- فقرات مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى العاملين بالتمريض بمصلحة الأورام
120	2- فقرات مقياس مصادر الضغط المهني لدى العاملين بالتمريض بمصلحة الأورام
123	ثامناً: الإجراء النهائي للبحث
123	تاسعاً: الأدوات الإحصائية المستعملة في البحث وتمثيل البيانات على برنامج SPSS
124	خلاصة
125	الفصل السادس: عرض نتائج البحث وتحليلها
126	تمهيد
126	أولاً: عرض نتائج البحث
164	ثانياً: تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضيات
176	ثالثاً: النتائج العامة للبحث

176.....	1- مصادر الضغط المهني.....
177.....	2- مستوى الضغط المهني.....
178.....	3- مستوى الضغط المهني وفق الخلفية الفردية.....
179.....	4- استراتيجيات مواجهة الضغط المهني.....
181.....	5- استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وفق الخلفية الفردية.....
182.....	رابعا: التوصيات
184.....	خاتمة.....
185.....	المراجع.....
.....	الملاحق.....

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوانه	رقم الشكل
40	مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها وفق نموذج سييلي	الشكل رقم (1)
42	نموذج فلكمان و لازاروس (1984)	الشكل رقم (2)
43	مخطط النموذج السلوكي لكارزاك 1980	الشكل رقم (3)
46	نموذج عدم التوازن بين الجهد والثواب في العمل لـ Siegrist	الشكل رقم (4)
50	العلاقة بين الضغط والأداء	الشكل رقم (5)
66	عملية المواجهة حسب لازاروس وفلكمان	الشكل رقم (6)
103	تمثيل بياني لتوزيع أفراد مجتمع البحث وفق الجنس	الشكل رقم (7)
114	تمثيل بياني لعينة البحث النهائية وفق مكان المستشفى	الشكل رقم (8)
114	تمثيل بياني لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس	الشكل رقم (9)
115	تمثيل بياني لتوزيع أفراد العينة حسب السن	الشكل رقم (10)
116	تمثيل بياني لتوزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	الشكل رقم (11)
117	تمثيل بياني لتوزيع الأفراد المبحوثين حسب المستشفيات	الشكل رقم (12)

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوانه	الصفحة
1	أوجه الاختلاف بين التمريض الحديث و التمريض التقليدي	87
2	توزيع أفراد مجتمع البحث وفق الجنس في مختلف المستشفيات	103
3	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب القطاع المهني	107
4	التكرارات والنسب المئوية لاستجابات أفراد العينة الاستطلاعية على السؤال الاستطلاعي	108
5	بنود مقياس استراتيجيات المواجهة الأولى	109
6	توزيع أفراد عينة البحث النهائية وفق المستشفى	113
7	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	114
8	توزيع أفراد العينة حسب السن	115
9	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	115
10	توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية	115
11	بنود مقياس استراتيجيات المواجهة النهائي	119
12	بنود مقياس مصادر الضغط المهني النهائي	120
13	توزيع الأفراد العينة حسب المستشفيات	122
14	المستويات الثلاثة للضغط المهني	125
15	ترتيب ومستوى الضغط المهني لدى المرضين لكل أبعاد مقياس مصادر الضغط المهني	127
16	استجابات أفراد العينة على فقرات مقياس مصادر الضغط المهني	149
1-16	تصنيف النتيجة الكلية لمستوى الضغط إلى ثلاث مستويات	
17	تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق المراحل العمرية	134
18	الفروق بين الأفراد لشدة الضغط المهني التي تعزى لمتغير السن	136

137	تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الجنس	19
139	الفروق الاحصائية الخاصة ببعء ظروف العمل التي تعزى لمتغير الجنس	20
140	تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الخبرة المهنية	21
141	الفروق الاحصائية الخاصة ببعء عبء العمل التي تعزى لمتغير الخبرة المهنية	22
142	الفروق الاحصائية الخاصة ببعء المناوبة التي تعزى لمتغير الخبرة المهنية	23
143	الفروق الاحصائية الخاصة ببعء المسار المهني وفق متغير الخبرة المهنية	24
144	الفروق الاحصائية الخاصة ببعء العلاقة مع الإدارة التي تعزى لمتغير الخبرة المهنية	25
145	نتائج تحليل اختبار التباين الأحادي الاتجاه وفق متغير الحالة المدنية	26
147	نتائج أبعاد استراتيجيات المواجهة	27
148	استجابة أفراد العينة على بنود مقياس استراتيجيات المواجهة	28
152	تحليل التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير السن	29
154	الفروق في استراتيجيات المواجهة الخاصة لبعدي (إيجاد الحلول والبحث عن الدعم الاجتماعي)	30
155	نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير الجنس	31
157	الفروق في استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي وفق متغير الجنس	32
158	نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير الخبرة المهنية	33
160	الفروق في استعمال استراتيجية إيجاد الحلول للمشاكل والبحث عن الدعم الاجتماعي حسب سنوات الخبرة المهنية	34
161	نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير الحالة المدنية	35
175	مصادر الضغط المهني	36

177	مستوى الضغط المهني وفق متغيرات الخلفية الفردية	37
178	استراتيجيات مواجهة الضغط المهني	38
180	استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وفق متغيرات الخلفية الفردية	39

قائمة الملاحق

الرقم	الملحق
1	أسماء المحكمين الذين تمت الاستعانة بأرائهم في بناء مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة الأوليين
2	الاستبيان الاستطلاعي عن استراتيجيات المواجهة
3	الرسالة الموجهة للسادة المحكمين حول مقياسي مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة المعروضين في صورتهم الأولى لإبداء آراءهم حولهما
4	مقياس مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة في صورته النهائية

مقدمة

تعتبر الضغوط النفسية من المشكلات التي ارتبطت بالحياة المعاصرة، التي تشهد تغيرات وتحولات اجتماعية واقتصادية ومهنية... الخ، والتي تحتم على المجتمعات التكيف مع مختلف متطلباتها.

وتعدّ الضغوط المهنية من المواضيع التي لقيت ولا تزال تلقى اهتماما متزايدا من الباحثين في مجالات عديدة، لما لها من آثار نفسية وبدنية ضارة، وانعكاساتٍ سلبيةٍ على سلوك الأفراد واتجاهاتهم وأدائهم في العمل، وعلى أداء المنظمات بشكل عام. هذا وقد كشفت منظمة العمل الدولية التابعة للأمم المتحدة، والمعنية بشؤون العمل والعمال نتائج بحوثها المستمدة من معطيات مجموعة من الدراسات الإحصائية والعلمية المتعلقة بالموضوع أجرتها على خمس دول صناعية، إذ تبين أن نحو (10%) من البالغين يصابون بفعل ظروف العمل الضاغطة بأنواع من الإحباط المؤدية للكآبة كل عام. وتذكر الدراسة أن خسارة ألمانيا من المشاكل الصحية ذات الطبيعة النفسية الذهنية تقدر بنحو (2.2) مليار دولار في العام، وفي بريطانيا يعاني (30%) من قوة العمل من شكل من أشكال الضغط النفسي أو الإحباط. وفي بولندا زاد القلق من الضغط المهني والخوف من فقدان الوظيفة بنسبة (50%) خلال الفترة من 1997 إلى 1999م. وفي فنلندا تضيع أكثر من 30 ألف ساعة عمل كل عام بسبب حالات الانتحار الناتجة عن ظروف العمل السيئة، وأدت هذه النتائج السلبية إلى توقع المنظمة الدولية حدوث ارتفاعات شديدة في الضغوط النفسية والكآبة الناتجة من ظروف العمل السيئة (محمود، 2013) لذلك سعى الكثير من الباحثين إلى إجراء دراسات لأجل تحديد أسباب الضغوط المهنية والآثار المترتبة عليها والوقوف على مختلف استراتيجيات التعامل معها.

يعتبر مجال الصحة من المجالات التي يعاني فيها العاملون من الضغوط والتوترات التي تترك آثارها النفسية والاجتماعية على الفرد. ذلك أنه كثيرا ما يواجه العاملون في قطاع الصحة مواقف وظروف عديدة يتعرضون خلالها لحالات من الاضطراب والقلق والإحباط والغضب، الأمر الذي يؤثر على حالتهم الصحية والنفسية، وينعكس سلبيا على مستويات أدائهم في العمل. والمتتبع لمهنة الممرض يلاحظ أن له دورا هاما في المنظومة الصحية، وكذا في إنجاح العملية العلاجية، فهو الوسيط بين البرنامج العلاجي المسطر من طرف الطاقم الطبي والمرضى.

وحسب ما أشارت إليه بعض الدراسات في هذا المجال نجد أن المرضى من أكثر المهنيين تعرضاً للضغوط النفسية، نظراً لما تتضمنه مهنة التمريض من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسئولية نحو المرضى، وأعباء العمل الزائدة (Marrina-1984: 292-303) نقلاً عن (Benmessaoude, 2008, p. 49).

ويعتبر التعامل والعيش مع أفراد يعانون من السرطان تجربة مؤلمة ينجم عنها عدم الاستقرار السيكولوجي، الذي يتطلب الاهتمام والدعم سواء للمرضى أو للأولياء أو المهنيين في الطب والتمريض حتى يقع تجنب الآثار المعيقة.

وتظهر انعكاسات هذا الضغط من خلال مؤشرات كالعطل المرضية المتكررة، الملل، السلبية، الرغبة في تغيير المصلحة... إلخ. حيث كشفت بعض الدراسات أن المعدلات العالية من الضغط الانفعالي وانخفاض مستوى الإنجاز الشخصي تمثل أكبر مصدر ضاغط، ويتفق هذا مع أفضت إليه نتائج دراسة (عمارة، 2003، ص36) حول اضطرابات الضغط والاكنتاب بين طاقم التمريض، أن نسبة الإصابة بالاضطرابات العقلية وصلت إلى 78٪ من أفراد العينة (مثل الاكنتاب، الضغط، والأرق... إلخ).

وقد جاء الاهتمام بالصحة العقلية في الجزائر لدى عمال القطاع الصحي في التعليم الوزارية رقم 18 المؤرخة في 27 أكتوبر 2002 التي من ضمن ما جاء فيها أنه "غالبا ما يواجه مهنيو الصحة، العاملون في المصالح الاستعجالية ومصالح العناية المركزة، وضغوط قصوى في مواجهتهم المستمرة لمعاناة المرضى الذين يتكفلون بهم، فهم يخضعون للعبء الكمي للمهنة لكن أيضا لأعباء فكرية وانفعالية تتزايد في المصالح ذات النشاط المكثف، نظرا للضغوط التنظيمية والعلائقية، أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني أين يمتزج عدم الرضا، نقص المشاركة في اتخاذ القرارات... إلخ، وقد ينجر عن كل هذه الضواغط معاناة نفسية خصوصا لما تكون ظروف العمل غير ملائمة، فتؤدي إلى ضغط المهنة، الذي من بين مظهراته القصوى: الاحتراق النفسي (Instruction Ministérielle 2002, N°18) « Burnout » نقلاً عن (ميهوبي، 2008).

والحقيقة أن الفرد لا يمكن له أن يظل مكتوف الأيدي أمام هذه الضواغط دون أن يواجهها أو التكيف معها لتخفيف آثارها على راحته النفسية والجسدية على حد سواء، فيلجأ

إلى مختلف العمليات الذهنية والسلوكية والانفعالية التي يضعها الفرد بينه وبين الوضعيات الضاغطة.

لذا ذهب كل من **لازاروس و فلكرمان** إلى أن الفرد الذي يتعرض للضغوط المهنية يتبنى استراتيجيات مواجهة تهدف إلى السيطرة، أو التخفيض، أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تُدرك على أنها تهديدات تتجاوز قدراته، فحسبه تتمثل الاستراتيجيات الدفاعية النفسية التي يستخدمها في هذه الظروف، هي مختلف الجهود التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث، سواء كانت هذه الجهود موجّهة نحو الانفعال أو موجّهة نحو المشكلة، ويرى (Fischer, Tarquinio, 2006, p117) أن الهدف من عملية المواجهة هو التخلص من الضغوط أو تخفيف التأثيرات السلبية الناتجة عنه.

وعلى هذا الأساس كان على الباحثين في مجال الضغوط النفسية والمهنية وطرق مواجهتها والتعامل معها القيام بالعديد من البحوث والدراسات لتسليط مزيد من الضوء على الموضوع، ومن ثمّ كانت أهمية هذا البحث الذي يتناول "استراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين العاملين بمصالح الأورام"، وهو بحث ميداني ببعض المستشفيات الجزائرية، وقد تضمن جانبين: اشتمل الجانب الأول على الفصول الأربعة التالية:

- **الفصل الأول** وتضمن الإطار العام للبحث حيث تمّ عرض إشكالية البحث وفرضياته، أهدافه وأهميته، بالإضافة إلى شرح مفاهيم البحث نظريا وتطبيقيا.
 - أما **الفصل الثاني** فقد تعرض لموضوع الضغط المهني ومختلف الأطر النظرية التي تناولته والتركيز على مختلف النماذج المقترحة التي تناولته وطرق قياسه.
 - أما **الفصل الثالث** فتضمن استراتيجيات المواجهة والأطر النظرية المختلفة التي تناولتها وتصنيفاتها وطرق قياسها.
 - وأما **الفصل الرابع** فقد تعرض لمهنة التمريض ومختلف الأطر النظرية التي تناولت التمريض والتركيز أيضا على البعد التطبيقي للضغط المهني في مجال التمريض.
- أما الجانب الثاني وهو الجانب الميداني للبحث فتضمن كل الإجراءات الميدانية المختلفة، وقد قسم إلى فصلين هما:

الفصل الخامس، الذي تعلق بمنهج البحث الميداني، فتضمن المنهج المتبع في البحث، ومجتمع البحث وعينته، كما تضمن استعراض أدوات كل من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الفعلية...إلخ.

أما الفصل السادس فقد تضمن عرض النتائج المتحصل عليها من البحث، ثم مناقشتها في ضوء فرضيات البحث، وفي الأخير وقع رصد أهم النتائج العامة للبحث. كما تضمنت الرسالة تقديم توصيات خاصة بالباحثين وأخرى بالممارسين في العمل الجماعي.

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

1. إشكالية البحث
2. تساؤلات البحث
3. فرضيات البحث
4. أهداف البحث
5. أهمية البحث
6. حدود البحث
7. مفاهيم البحث
8. الدراسات السابقة

أولاً: إشكالية البحث

يعدّ مجال التمريض أحد المجالات التي نالت القسط الأوفر من الاهتمام، وقد شكّل الممرضون في مصلحة الأورام فئة نالت اهتماماً كبيراً لدى الباحثين، لكون الالتزامات المهنية التي تقع على عاتقهم في مجال التمريض المتعلق بالسرطان تجعلهم يتعاملون مع فئة من المرضى هم بحاجة أكثر إلى الرعاية السيكولوجية والطبية في آن واحد، ذلك أن السرطان كثيراً ما يؤدي إلى الموت (Borteyrou & al, 2009, p. 380). كما يعتبر الضغط المهني من المواضيع التي استقطبت اهتمام العديد من الباحثين في كل مجالات الوظائف والمهن.

وقد مكّنتني خبرتي المهنية في قطاع الصحة من الاطلاع على وجود ضغط مهني لدى العاملين في التمريض وخصوصاً في مصلحة الأورام، وعليه تمّ التفكير ثم العزم على البحث العلمي الأكاديمي في الموضوع.

وتجدر الإشارة إلى أن الملاحظات اليومية للباحثة من خلال الممارسة المهنية في إطار طب العمل أيّدت تعرض الممرضين العاملين بمصلحة الأورام للضغط المهني، وقد استشف ذلك من خلال المقابلة العيادية والعمل النفسي السندي مع هؤلاء، حيث أسفرت المقابلات على أن معظمهم يتعرضون يومياً إلى مواقف تثير التوتر، القلق والمعاناة النفسية بسبب عبء المهام الزائد، عدم الاعتراف بمجهوداتهم من قبل المسؤولين، قلة الممرضين وكذا المواجهة اليومية مع الزوار ونظرتهم المتدنية لمهنة التمريض.

يُعتبر العمل في سلك التمريض في مصلحة الأورام (السرطان) مصدراً معتبراً للضغط المهني، إذ ربطت العديد من الدراسات، علاقة بين الضغط ومختلف التأثيرات النفسية (كالاحتراق المهني، عدم الرضى الوظيفي...) والسلوكية (كالتغيب، السلوك الإدماني، اللامبالاة...) (Hackett & Byio, 1996) نقلاً عن (Borteyrou & al, 2009, p. 381) وأشارت دراسة (بن مسعود 2008) حول الاحتراق النفسي لدى العاملين بالتمريض في المستشفيات الجزائرية إلى معاناة الممرضين الناجمة عن الضغوط المهنية، وهي عبارة عن مشاكل وأخطار مترتبة عن مهنة التمريض في جميع مصالح المستشفيات، إذ تشكل معوقات نفسية واجتماعية وتنظيمية ناتجة عن ارتفاع الحمولة الانفعالية المتعلقة بالمرضى أثناء المواجهة اليومية للمرض والموت في حدود مهاراتهم

العلاجية، وكذا تفاقم أعباء العمل، الناتجة عن عدم كفاية القوى العاملة في بعض الوحدات، ومواجهة الطلبات المتزايدة من الرعاية وضيق الوقت، فضلا عن تدهور ظروف العمل التي تعيق نوعية رعاية المرضى إضافة إلى سوء تصميم وتنظيم أماكن العمل. كما تفاقمت هذه المعوقات التي تبعا الشعور بانعدام قيمة مهنة التمريض وعدم الاعتراف الاجتماعي بها، الذي يتمظهر من خلال العلاقات غير المرضية مع المرضى والتعامل المتدني في إطار التسلسل الهرمي للمهنة (Benmessoude, 2008, p. 51).

كما توصلت العديد من الدراسات والبحوث إلى تحديد بعض مصادر الضغط المهني في مجال الصحة كالمصادر التنظيمية كما بينته دراسة (ميهوبي، 2008)، وبعض العوامل الشخصية (كالمتغيرات الديمغرافية أو المتغيرات الشخصية) التي لها تأثير على إدراك الفرد للمواقف الضاغطة، حيث بينت دراسة (Tyler et Ellison, 1994) أن الممرضين المتزوجين والذين لديهم أطفال أقل ضغطا في علاقاتهم مع المرضى. كما بينت دراسة (Garroso & al, 2008) على وجود علاقة بين مصادر الضغط لدى العاملين بالتمريض والصلابة النفسية (Hardness) (Borteyrou & al, 2009, p. 383).

انطلاقا مما سبق ذكره، يتبين لنا أنه لا يكفي التعرض إلى مصادر الضغط المهني والقول أنها سبب المعاناة النفسية للممرض، دون الأخذ بعين الاعتبار كيفية إدراكها التي تختلف حسب الأفراد (McVicar, 2003: 206)، لذا فمسألة تحديد مصادر الضغط مهمة إلا أنها غير كافية للتكهن بالصحة النفسية للعاملين بالتمريض في مصلحة الأورام. وعليه فالفرد يستجيب لتلك الضغوط بأساليب مختلفة للحفاظ على توازنه النفسي، محاولا التعامل والتكيف معها وتخفيف آثارها أو تجاوزها، مستخدما في ذلك استراتيجيات مختلفة.

وانطلاقا من فرضية لازاروس التي ترى بأن الضغط يتعلق بتجربة كل فرد مع الأحداث والوضعية وأنه تعامل خاص بين الفرد والوضعية التي يتم تقييمها من طرفه، تعتبر استراتيجيات المواجهة من بين عوامل الشخصية التي تؤثر على العلاقة بين الضواغط والصحة النفسية للعاملين بالتمريض.

وقد حاولت بعض الدراسات تحديد أساليب مواجهة الضغوط والتكيف معها، فقد حدّدا كل من لازاروس و فلكرمان نوعين من استراتيجيات مواجهة الضغط وهما: الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة والاستراتيجيات التي تركز على الانفعال، وقد تبين أن أكثر استراتيجيات التعامل مع الوضعيات الضاغطة تتمثل في الدعم الاجتماعي، تجنب الموضوع الضاغط، ضبط الذات والتخطيط لحل المشكلات (Lazaus, 1984, p. 104). ويشير كرازاك إلى أن الدعم الاجتماعي هو بمثابة وسيط يحمي الأفراد الذين يتعرضون إلى ضغط مرتفع (Ruiller, 2008, p. 110).

بينما يؤكد مارتن وآخرون على أسلوبين من أساليب مواجهة الضغط هما: الاستراتيجيات الانفعالية في المواجهة، وتتمثل في ردود انفعالية في مواجهة المواقف الضاغطة مثل الغضب والتوتر والانزعاج والقلق واليأس، والاستراتيجيات المعرفية في المواجهة وتتمثل في إعادة تفسير وتقوم الموقف والتحليل المنطقي والنشاط العقلي.

عند الرجوع إلى بعض الأدبيات المتعلقة بموضوع البحث نجد أنها تشير إلى أن هناك أكثر من 400 استراتيجية مواجهة مختلفة، الأمر الذي يجعل من الصعب التركيز على بعض الاستراتيجيات فقط وإهمال الأخرى (Borteyrou, et al, 2009, p 393).

وفي ضوء كل ما تقدم فإن هذا البحث ينطلق من تساؤل رئيسي عام هو: ماهي الاستراتيجيات التي يستخدمها الممرضون العاملون في مصلحة الأورام لمواجهة الضغط المهني باختلاف مصادره في ضوء متغيرات الخلفية الفردية للممرض كالسن، الجنس، سنوات الخبرة المهنية والحالة المدنية؟

وينبثق عن التساؤل الرئيسي تساؤلات فرعية هي: ما مستوى الضغط المهني الذي يعاني منه الممرضون العاملون في مصالح الأورام؟ وما هي أهم مصادره لديهم؟ وهل توجد فروق دالة إحصائية في هذه المصادر الضاغطة مهنيًا لديهم تعزى لمتغير السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية؟ وما هي الاستراتيجيات الأكثر استعمالًا من طرف الممرضين العاملين في مصلحة الأورام لمواجهة الضغط المهني؟ وهل توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية؟

ثانيا: فرضيات البحث

يسعى هذا البحث لاختبار الفرضيات الآتية:

1. يعاني الممرضون العاملون بمصالح الأورام من مستوى ضغط مرتفع.
2. يعتبر عبء المهام وظروف العمل السيئة، من بين المصادر الضاغطة مهنيا لدى الممرضين العاملين في مصلحة الأورام.
3. لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغوط المهنية لدى الممرضين العاملين في مصالح الأورام تعزى للمتغيرات الآتية:
 - السن.
 - الجنس.
 - الأقدمية المهنية.
 - الحالة المدنية.
4. يستعمل الممرضون بصورة أكثر استراتيجية طلب الدعم الاجتماعي واستراتيجية تجنب المشكل لمواجهة الضغوط المهنية في مصلحة الأورام.
5. لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين العاملين بمصالح الأورام تعزى للمتغيرات الآتية:
 - السن.
 - الجنس.
 - الخبرة المهنية.
 - الحالة المدنية.

ثالثا: أهداف البحث

تسعى الباحثة من خلال القيام بهذا البحث حول الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الضغط المهني للوصول إلى أهداف علمية وأخرى عملية.

1- الأهداف العلمية

- تسليط الضوء على استراتيجيات مواجهة الضغط المهني في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر، التي لم تنل ما يكفي من الاهتمام اللازم في البحوث النفسية الاجتماعية.
- إضافة علمية إلى التراث العلمي مع الأخذ بعين الاعتبار الطابع الاجتماعي الجزائري لمشكلة الضغط المهني.
- بناء مقياس مصادر الضغط المهني يتلاءم وطبيعة مهام الممرض العامل في مصلحة الأورام.
- بناء مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني يتماشى مع طبيعة المجتمع الجزائري.

2- الأهداف العملية

- الكشف عن مختلف الاستراتيجيات المستعملة من طرف الممرضين العاملين بمصلحة الأورام لمواجهة المشكلات الناجمة عن الضغط المهني.
- الكشف عن مختلف مصادر الضغط المهني لدى الممرضين العاملين بمصلحة الأورام.
- الكشف عن أوجه الفروق بين الممرضين العاملين بمصلحة الأورام في استعمالهم لمختلف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني التي تعزى للجنس، السن، الخبرة المهنية والحالة المدنية.
- الكشف عن أوجه الفروق بين الممرضين العاملين بمصلحة الأورام في تعرضهم لمختلف مصادر الضغط المهني التي تعزى للجنس، السن، الخبرة المهنية والحالة المدنية.

رابعاً: أهمية البحث

مما لا شك فيه أن للممرض(ة) دوراً فعالاً وأساسياً في سير البرنامج العلاجي في أي مصلحة استشفائية كانت، وبالتالي فإن أي تأثير سلبي على الممرض(ة) ينعكس سلباً على دوره، وبالتالي على العملية العلاجية بأكملها. ويعتبر الضغط المهني من الظواهر السلبية التي ينجم عنها الإجهاد، كثرة الغياب، السلبية في التعامل مع المرضى، تشنج العلاقات مع رفاق العمل... إلخ، ويمكن الإشارة إلى أهمية البحث من خلال ما يلي:

1. يعتبر البحث في استراتيجيات المواجهة تجاه الضغط المهني من ضروريات الاهتمام بالصحة النفسية لفئة الممرضين العاملين بمصلحة الأورام، نظراً لتأثيرها السلبي على المرضى الذين هم في حاجة ماسة للرعاية والاهتمام.

- 2.الكشف عن مختلف مصادر الضغط المهني التي يصادفها العاملون بالتمريض
- 3.الكشف عن مختلف الاستراتيجيات الإيجابية التي تمكن المرضى من الوقاية من الضغط المهني، وتساعدهم على التمتع بحالة نفسية مستقرة، الأمر الذي ينعكس إيجابا على تحسين الأداء تجاه المرضى والمنظومة الصحية ككل.
- 4.الاستفادة من البحث لتنمية مهارات التعامل الفعال مع الضغط المهني التي تواجه المرضى للحد منها ضمن اهتمامات بحثية علمية لاحقة.
- 5.الاستفادة من العمل الراهن لمعرفة مختلف استراتيجيات التعامل مع الضغط المهني لدى المرضى وتطويرها بوضع برامج علاجية جماعية في المستقبل.

خامسا: حدود البحث

1- الحدود البشرية

سيقتصر هذا البحث على المرضى والممرضات العاملين بمصلحة الأورام بالمركز الاستشفائي فرانس فانون والمستشفى الجامعي حسيبة بن بوعلي بالبلدية، المركز الاستشفائي بيار وماري كوري بمصطفى باشا، المستشفى الجامعي ببني مسوس، المستشفى الجامعي بالروبية.

2- الحدود المكانية

يقتصر البحث على المرضى العاملين في المستشفيات الجامعية المذكورة أعلاه بولايتي البلدية والجزائر.

3- الحدود الزمانية

شرعت الباحثة في القيام بالدراسة الاستطلاعية بمصالح الأورام بالمستشفيات الجامعية التالية: (حسيبة بن بوعلي وفرانس فانون بالبلدية وبني مسوس بالجزائر العاصمة) في الفترة من أوت 2013 لغاية ديسمبر 2013.

4- الحدود الأداتية

لقد عمدت الباحثة لخوض غمار هذا البحث إلى بناء مقياسين: مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني، آخذة في الاعتبار البيئة الثقافية للمجتمع الجزائري.

5- الحدود الموضوعية

يقتصر هذا البحث على دراسة استراتيجيات مواجهة الضغط المهني في ضوء متغيرات الخلفية الفردية (السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية) للمرضين العاملين بمصالح الأورام.

سادسا: تحديد مصطلحات البحث

من أجل فهم متغيرات هذا البحث يتطلب الأمر تحديد المفاهيم الأساسية في الموضوع وهي على النحو التالي:

1- تعريف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

أ- التعاريف النظرية

- هناك العديد من التعاريف التي حددت مفهوم استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وذلك حسب التوجه النظري الذي ينتمي إليه كل عالم ولعل أهمها ما يلي:
- يعرف أتواتر (Atwater) استراتيجيات مواجهة الضغط المهني بأنها "أساليب تعامل يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقده توازنه وتتجاوز قدرته على التوافق".
 - ويعرفها شوبل (Schwebel) بأنها "استراتيجيات تساعد الفرد في الحصول على التوازن في الحياة اليومية الضاغطة" (حسين ط.، 2006، ص 65).
 - ويعرف (حسين والزيود، 1999) استراتيجيات مواجهة الضغط بأنها مجموعة من الأساليب أو الطرق والنشاطات الدينامية والسلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الموقف الضاغط لحل المشكلة وتخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها (الزيود، 2008، ص 87).

ب- التعريف الإجرائي لاستراتيجيات مواجهة الضغط المهني

تعرف الباحثة استراتيجيات مواجهة الضغط المهني بأنها مجموعة من الاستجابات السلوكية، المعرفية والانفعالية التي يستخدمها الممرض في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة في ميدان العمل لتحقيق التكيف والتوازن النفسي أو تخفيف آثارها.

ويتم قياس أساليب مواجهة الضغط المهني في هذا البحث بالدرجة التي يتحصل عليها الممرضون حسب إجاباتهم على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية المعد من طرف الباحثة. وقد تم تحديد مؤشرات هذه الاستراتيجيات إجرائيا كما يلي:

- **إعادة تجميع الطاقة:** نقصد بها مختلف السلوكيات والتصرفات التي يستعملها الممرض لاسترجاع نشاطه وتجميع قواه، بالاهتمام بمجالات أخرى مثل الاهتمام بأفراد أسرته كاللعب مع الأبناء، الخروج إلى الحفلات، زيارة الأقارب، ممارسة النشاطات الرياضية، القراءة، التسوق، القيام بالأشغال المنزلية، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه... إلخ، بهدف تجاوز الضغط المهني اليومي.
- **البحث عن الدعم الاجتماعي:** نقصد به سعي الممرض(ة) للحصول على المساندة من طرف الآخرين (أفراد الأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) بطلب العون والنصيحة والمساعدة، كالاستماع إلى مشاكله المهنية أو تقاسمها معه.
- **الإنابة إلى الله:** نقصد بها الطرق الدينية التي يلجأ إليها الممرض(ة) في أوقات الضغط عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات كمصدر للدعم الروحي، كما نقصد به اللجوء إلى الله بعد ضيق وشدة بالاستغفار والتسبيح والإكثار من الطاعات والنوافل لتجاوز الموقف الضاغط.
- **وضع انقطاعات:** نقصد به مختلف الإجراءات التي يلجأ إليها الممرض(ة) لتفادي الدخول في مواجهة الضغط المهني كأخذ عطلة مرضية، أخذ فترة استراحة، النوم، التغيب.
- **تجنب المشكل:** نقصد به مجمل النشاطات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط عن طريق الانشغال بوضعيات ونشاطات أخرى، أو التفكير في أشياء أخرى غير العمل، والتغيرات السلوكية التي تظهر على الممرض(ة) توحى بتجنب المواقف الضاغطة كالانعزال، الصمت، الحياد.
- **التفكير الإيجابي:** نقصد به التصرفات التي يلجأ إليها الممرض(ة) محاولاً إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف كالترث، استثمار ما حدث لاكتساب خبرة.
- **إيجاد حلول للمشاكل:** نقصد بها الطرق المعرفية وأنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الممرض، محاولاً من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغط المهني.
- **استراتيجيات مهدئة وملطفة:** تتضمن طرق التعامل مع الضغوط بروح من المرح والدُّعابة أو الصراخ والتعنيف، أو تعاطي المهدئات النفسية كالتدخين أو الإفراط في الأكل والشرب.

• **التخطيط:** ونقصد به أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الممرض(ة) تجاه الموقف الضاغط بحثا عن طرق مواجهة إيجابية كتنظيم عمله، القيام بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية، التنسيق مع زملاء العمل.

2- تعريف الضغط المهني

أ- التعاريف النظرية

تُحدد ضغوط العمل باعتبارها رد فعل انفعالي ومعرفي وسلوكي وفيزيولوجي للمظاهر السلبية والضارة لطبيعة العمل وتنظيمه وبيئته (Laurence Leruse, 2006, p. 15). ويعرف سيد عبد العال (2002) الضغط المهني بأنه مجموعة التغيرات الفسيولوجية، الجسمية والنفسية التي يعانها العامل أو الموظف كرد فعل لمجموعة من المثيرات المؤثرة عليه في بيئة العمل والتي لم يعد العامل أو الموظف قادرا على تحملها أو الوفاء بمتطلباتها (حسين س.، 2006، ص216).

بينما يعرف كل من Cobb و Rogers و French ضغط العمل بأنه عدم الموائمة أو عدم التناسب بين ما يمتلكه الفرد من مهارات وقدرات وبين متطلبات عمله. أما مارغليس وزملاؤه Marglis & al فيعرفونه بأنه "تفاعل بعض ظروف العمل مع خصائص العامل التي تسبب خللا في الاتزان البدني والنفسي للفرد (العميان، 2005، ص106).

ب- التعريف الإجرائي للضغط المهني

تتبنى الباحثة تعريفا للضغط المهني، فحواه تلك الصعوبات المادية والمعنوية المتكررة، التي تواجه الممرض في مجال عمله بحيث تتجاوز قدرته على التحمل، وتعيق تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، وذلك عن طريق قياس مصادره المتمثلة في: عبء العمل، صراع الدور، غموض الدور، قلة التقدم والترقية الوظيفية، طبيعة العمل في مصلحة الأورام، العلاقات المهنية ضمن التسلسل الوظيفي وبين الزملاء، ومع المرضى وأهليهم في البيئة المهنية، حسب المقياس المعد من طرف الباحثة لقياس مصادر الضغط المهني. ويمكن توضيح أبعاد المقياس كما يلي:

- **ظروف العمل:** ونقصد بها كل الظروف المادية المحيطة بمكان العمل من تهوية، وإضاءة، وضوضاء، ونظافة، وتجهيزات، ووفرة الأدوية التي تساعد الممرضين في أداء مهامهم في مكان العمل.
- **عبء العمل:** نقصد به كثرة الأعمال الواجب إنجازها في وقت وجيز وتعدد المهام المسندة للممرض والتي تتطلب منه قدرات ومهارات أدائية يفتقدها بسبب ضعف التكوين أو تفوق مستواه مما يجعله يشعر بالعبء ويسبب له ضغطاً مهيناً.
- **المناوبة الليلية:** يُقصد بها أن الممرض الذي يعمل بالنهار مُلزم بالعمل ليلاً مرة أو مرتين في الأسبوع ضماناً للمداومة. فالانتقال من العمل نهاراً إلى العمل ليلاً يؤدي إلى عدم التناغم بين الحياة العملية للممرض (ة) وحياته (ها) الاجتماعية (الأسرية).
- **غموض الدور:** نقصد به شعور الممرض بالضغط عندما لا يجد المعلومات اللازمة التي تمكنه من أداء مهامه بصورة سليمة حتى يتجنب الوقوع في أخطاء.
- **المسار الوظيفي:** ونقصد به تأخر النمو الوظيفي والافتقار إلى فرص الترقية وعدم القدرة على الرقي أو التقدم في السلم الإداري، مما يسبب الشعور بعدم الأمان الوظيفي للممرض.
- **العلاقات المهنية بين الزملاء:** ونقصد بها غياب المساعدة والمساندة من طرف زملاء العمل، والعمل في ظروف يسودها الصراع والاحتدام بدلا من التعاون والتآلف مما يولد ضغوطاً.
- **العلاقة مع الإدارة:** ونقصد به عدم تقدير العمل المنجز وكذلك تعطيل الترقية.
- **العلاقة مع المرضى وأسرهم:** ويقصد بها الأوضاع النفسية السيئة للمرضى وصعوبة إدارتها، وكذا المعاناة النفسية والمادية المصريح بها من طرف الأسر والتي يصعب أو يستحيل إدارتها، بالإضافة إلى المهام الروتينية للممرضين من تقديم الأدوية والحقن للمرضى.

3- العاملون في مهنة التمريض

تمّ التعريف الإجرائي للعامل في مهنة التمريض بأنه الشخص الحاصل على شهادة الكفاءة المهنية في التمريض، مساعد ممرض، الممرض الرئيسي. يعمل بمصلحة الأورام في قسم الأطفال وقسم الراشدين (نساء، رجال) والذي لديه مهام محددة (العلاج الكيميائي، العلاج بالأشعة، تقديم الأدوية اليومية، الحقن بالإبر والتضميد).

4- المتغيرات الفردية: وتمثلت فيما يلي:

➤ السن: وحدد بثلاث مراحل عمرية وهي:

- من 20- 35 سنة
- من 36- 50 سنة
- أكثر من 50 سنة

➤ الجنس: و يشمل كل من:

- الإناث
- الذكور

➤ الأقدمية المهنية: وحددت بثلاث فترات:

- اقل من خمس سنوات
- (6- 15 سنة)
- 15 فما فوق

➤ الحالة المدنية: وتشمل كل من:

- المتزوج
- غير المتزوج

سابعاً: الدراسات السابقة

يعتبر الضغط المهني من المواضيع المعاصرة التي نالت اهتمام الباحثين في شتى التخصصات العلمية، نظراً للآثار السلبية الناجمة عنه بالنسبة للأفراد أو المنظمات، وفي جميع الميادين الصحية، التربوية، الصناعية والإدارية.

الجدير بالتنويه أن معظم البحوث والدراسات حول الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة كانت في مجالات الصحة، والتربية والتعليم ضمن علم نفس العمل والتنظيم. وستتطرق في هذا البحث إلى الضغط المهني من المنظور النفسي الاجتماعي، انطلاقاً من محاولة الكشف عن مختلف الاستراتيجيات الممكنة اللجوء إليها لدى المرضين للتعامل مع الضغط المهني في ميدان العمل، أين يتفاعل الفرد مع مختلف الضغوط (Stresseurs) للتأقلم معها.

1- الدراسات التي تناولت الضغط المهني عند مهنيي الصحة

أ- الدراسات الأجنبية

- دراسة روجرز (Rogers, 1989) بعنوان: "مساعدة الموظفين على التعامل مع الاحتراق النفسي" (دراسة ميدانية).
هدفت إلى دراسة الضغوط الوظيفية لدى فئة المهنيين الذين يتعاملون مع الآخرين بشكل مكثف كموظفي الاستقبال، المحاسبين، المحامين، المرضين، رجال الشرطة، والعمال الاجتماعيين. وخلصت الدراسة إلى أن حوالي 20% من المهنيين في تلك القطاعات في الولايات المتحدة يعانون من درجة عالية من الضغط الذي يؤدي إلى "الاحتراق النفسي".
- دراسة تريشو و بورتير و D. Truchot, X. Borteyrou حول الاحتراق النفسي لدى الممرضات العاملات في مصلحة الأورام: مقارنة لنموذج المطالب-التحكم-الدعم (دراسة ميدانية).
- أجريت هذه الدراسة على الممرضات العاملات في مصلحة الأورام ضمن نموذج كرزك وتورال (Theorell و Karasek، 1990) (المطالب - التحكم - الدعم الاجتماعي). ولإنجاز هذه الدراسة تم أخذ بعين الاعتبار الإطار المحدد في مجال البحث بشأن ضغوط العمل، وحددت ثلاث مجموعات تم التركيز عليها وهي: (تحديد مصادر المطالب، تحديد

مصادر التحكم وتحديد مصادر تلقي الدعم الاجتماعي لدى الممرضات العاملات في مصالح الأورام. وبيّن تحليل المحتوى بتطوير استبيان تمّ الإجابة عليه من طرف 144 ممرضة. وكشف التحليل العاملي على وجود أربعة عوامل ضاغطة: "المتطلبات التنظيمية"، "مطالب المريض" "الدعم الاجتماعي" و"التحكم". أشار تحليل الانحدار الهرمي إلى أن المتطلبات والتحكم هي مؤشرات ذات دلالة عن الإنهاك والإجهاد العاطفي. كما لوحظ أن للدعم الاجتماعي تأثير مخفف للضغط. ومن جانب آخر تساهم بعض الضغوط الخاصة (كتلك المتعلقة بالعلاقات السيئة مع المرضى) بشكل كبير في الإنهاك.

▪ دراسة شوان (Shuan, 2005) بعنوان: "ضغوط العمل لدى مساعدات الرعاية في

منازل التمريض في تايوان: دراسة ميدانية على مساعدات الرعاية التمريضية".

هدفت الدراسة إلى الوقوف على مختلف ضغوط العمل، والعوامل التي لها علاقة بها، لدى عينة الدراسة المكونة من 110 مساعدات رعاية تمريضية، يعملن في تسع منازل للتمريض في وسط تايوان. وخلصت الدراسة إلى نتائج أهمها:

- وجود نسبة عالية من ضغوط العمل لدى المبحوثات.

- أبرز مسببات الضغط من وجهة نظرهن تتمثل في العوامل التالية: الدوام الليلي، عدم توفر التسهيلات الملائمة، حجم العمل الكبير، قلة الالتزام الديني وسوء الإدارة.

ب- الدراسات العربية

▪ دراسة رجاء مريم (2008): حول مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في

مهنة التمريض (دراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق).

هدفت الدراسة إلى قياس الضغوط النفسية المهنية التي تواجه الممرضات العاملات في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في ضوء أربع متغيرات: الحالة الاجتماعية، العمر، القسم أو شعبة العمل وعدد سنوات الخدمة. بنت الباحثة استبانة من (55) فقرة لقياس مصادر ضغوط العمل لدى الممرضات، وتكونت عينة الدراسة من (204) ممرضة تمّ اختيارهن بطريقة عشوائية عرضية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تشعر الممرضات بنسبة 78.9 %، أي بدرجات مرتفعة، بالضغط النفسية المهنية على الدرجة الكلية للمقياس المستخدم في البحث.
- وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفق متغير الحالة الاجتماعية على بُعد مصادر الضغوط المتعلقة بطبيعة العمل وبُعد العلاقة مع زملاء العمل وذلك لصالح الممرضات العازبات.
- وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفق متغير عدد سنوات الخدمة في المستشفى على بُعد مصادر الضغوط المتعلقة بالعلاقة مع الإدارة وذلك لصالح الممرضات اللواتي لديهن سنوات خبرة أقل.
- عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات الممرضات وفق متغير القسم أو شعبة العمل في المستشفى.
- دراسة رؤى ملحم 2008 حول الضغوط النفسية لدى العاملين في التمريض النفسي.
- دراسة ميدانية مقارنة بين العاملين في التمريض في مستشفى نفسي عام والعاملين في التمريض في مستشفى نفسي خاص (رسالة ماجستير).
- انطلقت الباحثة في عرض مشكلة الدراسة من أن الضغوط تسبب الكثير من الأعراض السلبية للفرد جسدياً أو نفسياً، لذا رأت أن عليها معرفة درجة الضغوط وتحديدتها لدى العاملين في التمريض النفسي في المشافي النفسية والعقلية بدمشق والمقارنة بينها.
- وقد تمثّل مجتمع الدراسة الأصلي من العاملين في التمريض النفسي في مدينة دمشق البالغ عددهم 140 فرداً، موزعين بين المشفى الخاص والعام، وبلغ عدد العينة 70 فرداً من المجتمع الكلي التي سحبت بالطريقة العشوائية. وأجريت الدراسة في الفترة بين 2007-2008.
- أما الأدوات التي استعملتها الباحثة فتمثلت في قائمة أعراض الضغط النفسي من إعداد ليلي شريف، مستعملة القوانين الإحصائية (ت/ستيودنت و ر/سبيرمان).
- توصلت الباحثة إلى جملة من النتائج لعل أهمها ما يلي:
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجة الضغط النفسي بين العاملين في التمريض النفسي في كلا المشفيين (العام والخاص).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجة الضغط النفسي بين الجنسين.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجة الضغط النفسي والعمر المهني.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجة الضغط النفسي والحالة المدنية لأفراد العينة.
 - دراسة محمد فرج الله مسلم أبو الحصين (2010) حول الضغوط النفسية للمرضين والمرضات العاملين في أقسام العناية المركزة وعلاقتها بكفاءة الذات في ضوء بعض المتغيرات (رسالة ماجستير).
- هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية للمرضين والمرضات الذين يعملون في أقسام العناية المركزة المختلفة في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة وعلاقتها بكفاءة الذات في ضوء بعض المتغيرات. طبق الباحث مقياس "الضغوط النفسية لدى المرضين والمرضات العاملين في أقسام العناية المركزة" ومقياس "الكفاءة الذاتية" وهما المقياسان الذين تم بناؤهما من طرف الباحث على عينة من المرضين بلغ عددها (234).
- توصل الباحث إلى النتائج التالية:
- يعاني المرضون والمرضات العاملون في العناية المركزة المختلفة في المستشفيات الحكومية من في قطاع غزة من ضغوط نفسية كبيرة قدرت بنسبة 64.73 %.
 - لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الضغوط النفسية وكفاءة الذات.
 - وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في الضغوط النفسية.
 - وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية وكانت الفروق لصالح غير المتزوجين.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حملة الدبلوم وحملة البكالوريوس في الضغوط النفسية في بُعد بيئة العمل، تعزى لمتغير المؤهل العلمي لصالح البكالوريوس وبين مؤهل 3 سنوات وبين البكالوريوس لصالح البكالوريوس ولم تتضح فروق في المؤهلات الأخرى.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الأقل من 3 سنوات والأفراد الأكثر من 9 سنوات في الضغوط النفسية في بعد العلاقة مع الزملاء الأطباء تعزى لمتغير سنوات الخبرة لصالح الأقل من 3 سنوات.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملون في العناية المركزة للبالغين والعناية المركزة للأطفال في بُعد العلاقة مع الزوار في الضغوط النفسية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة للبالغين.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير مكان السكن في الضغوط النفسية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملون في العناية المركزة للبالغين والعناية المركزة للقلب في البعد النفسي والعضوي وبُعد بيئة المكان والخدمات المقدمة في الضغوط النفسية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة للبالغين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملون في العناية المركزة للبالغين والعناية المركزة للمواليد في بُعد العلاقة مع الزملاء الأطباء في الضغوط النفسية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة للبالغين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملون في العناية المركزة للبالغين والعناية المركزة للأطفال في بُعد العلاقة مع الزوار في الضغوط النفسية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة للبالغين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملون في العناية المركزة للمواليد والعناية المركزة للقلب في بُعد المستلزمات الطبية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة للمواليد.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذين يعملون في العناية المركزة للبالغين والعناية المركزة للقلب في بُعد بيئة العمل تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة للبالغين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح ممرضين وممرضات العناية المركزة للبالغين في الضغوط النفسية.
- درجة الكفاءة الذاتية لدى الممرضين والممرضات كانت بنسبة 77.65%.

▪ دراسة أيمن عودة المعاني وعبد الحكيم عقلة وأخو رشيدة حول مصادر الضغوط العمل في المستشفى الجامعة الأردني: دراسة ميدانية.

هدفت الدراسة إلى تحليل ضغوط العمل التي يشعر بها الجهاز التمريضي في مستشفى الجامعة الأردنية، وذلك من خلال التعرف على مصادرها، وبيان أثر تلك المصادر على مستوى ضغط العمل الكلي، واختبار الفروق في مستوى ضغط العمل الذي يشعر به الباحثين تبعاً لاختلاف خصائصهم الديمغرافية. شملت الدراسة عينة عشوائية بلغت (300) ممرض وممرضة من العاملين في المستشفى. تم توزيع استبانة عليهم من تصميم الباحث. ومن أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- شعور الباحثين بضغوط متوسطة في العمل.
 - وجود أثر ذا دلالة إحصائية لمتغيرات ضغط العمل موضوع الدراسة على مستوى ضغط العمل الكلي.
 - عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى ضغط العمل الذي يشعر به الباحثون تعزى لخصائصهم الديمغرافية باستثناء متغيري المهنة والمؤهل العلمي.
- وخلصت الدراسة إلى العديد من التوصيات أهمها: إعادة النظر في الرواتب والحوافز، وإيجاد وصف وظيفي للممرضين، وتحسين ظروف العمل، والاهتمام بتطوير قدرات الممرضين وتدريبهم.

ج- الدراسات الجزائرية

▪ دراسة ليندة موساوي (2001): حول علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند الممرضين (رسالة ماجستير - جامعة الجزائر).

هدفت الدراسة إلى بيان تأثير بعض المتغيرات المهنية (كطبيعة المهمة، العلاقات داخل المستشفى، الأجر، الترفيه ووسائل العمل) والمتغيرات الفردية (كالسن، الجنس، الحالة المدنية) على درجة شعور الممرض بالضغط المهني، بتطبيق مقياس مصادر الضغط المهني من بناء الباحثة، وقد تم التوصل إلى:

- أن الممرضين والممرضات غالباً ما يعانون من الضغط المهني.
- أن هناك علاقات ارتباطية إيجابية بين المتغيرات وطبيعية المهمة.

- أن هناك علاقة بين طبيعة المهمة والضغط المهني.
- توجد علاقة بين العلاقات داخل المستشفى والضغط المهني.
- توجد علاقة بين الأجر والضغط المهني.
- توجد علاقة بين الترفيه والضغط المهني.
- توجد علاقة بين وسائل العمل والضغط المهني.
- لا توجد فروق بين فئات السن المختلفة فيما يخص الشعور بالضغط.
- لا توجد فروق بين الجنسين من حيث الشعور بالضغط.
- لا توجد فروق بين الحالة المدنية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق) من حيث الشعور بالضغط.

▪ دراسة جلولي شتوحي نسيم (2003): حول "الإنهاك المهني لدى الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة" (رسالة ماجستير، جامعة الجزائر).

- تعرضت هذه الدراسة لاستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين، وأجريت في بعض المستشفيات المتواجدة بمدينة سطيف وهي دراسة مقارنة بين ممرضي المصالح الطبية والعناية المركزة تجاه الضغط المهني، انطلقت من تساؤل صيغ على الشكل التالي: ماهي الاستراتيجيات التي يلجأ إليها الممرضون العاملون في المصالح الطبية والعناية المركزة لمواجهة الضغط المهني؟ ولتحقيق هذه الدراسة استعملت الباحثة مقياس ماسلاش للاحتراق المهني ذو الأبعاد الثلاثة وربطته بمختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:
- يعاني الممرضون من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإجهاد الانفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد فقدان الشعور التعاطفي وبعد نقص الشعور بالإنجاز.
 - يميل الممرضون إلى استخدام استراتيجية التجنب كأول استراتيجية للتقليل من شدة الاحتراق النفسي.

- يوجد فرق بين ممرضي المصالح الطبية والعناية المركزة في الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر.
- وجود فروق بين ممرضي المصالح الطبية والعناية المركزة في استخدام استراتيجيات المقاومة.
- لا توجد فروق بين الإناث والذكور في مستوى الاحتراق النفسي.
- لا توجد فروق بين الإناث والذكور في استراتيجيات المقاومة.

- لا توجد فروق في شدة الاحتراق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل.
- توجد فروق في استخدام استراتيجيات المقاومة حسب الأقدمية في العمل.
- دراسة ميهوبي فوزي (2008) حول المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين "دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصحية بالعاصمة" (رسالة ماجستير - جامعة البليدة).

هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا الكشف عن العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي. ولتحقيق هذه الأهداف صمم الباحث مقياسا لقياس المناخ التنظيمي (تمّ التحقق من خصائصه السيكومترية)، كما طبق مقياس الاحتراق النفسي لـ ك. ماسلاش (MBI) بعد التحقق من خصائصه السيكومترية كذلك، وطبقهما على عينة عددها 271 ممرضا (138 ذكور و133 إناث) وتمت الدراسة بـ 11 مؤسسة صحية على مستوى الجزائر العاصمة.

أسفرت نتائج الدراسة على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي، كما دلت على ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي.

- دراسة حياة بن مسعود 2008 حول تناذر الإنهاك المهني (الاحتراق المهني) لدى العاملين في التمريض في مؤسستين استشفائيتين جامعيتين بالجزائر الوسطى ومركز ببير وماري كوري (أطروحة دكتوراه في الطب - جامعة الجزائر).

تناولت الدراسة الجوانب الطبية والأرغونومية Ergonomique للاحتراق المهني للممرضين معتبرة مجال التمريض من أكثر المجالات تعريضا للإجهاد والضغط المهني، وهدفت الدراسة إلى معرفة ظروف ومنابع الضغط وآثاره على التوازن النفسي للممرضين واقترحت طرقا وقائية للاستعمال الميداني المهني من أجل الصحة النفسية.

لقد تمثلت الأدوات المستعملة في الدراسة الاستطلاعية في استبيان تمّ بناءه من طرف الباحثة بهدف جمع اقتراحات وملاحظات العينة الاستطلاعية عن الصعوبات المعاشة يوميا، أما في العمل الميداني مع عينة الدراسة، فقد قامت برصد زملة أعراض الاحتراق المهني باستعمال مقياس (MBI : Maslach Burn Out Inventory - 1980) لكريستينا ماسلاش المكيف حسب

المجتمع الفرنسي (علما أن للمجتمع الجزائري خصوصية ثقافية تختلف عن المجتمع الفرنسي). ومن جهة أخرى قامت بدراسة أرغنومية حول الضغط المهني بهدف تحديد العمل الحقيقي المنجز من عدة زوايا، للوصول إلى كشف الخلل في الأعمال المنجزة والبحث عن المحددات الأساسية لتحسين مستوى المؤسسة وظروف العمل للمرضين. استعملت شبكة ملاحظة مهيكلة متبوعة بمقابلة. تمت الدراسة من أكتوبر 2006 إلى غاية جويلية 2007 في المستشفى الجامعي بالجزائر الوسطى. وتمثل المجتمع الأصلي في العاملين بالتمريض بجميع أصنافهم.

و توصلت الباحثة إلى نتائج أهمها ما يلي:

- ارتفاع مستوى الاحتراق المهني عند أكثر من ثلثي أفراد العينة.
 - العمل في كلتا الوجدتين يشكل خطرا على الصحة العقلية والنفسية للمرضين.
 - نوعية العمل في التمريض مرتبطة مباشرة بظروف العمل.
- ومن توصيات الدراسة يمكن ذكر ضرورة إعادة الاعتبار لمهنة التمريض، الاعتراف والمكافأة لذوي الكفاءات، تطوير وتشجيع العمل في ميدان التمريض، تحسين المحيط المهني بالتركيز على ظروف العمل.

2- الدراسات التي تناولت استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

أ- الدراسات الأجنبية

- دراسة مارياج وشميت فوريي **A. Mariage & F. Schmitt-Fourrier**: حول دور الشخصية في استراتيجيات المواجهة لدى هيئة التمريض (دراسة ميدانية). هدفت هذه الدراسة إلى عرض نوع الاستراتيجيات المستخدمة من قبل طاقم التمريض في التعامل مع الضغوط المهنية التي يواجهها طاقم التمريض في بيئة المستشفى، وكذلك البحث عن العلاقة بين سمات الشخصية واستراتيجيات التكيف. كما بحثت في مدى انتشار الاكتئاب بين طاقم التمريض واستراتيجيات المواجهة المرتبطة بهذه الأمراض. تم جمع البيانات عن طريق استعمال MMPI-2 واختبار CISS على عينة عددها 68 موظفا في التمريض، وتتألف من الممرضات والمساعدين في التمريض. توصلت نتائج التحليل الإحصائي إلى إصابة العديد من الممرضين

بحالات اكتئابية والذين يستعملون الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال. قد طرحت الدراسة تساؤلا حول مدى كفاءة هذه الاستراتيجيات في التكيف مع الضغوط المهنية بهدف تقديم حلول مهنية لطاقتهم التمريض.

ب- الدراسات العربية

▪ دراسة (الهنداوي، 1994) بعنوان: "استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل" (رسالة ماجستير).

شملت الدراسة عينة من (400) شخص يعملون في المجال الصحي في المملكة العربية السعودية، ضمن تخصصات طبية وتمريضية وإدارية، بهدف التعرف على أثر جنسيتهم وطبيعة وظائفهم وأعمارهم على إدراكهم لمسببات ضغوط العمل الناجمة عن: عبء العمل، طبيعة العمل، السياسات التنظيمية، تقييم الأداء، تعارض الدور، المستقبل الوظيفي.

▪ وقد خلصت الدراسة إلى اختلاف إدراك الأفراد بحسب جنسيتهم وطبيعة وظائفهم وفتات أعمارهم لمسببات ضغوط العمل، كما أن العاملين بوظائف التمريض يشعرون بضغوط عمل أعلى مما يشعر به العاملون في الوظائف الطبية والإدارية.

▪ دراسة: أ. باسل مهدي الخضري 2008 حول "استراتيجية التأقلم المستخدمة من قبل الممرضين في مكان العمل: دراسة مقارنة" (رسالة ماجستير).

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الفروق في استخدام استراتيجيات التعامل من قبل الممرضين الذكور والإناث العاملين تحت الضغوط في مكان العمل، وقد حددت الضغوط بالاجتياحات التي تقوم بها قوات الاحتلال الإسرائيلية على قطاع غزة، كما هدفت الدراسة إلى التعرف أكثر استراتيجيات التعامل استخداما لدى الممرضين.

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، إضافة إلى الطريقة المقارنة في نتائج العينات. وقد بلغ عدد أفراد العينة 74 ممرضا و30 ممرضة اختيروا بطريقة عشوائية.

استعمل الباحث مقياس أساليب التكيف من إعداد (Folkman, Lazarus, Dunkel,) (1986, Schetter & Gruen) تعريب وتقنين سمير قوته (1997) حسب المجتمع الفلسطيني، حيث تمكن من الوصول إلى صدق المقياس بواسطة صدق الاتساق الداخلي، أما ثباته فتَمَّ حسابه

بواسطة التجزئة النصفية بين الفقرات باستعمال معامل بيرسون واستخدام معادلة سييرمان - براون التنبؤية ووصل إلى درجة عالية من الثبات: $r = 0.836$.

دلت نتائج الدراسة على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في أبعاد مقياس استراتيجيات التأقلم تعزى للجنس ولمكان العمل، بينما يوجد تأثير للتفاعل الثنائي بين نوع الجنس ومكان العمل على استراتيجية التأقلم تجاه ضغوط الاجتياحات الإسرائيلية. وفي الأخير خلص الباحث إلى توصيات هي:

- إقامة دورات تدريبية للممرضين تعمل على زيادة معرفتهم بأكثر استراتيجيات التأقلم فعالية وكيفية استخدامها في المواقف الضاغطة.
- العمل على توفير أعداد كافية من الممرضين للعمل في المستشفيات.
- الاهتمام بالتحقيق الصحي والتوعية للجمهور.
- المزيد من الدراسات التي من شأنها الكشف عن أكثر الضغوط التي يتعرض لها الممرضون والتي تعيق عملية التأقلم.

3- تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال مراجعة الدراسات السابقة الأجنبية، العربية والجزائرية والتعرف على إجراءاتها وأدواتها ونتائجها ومقارنتها مع بعضها البعض يمكن استنتاج الأمور التالية:

- رغم اختلاف البيئات التي أجريت فيها تلك الدراسات، وتنوع أنشطة التنظيمات التي طبقت عليها، وتنوع الثقافات التنظيمية فإن العاملين عموماً، والممرضين على وجه الخصوص، يعانون من ضغوط وظيفية بدرجات متفاوتة، مما يجعلها ظاهرة عالمية تسود التنظيمات في الدول المتقدمة والنامية على حد سواء. كما تشير تلك الدراسات إلى أن هذه الظاهرة في تزايد مستمر.

- تبرز الدراسات الجزائرية وجود ضغط مهني في قطاع الصحة، وبالخصوص لدى العاملين بالتمريض، ورغم قربها من موضوع بحثنا الحالي إلا أن الأدوات المستعملة بهدف جمع البيانات، وكذا فحوى الدراسات تختلف عن فحوى دراستنا التي تتناول الممرضين في مصالح الأورام.

- أشارت معظم الدراسات الأجنبية والعربية التي وقع الاطلاع عليها إلى وجود ضغوط مهنية، ورغم تعدد مصادرها إلا أنها أظهرت أسباباً مشتركة يعاني منها قطاع التمريض عموماً أهمها: عبء العمل، وتعارض الدور، وغموض المستقبل الوظيفي، ونقص الكفاءة التدريبية، والعدد الكبير للمرضى وكذا الخلافات مع الأطباء والإدارة.
- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة من حيث المنهج المتبع ميدانياً في طريقة تصميم أدوات قياس متغيرات البحث، الذي دعم التوجه إلى ضرورة بناء مقياس خاص يخدم موضوع البحث الحالي.
- أفادت الدراسات السابقة في معرفة الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات.
- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في إثراء الإطار النظري للبحث الحالي.

الجانب النظري

الفصل الثاني: الضغط المهني

تمهيد

1. تطور مفهوم الضغط
 2. تعريف الضغط
 3. النماذج والنظريات المفسرة للضغط المهني
 4. عوامل الضغط المهني
 5. مصادر الضغط المهني
 6. قياس الضغط المهني
- خلاصة.

تمهيد

من أهم المشكلات التي يواجهها المهتمون بموضوع الضغط بصفة عامة، والضغط المهني بصفة خاصة، هي محاولة التوصل إلى تعريف متفق عليه لمفهوم الضغط (حسين س.، 2006، ص92).

والمطلع على مصطلح الضغط يجد له العديد من التعريفات كونه شائعا بين كثير من التخصصات: الفيزيائية، الطبية، الاجتماعية والنفسية.

لقد لقي هذا المصطلح في مجال العلوم النفسية الاهتمام الكبير من طرف الباحثين ضمن بحوث ودراسات تناولت علاقة الضغط بالإنسان في حياته اليومية، كونه يعيش في بيئة تسود فيها المنبهات و المؤثرات المتنوعة، بغض النظر عن أسبابها المادية أو السيكولوجية. والبيئة هنا لا تقتصر على البيت أو المدرسة بل أيضا تشمل بيئة العمل، أين يقضي العامل معظم اليوم.

كما نجد أن مختلف التعاريف تنطلق إما من المصادر الضاغطة في البيئة التي يتواجد فيها الفرد أو من الأثر الناتج عنها أو من الجمع بينهما. وسنتعرض في هذا الفصل إلى أهم الأبحاث التي تطرقت لمفهوم الضغط، وكذا النماذج النظرية التي تناولت الضغط المهني، بالإضافة إلى التعرض إلى المصادر المختلفة للضغط ومختلف سبل قياسه.

أولا: تطور مفهوم الضغط

لقد تحدّث دارون Darwin عام 1872 ضمن نظرية التطور عن أن الإنسان والحيوان كلاهما يواجه الخوف على حد سواء بهدف تشييط العضوية عن مواجهة الخطر، لذا تم اعتبار الخوف في البداية كميكانيزم يستعمل لضمان الاستمرار في الحياة. ثم جاء كلود برنارد Claude Bernard (1915) ليشير إلى أهمية الاستقرار في حياة الفرد لمواجهة أحداث الحياة اليومية من مثيرات بيئية خارجية عنيفة تجعل الفرد غير قادر على الحفاظ على توازنه الداخلي، إذ بإمكانها تعطيل الجهاز العضوي بالتعرض إلى المخاطر: كالأضطرابات المختلفة، الأمراض بل والموت (Laurence Leruse, 2006, p. 7).

ثمّ ظهر مفهوم الضغط ابتداء من جهود العاملين بمجال الفيزيولوجيا الذين ركزوا اهتمامهم على المثيرات الخارجية والآثار الناجمة عنها من استجابات فيزيولوجية. ويعتبر هانس سيلي Hans Selye (1956) أول من استخدم مصطلح الضغط في المجال البيولوجي، والذي يشير

عنده إلى مجموعة التغيرات غير المحددة لأي مطلب أو حدث خارجي والمسببة للضرر، وعرف الضغط بعد ذلك بأنه الاستجابة الفيزيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسد لأي مطلب يقع عليه. (حسين ط.، 2006، ص 19).

ثم انتقل الاهتمام بمفهوم الضغط من الناحية السلوكية والمعرفية خاصة في الإطار التنظيمي. ونجد تعاريف مختلفة ضمن أطر نظرية متعددة: فبعضها ترى أن الضغط هو استجابة لمثيرات المحيط والأخرى تراه نتيجة لها، بينما التوجه الثالث يراه بمثابة تفاعل بين الفرد والمحيط (Laurence Leruse, 2006, p. 8).

ثم تطور المفهوم (الضغط النفسي) بقبوله كموضوع يستحق الدراسة وبشكل سريع خلال الثمانينات، بسبب الضرورة التي أوجدتها الأعداد الكبيرة للأفراد الذين يحتاجون إلى الرعاية والعلاج، وعلى الرغم من ذلك كان الضغط النفسي كموضوع، محطة للدراسات المتقدمة خلال هذا القرن من وجهة النظر القائلة بأن الأحداث الخارجية أو الصدمات النفسية هي التي تحدث اعتلالاً في الصحة (Puckett, 1993) نقلاً عن (ياغي، 2006، ص 24).

ثانياً: تعريف الضغط

1- لغويا

يترجم مصطلح (Stress) في اللغة العربية إلى عدة كلمات، كالضغط، الوطأة، الإجهاد (البعليكي، 1989، ص 916). ونجد أن أصل كلمة الضغط (Stress) هو إنجليزي مستمد من Distress ("الفتنة"، "البؤس" و"الإرهاق") (Sillamy, 1983, p. 651).

هذا وقد وردت في قاموس Oxford كلمة (Stress) بأنها إذا كانت اسماً تعني الضغط فهي حالة تسبب تأزماً (إذاً قيل أوقات من الضغط) فإن هذا يعني أوقات فيها مشاكل وخطر، وإذا قيل "تحت ضغط الفقر" فهذا يعني خوف وانفعال، ومن الناحية الميكانيكية تعني كلمة (Stress) التوتر أو القوة المبدولة أو المتولدة بين جسمين محتكّين فيما بينهما أو بين جزأين في جسم واحد (Horny, Gatenby and Wakefield, 1963). نقلاً عن (الخضري، 2008، ص 64).

كما وردت في معجم مصطلحات علم النفس كلمة Stress بمعنى الكرب، وهي حالة يكون عليها العضو الذي يستجيب إلى عامل خارجي يُحدث عليه ضغطا يثير اضطرابا نفسيا أو فيزيولوجيا (ألم، فرح أو إصابة ما... إلخ) (الخضري، 2008، ص64).

و ورد في اللغة العربية ثلاث مصطلحات هي: الضواغط (Stressors) والضغط (Stress) والانضغاط (Strain)، حيث جاءت الضواغط لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي - فيزيقية، اجتماعية، نفسية - والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما، أمّا كلمة الضغط (Stress) فتعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط، أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما، ويشير مصطلح الانضغاط إلى حالة الانضغاط التي يعانها ويثنّ منها الفرد، والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإرهاك والاحترق النفس. نقلا (بوفاتح، 2012-2013، ص51).

وفي قاموس روجيتس (Roget's,1988) نجد لكلمة (Stress) معنيين: الأول يدلّ على الإجهاد والثاني يدل على الصعوبة، وقد انحدرت من كلمة الإجهاد معاني كثيرة منها: بذل، جهد، ضغط، عبودية، مشاكل، آلام، واجبات، قرارات، استنفاد طاقة، يكافح ويكابد في طريقه، أحمال، استخدام أفضل الطاقات. وحين تعني كلمة (Stress) الصعوبة فقد وجد أنه يندرج تحتها المعاني التالية: قاسي، تناقض، معضلة، صعوبة التحمّل، عكس الموجة، يفقد الاتجاه، غير متأكد، محرج، غير قابل للتدبر، عناد، لا أمل، معقد، غير سهل الوصول (ياغي، 2006، ص9).

2- التعريف الاصطلاحي

يذهب المختصون إلى تعريف الضغط (Stress) تعريفا دقيقا بتمييزه عن بعض المفاهيم الأخرى منها:

أ - الضواغط (Stresseurs)

ويشير هذا المفهوم إلى العوامل أو المثيرات التي تستثير استجابة الضغط لدى الكائن العضوي، وتحدث تغيرات في الجانب الجسمي والنفسي لديه، وهذه التغيرات تسمى باستجابة الضغط ويردها لازاروس وكوهين (1977) إلى ثلاثة أنواع من المثيرات الضاغطة وهي:

- **النوع الأول:** مثيرات تؤدي إلى تغيرات رئيسية، وغالبا ما تحدث خارج سيطرة الفرد كالكوارث الطبيعية.
 - **النوع الثاني:** هي أحداث الحياة الرئيسية التي تحدث تحت سيطرة الفرد وتحكمه أو عدم سيطرته، ولكنها تؤدي إلى مستوى هام من التغيير في حياة الفرد، مثل ميلاد طفل، مرض صديق، وفاة شخص قريب...إلخ.
 - **النوع الثالث:** هي المنغصات اليومية، وهي خبرات ضاغطة تكون أقل درامية للفرد مثل فقدان مفتاح، الشعور بالوحدة...إلخ (حسين ط.، 2006، ص ص: 23-24).
- في حين يشير "باورز" و"برجيس" Bowers & Burgess (1994) إلى وجود شكلين من الضواغط:

- **الضواغط المادية (الفيزيقية):** وتتمثل في الحوادث والأمراض، الحرارة، والبرودة والضوضاء...إلخ.
- **الضواغط النفسية والاجتماعية:** كالامتحانات، والطلاق، والزواج...إلخ (مليكة، 2010-2011، ص32).

ب - الانضغاط (Strain)

فهو ناتج عن التعرض للضغوط على المدى الطويل، التي يعانها الفرد والتي تعبر عن ذاتها بالشعور بالإرهاك والإعياء.

ج - الضغط النفسي

يعتبر مصطلح الضغط النفسي من أكثر المصطلحات تداولاً من قِبل الباحثين على اختلاف تخصصاتهم العلمية ومنطلقاتهم الفكرية. فقد كان سبباً في عدم وجود اتفاق بينهم حول تعريف موحد لهذا المصطلح يرضي الأغلبية منهم (زهير، أبريل 2008، ص3).

يعرفه شافير Shafeer (2000) بأنه إثارة العقل والجسد ردًا على مطلب مفروض عليهما بمعنى أن الضغوط موجودة دائما وأنها خاصية الحياة (السهيلي، 2008، ص18).

ويعرفه جرينبرج Greenberg، (2004) بأنه يحدث فقط في المدى الذي يدرك فيه الفرد أن الموقف الذي يواجهه يتضمن بعض التهديدات، وأنه لن يستطيع أن يتكيف مع مطالب الموقف أو تلك المخاطر، بمعنى أن الموقف يخرج عن سيطرته (عبدالقادر، 2007، ص9).

ويعرف ديفيد فونتانا (Fontana) الضغط بأنه عبارة عن العنصر المحدد للطاقة التكييفية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات، وتستمتع بالاستثارة المتضمنة فيها، فإن الضغط يكون مقبولاً ومفيداً، أما إذا كانت لا تستطيع احتواء هذه المتطلبات، ووجود هذه الاستثارة يضعفها، فإن الضغط لا يكون مقبولاً وهو غير مفيد بل ضار (ياغي، 2006، ص12).

في حين يرى فيريري (Ferreri) أنّ الضغط عبارة عن علاقة الفرد بمحيطه ويمثل رد فعل تجاه تهديد ما، وهو تفاعل بين الموقف المهدّد ورد فعل الفرد كما أشار إليه "هانس سيللي". وهناك ضغط عادي بحيث تكون الاستجابة مناسبة، ويكون لدى الفرد أساليب المقاومة تسمح له بالتكيف، لكن في الضغط المرضي لا يستطيع الفرد تحقيق التكيف، ويؤدي ذلك إلى اضطرابات نفسية جسدية مزمنة ومستمرة (مليكة، 2010-2011، ص ص29-30).

يتضح من خلال التعاريف السابقة أن الضغط النفسي نال القسط الأوفر من الاهتمام رغم تناولاته المختلفة، فهناك من تعرض له لكونه نتيجة لمثيرات خارجية (Shafeer) وهناك من يرى بأن الضغط تفاعل بين الفرد ومحيطه (Lazarus) وهناك من يراه حالة تكيف مع الموقف الضاغظ (Ferreri) ويتبين ممّا سلف أنه رغم تعدد التعاريف، لم يستطع الباحثون الوصول إلى تعريف موحد إلاّ أن مجمل التعاريف تتفق على أن الضغط هو:

- استجابة تكيفية لبيئة الفرد.
- أن للمحيط الخارجي دور في حدوث الضغط وهو مصدرا له.
- أن لخصائص الفرد دور في الاستجابة لهذا الضغط.

د - الاحتراق النفسي (Burnout)

يشير إلى حالة من الإنهاك العقلي والانفعالي والجسمي التي تعترى الفرد والتي تنشأ نتيجة التعرض المستمر للضغط، ويعتبر الضغط النفسي سببا في الاحتراق النفسي إذا استمر ولم يستطع

الفرد التغلب عليه. وتمّ تحديد مراحل الاحتراق النفسي حسب الباحثة الأمريكية في علم النفس الاجتماعي كريستينا ماسلاش Christina Maslach في المراحل الثلاث التالية:

- **الانهك الانفعالي** (l'épuisement émotionnel): حيث يفقد الفرد طاقته ويعتريه شعور بالفراغ وينتابه إعياء انفعالي وجسمي، وعند أخذ قسط من الراحة لا يحصل على التحسن المطلوب.
- **تبلد المشاعر** (La dépersonnalisation): وتمثل البعد البيئشخصي للاحتراق ويتمثل في ظهور ردود سلبية تجاه الآخرين (رفاق العمل، المرضى، الزبائن) كالصلابة في العلاقات والتأخر عن مواعيد العمل، تأجيل الأمور المتعلقة بالعمل، الانسحاب الاجتماعي والشعور بالتعب المستمر.
- **الانهك** (L'échec de l'accomplissement personnel): ويتمظهر في نظرة الفرد المتدنية لكفاءته وإحساس قوي بالفشل وانخفاض في مستوى تقدير الذات والشعور بعدم فائدته وشيوع الإحباط لديه (Grebot, pp. 108-109).

3- التعريف الاصطلاحي للضغط المهني

تشير مختلف الأدبيات حول الضغط المهني بأن هناك ثلاث مقاربات مختلفة رغم أنها تتداخل في دراستها وتعريفها للضغط وتتمثل في التصورات النظرية التالية:

- **التصور النظري الأول (البيئي)**: يعتبر الضغط المهني متعلقا بخصوصية البيئة المهنية الضارة كما تشير إليه بعض الدراسات من حيث وجود علاقة بين بيئة العمل الضارة وما تسببه من مشاكل صحية.
- **التصور النظري الثاني (الفسولوجي)**: الذي يعرف الضغط انطلاقا من التأثيرات الفسيولوجية نتيجة مجموعة من المنبهات الضارة، وهذا يعني أن الرد على البيئة السلبية يكون بصورة فسيولوجية.
- **التصور النظري الثالث (النفسي)**: الذي يعتبر الضغط المهني محصلة التفاعلات الدينامية بين الفرد ومحيطه البيئي المهني. ويستدل عليه من خلال التفاعلات الموجودة بين الشخص والبيئة، أو من خلال مستوى العمليات المعرفية وردود الفعل الانفعالية التي تكمن وراء

هذه التفاعلات. ويعتبر هذا التصور للضغط النفسي بمثابة النظرية المعاصرة للضغط.
(Rial-González, 2006, p. 32)
وحسب لازاروس و فلكمان (1984) فإن الضغوط المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقّة ومرهقة، وتتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد، ويمثل الاحتراق المرحلة النهائية في عجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل، والذي يظهر في شكل أعراض جسمية، انفعالية وسلوكية.
(حسين ط.، 2006، ص28).

ويرى بارون Baron بأن "الضغط النفسي في العمل هو محصلة لحالتين مختلفتين، تشير الأولى لظروف العمل المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد في مكان العمل، والتي تسبب له الضيق والتوتر، ويطلق على هذه الظروف اسم مصادر الضغوط Stressors في حين تعني الثانية الأثر الذي تحدثه هذه المصادر من ردود فعل نفسية المتمثلة في الشعور غير السار الذي ينتاب الفرد.
نقلا عن (مريم، 2008، ص482).

ويعرف موس وفونتانا وفركير (Fontana, 1990; Moors, 1994; Verquerre, 1995) الضغط المهني بأنه ظاهرة ديناميكية يظهر عندما تكون المطالب أقوى من قدرات التكيف غير الفعالة للفرد أمام هذه المطالب، بينما يرى كل من كرزك و تيورال (Karasek & Theorrell, 1990) أنه يمكن أن ينتج الضغط المهني عندما تكون المطالب ضعيفة مقارنة بالكفاءات الموجودة لدى الأفراد (Piquemal-Vieu, Dec .2001, p. 87).

أما كابلان Caplan وآخرون فيعرفون ضغط العمل " بأنه أية خصائص موجودة في بيئة العمل التي تخلق تهديدا للفرد"، ووفق تعريف Cooper & Marshal للضغوط المهنية، فإنهما يقصدان بها "مجموعة العوامل البيئية السلبية مثل (غموض الدور، صراع الدور، وأحوال العمل السيئة والأعباء الزائدة) والتي لها علاقة بأداء عمل معين (Delaunois M. , 2000-2001, p. 160).

ويرى سيزلاجي وولاس Szilagy & Wallace أنه يمكن تحديد ثلاث عناصر للضغوط

هي:

- **عنصر المثير:** الذي يشتمل على المثيرات الأولية الناتجة عن مشاعر الضغوط. وقد تأتي هذه العناصر من البيئة أو المنظمة أو الأفراد.

- **عنصر الاستجابة:** ويتكون من ردود الفعل الفيزيولوجية والنفسية والسلوكية التي يبديها الفرد مثل الإحباطات والقلق والتوتر وغيرها.
 - **عنصر التفاعل:** وهو العنصر الذي يحدث التفاعل ما بين عوامل المثيرات والاستجابات، ويأتي هذا التفاعل من عوامل البيئة، والعوامل التنظيمية في العمل، والمشاعر الإنسانية وما يترتب عليها من استجابات (عبدالقادر، 2007، ص10).
- أما الوكالة الأوروبية للأمن والصحة المهنية فقد اعتبرت الضغط كنتيجة لتفاعل الفرد مع بيئته المهنية، ويكون ظهور حالة الضغط عندما يحدث خلل أو عدم توازن بين مدركات الفرد للالتزامات المهنية المطلوب منه القيام بها، والتي يفرضها عليه محيطه المهني، وبين قدراته الشخصية للقيام بها (Legeron, 2008, p. 812).
- تدرج معظم التعاريف التي قدّمت لمصطلح الضغط المهني ضمن واحدة من الفئات الثلاثة التالية:

- **تعاريف تقوم على أساس المنبه:** وفق هذا الطرح يعرف الضغط على أنه القوة (المنبه) التي تؤثر على الفرد مما يؤدي إلى حدوث استجابة توترية.
- **تعاريف تقوم على أساس الاستجابة:** وفق هذا الطرح يعرف الضغط على أنه الاستجابة الفسيولوجية والسيكولوجية التي يقوم بها الفرد لمصدر بيئي مُجهّد.
- **تعاريف تقوم على أساس المنبه والاستجابة:** وهي عبارة عن مزج بين المدخلين السابقين. ووفق هذا الطرح يُعرّف الضغط على أنه نتيجة للتفاعل الموجود بين منبه بيئي واستجابة المزاج الذاتي الخاص بالفرد (أي الفروق الفردية). (زهير، أبريل 2008، ص ص 4-5).

تعقيب:

- على الرغم من تعدد التعاريف التي بلورها العلماء والباحثون وتباينها، فإن الباحثة ترى أن هذه التعاريف لا تتضمن مفاهيم مختلفة وإنما تتضمن مفاهيم يُكمل بعضها بعضاً، وتشارك جميعها في مفهوم يشتمل على كافة العناصر التي يحتويها الضغط المهني فهي تتفق على أنه:
- ناجم عن ضغوط العمل التي يواجهها الأفراد العاملون في المؤسسات التي يعملون فيها.

- أن الضغط ظاهرة نفسية تصيب العاملين وتمثل بالتعب النفسي، وتكوين اتجاهات سلبية نحو العمل، وقلة الإنجاز الشخصي.
- يؤدي إلى انخفاض الحيوية للفرد المصاب به، وانخفاض مستوى الإنتاجية الفردية.
- تنعكس آثاره على الفرد العامل وعلى المؤسسة التي يعمل فيها، وعلى الأفراد المستفيدين من خدمات المؤسسة.

ثالثاً: النماذج والنظريات المفسرة للضغط المهني

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط الذي عرف تطبيقاتها في الميدان المهني نجاحاً باهراً. فالعديد من الدراسات حاولت عزل العوامل المؤدية للضغط وتحديدتها عن طريق دراسات كمية ضمن تقارير أدرجت مختلف مظاهر التوتر (الفيزيولوجية، النفسية، السلوكية)، وهذه الخطوة أعطت الفرصة بحصر عوامل الضغط من جهة، ومن جهة أخرى سمحت بتطبيق بعض النماذج إجرائياً حول الضغط (Peterson, p. 13).

وعليه سوف يقع إدراج البعض منها ليس بهدف الحصر وإنما لتوضيح أبعادها في تناولها للضغط المهني ضمن أطر نظرية مختلفة.

1- النموذج البيولوجي لهانس سيلبي (Hans Selye)

يُعتبر الضغط بالنسبة لهانس سيلبي (1956) استجابة العضوية إلى متطلبات المحيط. ويتجسم بتمظهرات عضوية غير محدّدة، تمثل الاستجابة لتهديدات مادية خارجية (Stressors). وقد وضع هانس سيلبي تصوراً نظرياً معروفاً لهذه الاستجابة أطلق عليه اسم "التناذر العام للتكيف" (Le Syndrome Général d'Adaptation - SGA)، الذي تقوم فيه العضوية باتخاذ التدابير اللازمة عند تتعرض للضغط لمواجهة حسب المراحل الثلاثة التالية:

أ- مرحلة الإنذار (Alarme)

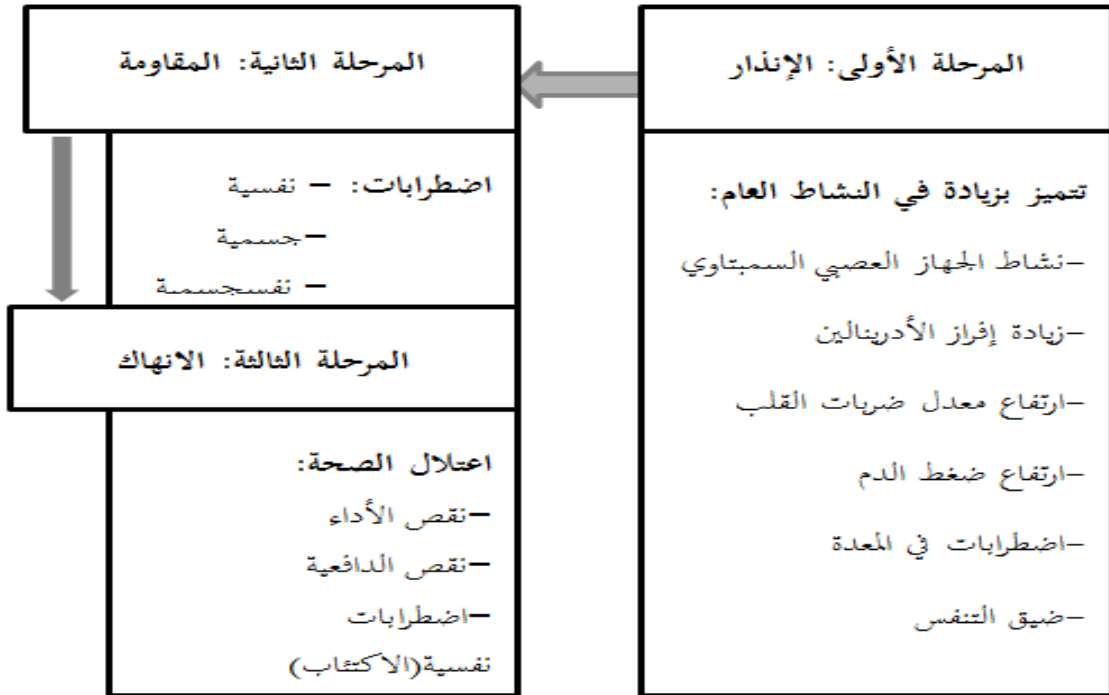
وهي المرحلة الأولى أين تكون فيها مقاومة الفرد للضغوط ضعيفة، حيث تنشط فيها الآليات الدفاعية لدى الفرد، ويحدث قصور في وظائف الأعضاء بسبب ضعف وصول الدم إليها مما يسبب انخفاضاً في ضغط الدم الذي يتسبب بدوره في مجموعة من التغيرات، وتعتبر هذه المرحلة قصيرة وسريعة جداً تدوم لدقائق وفي بعض الحالات تستمر ساعات وهي بمثابة إنذار وتنبه للجسم.

ب- مرحلة المقاومة (Résistance)

في هذه المرحلة يصل الفرد إلى أقصى حد من التكيف، وفي أحسن الأحوال يعود إلى التوازن، وتكون أعضاء جسم الإنسان في حالة تيقظ تام كرد فعل للضغوط، فيزداد معدل ضربات القلب، وتزداد وتيرة التنفس، ويزداد إنتاج الطاقة التي تمكن الفرد من المقاومة أو الهروب، فإذا تكيف الكائن انتهى الأمر عند هذا الحد، وإذا استمر الضغط ولم يحدث تكيف يحدث ما يسمى بالإجهاد. إلا أن استمرار مسببات الضغوط يؤدي إلى الانتقال إلى المرحلة الأخيرة.

ج- مرحلة الإنهاك (Epuisement)

هنا تنهار آليات التكيف ويصل الفرد إلى هذه المرحلة عندما تستمر الحالة في التدهور، فيتواصل الضغط النفسي، ويستنفد الجسم جميع احتياطياته ولا يتمكن من الاستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية، فتفشل الوسائل الدفاعية للجسم وتظهر علامات الإعياء تدريجياً، وتتوقف قدرة الفرد على التوافق، كما تتوقف عملية بناء الأنسجة ويضعف الفرد بشكل عام، وقد يصاحب ذلك أعراض الاكتئاب أو السلوك الذهاني والمرض الجسدي وربما الموت أحياناً (الأحمدي، 2002، ص33)، ويمثل الشكل الموالي المراحل المذكورة بوضوح. الشكل (1): يبين مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها وفق نموذج سيلبي (بكر، 2007، ص42).



- أما عن عوامل الضغط فترجعها هذه النظرية إلى ثلاثة عوامل هي:
- عوامل الضغط الجسدي: مثل الأحداث المزعجة، الحوادث والآلام الجسدية... الخ.
 - عوامل الضغط النفسي: مثل القلق، الانفعال، المخاوف بأنواعها، الإرهاق الفكري.
 - عوامل الضغط الاجتماعي: مثل الصراعات المهنية والعلاقات الاجتماعية السيئة والعزلة (بكر، 2007، صفحة 35).

2- النموذج التفاعلي

و يتضمن بدوره على عدّة نماذج مختلفة حسب منطلق كل مفكر ونذكر منها:

أ- نموذج التقدير المعرفي لازاروس

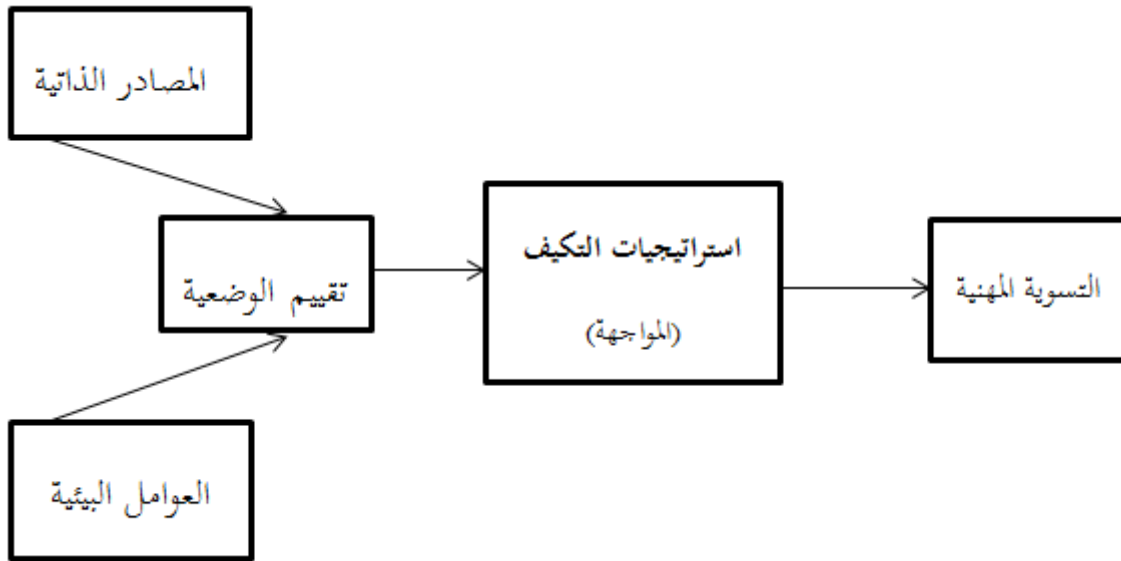
يميز هذا التناول التفاعلي بين ثلاث مجالات من التأثير: المحيط، السياق (الموقف النفسي) والفرد. ويعرّف لازاروس الضغط بأنه الاختلاف الحاصل بين متطلبات المحيط وقدرة الفرد على الاستجابة لها (Peterson, p. 13).

وقد اهتم كل من لازاروس وفلكمان Lazarus & Folkman (1984) بالأبعاد السيكولوجية والمعرفية حيث يكون الفرد والبيئة في علاقة ديناميكية ومتبادلة ذات اتجاه ثنائي، أي أن المثيرات البيئية ليست هي سبب الضغط الذي يشعر به الفرد، وإنما هو نتيجة للتفاعل بينها بتدخل طريقة إدراك الفرد لهذه المثيرات وتقييمه لها. وقد أشار لازاروس إلى دور العمليات الذهنية التي يتم من خلالها فهم وتقييم أهمية المثير، ومدى القدرة على التكيف معه ومواجهته في تحديد استجابة الفرد للضغوط، لذا يرى بأن هناك عمليتان رئيسيتان تتحكّمان في العلاقة بين الفرد ومحيطه وهما: التقييم والمواجهة، وهما جوهر الاتجاه المعرفي.

ويرى أن هناك ثلاث مستويات من التقييم كما يوضحه الشكل (2):

- **التقييم الأولي:** يعمل الفرد على معرفة نمط وتحديات الوضعية، فيما إذا كان هناك دلالة على وجود خطر أم لا، التي تتحدّد على أساسها استراتيجيات المواجهة.
- **التقييم الثانوي:** يسمح بتحديد الوسائل التي سيعتمدها الفرد في تجاوز الوضعية أو الاستفادة منها أو تعديلها، ثم النظر في استراتيجيات التعامل المختلفة معها: الإنكار، التجنب، التغيير... الخ.

- **إعادة التقييم:** يتعلق بتغيير التقييم الأولي، ويستند هذا التغيير على توفر معطيات جديدة عن البيئة أو عن الشخص (Peterson, p. 14).
و قد ركز كل من لازاروس و فلكرمان (1984) على هذه المستويات الثلاثة للضغط وطريقة تمثيلها على المستوى (الاجتماعي والنفسي والفيسيولوجي).
الشكل (2): يبين نموذج فلكرمان و لازاروس (1984) (Legeron, 2008, p. 23).



ب - نموذج (الإلزام- الاستقلالية - السند الاجتماعي) لروبير كارزاك

تم تطوير هذا النموذج من طرف العالم السوسولوجي السويدي روبرت كارزاك (Robert Karasek) (1990) وأطلق عليه أيضا اسم النموذج التفاعلي، لكونه ينطلق من افتراض أن هناك تفاعلا بين بعدين في وضعية العمل. حيث يخص البعد الأول عرض القرار التي يتمثل في (درجة الضبط، الاستقلالية في القرار)، أما البعد الثاني فيتمثل في المطالب البيئية (أعباء الوظيفة، سرعة الأعمال، طول ساعات العمل، تنظيم الوقت، الأوقات المخصصة للمهام، حجم الأعمال، المتطلبات الفكرية)... (Karasek & Theorell, 1990) نقلا عن (Probst, p. 12)

وينطلق هذا النموذج من افتراض أنه عندما يكون مستوى أخذ القرار مرتفعا أو متحكما فيه، فإن ذلك يسمح بتخفيض الآثار السلبية للمطالب البيئية المهنية على الصحة. وحسب

كرازاك 1979 عندما يكون مستوى المطالب المهنية مرتفعا مع انخفاض مستوى أخذ القرار، ينجم عن ذلك مستوى عاليا من الضغط (Guillet, 2013, p. 3).

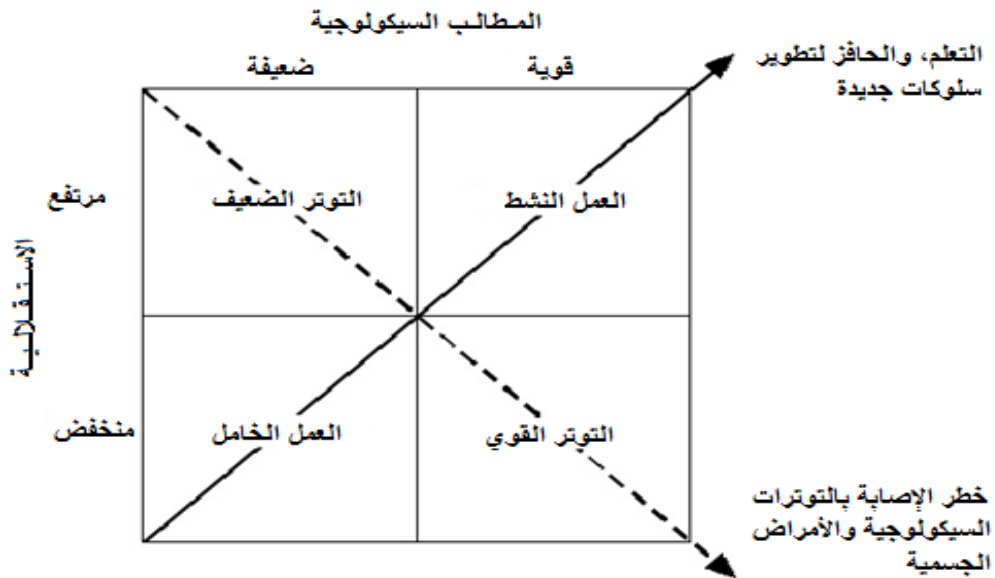
وتشمل المطالب السيكلوجية كل من (كمية المهام المطلوب إنجازها والالتزام بالوقت المحدد للقيام بها). ومن مظاهر العمل التي تصادف المطالب السيكلوجية المرتفعة هي: الحجم الكبير من الأعمال، العمل السريع التركيز والكبير في إنجاز العمل لمدة طويلة، مطالب متضاربة، القطع في أداء المهام، نقص الوقت في إنجاز المهام.

أما اتخاذ القرارات فيتمثل في بعدين:

- **البعد الأول:** هو الاستقلالية في اتخاذ القرار الذي يمنح للفرد القدرة على مراقبة عمله.
- **البعد الثاني:** يتمثل في استخدام المهارات التي من المحتمل أن تكون خلاقية وتطور مهارات الفرد في عمله. وتتمثل مظاهر العمل التي تشجع الاستقلالية في اتخاذ القرارات لدى العامل في: أن تكون خلاقية، إنجاز عمل متنوع، استخدام مستوى عال من التأهيل، تعلم أشياء جديدة وتطوير المهارات الشخصية. (Benmessaoude, 2008, p. 15)

و قد قام كرازاك و توريل بتصنيف وضعيات العمل إلى أربع فئات حسب الشكل (3).

الشكل (3): يبين مخطط النموذج السلوكي لكرازاك 1980



فالموضيعات التي تتصف بضعف الاستقلالية وشدة الالتزامات، ستكون الأكثر توترا وستؤدي إلى خطر الإصابة باضطرابات جسمية ونفسية، بينما الوضعيات التي تتميز بالالتزامات شديدة ودرجة كبيرة من الاستقلالية، ستكون وضعيات محفزة وملائمة للصحة بحيث تدفع العامل إلى تطوير سلوكيات جديدة. في حين أن الوضعيات التي تتطلب القليل من الاستقلالية وقليلًا من الالتزام فيطلق عليها الوضعيات الحاملة. أما الوضعيات التي تتطلب التزامات ضعيفة واستقلالية كبيرة لا يوجد بها توتر (Probst, p. 13).

وقد أضاف كرزك Karasak إلى نموذج العامل الثالث آخذًا بعين الاعتبار العلاقات الإنسانية في ميدان العمل، والمتمثلة في الدعم الاجتماعي من الزملاء والرؤساء الذي هو بمثابة الوسيط والمعدّل للضغط. ويتمثل هذا الدعم الاجتماعي من الزملاء في العمل الجماعي، والاستماع، وتقاسم الخبرات في العمل. أما الدعم الاجتماعي من الرؤساء فيظهر من خلال القيادة المناسبة، والاستماع والاستجابة للاحتياجات والاحترام، لذا طوره فيما بعد إلى نموذج (الإلزام - الاستقلالية - السند الاجتماعي). (Benmessaoude, 2008, p. 14).

وقد انتقد هذا النموذج من عدة أوجه منها:

- كونه اهتم بالشريحة الذكورية فقط.
- قام بوصف العمل في المؤسسات التنظيمية الصناعية.
- سمح نموذج كارزك بدراسته المستمرة بتكرار الأمراض الوعائية القلبية.

3- النموذج التعملي للضغط لـ "ماكاي و كوبر" (Mackay et Cooper) (1987)

ويُعرف بنموذج التعامل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها، ويُوصف الضغط بأنه جزء من منظومة معقدة ودينامية من التحولات (التعاملات) بين الفرد والبيئة، ويركز هذا النموذج المقدم من طرف ماكاي و كوبر (1987) على مفهوم التوازن بين المطالب (الداخلية والخارجية) والمصادر (الداخلية والخارجية) ويحددانها كما يلي:

- المطالب الداخلية: تتمثل في الرغبات، الصرامة... إلخ.
- المصادر الداخلية: تتمثل في القدرات البدنية، التجارب، المهارات والخبرات... إلخ.
- المطالب الخارجية: تتمثل في الإنتاج، النوعية... إلخ.
- المصادر الخارجية: تتمثل في الآلات، الأدوات... إلخ (De Keyser, 1996, p. 4).

عند التقييم المعرفي للوضعية المهنية من طرف الفرد ضمن هذا النموذج، ينتج شعور بعدم التوازن نتيجة الضغط و بروز استراتيجيات مواجهة، هذه الأخيرة تتحدد بسلوكيات تؤثر بدورها على المصادر والمطالب، وتُحدد أيضا الآثار الفيزيولوجية التي تؤثر بدورها على الإدراك والتقييم المعرفي للوضعية.

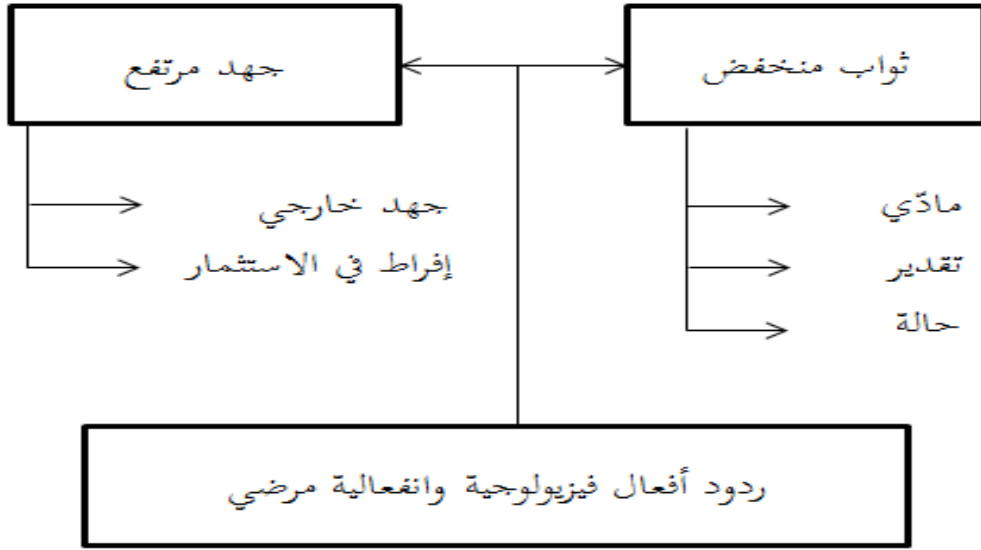
ويوضح هذا النموذج كيف تستطيع المصادر والمطالب، والسلوك والصحة، أن تتفاعل فيما بينها على مرّ الزمن، وينجم عنها ضغط في حالة الاختلال بين المنابع والاستعدادات (Delaunois M. , 2000-2001, p. 25).

4- نموذج الاختلال بين الجهد/الثواب Siegrist (2000)

الافتراض الذي ينطلق منه Johannes Siegrist (1986) كم هو مبين في الجدول (4)، وهو أن كل وضعية عمل تتسم بالجمع بين الجهد المرتفع وانخفاض المكافأة، سينتج عنها حتما ردود فعل مرضية على المستوى الانفعالي والفسولوجي. ويذهب إلى تحديد مصدرين للجهد المبذول في العمل إما داخلي أو خارجي. حيث يرتبط الجهد الخارجي بضيق الوقت والانقطاع المتكرر والمسؤوليات العديدة مع بذل الجهد البدني.

أما الجهد الداخلي فيتمثل في المواقف التي تترجم فرط الاستثمار في الدوافع المتعلقة بالإفراط في إنجاز العمل كالشعور بالواجب، الحاجة الفطرية للتفوق والتحديات. ويرى أن هناك ثلاثة أبعاد هامة للمكافآت والاعتراف وهي: المكافآت المالية، والمكافآت الاجتماعية والعاطفية، والمركز الوظيفي (آفاق الترقية والأمن الوظيفي) (Benmessaoude, 2008, p. 16).

الشكل (4): يمثل نموذج عدم التوازن بين الجهد والثواب في العمل لـ (Siegrist,1996) نقلا عن (Legeron, 2008, p. 23).



5- النموذج البيئي- الاجتماعي

ظهر هذا النموذج بمناسبة بلورة النظرية البيئية-الاجتماعية بجامعة ميشيغان، حيث هدفت دراساتها إلى توفير إطار نظري للبحث في تأثير العمل على صحة الفرد، ويعتبر كارن فرانك K.French أول رواد هذا النموذج الذي أسماه بالنموذج البيئي الاجتماعي للضغط، وقد حاول هذا النموذج أن يطور نظرية شاملة للصحة النفسية، واستعمله البعض كأساس لتتبع الدراسات والبحوث بدءاً بالمجهودات التي تتعلق بفهم بيئة العمل الموضوعي، وانتهاءً بدراسات الصحة والأمراض ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بالضغط (كشروود، 1995، ص320).

ووفق التصورات الأولية لهذا النموذج، فإن البيئة تؤثر على إدراك الفرد لها، مما يؤثر بدوره على استجابته ومن ثم على صحته (الأحمدى، 2002، ص35).

وضمن هذا النموذج يعرف العالم "ميكانيك" الضغط بأنه عبارة عن استجابات غير مريحة يقوم بها الفرد في مواقف معينة، وتتوقف هذه الاستجابات للموقف الضاغط على أربعة عوامل هي:

- طاقة وقدرة الفرد.
- المهارات والمحاولات الناتجة عن التطبيقات الجماعية والتقليدية.
- الوسائل المعطاة للفرد من قبل البيئة الاجتماعية.

• المعايير التي تحدد أين وكيف يستعمل الفرد هذه الوسائل.

فعندما يشعر الأفراد بأنهم ليسوا مستعدين لمواجهة الموقف الضاغط فإنهم يمرون بخبرة تتمثل في عدم الراحة المفرطة، وتنتج تلك المشاعر من فقدان المعلومات الملائمة والمهارات الناتجة عن جهل الفرد بالموقف أو عن بعض الخصائص الشخصية للفرد، مثل: انخفاض الثقة بالنفس، وبصفة عامة فإن الأفراد الذين لديهم مهارات واستعدادات أكثر من غيرهم تكون لهم القدرة على مباشرة العمل بثقة تامة أفضل من غيرهم ممن لا يملكون هذه الخصائص.

إن التحكم بنجاح في الموقف والمشاعر التي تتأثر أثناء عملية المواجهة تتسم بقابلية الانعكاس، وطبقا لوجهة نظر "ميكانيك" فإن قابلية الانعكاس تتوقف على الوسائل التكوينية التي تشمل السلوك والأفكار المناسبة لموقف الفرد ومشاعره حوله. ويواصل قوله "أنه عندما يكون السلوك مناسباً أو موافقاً لمتطلبات الموقف، فهذا يسمى سلوك التعامل (كشروود، 1995، ص303).

ويقترح فرانش وزملاؤه (French et al, 1982) نموذجاً يفسر طبيعة العلاقة بين الفرد والمحيط ويعطي تفسيراً لاختلاف سلوكياتهم (Person-Environnement-Fit). ويرى فرانش وزملاؤه أن حالة الضغط هي نتيجة غياب العلاقة بين المحيط المهني (الذي تتعدد متطلباته ومكافآته) والأفراد (الذين تتعدد منتظراتهم وقدراتهم) فالضغط ينجم كنتيجة عن حالتين:

- الحالة الأولى عندما يحدث عدم التكافؤ بين قدرات الفرد ومتطلبات المهام.

- الحالة الثانية عندما يحدث عدم التكافؤ بين حاجات الفرد والرضى عن أداء المهام (المكافأة).

ويقترح هذا النموذج أيضاً ضرورة التمييز بين الواقع الموضوعي والإدراكات الذاتية من جهة، ومن جهة أخرى بين المتغيرات البيئية والمتغيرات الشخصية (Ribaute, 2014).

6- تعقيب على مختلف النماذج

يتضح من العرض السابق تعدد وتنوع النماذج والنظريات المفسرة للضغط المهني، حيث نلاحظ أن نموذج سييلي ركّز أساساً على رد الفعل الفيزيولوجي لمواجهة الضغط، الذي يتمظهر حسب شدة الضغط وفق المراحل الثلاثة. لكنه أهمل الجانب الانفعالي والمعرفي لمواجهة الضغط. بينما قام نموذج لازاروس بالتركيز على عملية الإدراك والتقدير للأحداث الضاغطة لدى الفرد،

مبرزاً أهم الآليات التي يلجأ إليها الفرد لإحداث التوافق، فإما أن تكون ناجحة بحيث تؤدي للتكيف أو تكون فاشلة فتؤدي للمرض.

غير أنه على الرغم من الإجماع على أهمية وفائدة وجود البعد النفسي للضغط في هذا النموذج إلا أن هناك من يرى (Brief & George, 1995) بأنه يفتقر إلى بعد أساسي ألا وهو: المنظمة. (الأحمدى، 2002، ص15).

لكن كرازك اهتم بالمنظمة مدرجا أهمية الدعم الاجتماعي من الزملاء والرؤساء لتجاوز الضغط، كما سمح نموذجه بدراسة أسباب تكرار الأمراض الوعائية القلبية المستمرة، لكنه انتقد لكونه خصّ الشريحة الذكورية فقط بالدراسة، كما قام بوصف العمل في المؤسسات التنظيمية الصناعية دون غيرها من المؤسسات.

و النقطة المشتركة بين المنهج التفاعلي والتعاملي، أن الصحة المهنية تتعلق بالتفاعلات بين المطالب العالية لبيئة العمل وخصائص الفرد (الخصائص الموضوعية الإدراكية) وهي حقيقة يتفق عليها كل الباحثين بأنها ليست حيادية. بينما اقترح نموذج Siegrist عنصرين مختلفين مقارنة مع ما قدمه كرازك وهما: الجهود الداخلية وبعض الخصائص الشخصية.

إن تركيز مختلف التفسيرات التنظيمية، البيئية، البيولوجية، والنفسية للشعور بالضغط لم تصل إلى تفسير إمكانية التفاعل بين تلك العوامل بالنظر إلى تقديمها تفسيرات متباينة.

رابعا: عوامل الضغط المهني

بينت العديد من الدراسات أن الاستجابة للمثيرات المهنية تختلف من فرد لآخر ولا تأخذ شكلا موحدا، وإنما تختلف باختلاف الخصائص الشخصية لكل منهم، ومن ثم فإن مستوى الضغوط المهنية التي نلاحظها عند أحد هؤلاء الأفراد لا نلاحظها عند زملائهم في العمل، وذلك يتوقف على عدة عوامل منها:

- مدى قدرة الفرد على إدراك الضغوط.
- تفسير الفرد لهذه الضغوط وتقديره ومدى إمكانية مواجهتها وذلك وفقا لقدراته.
- مدى إدراك الفرد للنتائج الجيدة المحتملة في حال نجاحه في التكيف مع مسببات الضغوط (عبدالقادر، 2007، ص22).

وحسب Rodolphe Ghiglione تعتبر العوامل الخمسة الآتية الذكر أساسية وضرورية، فهي التي تجعل من الفرد ضحية الضغط في الميدان المهني وهي:

1- الإدراك (La perception)

يعرفه بأنه سيرورة نفسية أساسية، بواسطتها تصنف وتنظم المعلومات الآتية من المحيط حتى يستطيع الفرد الإمام بالحقائق لديه. والإدراكات التي قد يمتلكها الفرد حول وضعية ما، هي التي تحدد تجربته للتعرض للضغط بالطريقة التي جرّبها فعلا. ويعتمد أيضا على إدراكه لأسباب وأبعاد العمل والبيئة المحيطة به.

2- الخبرة السابقة (L'expérience passée)

تقل حالة الضغط عندما يكون هناك ألفة مع الوضعية المعاشة. لذا تمنح بعض المنظمات لمستخدميها فرص التكوين حتى يتسنى لهم مواجهة المهام الجديدة بكل كفاءة وهدوء للحفاظ على توازنهم.

كما أن هناك علاقة بين الخبرة وتعزيز الضغط، فالتعزيز الإيجابي في إنجاز مهمة ما، هي بمثابة خبرة ناجحة تنقل ثانيا لوضعية مشابهة تحدث من الضغط مقارنةً بشخص لم يعيش هذه التجربة.

3- الفروق الفردية (Les différences individuelles)

قد تفسر خصوصيات الشخصية بعض الفروقات أو الاختلافات التي تصدر عن المهنيين تجاه الضغط بالإضافة إلى تأثير الحاجات والمعايير والقدرات المكتسبة لديهم، مثلا قد يعتبر فرد ما أن عنصرا ما هو منبع للضغط في حين لا يعتبره الآخر كذلك.

4- العلاقات بين المستخدمين (Les relations interpersonnelles)

يعتبر التفاعل بين رفقاء المهنة هاما جدا، فغياب أو وجود بعض الأشخاص له تأثير على الطريقة التي يعيش بها بعض الأفراد الوضعية الضاغطة داخل مجال عملهم. فحضور رفقاء العمل يزيد من الثقة لدى الفرد ويسمح له بمواجهة الضغط بكل فعالية، مثلا العمل بجانب شخص أنهى عمله بكل ثقة ومهارة في وضعية ضاغطة قد يساعد العامل بأن يسلك نفس الطريقة، عكس

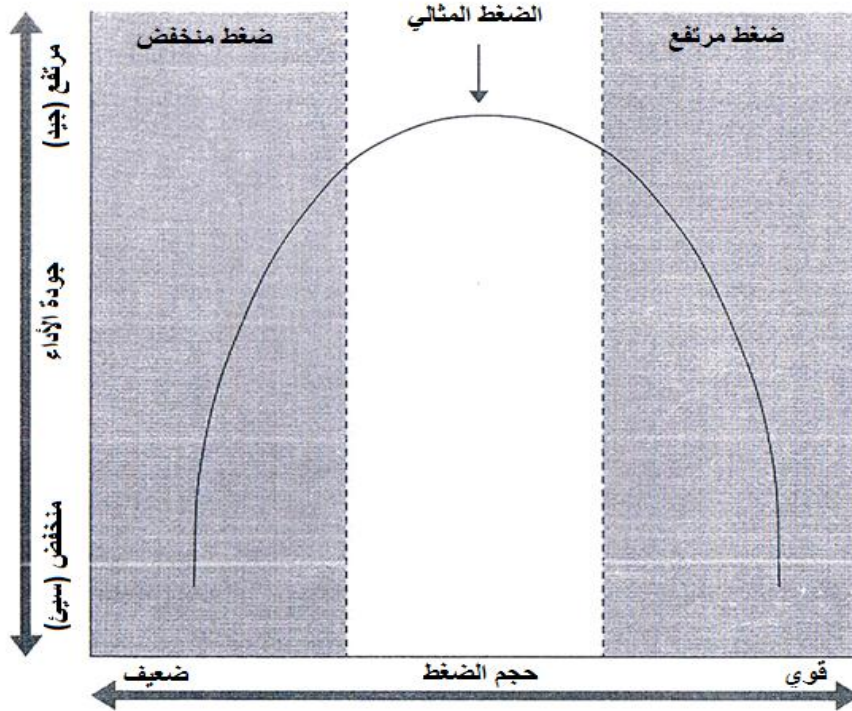
ذلك نجده عند حضور رفقاء عمل يُهيِّجون الأفراد وينقلون لهم شعورهم بالضغط ممَّا ينقص من قدرتهم على مواجهة الضغط.

كما بين هولندر (Hollander, 1979) أن الأتباع تكون ثقتهم كبيرة في مشرفهم عندما يحاول توزيع المكافآت عليهم بصفة عادلة، ويساعدهم على التعرف على الحقائق بطريقة ثابتة مع حاجاتهم وقيمهم. وعلى هذا فإنه يتطلب من المشرف أن يتفهم الحوافز التي تحرك دوافع الأفراد مع خلق الجو النفسي الملائم لتحقيق الأهداف. (بغول، 2008، صفحة 3).

5- الضغط والأداء (Le stress et la prestation)

يقترح Rodolphe Ghiglione تفسيراً يوضح العلاقة بين درجة الضغط الملازم لبعض المهن ونوعية الضغط، ويرى أن المهام المنجزة بجودة في الأداء تمثل المستوى المثالي للضغط، فالإفراط أو التفريط في الضغط قد يؤثر سلباً على نوعية الأداء بمعنى إذا كان الضغط قوياً أو منخفضاً فإن جودة الأداء تنخفض.

الشكل (5): يبين العلاقة بين الضغط والأداء (Rodolphe Ghiglione, 1982, p. 543).



خامسا: مصادر الضغط المهني

لقد نالت مصادر الضغوط حظا واسعا من الاهتمام والدراسة وهي كثيرة ومتنوعة، ويختلف تصنيفها في الأدبيات المتخصصة وفق أسس مختلفة منها:

- من حيث ما يترتب عليها: تصنف إلى ضغوط بناءة (إيجابية) كالزواج، الترقى في العمل، في مقابل ضغوط هدامة (سلبية) كالمرض، الإصابة في العمل، وفاة شخص عزيز.
 - من حيث الاستمرار والتقطع، وتصنف إلى:
 - (مستمرة) كمنغصات الحياة اليومية.
 - (متقطعة) كالمناسبات الاجتماعية والإجازات ومخالفات القانون.
 - من حيث المنشأ: تصنف إلى ضغوط (داخلية) أي من داخل الفرد مثل الحاجات والمتغيرات الفسيولوجية، والطموحات والأهداف في مقابل ضغوط (خارجية) أي تأتي من البيئة الخارجية، كالضوضاء والظروف الطبيعية كالزلازل والملوثات.
 - من حيث المتأثرين بها: تصنف إلى (العامة) أي يتأثر بها عدد كبير من الناس كالأحداث المزلة، في مقابل (الخاصة) التي تؤثر على فرد واحد أو على عدد محدود من الأفراد مثل حوادث الطرق، أو منغصات الحياة اليومية.
 - من حيث شدة الأحداث والمواقف الضاغطة: ويمكن أن تصنف إلى خفيفة ومعتدلة وشديدة.
 - من حيث مجال الحياة: فتصنف إلى تلك التي تحدث في المجال الاقتصادي أو السياسي أو الاجتماعي أو الإداري أو التنظيمي وهكذا... (يوسف، 2008، ص15).
- لذا لا يمكن حصر أنواع ومصادر الضغوط في مصدر واحد، فمنها ما هو مرتبط بالبيئة الخارجية سواء بيئة أسرية أو اجتماعية أو فيزيقية، ومنها ما هو مرتبط بكيفية إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وكذا أساليب التفكير المختلفة.
- وفي هذا الإطار ميّز ألي (Alley,1980) بين ثلاثة مفاهيم تتعلق بالضغوط النفسية وهي:
- الضغوط النفسية السيئة أو السلبية: ونلاحظ انعكاساتها في النزاعات.

- الضغوط النفسية الحميدة أو الإيجابية: فهي ضغوط مطلوبة ومحمودة، تحدث كرد فعل للمواقف السارة وكنتيجة للشعور بالبهجة والسرور.
- مسببات الضغوط النفسية: هي أحداث سلبية أو إيجابية.
- لقد بيّن جودل وبراون (Goodell & Brawn) أن مصادر الضغوط تنقسم إلى:
 - مصادر شخصية: حيث ترتبط بالقيم والمواقف والقناعات التي يحملها الفرد تجاه نفسه وغيره.
 - مصادر بيئية: التي تتصل بظروف الحياة والعمل وأوضاعه (بديعة، 2012-2013، ص 109).
- وقد حدد ميلر (Miler, 1979) مصادر الضغوط في مصدرين أساسيين، هما:
 - الضغوط الداخلية: وهي التي تنبع من داخل الفرد مثل الطموحات والأهداف.
 - الضغوط الخارجية: وهي التي تأتي من البيئة الخارجية مثل الضوضاء، الزلازل والأعاصير، وضغوط القيم والمعتقدات، والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع مما يسبب للفرد ضغوطا مرتفعة (حسين س.، 2006، ص 38).
- ويرى كوبر (Cooper, 1985) أن مصادر الضغط في المجال المهني تتمحور حول بعض الخصائص المتعلقة بالمهام، والتفاعل الاجتماعي، والتطور المهني، وحول العلاقة أو الصراع المتعلق بميدان العمل والحياة اليومية (Piquemal-Vieu, 2001, p. 87).
- كما أبرزت دراسة شفايتزر وبروشون (Schweitzer-Bruchon, 2002) أن هناك أربعة مصادر رئيسية للضغط المهني هي:
 - خصائص المهمة (عبء العمل، ظروف العمل المادية والنفسية... إلخ).
 - الخصائص العلائقية (ضغط الدور، عدم الاعتراف بالعمل المنجز، والتحرش المهني... إلخ).
 - خصائص المهنة (غياب الترقية والمرونة... إلخ).
 - خصائص العلاقة بين العمل والحياة الأسرية (Ruiller, 2008, p. 41).
- وبما أن هناك اختلافا بين الباحثين يحول دون الوصول إلى نموذج موحد لتحديد مصادر الضغط المهني، رغم وجود تقارب بين مختلف الأوجه لهذه المصادر، إلا انه يمكن القول أن هناك

مصدرين أساسيين للضغط المهني هما: الفرد والمحيط الخارجي بما يحتويه من تنوع (المنظمة، البيئة الاجتماعية، البيئة الأسرية... إلخ).

وبناء على ما سبق ذكره سوف نتبنى الرأي القائل بأن مصادر الضغط المهني هي التالية:

- **مصادر متعلقة بطبيعة العمل:** وتتضمن:
 - **مصادر متعلقة بظروف العمل:** ويقصد بها الطبيعة المادية التي تحيط بالفرد في مجال عمله كالإضاءة، التهوية، الحرارة، الرطوبة، الضوضاء ومكان العمل غير المريح والتي قد تسبب انهماكا بدنيا وضغط نفسيا.
 - **مصادر متعلقة بعبء العمل:** الذي قد يكون عبء كميا ويقصد به كثرة أعمال الفرد الواجب إنجازها في وقت غير كاف، أو عبء كينيا يحدث عندما يشعر الفرد بأن المهارات المطلوبة لإنجاز مستوى معين أكبر من قدراته. (مريم، 2008، ص482).
- **مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل:** وتمثل في:
 - **غموض الدور:** وهو افتقار الفرد للمعلومات اللازمة التي تمكنه من أداء مهامه بصورة سليمة، بحيث لا يقع في الأخطاء التي قد تعرضه للضغوط.
 - **عبء الدور:** ويقصد به عبء العمل الذي يتضمن زيادة أو انخفاضاً في الدور الذي يكلف به العامل، وقد تكون الزيادة كمية كمطالبة العامل بالقيام بمهام كثيرة لا يقوى على إنجازها في الوقت المحدد للقيام بها، أو عبئا نوعيا كالتكليف بأداء مهام تتطلب قدرات جسمية ومهارات علمية عالية لا يملكها العامل (الروقي، 2003، ص22).
 - **المناوبة الليلية:** حسب دراسة (Myrson & Sybil:1994) يعتبر العمل الليلي أحد أسباب الضغط الذي ينعكس أثره الجسمي والنفسي على العاملين في مهنة التمريض، بسبب عدم التناغم بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية.
 - **زيادة المسؤولية:** تشكل المسؤولية مصدرا آخر لتوتر الفرد أثناء ممارسته لدوره المزدوج (نحو الأفراد، نحو الأشياء) في المنظمة، وحسب ما أشارت إليه دراسة

(Marrina,1984:292-303) أن المرضى من أكثر المهنيين تعرضا للضغط النفسية، نظرا لما تتضمنه المهنة من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسئولية نحو المرضى، وأعباء العمل الزائدة.

• **النمو الوظيفي:** إن تأخر النمو الوظيفي، والافتقار إلى فرص الترقية، وعدم القدرة على التطور الوظيفي من أهم مسببات الضغط المهني بسبب الشعور بعدم الأمن الوظيفي، أو الخوف من الفصل أو التقاعد المبكر (مریم، 2008، ص483).

• **مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل:** وتشمل:

• **العلاقة مع زملاء العمل:** تؤدي العلاقات الشخصية بين الفرد وزملائه في العمل دورا هاما في الحياة العملية، فهذه العلاقات قد ينتج عنها إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية كالتقدير والاحترام والصدقة وغيرها، أمّا إذا أسيء استغلال هذه العلاقات فإنها بلا شك ستتصف بسمات العداة والكراهية إلى الحد الذي يؤدي إلى انعزال الفرد أو ما يشبه حالات الاغتراب (العميان، 2005، صفحة 162).

ويدعم ديفيد فونتانا هذا القول إذ يرى أن غياب المساندة الاجتماعية داخل مكان العمل تجعل الفرد يحس بالعزلة التي تسبب له الإحساس بعبء المهام التي يقوم بها (بوفاتح، 2012-2013، ص136).

كما بيّن يوكل ونيميروف (Yukl & Numeroff, 1979) أن العلاقات بين أفراد جماعة العمل مرتبطة بالفاعل الذي يحاول من خلاله الأفراد أن يكونوا أصدقاء، ومتعاونين ومشاركين في نفس المعلومات والأفكار، ويساعدون بعضهم البعض لتحقيق التوقعات (بغول، 2008).

• **العلاقة مع الإدارة:** اكتشف كل من بوك و فرنون (Buck & Vernon) في بحث استطلاعي أن الأفراد الذين يتولى أمرهم مدير متسلط وغير متعاون، ويعاملهم بتحيز ومحابة ولا يشركهم في أخذ القرارات، يكونون أكثر توترا وأقل إبداعا مقارنة بزملائهم مع مدراء متعاونين، عادلين ويفسحون المجال للمشاركة في

اتخاذ القرارات المرتبطة بعملهم، لأن نقص تقدير الرئيس لمؤوسيه يعكس لديهم الإحساس بالتوتر الكبير في مكان العمل (عقون، 2011-2012، ص106).

- **العلاقة مع المرضى:** حسب توماس Françoise Thomas تعتبر المراحل الأخيرة من حياة المريض هي أزمة وجودية عميقة تجعله يعيشها بصورتين: الصورة الأولى تتمثل في فقدان احترام الذات، والاستقلال الذاتي، والصورة الثانية هي خسارته لدوره الأسري، والمهني والاجتماعي، ويعتبر الممرض شاهداً على هذه المعاناة التي توقظ فيه الشعور بالعجز وبالذنب، كونه دُرب على أن يقدم الرعاية والعلاج، وبالتالي فإن احتمال موت المريض قد يزعزع استقراره، ويسبب له الشعور بالفشل والغضب والوحدة، لذا غالباً ما يلجأ الممرض إلى استعمال ميكانيزمات مختلفة كالكذب، والابتذال، والتطمينات الكاذبة، العقلنة، التجنب، السخرية، الهروب إلى الأمام والتمثيل لتجاوز القلق (Thomas, 2012).

سادساً: قياس الضغط المهني

يعتبر قياس الضغط المهني والتعرف على مستوياته لدى الفرد من الاهتمامات الأساسية التي شغلت الباحثين في العديد من المجالات خاصة علم النفس والطب المهني. وتجدد الإشارة إلى أنه ليس من السهل قياس الضغط المهني كما هو الحال بالنسبة لقياس الضوضاء أو الترددات الصوتية... إلخ. لذا " تعددت محاولات قياس الضغط (...). من خلال ما يعيشه الفرد من انضغاط ومدى شدة الضغط عليه، والتي تظهر في صفات فيزيولوجية وبدنية ونفسية وسلوكية، وتقاس تلك الصفات بعدة وسائل وأدوات... " (بوفاتح، 2012-2013، ص98).

نظراً لكون اختلاف وجهات نظر الباحثين إلى مفهوم الضغط المهني سبباً في اختلاف تناولهم له وأدت إلى اتباع أساليب مختلفة لقياسه، فهناك من يذهب إلى:

- قياس إدراك الأفراد للضغط من خلال طرح سؤال مباشر عن مدى شعورهم به.
- قياس مسببات (مصادر) الضغط كمؤشر لدرجته.
- قياس الضغط من خلال أعراضها النفسية والبدنية (الأحمدى، 2002، ص ص56-57).

ويعتبر تصنيف "ماك قراث" Mac Grath (1982) من بين التصنيفات التي وضعت لقياس الضغط وهو تصنيف يميز بين أربعة مستويات:

- المستوى الفيزيولوجي (وظائف العضوية).
- المستوى السيكولوجي (الحالة الانفعالية، المعرفية أو الدافعية).
- مستوى السلوكيات أثناء أداء المهام.
- مستوى السلوكيات البين-شخصية (Delaunois M. , 2000-2001, p. 17).

من تقنيات قياس الضغط المتعددة التي أنتجتها التراكمات العلمية المختلفة يمكن الحديث عن ما يلي:

- المقاييس الفسيولوجية.
- المؤشرات الكيميائية الحيوية.
- المقاييس والاختبارات النفسية التي تضم:
 - أساليب التقرير الذاتي Self-reports ومنها:
 - الاستبيانات والاختبارات Questionnaires.
 - المقابلات Interviews.
 - المقاييس السلوكية Behavioral Scales وتضم:
 - الملاحظة Observation في المواقف الطبيعية والمصطنعة.
 - الاختبارات الأدائية Performance Scales (يوسف، 2008، صفحة 25).

وحسب دلونوا Delaunois هناك تقنيات مختلفة يمكن استعمالها لقياس الضغط والتي تتمثل في أربع فئات:

- التقارير الذاتية (الاستبيانات، قوائم المهام Check-lists ...)
- الملاحظات (باستعمال أجهزة أو بدون أجهزة).
- قياس آثار الضغط (مؤشرات الضغط على المدى القريب أو البعيد).
- تحليل الأرشيف المختلف (الوثائق، التسجيلات...) (Delaunois M. , 2000-2001, p. 17).

و يشير كيروان و أينسوورث (Kirwan & Ainsworth, 1992)، أن هناك العديد من البحوث التجريبية التي أجريت على الضغط المهني، بأساليب وإجراءات وأدوات وتقنيات غير متجانسة لكنها شائعة الاستخدام في العلوم الإنسانية لجمع المعلومات، كما تعتبر طرق تقييم وقياس الضغط المهني متعددة، غير أنها غير مناسبة لكل المجتمعات لتشبعها بالطابع الثقافي الاجتماعي للأفراد وتصوراتهم للعمل وفق طبيعة كل مجتمع (Peterson, p. 25).
و من أهم المقاييس الشائعة لقياس الضغط:

1- مقياس الضغط للمرضين لقراي توفت (Gray Toft) «Nursing Stress Scale»

يقيس هذا المقياس الضغط لدى المرضات، وهو خاص فقط بالعاملين بالتمريض، من أمريكا الشمالية. يتكون من 34 بندا يقيس حالات ضاغطة. ويتم تصحيح المقياس وفق الدرجات التالية: (لا = 0، أحيانا=1، في كثير من الأحيان=2، كثيرا =3) وتستخدم متوسط النتيجة الإجمالية لتقييم درجة الضغط.

يتكون المقياس من أربعة وحدات بكل منها مجموعة بنود هي:

- (7) بنود فرعية تقيس مصادر مختلفة من الضغط (عبء العمل، ونقص التدريب، الدعم المرضى، ونقص السند والشكوك بشأن العلاجات المستعملة، الصراعات مع الأطباء ومع المرضين).
- (11) بندا يقيس الصحة بما في ذلك التعب عند الاستيقاظ، استنفاد الطاقة في نهاية اليوم، تناول الأدوية والمشروبات الكحولية أو التبغ، التوقف عن العمل.
- (4) بنود تتمثل في التدخلات التنظيمية لتخفيض أسباب الضغط المتعلقة بالعمل وتحسين جودة الحياة ومردودية المرضات.
- (12) بندا تتمثل في التدخلات الفردية لرفع المقاومة الشخصية تجاه الضغط (عبء العمل، قلة التكوين، ومرافقة المرضى ومواجهة الموت، نقص الدعم، التخوف من تقديم العلاج غير الأكيد، الصراع مع الأطباء ومع الزملاء من المرضين). (Anne-Marie, 1977, p. 79).

2- مقياس الاحتراق المهني لماسلاش (Maslach Burnout Inventory – MBI)

لقد تم نشر هذا المقياس الذي أنجزته ماسلاش وجاكسون في عام 1980 والذي يعمل على قياس تناذر الإنهاك المهني لدى العاملين في المهن الخاصة بالمساعدة والصحة. والذي كان يتكون من 47 وحدة، وقد تم حساب صدقه بواسطة طرق إحصائية والتحليل العاملي. وتم تعديله ليصل عدد وحداته إلى 22 وحدة يتكون منها المقياس وهي متمحورة حول ثلاثة أبعاد هي:

أ- **الإجهاد الانفعالي (Emotional Exhaustion)**: ويقاس الإنهاك الذي يشعر فيه الفرد نتيجة الجهد المبذول لمساعدة الآخرين ويتكون من 9 فقرات.

ب- **تبلد الشعور (Depersonalisation)**: ويقاس الشعور السلبي لدى الفرد ويتكون هذا البعد من 5 فقرات.

ج- **نقص الشعور بالإنجاز (Low personnel accomplishment)**: ويقاس نقص الشعور بالكفاءة لدى العاملين، كما يقاس تطور الميل السلبي في أدائهم ويتكون من 8 فقرات (Anne-Marie, 1977, p. 79).

يتم تصحيح المقياس انطلاقاً من النتائج المتحصل عليها بعد جمع الدرجات كما يلي:

- **الإنهاك الانفعالي**: (9 وحدات)، عندما تكون النتيجة ≤ 17 ، بعد جمع الدرجات التي يتم الحصول عليها من البنود 1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16 و 20. ويقاس الإنهاك الذي يشعر فيه الفرد نتيجة الجهد المبذول لمساعدة الآخرين.
- **تبلد المشاعر**: (8 وحدات)، عندما تكون النتيجة ≥ 38 ، يكون بعد الحصول على التقييمات المتعلقة بالبنود 4، 7، 9، 12، 17، 18، 19 و 21. ويقاس الشعور السلبي لدى الفرد.
- **الاحتراق**: (5 وحدات) عندما تكون النتيجة ≤ 7 ، بعد إضافة الدرجات التي تم الحصول عليها في البنود 5، 10، 11، 15 و 22 ويقاس نقص الشعور بالكفاءة لدى العاملين وتطور الميل السلبي في أدائهم (Chamoux, 2008, p. 13).

3- مقياس كرازاك (Questionnaire de Karazek)

يهتم بقياس الضغط في ميدان العمل، تمّ بناؤه من طرف العالم الأمريكي كرازاك Robert Karazek ويسعى إلى تقييم شدّة المطالب السيكلوجية التي يقع تحت تأثيرها العامل، وإمكانية اتخاذ القرارات التي منحت له وكذا الدعم الاجتماعي المنتظر. يقيّم هذا المقياس ثلاث أبعاد في البيئة النفسية-الاجتماعية لميدان العمل هي: المطالب السيكلوجية، اتخاذ القرارات، الدعم الاجتماعي.

ويحتوي المقياس على 26 سؤالاً:

- تسعة (9) أسئلة تقيس البعد الخاص بالمطالب السيكلوجية.
- تسعة (9) أسئلة أخرى تقيس بعد اتخاذ القرار.
- ثمانية (8) أسئلة تقيس بعد الدعم الاجتماعي.

وتكون الإجابات المقترحة على شكل مقياس لكرت (لست موافق تماماً، لست موافقاً، موافق، موافق تماماً) ومن ثم تُحسب القيمة الوسيطة لكل درجة، وهذا يعني أن القيمة المتحصل عليها ستُقسم المجتمع الذي شملته الدراسة إلى قسمين متساويين: نصف الموظفين هم فوق هذه النتيجة، والنصف الآخر أدناها.

وقد تم تعريف "الضغط المهني" باعتباره الحالة التي يكون فيها المطلب النفسي أكبر من الوسيط وإعطاء القرار أقل من الوسيط.

يعتبر العامل في وضعية مهنية ضاغطة إذا تحصل على النتيجة الخاصة بالمطالب السيكلوجية أكبر من عشرين (20) والنتيجة المتحصل عليها فيما يخص اتخاذ القرار أقل من واحد وسبعين (71).

عندما نجد النتيجة الكلية أقل من (24) فإن الضغط ناجم عن نقص الدعم الاجتماعي (Isostrain) هو المزج بين حالة من التوتر المهني وانخفاض الدعم الاجتماعي، (Modèle du Stress de Karazek + Questionnaire, 2008).

تلخص الباحثة بعد عرض أهم الطرق المستعملة في قياس وتقييم الضغط المهني إلى أنه لا توجد طريقة قياس ضغط موحدة تناسب كل البيئات الاجتماعية والمؤسسات التنظيمية، فهناك ما

هو معد لقياس الضغط لدى الممرضين، لدى الأطباء، لدى المؤسسات الصناعية... إلخ، وطبيعة الضغوط تختلف من مجال مهني إلى آخر.

خلاصة

نستخلص مما سبق أن الضغط المهني مفهوم شاسع تم تناوله من جوانب عديدة وحسب أطر مختلفة، وقد تعددت مصادره متعلقة بعوامل البيئية التي ينشط فيها الفرد، وعوامل تتعلق بالفرد نفسه وبالعلاقات مع الآخرين. ولا تعتبر الأحداث والمصادر في حدّ ذاتها ضاغطة دائماً لكل الأفراد وإنما يتوقف ذلك على عدد من المحددات. وتعتبر شخصية الفرد عاملاً أساسياً تُضعف أو تزيد من أثر الموقف الضاغط السلبي على الفرد، وفي ضوء اختلاف شخصيات الأفراد يكون اختلاف ردود أفعالهم للمواقف الضاغطة. وعليه يمكن اعتبار الضغط المهني نتيجة لمصادر مختلفة وفي نفس الوقت عاملاً أساسياً في إحداث آثار على دينامية الفرد النفسية. ومنه يجب التطرق إلى العلاقة الموجودة بين الفرد وبين مختلف الاستراتيجيات التي هي أحد محددات الشخصية، حيث يلجأ إليها الفرد للتعامل مع الضغط في ميدان العمل، وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل القادم.

الفصل الثالث: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

تمهيد

1. تطور مفهوم المواجهة
 2. تعريف المواجهة
 3. النماذج والنظريات المفسرة للمواجهة
 4. تصنيفات أساليب المواجهة
 5. قياس المواجهة
 6. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط
- خلاصة

تمهيد

يختلف الشعور بالضغط المهنية من فرد لآخر، وقد يكون عابرا وغير مؤثرا لدى البعض، أو يكون مَرَضيا لدى البعض الآخر، بحيث يؤثر على سلوكياتهم ونشاطاتهم الفكرية وطريقة التحكم في انفعالاتهم، ويستجيب الأفراد لهذه الضغوط بدرجات مختلفة، حيث أن الانطباع الأول لأي حدث ضاغط يتأثر بكيفية تقييم الفرد له، لذا تشكل الاستراتيجيات المستعملة لدى الفرد عنصرا هاما في إحداث التوازن والتكيف النفسي الاجتماعي لديه خلال فترات الضغط من جهة، وتخفيف الأثر النفسي له من جهة أخرى.

وقد تعددت الأطر النظرية في تناولها للمواجهة فهناك من تطرق إليها من زاوية أن الفرد يستخدم أساليب المواجهة وفق وضعيات معينة، وهناك من تطرق إليها حسب إدراك الفرد لهذه الضغوط التي تتحدد على أساسها أساليبه في مواجهتها.

وفي هذا الفصل سوف نتعرض للمفهوم انطلاقا من أصله التاريخي، ثم نتناول مختلف الأطر النظرية له.

أولا: تطور مفهوم المواجهة (Coping)

يعتبر مفهوم المواجهة جديد نسبيا في مجال علم النفس، وترجع بداياته إلى أوائل القرن التاسع عشر، إذ مرّ بالعديد من الأطر النظرية التي قدمت له تفسيرات بدءاً من مدرسة التحليل النفسي التي ترى أن مفهوم الدفاع (المواجهة) ما هو إلا مجموعة من الآليات الدفاعية التي يستخدمها الأنا ضد القلق والمشاعر غير سارة أو ممارسة الرقابة على السلوك الاندفاعي، والغرائز. وفي الخمسينيات تم استخدام مفهوم المواجهة ضمن الأدبيات الطبية والاجتماعية، وفي الستينات جاء ليشير إلى الاستجابات المختلفة تجاه الضغط، وبدأ العمل به منذ أواخر عام 1960، وقد ظهر جليا مصطلح المواجهة سنة 1962 من خلال البحوث التي أجريت على الحيوانات (الضريبي، 2010، ص 679).

لقد نالت استراتيجيات المواجهة أو كما يطلق عليها أيضا أساليب التعامل مع الضغوط بالاهتمام والدراسة، وتعدّ دراسة (Murphy, 1962) من أولى الدراسات التي استعملت مصطلح

التعامل مع الضغوط الذي يشير إلى مختلف الأساليب التي يلجأ إليها الشخص في تعامله مع المواقف التي تهدد توازنه بهدف التحكم فيها.

كما تناول مفهوم المواجهة بالتحليل من طرف لازاروس و لونيي (Lazaus & Launier 1978) اللذان استعملاه لوصف التصرفات الصادرة من الفرد لمواجهة الضواغط والتخفيف من التوتر الجسدي والنفسي تجاهها (Dinca, 2008, p. 36).

ثانيا: تعريف المواجهة

لقد تباينت التعاريف التي قدمت لمفهوم المواجهة باختلاف الأطر النظرية، إذ يراها البعض بأنها عملية توافق نفسي تتحدد سلامة استخدامها حسب الأساليب التي يتبعها الفرد في الوصول إلى حالة التوازن النسبي مع البيئة التي يعيش فيها.

إن الكم الهائل من السيرورات والاستجابات التي تأخذ طابع المواجهة لدى الفرد تجاه الوضعيات الصعبة والحرجة، اقتصر التركيز على عدد محدد من الاستجابات كما فعل لازاروس 1974 مشيراً إلى أن المواجهة ليست سلوكيات ذات اتجاه واحد (أحادية الأبعاد) بل هي متعددة المستويات (المعرفية الإدراكية) (Mariage, 2001, p. 23).

لقد اهتم فريدنبرج (Fredenberg 1999) بدراسة استراتيجيات التعامل مع الضغوط، وهو يرى أن الصحة والحالة الجيدة ترتبطان بالطريقة التي نواجه بها الضغط النفسي.

ويعرف كل من رينالديس وباكينهان (Rinaldis & Pakenhan, 2001) المواجهة بأنها "مجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية التي تكون في حالة تغير مستمر، وتهدف إلى معالجة المتطلبات الداخلية أو الخارجية، خاصة تلك التي تشكل عبئاً يفوق إمكانيات الفرد وقدراته" (Cousson-Gélie, 2001, p. 100).

أما كالن (Callan, 1993) فيرى أن المواجهة في بيئة العمل هي عبارة عن جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدرته على التنبؤ بالموقف وتساعد على إدراك الضبط في التعامل مع المشكلات التي ستحدث له في المستقبل (حسين س.، 2006، ص82).

كما يعتبر أن التكيف هو عملية (Processus) وليس سمة أو بعدا (Dimension) في الشخصية، بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر،

وكل منهما يساهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد، التي تحدث نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط (عبدالعظيم، 2006، صفحة 88).

وهذا يعني أن التكيف عبارة عن نشاط نفسي إدراكي - معرفي ثم سلوكي، ويعتبر تقييم الضغوطات (الطبيعية، والأخطار، ...) مصادر شخصية واجتماعية، تؤثر بدورها على اختيار استراتيجيات المواجهة. (Cousson-Gélie, 2001, p. 100).

أما ستيبوتو (Stepot) فيعرف استراتيجيات المواجهة بأنها استجابات يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة التي قد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية، أو تحويل في الخيال لوضعية خطيرة إلى ورم مثلاً. كما يمكن أن تأخذ أشكالاً سلوكية مباشرة أكثر كالمواجهة الصريحة للمشكلة، تبني سلوك التجنب، أو البحث عن المساندة الاجتماعية (مريم، 2008، ص 15).

ويرى عبد الرحمن الطيرري (1994) أن العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة يمكن أن تأخذ صورتين:

1. الصورة الأولى: هي عملية التكيف مع الوضع الضاغط، وهي عبارة عن عمليات

وإجراءات روتينية يعمد الفرد إلى مزاولتها، وعادة ما تكون هذه العمليات أوتوماتيكية ومتكررة، وكأنها أسلوب ثابت يلجأ إليه الفرد في مثل هذه المواقف.

2. الصورة الثانية: هي عبارة عن إجراءات يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه،

ومن ثمة العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي، وعادة ما تكون هذه الإجراءات نتيجة عملية تقييم الفرد للموقف الذي يمر به أكثر من كونها صفة ثابتة أو إجراءات روتينية.

إذاً يمكن القول أن عملية مواجهة المشكلة، والبحث عن حل لها، ستكون أجدى من

عملية التكيف مع المشكلة أو إصلاح الوضع، والتي قد تؤدي إلى استمرار المشكلة على ما هي عليه دون إيجاد حل لها.

أما إذا قرر الفرد مواجهة الضغط من خلال استراتيجية التقليل من إدراكه لعوامل الضغط،

والحد من رد فعله نحو العوامل الضاغطة، فإنه يعتمدُ إلى مجموعة من الإجراءات ذات العلاقة وهي:

• زيادة مهارات الفرد العملية.

• زيادة مهارات التفاعل الوجداني.

• زيادة الدعم الاجتماعي (منى محمود عبد الله، 2002) نقلا عن (بديعة، 2012-2013، ص139).

وقد لوحظ في بعض الدراسات أن للدعم الاجتماعي فائدة لا ترتبط فقط بطبيعته (العاطفية، ومعلوماته الغنية...) ولكن بالخلفية الاجتماعية (الأسرة، الأصدقاء، الطاقم الطبي)، والموازنة بين طبيعة الدعم ومصدره. ويعمل الدعم الاجتماعي على التكيف العاطفي بطريقتين:

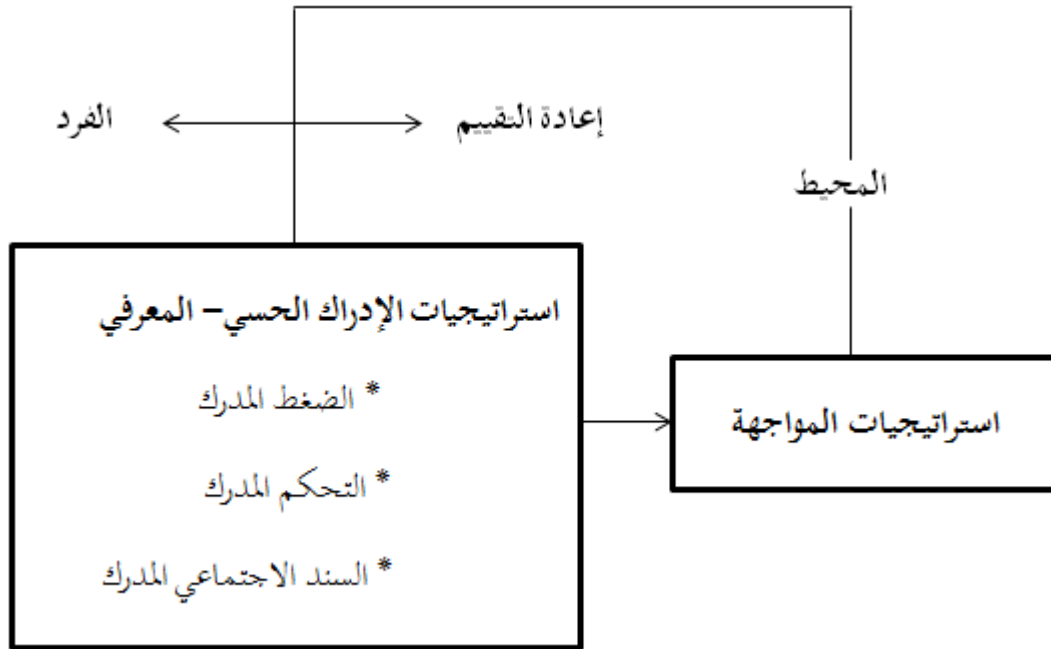
- بصورة مباشرة عن طريق زيادة السلوكيات السليمة.
- بصورة غير مباشرة وذلك باختيار استراتيجيات المواجهة المناسبة التي ستعمل على تخفيف العلاقة بين الدعم الاجتماعي والتكيف العاطفي (Cousson-Gélie, 2001, p. 102).

وقد قدم كل من لازاروس وفلكمان (Lazarus & Folkman, 1984) تعريفاً يحل بعدا سلوكيا ومعرفيا للمواجهة، فاعتبراها "مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز حدوده وإمكاناته، أو نحو التخفيف من تأثيرها أو نحو تحملها (Lazaus, 1984, p. 141).

لذا تأتي عملية المواجهة كما يوضحه الشكل (6) لتعكس ما يدركه الشخص وما يواجهه آنياً من حالات ضاغطة خاصة، وكذا إمكانية تغييرها.

الشكل (6):

يبين عملية المواجهة حسب لازاروس و فلكمان (Cousson-Gélie, 2001, p. 100).



هذا ويعتبر تعريف لازاروس و فلكمان لاستراتيجيات المواجهة (Coping) من التعريفات الشاملة لأنه يتضمن عدّة عناصر هامة منها:

أ- تتسم العلاقة بين الحدث المسبب للضغط والتعامل معه بالديناميكية، حيث يشمل التعامل مع سلسلة من التفاعلات ما بين الفرد، الذي يملك مجموعة من الإمكانيات والقيم و الالتزامات، والبيئة التي تتحدد بمصادرها ومطالبها وقيودها، وبذلك فإن التعامل ليس مجرد فعل يقوم به الفرد في وقت معين، ولكنه مجموعة استجابات تحدث خلال التأثير والتأثر المتبادل بين الفرد وبيئته.

ب- يتسم بالاتساع لأنه يجمع بين الأفعال وردود الفعل الانفعالية (كالغضب، الكآبة) التي يمكن اعتبارها جزءاً من عملية المواجهة لدى مجابهة الظروف الضاغطة، وكذلك الأفعال التي تتم إرادياً لمواجهة الحدث، وفي المقابل فإن عمليات التعامل يتم تعديلها عن طريق الإمكانيات المتوفرة لدى الفرد (الضريبي، 2010، ص ص 115-116).

تعقيب على التعاريف:

- يتضح لنا من خلال التعاريف السابقة أنه رغم تعدد المصطلحات والتعريفات للمواجهة من طرف الباحثين إلا أنهم يتفقون في كونها تأخذ أشكالاً مختلفة:
- إما أن تكون ذات طابع معرفي كاستراتيجيات التخطيط.
 - أو تكون ذات طابع سلوكي كاستراتيجيات التحول السلوكي.
 - أو تكون ذات طابع اجتماعي كاستراتيجيات طلب الدعم الاجتماعي.
- ويتفق الباحثون أيضاً على أن استراتيجيات المواجهة هي:
- مختلف الإمكانات والمصادر الشخصية والبيئية التي تهيء الفرد لمواجهة الضغوط.
 - قدرة الفرد على إدراك الموقف وتقييمه معرفياً.
 - قدرة الفرد على تقييم المصادر والإمكانات التي يملكها ليستطيع التعامل مع الموقف، وتهدف كلها إلى محاولة تخفيف الضغوط أو التخلص منها.
 - أن استراتيجيات المواجهة يتبناها الفرد ذاته.
 - تتميز استراتيجيات المواجهة بأنها سلوك واعي يهدف لتحقيق أهداف عديدة تؤدي في الأخير إلى خفض التوتر والمعاناة لدى الشخص.

ثالثاً: النماذج والنظريات المفسرة للمواجهة

1- النموذج السيكو- دينامي

يعد هذا النموذج بمثابة النظرية الأولى عن المواجهة، إذ ركز على استخدام الميكانيزمات الدفاعية اللاشعورية التي يستخدمها الفرد لتجاوز الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المكبوتات على مستوى اللاشعور (عبدالعظيم، 2006، ص86).

ويرى فرويد Freud أن الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لاشعورياً للتخفيف من التوترات، القلق والصراعات، ومنها الكبت، الإنكار، التبرير، النكوص، الإسقاط والتجنب... وغيرها. وهذه الميكانيزمات الدفاعية تعدل من إدراك الفرد للأحداث، وتقلل من حدة الشعور بالضيق والمشقة لديه. كما يرى هذا المنظور أن المواجهة عملية نفسية داخلية تنبع من داخل الفرد.

كما يشير هان وفايانت (1971) Vaillant و (1977) Haan إلى أن ميكانيزمات الدفاع النفسية هي استراتيجيات عقلية تعمل على خفض الحالات الانفعالية السلبية لدى الفرد من خلال تغيير الواقع بل وتزييفه، وتستثار هذه الميكانيزمات عن طريق مشيرات داخلية أو خارجية (حسين ط.، 2006، ص86).

2- النموذج المعرفي- التفاعلي

لقد ظهر هذا التوجه كرد فعل عن المنظور السيكو- دينامي، والمنطلق الأساسي لهذا النموذج هو أن المواجهة لا تظهر أهميتها فقط في وظيفتها (مواجهة المشكل) عن طريق استراتيجياتها المتأثرة بالمحيط والوضعيات الضاغطة، وإنما تظهر من خلال وظيفتها الداخلية للفرد (إحداث التوازن)، لذا هناك نوعان من المواجهة: المواجهة المتمركزة على المشكل والمواجهة المتمركزة على الانفعال (Pearlin & Schooler, 1978. p 112) نقلا عن (Callahan, 2004, p. 95). و قد اقترح لازاروس وفريقه نموذجا للمواجهة الذي عرف فيما بعد تعديلات متتالية إلى أن شكّل نماذج فرعية يمكن التعرّيج عليها فيما يلي:

- **نموذج ثنائي الأبعاد:** يميز هذا النموذج بين المواجهة التي تركز على المشكلة والمواجهة التي تركز على الانفعال، ومن زاوية أخرى جاء هذا المنهج التعاملية لتمييز المواجهة النشطة الموجهة نحو حل المشكلة والتكيف، "بتجنب المشكلة" بدلا من مواجهة التصدي التي تركز على الانفعال والتي تهدف إلى الحد من التوتر، ويمكن استخدام هاتين الاستراتيجيتين في نفس الوقت.
- **نموذج ثلاثي الأبعاد:** أدخل في النموذج السابق فئة ثالثة من المواجهة التي تركز على التقييم والتي تسمح بإعادة تقييم الوضع عن طريق تغيير المعنى.
- **نموذج متعدد الأبعاد:** قدم العديد من الفئات وفقا لمدى تعقيد الضغوطات وتنوعها، والتي توجب على الفرد إدارتها، فيلجأ إلى استعمال أنواع من استراتيجيات المواجهة لتقييم أفضل (M.Aldwin, 1994, p. 58).

3- النموذج الاجتماعي - البيئي

يرتكز تفسير المواجهة من المنظور الاجتماعي - البيئي على أهمية تفاعل الفرد مع الظروف المادية والثقافية والاجتماعية للبيئة، والتي تُعتبر المنشأ الأساسي لمصادر المواجهة البيئية، كما يركز على شبكة العلاقات الاجتماعية التي تساعد الفرد على مقاومة الضغط. (حسين ط.، 2006، ص91).

ويشير موس وبيلينجز (Moos & Billings, 1982) إلى أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم الفرد للتهديد الذي ينطوي عليه الموقف الذي يتعرض له، وأيضاً على اختيار وفاعلية استجابات المواجهة.

رابعاً: تصنيفات المواجهة (طرق الـ Coping)

إن اختلاف الأطر النظرية لمفهوم المواجهة نجم عنه بالضرورة اختلاف في تصنيفها، لذا من الأجدد ذكر مختلف التصنيفات التي وردت في هذا الشأن:

1- تصنيف لازاروس (1966)

ينطلق لازاروس في نظريته عن الضغوط وعمليات التقييم، معتمداً على فكرة أن المواجهة ناتجة عن تفاعل الفرد مع بيئته، ولذلك يعرف استراتيجيات المواجهة على أنها تلك الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد لمواجهة المطالب البيئية وتأخذ شكلين مختلفين هما: استراتيجيات مواجهة تركز على المشكل، محاولاً التعامل مباشرة مع مصدر الضغط (التكيف مع البيئة) واستراتيجيات مواجهة تركز على الانفعال، للتخفيف من الآثار الانفعالية للضغط (التكيف مع البيئة). (Rial-González, 2006, p. 46).

أ- استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة

تتمثل في الإجراءات السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد لمواجهة الحدث الضاغط، للتغلب على المشكلة، إذ يسعى الفرد من خلالها إلى تعديل العلاقة الفعلية بينه وبين البيئة المتواجد فيها، وتتضمن المواجهة عدّة أساليب منها، طلب المساندة، التخطيط لحل المشكلة، قمع النشاطات المتعارضة، كبح مصدر المشكلة.

أما الإجراءات السلوكية والمعرفية، التي تستهدف تنظيم الانفعالات تجاه المواقف الضاغطة، فتمثل في الاستراتيجيات التالية: التحكم الذاتي، الابتعاد، إعادة التفسير الإيجابي، تقبل المسؤولية، الهروب والتجنب، التوجه نحو الدين.

ب- استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعالاته، وخفض المشقة والضغط والتوتر الانفعالي الذي سببه له الموقف الضاغط، عوض تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال الابتعاد وتجنب التفكير في الضواغط والإنكار.

والجدير بالإشارة هو أن تصنيف لازاروس ركز كثيراً على التقييم الشخصي للأحداث الضاغطة، وحاول إبراز دور المشاعر الإيجابية أو السلبية في تحديد نوع الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الفرد، فالمشاعر الإيجابية تزود الفرد بالاسترخاء والراحة النفسية التي تدعم جهودات المواجهة، في حين تزيد المشاعر السلبية الحدث الضاغط سوءاً (Folkman, S & Judith, M. , 2000: 647-654 نقلاً عن (بكر، 2007، ص66).

2 - تصنيف بولهان و بورجوا (Polhan & Bourgois,1995)

يعرف كل من بولهان و بورجوا المواجهة بأنها الفعل الذي يعمل على تغيير العلاقة بين الفرد ومحيطه ويميزان بين ثلاثة أنواع من المواجهة:

أ - المواجهة السلبية: التي تهدف إلى الاستسلام وعدم فعل أي شيء أمام الضواغط وترجم بحالات انفعالية سلبية مثل الاكتئاب.

ب- المواجهة الفعالة: التي تلجأ إلى بذل جهودات سلوكية فعالة قادرة على مواجهة المشكل وحله.

ج- المواجهة التجنبية: تهدف إلى تحويل الانتباه عن مصدر الضغط (التجنب) وهي أكثر استعمالاً وتتمظهر بممارسة الرياضة، الاسترخاء، الاهتمام بنشاطات ترفيهية...إلخ. (Callahan, 2004, p. 108).

3 - تصنيف كوكس و فيرجسون (Cox & Ferguson, 1991)

لقد صنف كوكس و فيرجسون استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى صنفين هما:

أ- استراتيجيات المواجهة الناشئة من داخل الفرد **Intra Individual Coping**

تستهدف أساليب المواجهة داخل الشخص إلى التعرف على مختلف الاستراتيجيات الأساسية التي يستخدمها الفرد في أنواع معينة من المواقف الضاغطة (الفروق الفردية داخل الفرد)، وذلك عن طريق تحديد الأفكار و الاستجابات السلوكية لدى نفس الفرد عبر المواقف الضاغطة المختلفة و المواقف غير الضاغطة ، وتستند أساليب المواجهة داخل الفرد على فكرة مؤداها أن الفرد لديه حصيلة أو ذخيرة من الخيارات في مواجهة المواقف الضاغطة و أنه يختار منها اعتمادا على حاجات و مطالب الموقف.

ب- استراتيجيات المواجهة التي تنشأ بين الأفراد **Inter Individual Coping**

أما أساليب المواجهة بين الأفراد تحاول فهم مسألة الاختلاف والاتساق في عمليات المواجهة، وذلك من خلال حاصل جمع درجات المواجهة لنفس الأفراد عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة، وذلك بهدف التعرف على مختلف طرق المواجهة الرئيسية التي يستخدمها الأفراد وتحديد استراتيجيات المواجهة المألوفة لديهم عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة (الفروق الفردية بين الأفراد).

إضافة إلى ذلك يفترض كوكس و فيرجيوس أن سلوكيات المواجهة تعدل من التفاعل بين الشخص والموقف، وهذا ما يؤدي بدوره إلى ظهور استراتيجيات مواجهة جديدة، لذا يرى العالمان أن المواجهة هي عملية تتغير مع مرور الوقت وتعمل في انسجام تام مع سياق الموقف (حسين س.، 2006، ص98).

4 - تصنيف موس **Moos**

تناول موس المواجهة التجنبية والفعالة حسب منظوره بتصنيفها إلى أربع فئات أساسية:

أ - المواجهة الفعالة-المعرفية: وتضم التحليل المنطقي بإيجاد طرق مختلفة لحل المشكل، بالإضافة إلى التأطير الإيجابي بعقد مقارنة مع الآخرون الذين يعانون من مشاكل أكبر.

ب- المواجهة الفعالة-السلوكية: هنا يكون البحث عن السند والعمل على وضع الطريقة المثلى لحل المشكل (اعتماد برنامج واتباعه).

ج - **المواجهة التجنبية-المعرفية:** في هذه الفئة نميز التجنب المعرفي (كالنسيان التام للمشكل) والتقبل الاستقالة (تقبل المشكل مع فقد الأمل في الابتهاج/الفرح).
د - **المواجهة التجنبية-السلوكية:** هنا يكون البحث عن نشاطات أخرى والتفريغ الانفعالي (كالصراخ لإخراج الإحباط) (Callahan, 2004, p. 113).

5- تصنيف أوبرين و ديلونجس (Obrien & Delongis, 1997)

ويصنف أوبرين و ديلونجس استراتيجيات المواجهة إلى ثلاثة أصناف:

أ- استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.

ب- استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال.

ج- استراتيجيات المواجهة التي تركز على العلاقة، وهي تمثل البعد الاجتماعي في المواجهة، وتشير إلى الجهود التي يقوم بها الفرد بهدف استمرار وحماية العلاقات الاجتماعية خلال أوقات الضغوط، وتكون المواجهة ناجحة عندما تتضمن حماية العلاقات وخصوصا عندما تحدث ضغوط في العلاقات الاجتماعية مثل الصراع الزوجي والتوتر في العلاقات بين الأصدقاء والصراع في الأسرة. (حسين ط.، 2006، ص ص 102-103).

وقد أشار كل من لازاروس وفلكمان بأنه لا توجد استراتيجية مواجهة (Coping) فعالة بنفسها أو فعالة دائما، دون ربطها بشخصية الفرد وخصائصه المعرفية الإدراكية، وكذا خصوصية الوضعيات الضاغطة، وغالبا ما تكون الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال فعالة على المدى القصير، أو إذا كان الحدث الضاغط غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحماية نفسه. في حين تكون الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة أكثر تكيفا على المدى الطويل عند مواجهة حدث ضاغط، خاصة إذا كان هذا الأخير قابلا للسيطرة أو التحكم (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, pp77-78) نقلا عن (داود، 2011-2012، ص155)

خامسا: قياس المواجهة

من الصعب قياس هذا المفهوم، لصعوبة ملاحظته، هذا من جهة، ومن جهة أخرى لعدم وجود مقابلات مهيكلية أو مقاييس واختبارات مقننة، إذ ليس هناك سوى بعض الاستبانات

الذاتية التي تتخللها تحيزات ذات طابع اجتماعي أو متعلقة بطبيعة الفئة المراد تطبيق الاستبيان عليها، ومع ذلك يمكن ذكر أهم الأدوات المستخدمة في البحوث لقياس المواجهة:

1- قوائم استبيان طرق المواجهة – Lazarus & Folkman Ways of Coping Questionnaire – Folkman 1985

وهو من إعداد "لازاروس" و "فلكمان" (Lazarus & Folkman) 1988 والذي يرمز له بـ (WCQ).

يتكون هذا الاستبيان من (68) عبارة، يجب عليها المفحوص من خلال مقياس متدرج من 4 نقاط (لا تستخدم، تستخدم نوعاً ما، تستخدم بشكل معتدل، تستخدم بشكل كبير)، وتأخذ هذه الاستجابات الدرجات التالية: (0،1،2،3).

لقد قام كل من لازاروس وفلكمان عام 1982 بمقابلات عيادية مع أشخاص في مختلف الوضعيات الضاغطة في جميع الميادين، لإحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في تعاملهم مع مختلف الوضعيات الضاغطة، وتوصلاً إلى أن هناك تبايناً كبيراً في الاستراتيجيات المعتمدة انطلاقاً من نتائج التحليل العملي المأخوذ من عينة كبيرة الحجم، التي بينت وجود نمطين ثابتين من المواجهة في أغلب المواقف الضاغطة، إذ تتغير المستويات الخاصة بكل نمط حسب نوعية تقدير الموقف الضاغط من المقاومة وهما:

- المواجهة الممركزة على الانفعال.
- المواجهة الممركزة على المشكل. (حسين ط.، 2006، ص112).

و انطلاقاً من هذه الأعمال تم وضع سلم عديدة تهدف إلى تقييم المواجهة حسب النمطين الموضوعين من طرف كل من فلکمان ولازاروس 1984 تحت تسمية The Ways of Coping Check List، ولصدق هذا المقياس تم تطبيقه على عينة من 100 فرد تتراوح أعمارهم ما بين 40-65 سنة، وذلك كل شهر لمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالاً لمواجهة ضغطها.

وتحتوي القائمة على ثمانية (8) سلم فرعية تحتوي كل منها على البنود التالية حسب ما توصلت إليه نتائج التحليل العملي:

- حل المشكل.

- روح المقاومة وتقبل المواجهة.
- أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- التأنيب الذاتي.
- الهروب والتجنب.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- التحكم في الذات. (نوية، 1998، ص175).

2- قوائم طرق المواجهة المعدلة WCC-R : Ways of Coping Checklist Revised – Vitaliano & al. 1985

وهو النسخة المختصرة لسلم فلكرمان ولازاروس حيث تم اختصارها من طرف فيتاليانو ورفقاؤه (Vitaliano et al, 1985) في نسخة تحوي على 42 بنداً حيث كشف التحليل العاملي على 5 سلا لم فرعية تتمثل في:

- حل المشكل.
- التأنيب الذاتي.
- إعادة التقييم الإيجابي.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- التجنب (Callahan, 2004, p. 97).

3- قائمة استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة CISS - Coping Inventory for Stressful Situations – (1990)

تم إعداد هذه القائمة من طرف أندلر وباركر (Endler & Parker) سنة 1990. ويهتم هذا المقياس بعدة جوانب لأبعاد المواجهة حيث تمّ تكييفه من طرف رولان (Rolland, 1998) على المجتمع الفرنسي. كما يمتاز بخصائص سيكومترية جيدة إذ له القدرة على استكشاف التكيف باعتباره عملية وليس بوصفه سمة من سمات شخصيته.

يحتوي الاستبيان على 48 بنداً، تكون الإجابة بشكل فردي وفق مقياس ليكرت Likert خماسي الإجابة، يقيس ثلاث أنواع من المواجهة:

- **المواجهة المرتكزة على المهمة (Task):** تضم (16) عبارة تصف الجهودات الموجهة نحو المهمة لحل المشكل وهيكلته على المستوى المعرفي أو لمحاولة تغيير الموقف الضاغط.
- **المواجهة المرتكزة على الانفعال (Emotion):** تضم (16) عبارة تصف الاستجابات الموجهة نحو الانفعال قصد خفض حدة الضغط، وتحتوي هذه الاستجابات على الأفعال الانفعالية والاهتمامات الشخصية والميل نحو الخيال والأحلام.
- **المواجهة المرتكزة على التجنب (Avoidance):** تضم (16) عبارة تصف النشاطات والتغيرات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط إما عن طريق التسلية ونشاطات أخرى أو عن طريق التنفيس الاجتماعي. وأثبتت القائمة ثباتها وصدقها في البيئات الغربية والعربية على حد سواء (Cousson-Gélie, 2001, p. 98).

4- مقياس استراتيجيات المواجهة لكارفر، شاير و واينتروب (1989)

لقد وضع كل من كارفر، شاير و واينتروب، شكلا مختصرا لوحداث مقياس استراتيجيات المواجهة الذي تمّ إنجازه عام 1989، والذي تضمن 14 استراتيجية موزعة على خمسة أبعاد هي:

- المواجهة المتمركزة على المشكل.
- المواجهة المتمركزة على الانفعال.
- المواجهة المتمركزة على التنفيس العقلي.
- المواجهة المتمركزة على التنفيس السلوكي.
- المواجهة المتمركزة على التعبير الانفعالي.

بينما تتمثل أساليب المواجهة في البنود التالية:

- المواجهة النشيطة.
- التخطيط.
- إزالة الأنشطة المتنافسة.
- المواجهة المحدودة.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- البحث عن الدعم العاطفي.

- إعادة الصياغة الإيجابية.
- القبول.
- المواجهة الدينية.
- رعاية الآخرين والتعبير عن العواطف.
- الحرمان.
- الانفصال السلوكي.
- الانفصال العقلي.
- الانفصال عن طريق المخدرات/المشروبات الكحولية.

وعلى الفرد أن يحدد الإجابة لكل بعد، وفق مقياس Likert الرباعي. كما يسمح هذا المقياس بمعرفة العلاقة بين إجابات الفرد على أساليب المواجهة وشخصيته (Annie David, 2014).

تعقيب:

يتضح مما سبق ذكره أن طرق قياس استراتيجيات المواجهة متعددة ومختلفة، ويشير هذا إلى خصوصية الفرد من جهة، وخصوصية المجتمع المتواجد به من جهة أخرى، وهذا ما دفعنا إلى التفكير في بناء مقياس استراتيجيات يتلاءم ومجتمعنا الجزائري، وبالخصوص مع فئات تتعامل مع وضعيات مهنية خاصة (مصالح الأورام).

سادسا: العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط

يرى سولومون وزملاؤه (Solomon et al, 1988, p279) أن الفرد يميل إلى استعمال مختلف أساليب المواجهة وفقا لسياق المشكل الذي يواجهه، وخصائصه، و وفقا أيضا لشخصيته. نقلا عن (بديعة، 2012-2013، صفحة 162).

1- العوامل الشخصية

تعد الشخصية من الأنظمة التي يكتسبها الفرد في النشاط والاتصال الموجه نحو هدف معين، والتي تميز مشاركته في العلاقات الاجتماعية (...). وتلعب دورا في عملية التطبيع

الاجتماعي، وفي التطوير الشامل لنسق السلوك الذي يتمثل في الجانب العقلي والأخلاقي والجمالي (عثمان، 2001، صفحة 123).

هناك العديد من الأبعاد في الشخصية التي يمكن ربطها بالضغط مثل تقدير الذات، الانطواء أو الانبساط وقوة التحمل أمام الوضعيات الضاغطة. وفي معظم الأحيان يكون حضور أو غياب أحد هذه الخطوط عاملا مساهما في رفع أو خفض كفاءة إدراك وضعية ما أو حدث ما كعامل ضغط.

أ - نمط الشخصية (Type de personnalité)

تلعب الشخصية دورا هاما في الاستجابة للأحداث الضاغطة وهذا حسب نمط شخصية كل فرد، لكل منّا سمات أو أساليب سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية تعامله مع المواقف الضاغطة، ويكون التأثير في الإصابة بالضغط على عدة أصعدة:

- الطريقة التي يدرك بها الأفراد الوضعيات وعوامل الضغط.
- الطريقة التي تتم بها ردود أفعالهم نحو عوامل الضغط الموجودة في محيطهم.
- وهناك ثلاث أنماط من الشخصيات التي تم وصفها وهي:
 - **النمط (أ):** التي وصفها (Friedman & Rosenman, 1974) بأنها تتميز بالمنافسة، العدوانية، الشحن الانفعالي، عدم التروي، الصلابة، نشاط حركي وكلامي مفرط، وهو من بين الأنماط السلوكية الذي لديه قابلية أكثر للتأثر بالضغوط بسبب رغبته في إنجاز أكبر عدد من المهام في أقصر وقت ممكن، والمبالغة في طموحاته، وكأنه يسابق الزمن وهو معرض للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية.
 - **النمط (ب):** الذي وصفه (Selye (1936 بأنه الأكثر توازنا، له استجابات متزنة للضواغط، حيث يتميز بالثقة والهدوء، وكذا أخذ الأمور ببساطة، وأخذ الوقت في التعامل مع الأمور ومواجهتها (شاذلي، 2000، صفحة 173).
 - **النمط (ج):** الذي يسميه (Byrne & al., 1964 ; Temoshok, 1987) أيضا بالنمط القامع (Répresseur) وهو نمط يجمع الانفعالات، ومن آثاره القاسية تطوير تضايق كامن (Détresse sous-jacente) كالإنقاص من قيمة الذات، الإحساس بعدم القدرة وفقد

(التحكم) كما يشكل عامل خطر في تطوير مرض السرطان. (Piquemal-Vieu, Dec 2001, p. 90).

وأشارت دراسة بارون (Baron, 1983) إلى أن الشخصية ذات النمط (أ) أكثر استجابة للضغط من الشخصية ذات النمط (ب)، وأقلها تكيفا مع الضغط، فغالبا ما تجد هذا النمط (أ) من الشخصيات الأكثر إيلا ما للذات مقارنة مع الشخصيات ذات النمط (ب)، التي تتجنب لوم الذات وترجع النتائج السلبية إلى الحظ أو صعوبة العمل (جودة، 2002، ص 292).

ب- مركز الضبط (Lieu de contrôle)

مفهوم "مركز الضبط" مفهوم استعمله "جوليان روتر" (J.Rotter) (1954) في إطار نظريته حول "التعلم الاجتماعي" ليشير به إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهة الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة على بيئته، وميز "روتر" بين فئتين من الأفراد طبقا لمفهوم الضبط عنده هما:

- **فئة الضبط الخارجي:** يرى أصحاب هذه الفئة بأنهم تحت تحكُّم قوى خارجية ولا يستطيعون التأثير فيها، وهم غير قادرين على السيطرة على الأحداث والتحكم فيها، وهم أفراد يعزّون الأحداث إلى عوامل خارجة عن تحكُّمهم وسيطرتهم كالحظ والصدفة.
- **فئة الضبط الداخلي:** يرى أصحاب هذه الفئة أنهم مسؤولون عمّا يحدث لهم، ويعملون جاهدين للتحكم في البيئة والسيطرة عليها، لهم القدرة على رؤية التوقعات للأحداث، ويعتقد أفراد هذه الفئة أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث. فالفرد الذي يعتقد أنه يستطيع التحكم في الأحداث والسيطرة عليها بدرجة كبيرة، هو الأكثر تحملا للتهديدات والضغوط التي يتعرض لها في حياته من ذلك الشخص الذي لا يعتقد بأنه يستطيع التحكم بمراكز الأحداث، ويعزو ذلك الفشل إلى مؤثرات خارجية كالحظ أو الصدفة أو القدر أو الفرصة، لذا فهو أقل تحملا للضغوط (حسين س.، 2006، ص ص 123-124).

ج - تقدير الذات (l'Estime de Soi)

يعتبر تقدير الذات من الموضوعات البحثية في علم النفس، وله دور هام في التكيف مع الضغوط المهنية، ويعتبر بعدا هاما من أبعاد الشخصية، ويعرف على أنه مجموعة من المواقف والمشاعر التي يبرزها الفرد تجاه ذاته والتي تحدد وتوجه سلوكياته، وتدفع هذه المشاعر الظاهرة،

سلبية كانت أو إيجابية، إلى الشعور بالثقة بالنفس أو عدمها (Naderi & et al ., 2009 : 27) نقلا عن (هاشم، 2010، ص298).

د - الصلابة النفسية (La Personnalité endurente)

الجدير بالتنويه أن هناك أفرادا يتأثرون بالضغط دون غيرهم بالرغم من أنهم يمارسون نفس الوظائف، وهذا ما أشارت إليه كوباسا (Suzanne Kobassa, 1980) في دراسة لها على فئتين من مديري المدارس الذين يعملون في ظروف متشابهة من الضغط، فوجدت بأن إحدى الفئتين أقل معاناة من الأعراض المرضية مقارنة بالأخرى، وقد وصفت كوباسا هذه الفئة من الأفراد ضمن نظريتها الخاصة بالصلابة النفسية بأن أفرادها يتسمون بثلاثة محددات رئيسة تتمثل فيما يلي:

- **الالتزام (l'Engagement):** ويعني اعتقاد الفرد في ذاته وفيما يقوم به من أنشطة الحياة، والتي تشمل العمل والأسرة والعلاقات الاجتماعية والعلاقات الوظيفية.
- **التحكم (الضبط) (le Contrôle):** وهو يعكس قدرة الفرد على التحكم في الذات وعلى التدخل الشخصي في التأثير على الأحداث، والناس الآخرين، والقدرة على التحكم في الظروف الشخصية دون الشعور بالاغتراب.
- **التحدي: (le Défi):** وهو قدرة الفرد على الالتزام بكل ثقة في وضعية أين يتطلب المواجهة دون إدراك الخطر، والاعتقاد في أن التغيير شيء طبيعي وأنه نوع من أنواع المواجهة، فالأحداث غير السارة هي فرص جديدة تدعم خبرات الحياة بدلا من اعتبارها مؤدية إلى المرض.

و تفسر كوباسا أن أصحاب هذا النمط من الشخصية يعتبرون أن التحدي ليس أمراً ضاغظاً، وأنه باستخدام مهارات المواجهة يتحول إلى أمر متوقع الحدوث، وذلك يفسر اختلافهم عن بقية الأنماط من الشخصيات في التعرض للأمراض مستخدمين أيضاً الدعم الاجتماعي للتحكم في الضغوط (Woolf & Dryden. 1996: p536). نقلا (وهبان، 2007-2008، ص123).

هـ - فعالية الذات Self- Efficacy

يعتبر مفهوم الفرد عن ذاته من المفاهيم التي تؤثر بشكل كبير في إحساسه بالضغط ومسبباتها، ويعرف باندورا Bandura فاعلية الذات في إطار نظرية التعلم الاجتماعي بأنها: "توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك." كما يعرفها شيرر وآخرون على أنها مجموعة من التوقعات العامة التي يمتلكها الشخص، والتي تقوم على الخبرة الماضية وتؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة (العتيبي، 2008-2009، ص22).

2 - العوامل الموقفية

أ - المساندة الاجتماعية Support Social

أظهرت البحوث أن للمساندة الاجتماعية آثارا هامة في المواقف الشديدة والإجهاد النفسي. كما تعتبر عملية دينامية لزيادة التأثير المتبادل بين الأفراد ضمن شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يتم المدد بالدعم في مختلف المواقف الاجتماعية الذي يأخذ أشكالا مختلفة، كالمدد الوجداني، العاطفي، المادي، المعلومات، النفسي... إلخ حسب تصنيفات العلماء العديدة.

ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاتها الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليس كل شبكات العلاقات مساندة لأنها تعتمد أحيانا على دعم وصحة متلقي المساندة، أي أن المساندة الاجتماعية تعتمد على صحة الفرد وسلامته النفسية، وليس على كثرة علاقاته الاجتماعية (الحفيظ، 2013-2014، ص116).

أنواع المساندة الاجتماعية

المساندة الاجتماعية هي "مجموعة الأشخاص المهمين في حياة الفرد، والذين يقومون بمساعدته وتزويده بالإمكانات المادية والمعلومات والنصيحة التي تساعد على التعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها". (حسين ط.، 2006، ص136)

- ويشير هوس (House) 1981 أن المساعدة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أنواع هي:
- المساعدة الانفعالية Support émotionnel: وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين، والتي تشمل على: الرعاية، الثقة، القبول، التعاطف.
 - المساعدة المحسوسة Support Tangible: والتي تشمل المساعدة التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من إلحاقه بعمل (يتناسب وإمكاناته) كذلك مساندته بالمال.
 - المساعدة بالمعلومات Support informationnel: تشمل المساعدة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) الفرد من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة، وتعلم مهارة، وحل المشكلة، وإعطاء التوجيهات التي يمكن أن تساعد في تجاوز موقف أو أزمة ضاغطة.
 - مساندة الرفقاء Companionship/Support de Compagnie: التي تشمل المساعدة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) من خلال ما يقدمها الرفقاء والأصدقاء بعضهم لبعض حين يمر أحدهم بموقف ضاغط أو شدة، ويضيف بعض الباحثين إلى ما سبق المساعدة النفسية أو المساعدة بالتقدير، أي إدراك الفرد أنه موضع لرعاية وتقدير من قبل الآخرين، ذلك لأن المساعدة الاجتماعية تتعدد أنواعها (وفاء، 2013-2014، ص195).

ب - طبيعة الموقف و خصوصيته

يستخدم الفرد في المواقف والأحداث التي يستطيع التحكم والسيطرة عليها كل من استراتيجيات المواجهة الإقلامية واستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، في حين يستخدم استراتيجيات المواجهة الإحجامية واستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال عند الأحداث الضاغطة التي لا يمكن له التحكم فيها والسيطرة عليها، فطبيعة الخطر، قرب، مدته وأيضاً كلما كان الموقف ضاغطاً كان إفراز الهرمونات أعلى من معدلاته الطبيعية، وهو ما يعوق بعض العمليات الحيوية ويؤثر كذلك على الحالة الانفعالية (Cousson-Gélie, 2001, p. 117).

3 - العوامل الديموغرافية

أ- السن

يلعب السن دورا أساسيا في تقييم المواقف الضاغطة وتحديد استراتيجيات المواجهة، حيث اكتشف فلكرمان أن النساء المسنات يستعملن استراتيجيات التجنب والإنكار والهروب أكثر من النساء الأكثر شبابا وقوة (حسين ط.، 2006، ص36).

ب- الجنس

يعد عامل الجنس حسب (Mc Grath, et al:1990) من الخصائص الشخصية المؤثرة في دراسة الضغوط المهنية، لاسيما مع زيادة معدلات دخول المرأة إلى سوق العمل، والتي يختلف موقعها الاجتماعي والوظيفي عن موقع الرجل، من تداخل مسؤولياتها بين العمل والمنزل، والعزلة الاجتماعية التي يفرضها عليها مجتمعها، ومحدودية الدور الوظيفي الذي يسمح لها به، ناهيك عن التفرقة في التعامل كونها امرأة عند الترقية أو اختيارها لمناصب عليا.

كما تؤكد دراسة أستون ونيل (Stone & Neal .1984) التي هدفت إلى التعرف على أساليب المواجهة التي يستخدمها كل من الجنسين في مواجهة المشاكل اليومية. فكتشفت أن الرجل يقوم بأفعال مباشرة كأسلوب في مواجهة المشاكل، في حين تستخدم المرأة استراتيجيات سلبية تتضمن التشتت، وتسعى لطلب المساندة الاجتماعية من الآخرين.

وقد أثبتت بعض الدراسات والبحوث على وجود فروق بين الجنسين في مدى الإدراك والتأثر بالضغوط، حيث كشفت أن الرجال أكثر إدراكا وتأثرا بالمواقف الضاغطة من النساء. وقد وجد لازاروس في بحوثه أن النساء يستعملن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة في مجال العمل أقل من الرجال (داود، 2011-2012، ص153).

بينما أثبتت دراسات أخرى أنه لا يوجد فرق بين الجنسين في استعمال الاستراتيجيات المركزة على المشكل (Endler & Parker ,1990) في حين وجدت أن النساء يستعملن المواجهة المركزة على الانفعال والتجنب أو ما يسمى بالواجهة غير الفعالة. (Piquemal-Vieu, p. 95).

ج- المستوى الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

بينت بعض الدراسات أن هناك علاقة بين المستوى الاجتماعي - الاقتصادي واستعمال بعض استراتيجيات المواجهة (Menaghan, 1983)، فالمستوى الاجتماعي المرتفع يرتبط بشدة مع المواجهة الفعالة، بينما المواجهة غير الفعالة ترتبط بالمستوى الأدنى. (Piquemal-Vieu, p. 95).

خلاصة

تعتبر المواجهة ذات أهمية كبرى في إحداث التوازن بين الفرد مع محيطه البيئي بجلب الراحة النفسية والجسدية من خلال التخفيف من حدّة الضغوط، وهي تختلف من فرد إلى آخر فهناك من يلجأ إلى استراتيجيات إيجابية لمواجهة المواقف الضاغطة، وهناك من يستعمل استراتيجيات سلبية لنفس المواقف. لقد عالج هذا الفصل مفهوم المواجهة بصورة موسعة من خلال إدراج مختلف الأطر النظرية التي تناولته، وكذا مختلف التصنيفات لاستراتيجيات المواجهة، كما وقعت الإشارة إلى العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة وطرق قياسها من خلال التعرض لأهم وأكثر السلاالم والمقاييس شيوعا واستعمالا لقياسها.

الفصل الرابع: التمريض

تمهيد

1. تعريف التمريض

2. نظريات التمريض

3. دور الممرض

4. الضغوط المهنية في مهنة التمريض

5. المواجهة والتمريض

خلاصة

تمهيد

التمريض مهنة سامية لما تحمله من رحمة وشفقة وتضحية وتفاني، تهتم بكيان الفرد كله جسمياً، عقلياً ونفسياً بهدف مساعدته على الشفاء إن كان مريضاً، أو إبعاده لبلوغ الصحة الكاملة، وذلك من خلال الاهتمام به والعناية ببيئته وتقديم التثقيف الصحي له وللمجتمع ككل عن طريق الإرشادات والتوعية.

التمريض من أقدم المهن في التاريخ، حيث بلغ الطب ذروته في عصور قدماء المصريين سنة 2800 قبل الميلاد على يدي الكهنة والرهبان، وبدأت النهضة الطبية عند اليونانيين على أيدي أبقراط (العجلوني و.، 2002، ص8).

وقد أدى التطور العلمي والتكنولوجي خلال هذا القرن في المجال الصحي إلى تقدم وتطور مجال التمريض كعلم وفن وتكنولوجيا، كما أصبحت له نظريات ومفاهيم خاصة ومنفصلة عن النظريات والمفاهيم الأخرى، وتعتبر فلورنس نايتنجل أول المنظرين التي قدمت إطاراً مفاهيمياً للممارسة التمريضية ضمن نموذجها الذي ظهر في سنة 1955.

أولاً: تعريف التمريض

تعرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) التمريض بأنه عمل يؤدي عن طريق ممرض(ة) لمساعدة الأفراد المرضى للقيام بأنشطة تساعدهم في تحقيق الأمان والسلامة. وهو علم يختص بتحسين الصحة والوقاية من الأمراض والعناية بالمصابين بمختلف الأمراض.

وتعرف مارمي Elisabeth Marmet التمريض بأنه جمعٌ للمعلومات الصحية العامة للإنسان في الصحة والمرض، بهدف تنظيم وتقديم الخدمات التمريضية، الوقائية منها والعلاجية والتأهيلية، وذلك عن طريق مراحل أربعة تسمح بتحقيق أهداف العملية التمريضية التي تم وصفها لأول مرة عام 1915، ثم عام 1919، ثم عام 1961 و 1963 إلى غاية سنة 1967 وتمثلت في تحديد المشكل (بجمع المعلومات)، التخطيط للعناية، العمل الإجرائي للعناية والتقييم. (Marmet, 1990, p. 5).

وعرّفت أيداجاين أورلاندو A. Orlando في عام 1958 ممارسات التمريض بأنها عملية تتبع منهجاً علمياً وتشمل هذه العملية التمريضية أربع خطوات هي:

1. **التقييم:** يكون بتجميع المعلومات عن حالة المريض من مختلف المصادر، بملاحظة سلوكه وتقدير حاجاته البدنية والنفسية. ويقوم الممرض بتقييم التقدم الصحي الذي يتم التوصل إليه بتحقيق الأهداف المتوقعة، والتي يتم العمل على تحقيقها من البداية. وإذا كان التقدم نحو الهدف بطيئاً أو حدث تقهقرا، على الممرض تغيير خطة الرعاية. وإذا حدث العكس وأتت الجهود بثمارها بالوصول إلى الهدف المسطر، فيمكن حينها وقف خطة الرعاية. كما يمكن اكتشاف مشكلات جديدة في هذه المرحلة، لذا ستبدأ العملية برمتها من جديد مرةً أخرى. (العجلوني و.، 2002، ص150).

2. **التشخيص التمريضي:** يكون جزءاً من عملية التمريض وهو حُكم سريري عن تجارب وردود فعل الفرد أو العائلة أو المجتمع تجاه المشكلات الحياتية والصحية الفعلية أو المحتملة. ويتطور التشخيص التمريضي وفقاً للبيانات التي يتم الحصول عليها أثناء تقييم التمريض للصحة والبيئة.

3. **التخطيط:** هو صياغة خطة الرعاية التمريضية بهدف إشباع حاجات المريض وحل مشاكله، ويتم توزيع الرعاية التمريضية على فريق التمريض في المصلحة وتحديد أولويات التنفيذ، فالحاجات البدنية الأساسية لها الأولوية عن الحاجات النفسية، والمحافظة على حياة المريض في مقدمة اهتمامات الممرض (العجلوني و.، 2002، ص152).

4. **التنفيذ:** يقوم الممرض بتنفيذ خطة الرعاية التمريضية، كما يقوم بأداء التدخلات التي تم اختيارها من أجل المساعدة في تحقيق الأهداف الموضوعية. كما يتم ضمان أداء المهام المحددة ورصدها في هذه المرحلة أيضاً. ويلعب الحدس دوراً هاماً في الحياة المهنية للممرضين والممرضات ويدخل كعامل رئيسي في توفير البيئة والنمط الحياتي الصحي للإنسان من الناحية البدنية والنفسية والروحية. (الياسري، 2013)

وانطلاقاً من هذه التعاريف، تمّ تطوير سبع مسلمات علاجية:

- أ- العناية التمريضية هي عملية بين-شخصية.
- ب- يهدف التمريض للوصول إلى العلاج بهدف تلبية الاحتياجات البشرية.
- ج- تكمن فاعلية العناية التمريضية في تعزيز الترقية الصحية للفرد وعائلته وتنميتها.

د- تعمل استجابة الرعاية التمريضية على تقبل الفرد كما هو الآن وكما سيكون فيما بعد.

ه- ينبغي للبيئة والرعاية الصحية أن تقدم للشخص الحق في اختيار أفضل عمل في فترة ما.

و- التمريض هو مواصلة تعزيز الصحة أكثر من كونه علاجاً، وهو مكمل للعلاج.

ز- تمثل الممارسة مركز الرعاية التمريضية. (Marmet, 1990, p. 8).

يمكن القول أن هدف عملية التمريض الحديث هو معرفة حاجات المريض والعمل على إشباعها، ومساعدته على الاستقلال والعيش بتلقائية وكرامة، بعيداً عن العملية التمريضية التقليدية التي تختلف عن التمريض الحديث كما يبينه الجدول التالي رقم (1):

الجدول (1): يبين أوجه الاختلاف بين التمريض التقليدي والتمريض الحديث (العجلوني و.، 2002، ص153).

التمريض الحديث	التمريض التقليدي
1-المرضة مستقلة في اتخاذ القرارات وترتبطها بالطبيب علاقة زمالة وتعاون.	1- تستقي الممرضة التعليمات من الطبيب وتقوم بتنفيذها.
2- تعتمد الممرضة على الذكاء والمهارات في خدمة التمريض محورها المريض وبناءً على المعلومات التي تحصل عليها بالمجهود الذاتي.	2- تعتمد الممرضة على الخبرة في رعاية المرضى بناءً على المعلومات التي تحصل عليها من الزملاء والأطباء.
3-تمريض ديناميكي متغير يعتمد على حاجات المرضى.	3-تمريض روتيني يعتمد على تنفيذ تعليمات محددة.
4-المريض إيجابي ويشارك في عملية التمريض.	4-المريض سلبي لا يشارك في عملية التمريض.
5-المسؤولية محددة للممرضة المكلفة برعاية المريض.	5-مسؤولية التمريض عامة وموزعة على هيئة التمريض.

ثانياً: نظريات التمريض

ظهرت معظم النظريات التمريضية في منتصف القرن العشرين متأثرة بالتطورات النظرية في العلوم الإنسانية، خاصة علم النفس والتربية وعلم الاجتماع. وترتكز هذه النظريات التمريضية على أربعة محاور أساسية تتمثل في: الفرد، البيئة، المجتمع والتمريض. لكنها تختلف في طريقة تفسيرها للعلاقة بين هذه المحاور الأربعة حسب تجربة وخبرة كل منظر.

تكمن أهمية النظريات التمريضية في الممارسة الفعلية للتمريض، حيث يُستنبط من خلالها المبادئ الأساسية لممارسة المهنة وتطبيقها، كما تساهم النظريات التمريضية في اشتقاق الفرضيات التجريبية للبحث العلمي. وقد ساهمت أيضاً في وضع الأطر الفلسفية للإدارة في التمريض حيث يقوم الإداريون باستخلاص رؤاهم الإدارية من خلالها (Melanie, 2001, p. 138)، ومن أهم النظريات التي تناولتها المدارس المختلفة النظريات التالية:

1- مدرسة الحاجات L'école des besoins

ينطلق هذا النموذج النظري من التركيز على الرعاية التمريضية والعمل على الوصول للمريض إلى الاستقلالية في تلبية احتياجاته الأساسية وقدرته على العناية بذاته. ويحل الممرض لبعض الوقت محل المريض الذي لا يستطيع القيام ببعض النشاطات المتعلقة بصحته بنفسه، ويساعده على التعافي في وقت وجيز كي يستطيع تلبية احتياجاته ويعمل على رعاية نفسه. (الياسري، 2013).

ومن أهم منظري هذه المدرسة نجد فرجينيا هندرسون Virginia Henderson، دروتي أوروم Dorothea Orem وعبد الله فايي Abdellah Faye.

أ- نظرية أوروم (1914-2007) Dorothea Orem

تنطلق من كون الرعاية الذاتية والعلاقات الإنسانية هما محورا ممارسة التمريض، وتكمن أهمية دور التمريض في مساعدة المريض غير القادر على تلبية احتياجاته العضوية والنفسية والتطورية والحياتية العامة، وذلك بمساعدته ومساندته باستغلال أقصى ما لديه من قدرات في العناية بنفسه ثم التدرج في تنميتها بالعناية بنفسه إلى أن يصل إلى العناية الذاتية الكاملة تحت إشراف وملاحظة الممرضين (Isabelle Boittin M. L., 2002).

ب- نظرية فرجينيا هندرسون (1897- 1996) Virginia Henderson

هي ممرضة أمريكية صاحبة النموذج المفاهيمي الذي يركز على النظرية الهرمية لأبراهام ماسلو. ترى أن العملية التمريضية تركز أساسا على المريض بالدرجة الأولى وعلى محيطه المتمثل في (البيت، المستشفى، المدرسة، المصنع... إلخ) كما تركز أيضا على أن الوقاية تكون قبل العلاج. وترى هندرسون أنه إذا توفر لدى الفرد، سواء كان مريضا أو معافى، على 14 حاجة أساسية سيصل إلى الاستقلالية ويعمل جاهدا للحفاظ عليها وتتمثل هذه الحاجات فيما يلي:

- الحاجة إلى التنفس.
- الحاجة إلى تناول الطعام والشراب.
- الحاجة إلى الإخراج.
- الحاجة إلى تعزيز والحفاظ على وضع جيد.
- الحاجة إلى النوم والراحة.
- الحاجة إلى اللباس وخلع ملابسه.
- الحاجة للحفاظ على درجة حرارة الجسم.
- الحاجة لأن تكون الألبسة نظيفة ودافئة.
- الحاجة إلى السلامة (تجنب المخاطر).
- الحاجة إلى التواصل.
- الحاجة إلى ممارسة الشعائر الدينية، والتصرف وفق معتقداته.
- الحاجة إلى المعالجة المفيدة.
- الحاجة إلى إعادة التكوين.
- الحاجة إلى التعلم (Dico Humaniste Infirmier, 2013)

وترى هندرسون أن هناك خمس مستويات من الاعتماد:

- المستوى 0: الشخص يلبي احتياجاته باستخدام وسائل اصطناعية.
- المستوى 1: المريض بحاجة مؤقتة لشخص ما ليعلمه كيفية تحقيق تلبية احتياجاته.
- المستوى 2: المريض بحاجة لمساعدة في استعمال التجهيزات الاصطناعية.
- المستوى 3: يعتمد المريض على شخص ما لتلبية احتياجاته ويشارك في ذلك.

• المستوى 4: يعتمد المريض على شخص ما لتلبية احتياجاته ويشارك قليلا في ذلك.

• المستوى 5: يعتمد المريض كليًا على شخص آخر لتلبية احتياجاته دون أن يشارك في ذلك. (Mias, 2001).

2- المدرسة التفاعلية L'école de l'interaction

ظهرت هذه المدرسة في نهاية الخمسينيات وبداية الستينات، وهي مستوحاة من الظاهرية والوجودية، سعت للإجابة على التساؤل التالي: "كيف يستطع الممرض فعل ما يفعله مع المرضى؟" مركزة على عملية التفاعل بين الممرض والمريض، وهي تمثل أولى النظريات التمريضية الحقيقية الرائدة.

حسب هذه المدرسة، يعتبر التمريض عملية إنسانية وليست ميكانيكية. على الممرضة أن تملك المعلومات الكافية قبل أن تقيّم الحاجات الأساسية للمريض بهدف مساعدته ووضع تشخيصها التمريضي والتخطيط للتدخل العلاجي.

من منظري هذه المدرسة هيلدوغارد بيبلو Hildegard Peplau التي أحدثت ثورة في مجال الرعاية الصحية، حيث تعتبر المرض خبرة إنسانية تساعد الشخص على النمو إذا ما أدرك معناها الحقيقي، بعيدا عن كونها حتمية، ويصبح بذلك المرض عنصرا إيجابيا، بشرط أن يفهم معناه.

وتنطلق هذه النظرية من فرضية أن المرض تجربة إنسانية تساعد على التطور، وتعتبر شخصية الممرض عنصرا جوهريا في تعلم المريض من مرضه أثناء هذه التجربة، وللتمريض وظيفة الإسهام في تنمية وتطوير شخصية المريض والوصول به إلى النضج.

وقد أعطت Peplau تصورا للإنسان بأنه كائن يعيش في حالة لا توازن يصارع من أجل الوصول إلى حالة التوازن، ولا يصل إليه إلا عند الموت. والمرض هو أحد عوامل الاختلال، وبالتالي يمثل الموت حالة التوازن المطلق. وعليه يصبح الموت لا يشير إلى فشل القائمين على تقديم الرعاية بل يندرج ضمن العمليات الحيوية إلى أن يصل الفرد إلى الحالة المستقرة.

وانطلاقاً من هذا التصور تقدم تعريفاً للمريض بأنه أداة تربوية، وقوة تساعد على النضج، وتعزز أهداف التطور الشخصي نحو حياة خلّاقة، بناءً ومثمرة بالنسبة للفرد والمجتمع، وتقتصر نقاط لتدخلات التمريض مثل:

1. تقديم إجابات محددة للمشاكل المقدمة من المريض على شكل معلومات واضحة.
2. إظهار مواقف إيجابية من الاحترام والاهتمام للمريض.
3. تقديم مساعدة أفضل للمريض بالجلوس بجانبه لمراقبته.
4. أن يكون الممرض بديلاً في بعض الأحيان (مثل الأم).
5. أن يكون الممرض مستشاراً.

كما ترى ببيلو أن التركيز على العلاقات بين-شخصية والمظهر السيكو-دينامي للتمريض مسائل أساسية لا يمكن الاستغناء عنها بتاتا أو تجاوزها في العملية التمريضية. (Pénélope Autret V. G.-P., 2006, pp. 7-8).

3- مدرسة الارتقاء بالصحة L'école de la promotion de la santé

من رواد هذه المدرسة مويرا ألين Moyra Allen التي عُرف نموذجها باسم نموذج "ماك جيل" "Modèle de McGill" الذي يركز على النهوض بالصحة، ساعية للإجابة على التساؤل التالي: ماذا يفعل الممرض؟

وبالغوص في ماهية العناية التمريضية لترقية الصحة، اهتمت أيضاً بالأسلوب المنتهج لبلوغ هذه الغاية أي (العناية التمريضية) وذلك من خلال الإجابة عن السؤال: إلى من تُوجه الأعمال التمريضية؟ (Sarraillé, 2014).

أ - نظرية فلورنس نايتنجل (Nightingale, F (1958)

ترى أن التمريض يهدف إلى مساعدة المرضى على أساس فردي، إذ تساهم الإجراءات الصحية في النهوض بالصحة والمحافظة عليها، وكذا مساعدة الأفراد الذين هم في أواخر حياتهم بأن يموتوا في سلام وكرامة. وقد ركزت نظرية فلورنس على أربعة عوامل تحدد من خلالها تأرجح حالة الإنسان بين الصحة والمرض وهي:

- **الفرد:** المريض كما وصفته فلورنس هو كائن مصاب بمؤثرات محيطية أثرت على صحته سلبيا .وهذا الكائن يتمتع بطاقة وقدرة على مواجهة المرض واستعادة صحته وسط بيئة سليمة.
- **البيئة:** تؤمن فلورنس أن القاعدة الأساسية في نظريتها هي حالة البيئة المحيطة بالإنسان، والضغوط الخارجية هي التي تؤثر على حياة الفرد و على تطوراته الطبيعية.
- **الصحة:** ترى فلورنس بأن تعزيز صحة الفرد تكون باستغلال طاقته الطبيعية للتمتع بصحة دائمة، وأن المحافظة على الصحة يكون بالسيطرة على العوامل البيئية المحيطة.
- **التمريض:** توجه الخدمة التمريضية حسب فلورنس إلى توفير: النظافة الشخصية للمريض، ونظافة بيئة المريض، وراحة المريض، وتوفير أشعة الشمس للمريض، ومكان مريح للمريض، وتوفير الهواء النقي والتدفئة والرطوبة المناسبة والغذاء الجيد للمريض.

ب- نظرية أورلاندو

بنيت نظرية أورلاندو على دراسة سلوكيات الفرد الظاهرة، بمعنى تقييم حاجات الشخص الحالية، لأجل تحديد احتياجاته الحقيقية، ثم اتخاذ الإجراء المناسب لتلبيتها. وعلية يمكن حصر مكونات نظريتها في "الطريقة التمريضية " في ثلاث نقاط هي:

- دراسة سلوكيات الفرد.
- ردود أفعال الممرض.
- تنفيذ الإجراء التمريضي.

4- مدرسة الإنسان المتكامل L'école de l'être humain unitaire

تتبع طريق التوجه إلى الانفتاح على العالم وهي نموذج تحولي، وقد حاول منظرو هذه المدرسة الإجابة على السؤال التالي: "من توجه العناية التمريضية؟" لقد أعطت مارثا روجرز مفهوم الانضباط التمريضي النابع من الأعمال الفلسفية والنظريات في الفيزياء ونظرية النظم العامة لفون برتالانفي Von Bertalanffy، إذ عرضته على الممرضات برؤية جديدة للشخص والتمريض، وهي تفضل مفهوم وحدة الشخص وتدعو الممرضين إلى تطوير علم الإنسان المتكامل.

وقد انضم إليها منظرون آخرون بإضافة مصادر فلسفية أخرى من الوجودية والظواهرية مثل مارجريت نيومان Margaret Newman روزماري ريزو Rosemarie Rizzo، منطلقين من فكرة روجرز بأن الصحة والمرض هما عمليتان تعبران عن سيرورة الحياة وهما غير متعارضتين أو منفصلتين.

وتقترح نيومان نظرية صحية تقوم على نشر الوعي الصحي، فالصحة هي التحقيق المستمر للذات كما تم دمج الإنسان المتكامل والمرض في الصحة، وهي جزء من عملية نشر الوعي والتغيير (Thomas, 2012).

تعقيب

- ركزت جميع النظريات التمريضية على الأبعاد النفسية التي تحتل مكانا بارزا في المهن الصحية.
- يتخلل الممارسة التمريضية مظهر معقد يكمن في علاقة العمل مع الألم والتي تتطلب إصغاءا معينا واستماعا خاصا.
- التمريض هو فعل موجه نحو تطوير الفرد محل العناية للعلاج، هو عمل يستند على موارد الشخص والمحيطين به.
- تتحدد إجراءات العناية التمريضية ضمن هذا الإطار النظري في سبع مراحل إكلينيكية هي (Marmet, 1990, p. 7):

- الفحص الدقيق للمشكل.
- الصياغة: وهي تتمثل في كلام المريض عن حالته، وعليها تتحدد المرحلة التي تليها.
- التقدير: أي أهمية المشكل بالنسبة للمريض.
- تطوير طريقة لحل المشكل.
- التنفيذ.
- التقييم.

ثالثاً: دور الممرض

لقد تمّ تحديد دور الممرض ضمن عدة مستويات:

1. **المراقبة والاستماع:** يركز الممرض اهتمامه حول الأحداث التي تدور حول مدركات المريض لوضعه الحالي. وبواسطة المراقبة والاستماع يتمّ فهم الصعوبات وبالتالي مساعدته على تكيف إدراكاته ومواقفه.

2. **الإعلام والحصول على معلومات:** خاصّة بتطور المرض والرعاية والعلاج، ويكون ذلك باتباع توجيهات الطبيب، وتقديم الرعاية باستخدام المفردات التي تضمن الفهم، لإعادة صياغة توجيهات المعالج. ولا يتحقق ذلك إلاّ بوجود شخص متميز يتمثل في الممرض حيث يعطي ويفسر المعلومات بانتظام لأفراد العائلة، حتى للأطفال، لتوضيح الموقف، بهدف تخفيف حدة التوتر وتعزيز الروابط إذا تطلبت الحاجة إلى ذلك.

3. **الدعم والمساعدة والتشجيع لأقارب المريض:** الهدف منه العمل على إيجاد علاقة تكيفية ملائمة وذلك باستعمال صيغ وسلوكيات تمكن من تقديم دعم أفضل وتواصل أكبر مع أقارب المريض. كإشراكهم بطريقة عفوية في العناية، حيث تعتبر وسيلة هامة في العملية السندية. كما يمكن للممرض تعليمهم بعض الأشياء بهدف إشراكهم في الرعاية، لدعم المساعدة، كأخذ وجبات الطعام، والعناية بالوجه، العناية بصحة الفم ... إلخ، كما أن وجود ممرض في اللحظات الأخيرة من الحياة يبعث على الاطمئنان بالنسبة لبعض الأسر. (Pénélope Autret V. G.-P., 2006, pp. 105-106).

ويرتكز دور الممرض خلال الساعات الأخيرة من حياة المريض على ما يلي:

- تخفيف الأعراض (الألم، وضيق التنفس...).
- تطهير مجرى الهواء.
- الترتيب والعناية بالفم.
- تحديد المواقع والرعاية من ضغط قرحة.
- العناية بالعين.
- التخفيف من الروائح.

• الدعم المزدوج للمريض وعائلته.

أما بابلو Peplau فقد حددت ستة أدوار رئيسية هي:

• دور الشخص الغريب الذي يعطي الاحترام والاهتمام للمريض كما لو أنه يلقاه لأول مرة.

• دور الشخص الذي يقدم معلومات وإجابات محددة على الأسئلة المطروحة من قبل المرضى.

• دور المعلم الذي يساعد المريض على الاستفادة من التجربة التي يعيشها.

• القيام في كثير من الحالات بدور القائد الديمقراطي على المريض أو عائلته.

• القيام بدور الولي تجاه المرضى الذي غالبا ما يقوم به الممرض بطريقة لاشعورية (الأم، الأخ، الأخت، الأب). ولذا فمن الضروري تمييز هذه العلاقة عن العلاقات السابقة.

• دور المستشار الذي يعمل على تعزيز الخبرات التي تفيد المريض في صحته البدنية

والعقلية. (Pénélope Autret V. G.-P., 2006, p. 75)

رابعاً: الضغوط المهنية في التمريض

تعتبر مهنة التمريض إحدى المهن الضاغطة التي تتعدد فيها مصادر الضغط المهني ومنها:

1- العوامل البيئية والفيزيائية

تساهم الظروف البيئية التي يعمل فيها الممرض في عدم راحته في ممارسة مهامه، حيث تزيد من معاناته من الضغط كعدم توفر التكنولوجيا المناسبة في مكان العمل، تلوث المحيط، ودرجة الحرارة غير الملائمة، والضوضاء، وسوء تصميم أماكن العمل التي قد تؤدي إلى احتمال الإصابة بحوادث العمل.

ذكرت (Triolo, 1989) أن الضغوط المهنية في بيئة تقديم العناية الصحية قد تكون

جسدية، كيميائية، أو نفسية، إذ تتمثل الضغوط الجسدية في المخاطر البيئية كالتلوث البيئية، الحرارة المرتفعة، الإضاءة السيئة، العناية المباشرة، العمل بنظام الفترات، الإصابات العضلية والهيكليّة الناتجة عن الحمل أو الإجهاد أو العمل الزائد.

أما الضغوط الكيميائية فتتمثل في الأمراض المعدية كون المريض يكون على اتصال مباشر بالمريض وإفرازاتهم مما قد يعرضه للإصابة بالأمراض.

في حين تتضمن الضغوط النفسية الضغط الزائد سواء كانت جسدية أو نفسية، كما تتمثل في عدم وجود الأمان الوظيفي، غموض الدور، القلق والخوف المصاحب لأسرة المريض (الخصري، 2008، ص 43).

2- العوامل المرتبطة بمؤسسة العمل

تساهم عدّة عوامل في تعرض المريض للضغوط المهنية من بينها عوائق النمو والتقدم المهني التي تحرمه من فرص الترقية وتعيق في تحقيق طموحاته، بالإضافة إلى عدم مشاركته في اتخاذ القرارات التي لها تأثير كبير في شعوره بالمعاناة والإهمال، التي تؤدي بدورها إلى خفض إنتاجيته ورضاه الوظيفي. (Chamoux, 2008, p. 68).

3- العوامل المرتبطة بالعلاقات في مجال العمل

خلصت دراسة (O'Donnell, 1996) إلى أن ضعف العلاقات والتواصل على جميع المستويات يزيد من مستوى الضغوط من خلال الأحداث والمواقف التي تقلل من قدرة الفرد، إذ غالبا ما تنشأ الضغوط المهنية من العلاقات غير الحسنة بين الرؤوسين والرؤساء والزملاء، وكذلك العلاقات مع المرضى وأهاليهم، وهذا ما يضعف الثقة فيما بينهم وتخفض الرغبة في التعامل مع بعضهم وتغيب الاهتمامات المشتركة بينهم. (Grebott, 2008, p. 29).

كما خلصت دراسة (Mc Gowan, 2001) إلى أن المصدر الأساسي للضغوط تتمثل في متغيرات العمل، مثل نقص الموارد، عدم وجود الوقت الكافي لإنجاز المهام، التعامل مع أفراد عدوانيين، عدم المشاركة في صنع القرار. (الخصري، 2008، ص 44).

4- العوامل المرتبطة بالمسؤولية المهنية

يسبب العمل الليلي ضغطا نفسيا وجسديا للممرض(ة) حيث أن أوقات العمل الليلي من أهم الأوقات المثيرة للضغط المهني لدى العاملين في مهنة التمريض وبسبب عدم الانسجام بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية. وقد بينت عدة دراسات (فونتانا، 1993) بأن المناوبة الليلية لها تأثير سلبي على عادات النوم والعلاقات الاجتماعية، إذ تؤدي إلى اضطرابات في الشهية وزيادة حالات

الطلاق، والمشكلات الجنسية، وانخفاض عدد اللقاءات مع الأسرة والأصدقاء. وحسب دراسته حول الضغط المهني لدى العاملين بالتمريض وجد أن أهم أسباب الضغوط المهنية ترجع إلى نقص في وسائل العمل، الإرهاق العلاج الذاتي، التغيب عن العمل، عدم الكفاءة، المؤسسة التنظيمية، الحرمان من الأمومة النقص المزمن في عدم الاعتراف (Caillard, 2006, p. 44).
كما تعتبر العوامل الأخرى المتعلقة بالمهام والمرتبطة بالمسؤولية المهنية ذات أثر ضاغط على الفرد مثل:

- الدور المهني الذي يتمظهر بالصراع وغموض الدور بالإضافة إلى التركيز على ممارسة المهام التي ترتبط بمسؤوليات ثقيلة، العلاقات داخل ميدان العمل والجو العام المهني.
- المصادر المتعلقة بعناصر خارجية (Extra-personnels) أو داخلية (Intra-personnels)، أوبين- شخصية (Inter-personnels) كالتى تتعلق بالمرضى الأكثر تبعية.
- المصادر المتعلقة بالضغوط التنظيمية، كالضغوط المتعلقة بالإجراءات العلاجية وخاصة في وحدات العلاج المكثف.
- الاحتكاك المتكرر للممرض مع آلام المرضى.
- المعاناة النفسية للمريض الناتجة عن علاجات السرطان: كأفكار الموت، والإدمان، وتدهور الصورة الذاتية، وعدم الراحة بسبب الآثار الجانبية للدواء، والمشاكل المالية والمهنية.
- المشاعر الكثيفة التي يصرح بها المريض وصعوبة إدارتها.
- التعامل مع الموت الذي هو عبارة عن تجربة اجتماعية علائقية.
- التعامل مع معاناة الأسر، إذ من الصعب أفراد الأسر تحمل الآلام و أعباء الموقف الذي هم فيه (Piquemal-Vieu, 2001, p. 88).

5- العوامل المتعلقة بالحياة اليومية

يستطيع الشخص أن يلعب عدة أدوار في حياته، وبالتالي قد يتعارض عمله مع أدواره الأخرى التي تطالبه بالتزامات معينة فينتج عن هذا التعارض ضغط. وقد بينت عدة دراسات أن عوامل الضغط في ميدان العمل وفي الحياة اليومية تتماشى مع بعضها البعض، فإذا كان هناك ضغط كبير في أحد الميدانيين فقد ينقص من قدرة الفرد على مواجهة الضغط في الميدان الآخر.
(Rodolphe Ghiglione, 1982, p. 548).

خلاصة

تناول الفصل موضوع التمريض من خلال إعطاء نبذة تاريخية عن أهم ما ورد في النظريات القديمة والحديثة التي تناولت العملية التمريضية بشيء من التحليل والتفسير، مع العلم أن التوجه العلمي الجديد لهذا الميدان يحتم مواكبة مستجداته العلمية والنظرية، مع التذكير بأن كل النظريات المتعلقة بالموضوع انطلقت من أطر نظرية ترتبط بمجالات معرفية، كعلم النفس والتحليل النفسي (H. Peplau)، وعلم الاجتماع (D. Orem). ثم وقع التعرّيج على المهام والأسس التي تقوم عليها هذه العملية، ورصد بعض الارتباطات بين الضغوط المهنية ومهنة التمريض.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد

1. منهج البحث
 2. مجتمع البحث
 3. أدوات جمع البيانات في البحث
 4. الدراسة الاستطلاعية
 5. الشروط السيكومترية لأدوات البحث
 6. الدراسة الأساسية
 7. أدوات جمع البيانات
 8. الإجراءات النهائية للبحث
 9. الأدوات الإحصائية وتمثيل البيانات على برنامج SPSS
- خلاصة.

تمهيد

يقوم البحث العلمي على أساس مجموعة من الخطوات التي تساعد الباحث على تركيز الجهود فيما هو مفيد، حيث يقوم بتحليل العلمي والموضوعي السليم للمعطيات أو البيانات التي تم جمعها من ميدان البحث.

تهدف الباحثة في هذا الفصل، إلى توضيح مختلف الخطوات المنهجية والإجراءات المنهجية المتبعة لإجراء البحث، بدءاً بالمنهج المتبع وكذلك وصف المجتمع الأصلي الذي أجري عليه البحث، والعينة التي طبقت عليها أدوات القياس المعدّتين من طرف الباحثة، وتحديد خصائصهما السيكومترية (الصدق، الثبات)، فضلاً عن الدراسة الاستطلاعية ومختلف المعالجات الإحصائية المستخدمة لعرض البيانات.

أولاً: منهج البحث

في إطار هذا البحث الذي يهدف إلى معرفة استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى المرضين العاملين بمصالح الأورام وعلاقتها ببعض المتغيرات الفردية، رأت الباحثة أن تتبع المنهج الوصفي كونه يناسب طبيعة موضوع البحث الذي يسعى إلى "الحصول على معلومات تتعلق بالحالة الراهنة للظاهرة موضوع الدراسة، لتحديد طبيعة تلك الظاهرة والتعرف على العلاقات المتداخلة في حدوثها ووصفها وتحليل المتغيرات المؤثرة في نشوئها ونموها" (عرب، 2009: ص71).

ويُلخّص منهج البحث في مرحلتين أساسيتين:

1- مرحلة الدراسة الاستطلاعية بجميع خطواتها وتضمنت محطتين اثنتين هما:

أ- الدراسة الاستطلاعية العامة: التي وُزِع خلالها استبيان تضمن سؤالاً مفتوحاً تعلق بالبحث عن مختلف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني بهدف بناء المقياسين، وشملت 425 فرداً من قطاعات الصحة، الحماية المدنية، التعليم العالي، التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي، وكان اللجوء للعاملين بهذه القطاعات لكونهم يشتركون في المعاناة من الضغط المهني.

ب- الدراسة الاستطلاعية الخاصة: وشملت بعض المرضين العاملين بمصالح الأورام في بعض المؤسسات الاستشفائية هي: بني مسوس بولاية الجزائر، وفرانس فانون وحسيبة بن

بوعلي بولاية البليدة، وشملت 30 ممرضا (ة)، فمكنت من التأكد من وجود ضغط مهني لدى هؤلاء المرضى، وكذا التحقق من صدق وثبات المقياسين المعديين من طرف الباحثة.

ويذكر أن الدراستين الاستطلاعتين مكنتنا من ضبط مشكلة البحث وبلورة فرضياته والتأكد من صدق وثبات المقياسين المعديين من طرف الباحثة لخوض غمار الدراسة الأساسية. 2- مرحلة الدراسة الأساسية التي تمّ خلالها التطبيق النهائي للمقياسين وجمع البيانات المتعلقة بوجود الضغط المهني وتحديد مختلف استراتيجيات مواجهته.

ثانيا: مجتمع البحث موضوع الدراسة الأساسية

للوصول إلى ما يهدف إليه البحث، تمّ تحديد المجتمع الذي شمله والذي يتألف من العاملين في التمريض بمصالح الأورام في المستشفيات الجامعية والمراكز الاستشفائية المتمثلة في (الوحدة الاستشفائية حسيبة بن بوعلي) و(المركز الاستشفائي الجامعي فرانس فانون) بولاية البليدة، و(المركز الاستشفائي بيار وماري كوري لمكافحة السرطان CPMC) بالجزائر الوسطى، و(مصلحة الأورام الخاصة بالأطفال) بالمستشفى الجامعي ببني مسوس وكذا (الوحدة الاستشفائية) بالرويبة بولاية الجزائر. وتمّ البحث بمسح شامل لمجموع المرضى العاملين في هذه المستشفيات الجامعية، لذلك يمكن تعميم نتائجه على هذا المجتمع فقط. وتتمثل خصائصه فيما يلي:

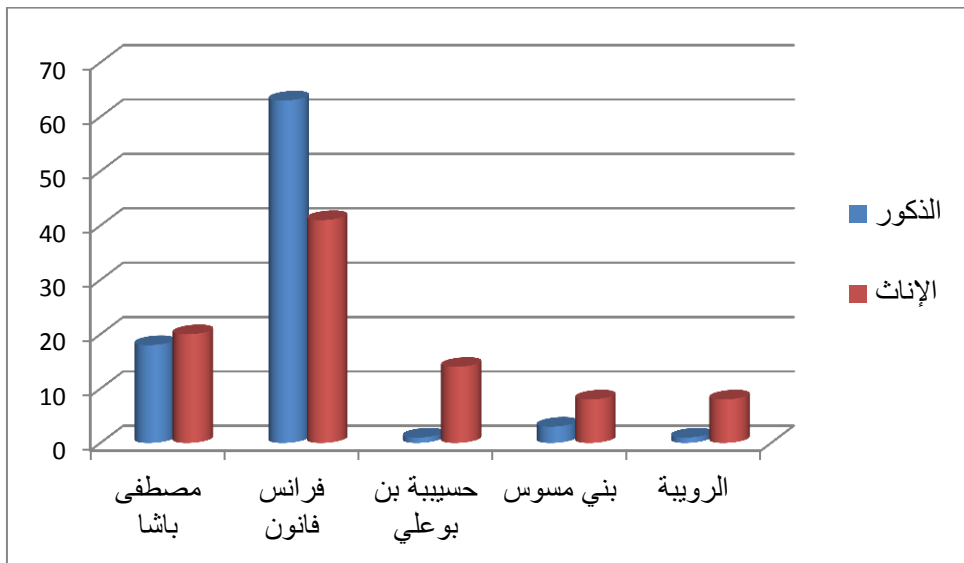
- هم المرضى الحاصلون على شهادة الكفاءة المهنية في التمريض أو مساعد ممرض.
- الذين لم يكونوا في عطلة مرضية طويلة المدى (أكثر من ثلاثة أشهر).
- لهم خبرة مهنية لا تقل عن سنة.
- العاملون في مصلحة الأورام لمدة لا تقل عن سنة.

ويمثل الجدول رقم (2) التالي أعداد المرضى من كلا الجنسين العاملين بمصالح الأورام التي سيجري البحث عليهم وفقا لمتغير الجنس والمستشفى.

الجدول (2): توزيع أفراد مجتمع البحث وفق الجنس في مختلف المستشفيات محل البحث

المجموع	أنثى	ذكر	الجنس المستشفى
104	41	63	فرانس فانون
15	14	1	حسيبة بن بوعلي
38	20	18	مصطفى باشا
11	8	3	بني مسوس
9	8	1	الروبية
177	91	86	المجموع

الشكل (7): يمثل التمثيل البياني لتوزيع أفراد مجتمع البحث وفق الجنس



يتضح من خلال الجدول أن نسب أفراد المجتمع المبحوث من حيث الجنس متباين في العدد وغير متجانس، ذلك أن أغلبية العاملين في المؤسسات إناث. وتجدر الإشارة إلى أن تباين العدد الإجمالي للعاملين في المؤسسات المبحوثة يرجع إلى أن الأعداد الكبيرة موجودة مراكز استشفائية تحتوي على تخصصات متنوعة من تشخيص، جراحة، علاج كيميائي وعلاج بالأشعة،

بينما الأعداد القليلة تنتمي إلى وحدات استشفائية صغيرة تنعدم فيها بعض التخصصات كالجراحة والعلاج بالأشعة لذا فهي تتطلب عددا أقل من الطاقم التمريضي.

ثالثا: أدوات جمع البيانات في البحث

بعد ما تمّ تحديد أهداف البحث ومتغيراته وتعريف مفاهيمه انتقلت الباحثة إلى بناء مقياسين للإجابة على تساؤلات البحث واختبار فرضياته، رغم توفر عدد من المقاييس الجاهزة ويرجع ذلك إلى بعض الاعتبارات:

- كعدم توفر مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة يناسب طبيعة مجتمع البحث، كوننا نتعامل مع الضغط لدى المرضى في مصالح الأورام التي لها خصوصية مهنية تختلف عن مجالات أخرى.
- اهتمام بعض مقاييس الضغط المهني ببعض المجالات كمجال التنظيم والعمل أو المجال العيادي التي تختلف عمّا نراه مهما في بحثنا الحالي، خاصة ضمن المقاربة النفسية-الاجتماعية.
- الأخذ بعين الاعتبار أن إجابات الأفراد على أدوات القياس تتأثر بعوامل كثيرة كالعوامل الظرفية (ضرورة تقيين المقاييس) وكذا الإطار المرجعي (النفسي- الاجتماعي) للفرد والعوامل الثقافية، وكل العوامل التي تتعلق بخصائص العينة. وتمثل الأدوات فيما يلي:

1. الأداة الأولى: تتمثل في بناء مقياس مصادر الضغط المهني لدى المرضى العاملين في مصالح الأورام من إعداد الباحثة.

2. الأداة الثانية: تتمثل في بناء مقياس يقيس الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الضغط المهني في مصالح الأورام من إعداد الباحثة أيضا. وقد تمّ بناء المقاييس وفق الإجراءات التالية:

أ- الاطلاع على مختلف الأدوات المستخدمة لقياس الضغط المهني ضمن الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الضغط واستراتيجيات مواجهته، ومن بينها مقياس كريستينا ماسلاش، مقياس رويبر كرازاك، وبعض المقاييس المنجزة من طرف بعض الباحثين العرب

والجزائريين في مجال علم النفس. أما عن المقاييس التي أعدت من قبل الباحثين لقياس استراتيجيات المواجهة فنجد مقياس كارفر وشاير، ومقياس أندلر وباركر لقياس مقاومة للوضعيات الضاغطة ومقياس لازاروس وفلكمان (أنظر الصفحات من: 54-58).

ب- الاطلاع على مختلف الأدبيات التي تناولت بناء المقاييس وكان الهدف من ذلك معرفة طريقة صياغة البنود، والتعرف على الأبعاد المختلفة التي تشملها المقاييس الخاصة باستراتيجيات المواجهة والمقاييس الخاصة بمصادر الضغط المهني.

ج- بناء استبيان استطلاعي كان الهدف منه حصر أكبر عدد ممكن من الاستراتيجيات المستعملة من طرف المهنيين من مختلف القطاعات (الصحة، الحماية المدنية، التعليم العالي، التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي) تجاه الضغط المهني.

د- إجراء مسح استطلاعي لمختلف صور الضغط المهني التي يمكن أن يصادفها العاملون بالتمريض في مصلحة الأورام، وذلك من خلال توجيه سؤال مفتوح ضمن مقابلات نصف موجهة لمجموعة من العاملين في مصلحة الأورام بكل من المركز الاستشفائي فرانس فانون، مستشفى حسيبة بن بوعلي بولاية البليدة و مصلحة الأورام الخاصة بالأطفال بمستشفى بني مسوس بولاية الجزائر، حيث طلبنا منهم الحديث عن المواقف التي يتعرضون لها وتسبب لهم الشعور بالضيق والضغط والانزعاج.

رابعاً: الدراسة الاستطلاعية

إن القيام بالدراسة الاستطلاعية يقوم على استجواب عدد معين من الأفراد لإلقاء نظرة عامة على ميدان البحث، باستعمال طرق يلجأ إليها الباحث كالملاحظة، والمقابلة الموجهة أو غير الموجهة، والاستبانة، وذلك بعد تحديد الإشكالية ووضع الفرضيات (Rodolphe Ghiglione, 1982, p. 6). وكان الهدف منها تحقُّق الباحثة من قدرتها على إجراء البحث، وكذا ضمان جمعها للمعلومات كميًا ونوعيًا. وقد أجريت الدراسة الاستطلاعية في شطرين.

1. الشطر الأول: تحددت وفقه عدّة أهداف منها:

○ الاحتكاك بالموضوع قيد البحث والمتمثل في مختلف المراكز والمستشفيات التي تحتوي على مصالح لعلاج الأورام.

○ الاستطلاع حول المنهج الملائم للبحث وبناء أدوات البحث التي تلائم المجتمع المدرس، وعليه تمّ أولاً الاحتكاك بعينة من العاملين في مصالح الأورام لحصر مختلف الاستراتيجيات الممكن اللجوء إليها لمواجهة الضغط المهني.

○ لمعرفة مختلف مصادر الضغط المهني التي يواجهها الممرضون العاملون بالمصالح الآنفة الذكر في ميدان العمل، وقد دامت الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة بين سبتمبر 2013 إلى غاية ديسمبر 2013.

2. الشرط الثاني: تمّ خلاله تحديد الخصائص السيكومترية للمقياسين والتي دامت خلال الفترة الزمنية ما بين فيفري 2014 ومارس 2014 وتمثلت في تطبيق الأداة على عينة من الممرضين العاملين بمصالح الأورام بلغت 30 ممرضة) بهدف معرفة مدى تناسب فقرات المقياسين المبنيين، ومدى سهولة فهم عباراتهما، ودرجة وضوح تعليماتهما، وكذا حساب صدقهما وثباتهما.

1- أدوات الدراسة الاستطلاعية العامة

بحكم عملي كأخصائية نفسانية عيادية بمصلحة طب العمل سهّل عليّ الاحتكاك بالممرضين، ومحادثتهم في ميدان عملهم في مختلف المؤسسات الاستشفائية، وتمّ ذلك عن طريق مشاركتهم وملاحظتهم أثناء أداء مهامهم المهنية.

وقد تمّ القيام بالعديد من المقابلات مع العاملين في التمريض في مصلحة الأورام للأطفال بالمستشفى الجامعي للبليدة (وحدة حسيبة بن بوعلي)، والمستشفى الجامعي ببني مسوس (مصلحة الأورام للأطفال)، بهدف معرفة مدى معاناتهم من الضغط المهني ورصد أهم منابعه لديهم.

وقد تضمّن محتوى هذه المقابلات نصف الموجهة مع هؤلاء، وصف المعاش اليومي لعملهم في مصلحة السرطان (قسم الأطفال) الأمر الذي مكّن الباحثة من أخذ صورة عامة عن منابع الضغط في الميدان المهني.

ومنه لجأت الباحثة أثناء هذه الدراسة الاستطلاعية إلى استعمال أداة الاستبيان الاستطلاعي لجمع البيانات، حيث وزعت استمارات على مختلف العائلات المهنية كان الهدف منها حصر الاستراتيجيات المستعملة من طرفهم لمواجهة الظروف المهنية والنفسية، والحديث عن

ردود أفعالهم الممكنة تجاهها، بطرح سؤال مفتوح حول مختلف الطرق المستعملة لدى العاملين بالتمريض بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانس فانون ومستشفى حسبية بن بوعلي (بالبلدية) والمستشفى الجامعي بيني مسوس. وقد تمّ اتباع خطوات قبل توزيع الاستبيان الاستطلاعي وكانت على النحو التالي:

- **الخطوة الأولى:** تحديد العائلات المهنية الأساسية التي يوجه إليها السؤال الاستطلاعي، وقد انتهت هذه الخطوة إلى ثلاث عائلات مهنية هي: العاملون بقطاع الصحة، العاملون بقطاع التعليم بكل مستوياته (الابتدائي، المتوسط، الثانوي والجامعي) والعاملون بقطاع الحماية المدنية. وكان الهدف وراء إدراج هذه الفئات المهنية ينطلق من أنه رغم الاختلاف في طبيعة المهام إلا أن هناك تشابهاً في ثقل وصعوبة الأداء المهني.
- **الخطوة الثانية:** التفاعل الميداني مع هؤلاء المهنيين، والعمل على رصد منابع معاناتهم، وكيفية التعامل معها عن قرب، وذلك بإجراء مقابلات معهم.
- **الخطوة الثالثة:** توجيه سؤال مفتوح لتحديد مختلف الاستراتيجيات الممكن اللجوء إليها في حالة تواجد العامل(ة) في وضعيات ضاغطة. وقد صيغ السؤال بالشكل التالي: بصفتك موظف(ة) في هذا القطاع المهني، ما هي الاستراتيجيات أو الطرق التي تلجأ إليها لمواجهة الوضعيات الضاغطة والتغلب عليها بذكرها كلها إن أمكن، ورتبها حسب أهميتها في نظرك أنظر الملحق(2).
- **الخطوة الرابعة:** توزيع الاستبيان الاستطلاعي على مجموعة من الأفراد العاملين بكل مهنة من المهن المختارة، بلغ مجموعهم أربعمئة وخمسة وعشرين فرداً (425)، وقد اختيرت عينة الأفراد بطريقة عشوائية، وقد كان التوزيع حسب الجدول التالي:

الجدول (3): توزيع أفراد العينة الاستطلاعية العامة حسب القطاع المهني

القطاع	التعليم	الصحة	الحماية المدنية	المجموع
عدد الأفراد	170	186	69	425

• **الخطوة الخامسة:** تمّ جمع المادّة المتمثلة في إجابات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية العامة.

• **الخطوة السادسة:** تفرّغ البيانات واستعمال المعالجة الإحصائية بحساب التكرارات والنسب المئوية.

2- نتائج الدراسة الاستطلاعية العامة

بما أننا ننطلق من المقاربة النفسية-الاجتماعية، نرى أن الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية العامة هو القيام بجمع معطيات عن مختلف الاستراتيجيات الممكن اللجوء إليها لمواجهة الضغط المهني لدى العاملين في القطاعات المهنية ذات المهام الشاقة كما يصفها أهلها. ثم جمعت المادّة بعد ما تمّ إلغاء بعض الاستثمارات لعدم استيفائها للشروط المطلوبة ليصبح عدد الاستثمارات المقبولة 425، وهي التي تمثل إجابات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية الأولى. كشفت النتائج المتحصل عليها على وجود استراتيجيات مختلفة يلجأ إليها الفرد في الوضعية المهنية الضاغطة كما يبينه الجدول (4):

الجدول (4): يمثل إجابات أفراد العينة الاستطلاعية على السؤال الاستطلاعي العام

∑ البنود	الحماية المدنية	الصحة	التعليم	القطاع	
				التكرار	النسبة
103	22	42	39	التكرار	إعادة تجميع الطاقة
% 100	%21,36	%40,78	%37,86	النسبة	
119	9	56	54	التكرار	البحث عن الدعم الاجتماعي
% 100	%7,56	%47,06	%45,38	النسبة	
42	3	11	28	التكرار	العودة إلى الله
% 100	%7,14	%26,19	%66,67	النسبة	
9	0	6	3	التكرار	ردود أفعال فيزيولوجية
% 100	%0,00	66,67%	%33,33	النسبة	
91	25	38	28	التكرار	وضع انقطاعات
% 100	%27,47	%41,76	%30,77	النسبة	
107	19	55	33	التكرار	تجنب المشكل

% 100	% 17,76	% 51,40	% 30,84	النسبة	
61	5	25	31	التكرار	التفكير الإيجابي
% 100	% 8,20	% 40,98	% 50,82	النسبة	
70	4	30	36	التكرار	إيجاد حلول للمشاكل
% 100	% 5,71	% 42,86	% 51,43	النسبة	
71	7	41	23	التكرار	استراتيجيات مهدئة وملطفة
% 100	% 9,86	% 57,75	% 32,39	النسبة	
36	3	8	25	التكرار	التخطيط
% 100	% 8,34	% 22,22	% 69,44	النسبة	

وقد تمكنت الباحثة بعد تفريغ البيانات من حصر إجابات الأفراد ضمن عشرة (10) بنود كما هو موضح في الجدول (5) الآتي:

الجدول (5): بنود مقياس استراتيجيات المواجهة الأولي

البنود	الرقم	البنود	الرقم
تجنب المشكل	6	إعادة تجميع الطاقة	1
التفكير الإيجابي	7	البحث عن الدعم الاجتماعي	2
إيجاد حلول للمشاكل	8	العودة إلى الله	3
استراتيجيات مهدئة وملطفة	9	ردود أفعال فيزيولوجية	4
التخطيط	10	وضع انقطاعات	5

خامسا: الشروط السيكومترية لأدوات البحث

بالاعتماد على أدبيات المقاييس، والاطلاع على مختلف المقاييس الخاصة باستراتيجيات المواجهة، تم التوصل إلى بناء مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني الذي سيتم تطبيقه في ميدان البحث بعد التحقق من صدقه وثباته.

في المرحلة الممتدة بين الفترة فيفري 2014 ومارس 2014 تم تطبيق الأداة في صورتها الأولية على عينة من الممرضين العاملين بمصالح الأورام بلغت 30 ممرض(ة) بهدف معرفة مدى تناسب فقرات المقياسين المبنيين، ودرجة سهولة فهم عبارتهما، ومقدار وضوح تعليماتهما وكذا بهدف تحديد الخصائص السيكو مترية للمقياسين بحساب صدقهما وثباتهما.

1- ثبات الأداة

تم حساب ثبات المقياسين في البحث الحالي بالطرق التالية:

أ- طريقة ألفا لكرومباخ

لإيجاد معامل ثبات المقياس الخاص بمصادر الضغط المهني، ومقياس استراتيجيات المواجهة، تم حساب معامل ألفا لكرومباخ، حيث تم رصد النتائج وإدخالها في برنامج SPSS، وفي هذا الصدد تم استعمال معامل ألفا لكرومباخ على كل المتغيرات التي تمثل أسئلة المقياسين، حيث عبرت النتيجة (ألفا=0.870) على التماسك الداخلي الجيد وتشهد على تجانس الفقرات المقدرة بثلاثين فقرة في جميع المستويات لمقياس مصادر الضغط المهني. في حين قدرت النتيجة في مقياس استراتيجيات المواجهة ب (ألفا=0,717) وهي نتيجة حسنة حيث تظهر صلاحية الفقرات الستة و الأربعين للتطبيق باطمئنان على العينة.

وبالتالي فإن $(\alpha=0.84)$ و $(\alpha=0.71)$ يشكلان نتيجة جيدة للاختبارين، إذ يثبتان اتساقا في إجابات أفراد العينة. هذا الاتساق في الإجابات يثبت أن فقرات المقياسين واضحة نحواً وموضوعاً، ومنه نستنتج أن أداتي الدراسة موثوقتين وجاهزتين للاستعمال في الدراسة الفعلية.

ب- طريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه (Test-Retest)

تم استخراج دلالة ثبات المقياس باستخدام طريقة الإعادة بفاصل زمني بين التطبيقين قدر بأسبوعين على عينة ممثلة لمجتمع البحث تكونت من (30) ممرض(ة).

تهدف هذه الطريقة إلى قياس مدى اتساق أجوبة أفراد العينة بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني للمقياسين. إذ يعكس الاتساق في الإجابات بين التطبيقين وضوحاً في صياغة مضمون فقرات المقياسين.

تم إدخال البيانات في برنامج آل SPSS لكلا المقياسين، وتم حساب مؤشرين لكل فرد في كلا التطبيقين:

- **مؤشر مصادر الضغط:** وهو قيمة الانحراف المعياري لقيم إجابات الفرد في مقياس مصادر الضغط.
- **مؤشر استراتيجيات المواجهة:** وهو قيمة الانحراف المعياري لقيم إجابات الفرد في مقياس استراتيجيات المواجهة.

بعد أن تم حساب هذين المؤشرين لكل فرد، تم تطبيق معادلة بيرسون لحساب الارتباط:

- بين قيم مؤشر مصادر الضغط للتطبيق الأول وقيم مؤشر مصادر الضغط للتطبيق الثاني، وقد كشفت النتائج عن معامل ارتباط قدره 0.836 (أي 83.6%).
- بين قيم مؤشر استراتيجيات المواجهة للتطبيق الأول وقيم مؤشر استراتيجيات المواجهة للتطبيق الثاني فقد كشفت النتائج عن معامل ارتباط قدره 0.890 (أي 89%).

تعكس هذه القيم تطابقاً ممتازاً بين التطبيق الأول والثاني لكلا المقياسين، مما يؤكد مرة أخرى على صدق وثبات أداتي البحث (من حيث وضوح الفقرات).

2- صدق الأداة (المقياسين)

لقد تم حساب صدق المقياسين بالطرق التالية:

أ- صدق المحكمين

للتحقق من صدق الأدوات بهدف التأكد من قياسهما لما وضعنا له وملاءمته لهدف البحث الحالي، قامت الباحثة بعرض المقياسين في صورتهم الأولى على مجموعة من المحكمين⁽¹⁾ ممن يحملون درجة الدكتوراه في علم النفس، القياس والإرشاد والتوجيه، وهم أعضاء بهيئة التدريس بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا بجامعة كل من الجزائر والبليدة والأغواط، بهدف التأكد من صدق محتوى الفقرات المكونة للاستبيان ومدى ملاءمتها لأهداف البحث ومتغيراته، وفي ضوء ملاحظاتهم أُجريت التعديلات المناسبة التي أُجمع عليها المحكمون. حيث طلب من السادة المحكمين

(1) أنظر الملحق رقم 1 لمعرفة أسماء المحكمين.

الحكم على صحة ووضوح الفقرات، وكذلك انتمائها لمجالاتها، وحذف أو تعديل ما يروونه مناسباً، وتم حذف عدد من الفقرات التي لم تحظ بنسبة اتفاق جيدة، وقد أضيفت بعض الفقرات المقترحة من بعض المحكمين فأصبحت بذلك بنود مقياس استراتيجيات المواجهة (46) بندا موزعة على (9) محاور عوض عشرة (10)، أي بحذف البند الخاص بالردود الفيزيولوجية لكونها لا تدخل ضمن استراتيجيات المواجهة. و(30) بندا بالنسبة لمقياس مصادر الضغط المهني. ويوضح الملحقان (3) و(4) المقياسين في صورتهم الأولى قبل التعديل.

ب- الصدق الذاتي للمقياسين

يتم حساب الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وذلك وفق المعادلة

$$\text{الصدق الذاتي} = \sqrt{\text{معامل الثبات}}$$

- صدق مقياس مصادر الضغط المهني قدر بـ 0.93
- صدق مقياس استراتيجيات المواجهة قدر بـ 0.84

ويمكن مقارنة النتائج المتوصل إليها بشأن صدق المقياس وثباته ضمن الجدول التالي:

معامل الصدق الذاتي	معامل الثبات		المحور
	إعادة التطبيق	ألفا لكرومباخ	
0.93	0.83	0.87	مقياس مصادر الضغط المهني
0.84	0.89	0.71	مقياس استراتيجيات المواجهة

سادسا: الدراسة الأساسية

1- الإطار الزمني

انطلق التطبيق النهائي للمقياسين في الفترة بين مارس 2014 وأبريل 2014 حيث امتدت زيارة الباحثة لمختلف المستشفيات طيلة شهر كامل.

2- الإطار المكاني

تحدد الإطار المكاني للبحث الميداني في مصالح الأورام بالمؤسسات الاستشفائية التالية:

- المركز الاستشفائي الجامعي لعلاج الأورام بفرانس فانون (CAC) بالبلدية.
- المستشفى الجامعي وحدة حسبية بن بوعلي (مصلحة الأورام للأطفال) بالبلدية.

- المركز الاستشفائي الجامعي بيار وماري كوري (CPMC) بمصطفى باشا بالجزائر.
- المستشفى الجامعي ببني مسوس (مصلحة الأورام للأطفال) بالجزائر.
- المستشفى الجامعي برويبة بالجزائر.

بعد أن تمّت صياغة المقياسين وجمعهما في أداة واحدة، وزعا بعدها على المرضين العاملين في مصالح الأورام في جميع التخصصات (الجراحة، الإنعاش، العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة) وكلف المراقبون الطبيون بتوزيع الأداة على المرضين بكل قسم من المصلحة، ثم جمعها بعد 15 يوما.

3- خصائص عينة البحث النهائية

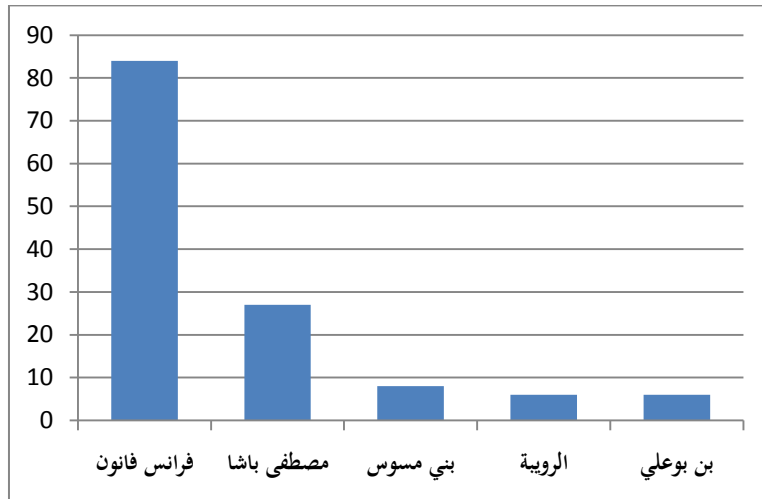
لقد تحدّدت عينة البحث التي طبقت عليها الصور النهائية للمقياسين بـ 131 ممرضا(ة) يعملون في مصالح الأورام في المؤسسات الاستشفائية الأنفة الذكر، وقد بلغ عدد الذكور 57 فردا وعدد الإناث 74 فردا، من حجم مجتمع كلي قدر عدد أفرادها بـ 177 ممرضا(ة) في المستشفيات المذكورة آنفا، وقد أقصي الأفراد الذين أجريت عليهم الدراسة الاستطلاعية الثانية المتمثلون في 30 فردا، حتى يتفادى الوقوع في عدم ثبات النتائج، وكذلك وقع إقصاء الأفراد الذين لم تستوف استماراتهم المعلومات الكلية. ويبين الجدول التالي توزيع عينة البحث النهائية وفق المستشفى الذي يعمل فيه المبحوثون.

الجدول (6): توزيع أفراد عينة البحث النهائية وفق المستشفى

النسبة المئوية	التكرار	المستشفى
64.1%	84	فرانس فانون
4.6%	6	حسيبة بن بوعلي
20.6%	27	مصطفى باشا
6.1%	8	بني مسوس
4.6%	6	الروبية
100%	131	المجموع

يتبين لنا من الجدول أن النسبة الكبرى أي 64.1% من أفراد العينة تعمل بالمستشفى الجامعي فرانس فانون بالبلدية، و20.6% تعمل بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا بالجزائر، تليها مصلحة الأورام ببني مسوس بنسبة 6.1% وبعدها كل من مصلحة حسيبة بن بوعلي بالبلدية والروبية بالجزائر بنسبة 4.6%.

الشكل (8): أعمدة بيانية تمثل عينة البحث النهائية وفق المستشفى



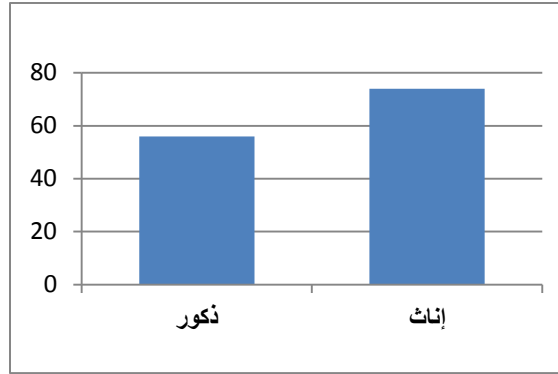
أ- توزيع العينة حسب الجنس

الجدول (07): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة %	التكرار	الجنس
43.5 %	57	ذكور
56.5 %	74	إناث
100 %	131	مج

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور حيث بلغ عدد الذكور 57 فردا بنسبة 43.5% في حين بلغ عدد الإناث 74 فردا بنسبة 56.5%.

الشكل (9): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس



ب- توزيع أفراد العينة حسب فئات السن

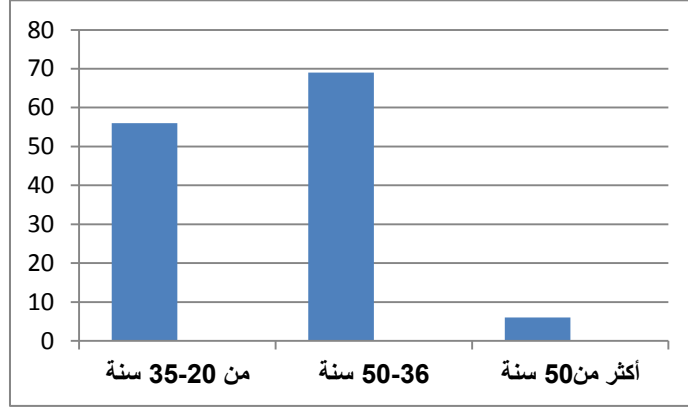
الجدول (08): توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

النسبة %	التكرار	الفئة العمرية
42.7 %	56	[35-20] سنة
52.7 %	69	[50-36] سنة
4.6 %	6	أكثر من 50 سنة
100 %	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (8) أن أفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم بين 36 و50 هم الأكثر عددا حيث بلغ عددهم 69 فردا بنسبة 52.7%، ثم تليها فئة العمر التي تتراوح بين 20-35 سنة حيث بلغ عدد أفرادها 56 فردا بنسبة 42.7%، لتأتي أخيرا الفئة العمرية التي تتراوح بين 50-36 سنة حيث بلغ عدد أفرادها 6 أفراد بنسبة 4.6%.

سنة حيث بلغ عدد أفرادها 6 أفراد بنسبة 4.6%. وتجدد الإشارة أنه وقع البدء بسن العشرين لأنه السن الذي يفترض أن تبدأ فيه الحياة العملية.

الشكل (10): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب السن



ج- توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

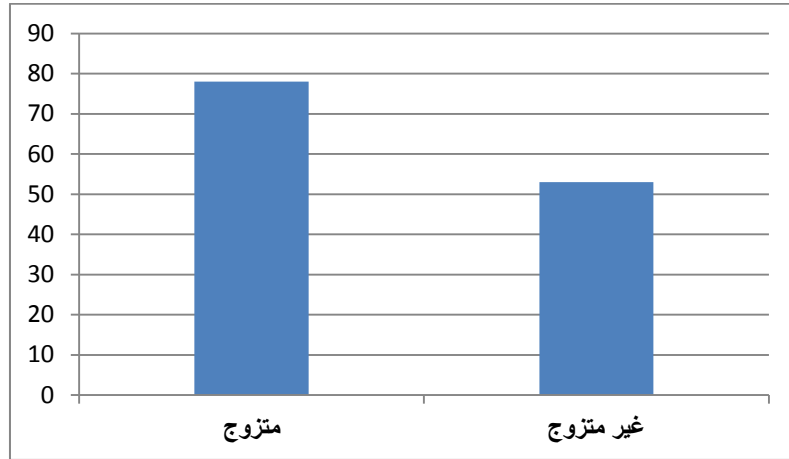
الجدول (09): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

النسبة %	التكرار	سنوات الخبرة
59.5 %	78	متزوج
40.5 %	53	غير متزوج
100 %	131	المجموع

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أفراد العينة المتزوجين هم الأكثر عددا حيث بلغت 78

فردا بنسبة 59.5 %، بينما بلغت فئة غير المتزوجين 53 فردا بنسبة 40.5 %.

الشكل (11): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية



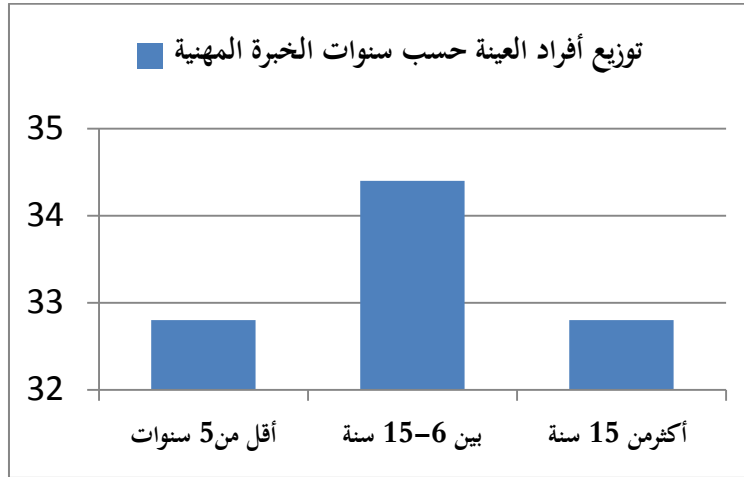
د- توزيع العينة حسب الخبرة في العمل

الجدول (10): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة في العمل

النسبة %	التكرار	سنوات الخبرة
32.8 %	43	أقل من 5 سنوات
34.4 %	45	[6-15]
32.8 %	43	[15 فما فوق]
100 %	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (9) أن الأفراد الذين تتراوح سنوات خبرتهم المهنية بين 6 و15 سنة هم الأكثر عددا حيث بلغوا 45 فردا بنسبة 34.4%، أما الفئتان اللتين تتراوح سنوات الخبرة المهنية لديهم بين أقل من 5 سنوات وأكثر من 15 سنة هما متساويتان من حيث العدد إذ بلغ عدد كل منهما 43 فردا أي بنسبة 32.8%.

الشكل (12): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سنوات الخبرة المهنية



سابعاً: أدوات جمع البيانات

يدور كل بحث حول مشكلة، تصاغ لها فروض، ووفق طبيعة هذه الفروض يتم اختيار الأدوات التي تلائم البيانات المراد جمعها، في ضوء ما سبق وبعد الدراسة الاستطلاعية الأولى وصلت الباحثة إلى وضع مقياس لقياس استراتيجيات مواجهة التي يستعملها الممرض(ة) لمواجهة الضغط المهني، وذلك بوضع إشارة (x) أمام العبارة التي يوافق عليها والتي تشكل جملة تقريرية، وعلى المفحوص أن يحدد موقفه منها.

1- فقرات مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى العاملين بالتمريض بمصلحة الأورام

يتكوّن المقياس من ثلاثة أجزاء هي:

- الجزء الأول: التعريف بالمقياس، وقد ضمّ الجهة المعدّة له وتعليمات موجهة إلى المحييين.
- الجزء الثاني: ويحتوي على البيانات الشخصية للممرض الذي تتمثل في الجنس، السن، الحالة الاجتماعية وسنوات الأقدمية المهنية.
- الجزء الثالث: يتمثل في أبعاد المقياس الذي يتكون من 46 بنداً تم توزيعها على (10) محاور أساسية، ويطلب من الممرض(ة) الإجابة على كل البنود. وتكون طريقة التنقيط بالاعتماد على طريقة لكرت Likert الثلاثية حيث وضعت للمقياس ثلاث بدائل للإجابة

على الفقرات علماً أن جميع الفقرات إيجابية، وأعطيت لها الأوزان التالية وهي على النحو التالي:

- أستخدمها دائماً درجة واحدة.
- أستخدمها أحياناً درجتين
- لا أستخدمها ثلاثة درجات.

بذلك إن حصول الممرض(ة) على درجة كلية مرتفعة يشير إلى استخدام الأسلوب بدرجة كبيرة لديه، وهكذا في جميع الأساليب.

أ- تصحيح مقياس استراتيجيات المواجهة

كل فقرة في مقياس استراتيجيات المواجهة تنتمي إلى بعد من الأبعاد الثمانية (8)، وقد قامت الباحثة في هذا الصدد بعملية حسابية لمعرفة مدى لجوء كل فرد من أفراد البحث إلى كل بُعد من أبعاد استراتيجيات المواجهة، فيتم تقييم مدى اللجوء إلى البعد على أساس مؤشر يتم حسابه. ويتم حساب المؤشر عن طريق جمع إجابات الفرد على فقرات بُعد معين، ثم يقسم المجموع على عدد فقرات هذا البعد، ويتم التقييم على أساس قيمة المؤشر:

- إذا كان المؤشر محصوراً بين 1 و 2: فإن البعد "يلجأ إليه دائماً" من طرف الفرد.
- إذا كان المؤشر يساوي 2: فإن البعد "يلجأ إليه أحياناً" من طرف الفرد.
- إذا كان المؤشر محصوراً بين 2 و 3: فإن البعد "لا يلجأ إليه" من طرف الفرد.

ب- بنود مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

يوضح الجدول (11) بنود المقياس، عدد وأرقام عباراته:

الجدول (11): بنود مقياس استراتيجيات المواجهة

عدد العبارات	أرقام البنود (المفردات)	بنود المقياس
04	32/22/12/1	1- إعادة تجميع الطاقة
06	46/33/23/4/13/2	2- البحث عن الدعم الاجتماعي
04	42/34/14/3	3- العودة إلى الله
06	43/25/35/24/16/5	4- وضع انقطاعات
07	44//36/26/17/15/10/6	5- تجنب المشكل
04	37/27/18/7	6- التفكير الإيجابي
04	19/20/41/39	7- إيجاد حلول
08	21/45/28/40/32/11/31/ 8	8- استراتيجيات مهدئة وملطفة
06	7/29/20/ 38/30/9	9- التخطيط

2- فقرات مقياس مصادر الضغط المهني لدى العاملين بالتمريض بمصلحة الأورام

لقد وضع المقياس لقياس درجة الضغط المهني المحدد بتكرار تعرض المريض (ة) إلى مصادر الضغط المهني وذلك بوضع إشارة (x) أمام العبارة التي يوافق عليها والتي تشكل جملة تقريرية، وعلى المفحوص أن يحدد موقفه منها، والذي يتراوح بين الموافقة التامة والرفض التام، بحيث تقدر الدرجة المتحصل عليها بتقديرات من (30 إلى 150) بمؤشرات تتأرجح بين (1 و5).

تكون طريقة التنقيط بالاعتماد على طريقة لكرت Likert الخماسية البدائل بين: أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق نهائياً.

و قد أعطيت الأوزان التالية له كما يلي:

- أوافق بشدة درجة واحدة.
- أوافق درجتين.

- محايد ثلاث درجات.
 - لا أوافق أربع درجات.
 - لا أوافق نهائياً خمس درجات.
- و يتكوّن المقياس من ثلاثة أجزاء هي:
- **الجزء الأول:** التعريف بالمقياس، وقد ضمّ الجهة المعدّة له وتعليمات للمستجوبين.
 - **الجزء الثاني:** البيانات الشخصية، وقد ضمّ الجنس، السن، سنوات الأقدمية المهنية والحالة المدنية.
 - **الجزء الثالث:** الأسئلة (العبارات)، وقد بلغ عدد عبارات المقياس 30 عبارة، موزعة على 3 مجالات رئيسة تحتوي على 8 أبعاد وهي:
 - **المجال الأول:** مصادر متعلقة بطبيعة العمل، وتتكون من بعدين هما:
 - البعد الأول: ظروف العمل.
 - البعد الثاني: عبء العمل.
 - **المجال الثاني:** مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل، ويتكون من ثلاثة أبعاد هي:
 - البعد الأول: غموض الدور.
 - البعد الثاني: المناوبة الليلية.
 - البعد الثالث: المسار الوظيفي.
 - **المجال الثالث:** مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل وتتكون من ثلاثة أبعاد هي:
 - البعد الأول: العلاقة مع زملاء العمل.
 - البعد الثاني: العلاقة مع الإدارة.
 - البعد الثالث: العلاقة مع المرضى وأسرهم.

أ - بنود مقياس مصادر الضغط المهني

الجدول (12): يوضح بنود مقياس مصادر الضغط المهني

عدد العبارات	أرقام البنود	بنود المقياس	المجال
04	22/15/8/1	ظروف العمل	مصادر متعلقة بطبيعة العمل
04	6/19/13/ 14	عبء العمل	
04	23/16/9/ 2	غموض الدور	مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل
03	17/10/29	المنابذة الليلية	
05	18/28/12/11/4	المسار الوظيفي	
04	19/26/20/3	العلاقة مع الزملاء	مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل
03	30/25/24	العلاقة مع الإدارة	
04	27/7/21/5	العلاقة مع المرضى وأسرهم	

ب- تصحيح مقياس مصادر الضغوط المهنية

لقد تم تبني نفس المبدأ في التصحيح في مقياس مصادر الضغط المهني، إذ لمعرفة ما مدى تأثر كل فرد من أفراد العينة بأبعاد مصادر الضغط، نقوم باستخراج الدرجة الكلية للمقياس بجمع الدرجات الموزونة لجميع فقرات البعد (كل إجابة تمثل قيمة رقمية)، ثم يقسم الناتج على عدد فقرات البعد، ومنه نحصل على قيمة (محصورة بين 1 و 5) تمثل مؤشراً يقيّم بواسطته مدى التأثير بالبعد على النحو التالي:

- إذا كان المؤشر محصوراً بين 1 و 2: فإن البعد "يؤثر بشدة" على الفرد.
- إذا كان المؤشر محصوراً بين 2 و 3: فإن البعد "يؤثر" على الفرد.
- إذا كان المؤشر يساوي 3، فإن الفرد محايد تجاه هذا البعد من مصادر الضغط.
- إذا كان المؤشر محصوراً بين 3 و 4: فإن البعد "لا يؤثر" على الفرد.

- إذا كان المؤشر محصورا بين 4 و5: فإن البعد "لا يؤثر نهائيا" على الفرد.
- ويجدر التنويه بأن الحياد تجاه فقرة معينة، قد يعني أن الفقرة لا تخص الفرد الذي يجب عنها (مثلا الفقرات المتعلقة بالمناوبة الليلية لا تخص جميع المرضين)، أو يعني أن الفرد غير متأكد إن كان موافقا أم لا.

ثامنا: الإجراء النهائي للبحث

بعد الانتهاء من بناء مقياسي البحث (مقياس مصادر الضغوط المهنية ومقياس استراتيجيات المواجهة) والحصول على مؤشرات الصدق والثبات في كليهما، تم توزيعهما في صورتهم النهائية على أفراد البحث، وقد استطاعت الباحثة الحصول على 131 استمارة من المجموع الكلي لمجتمع البحث بعد استبعاد:

- الأفراد الذين طبقت عليهم الأداة لغرض التقنين. (30 فردا).
- الأفراد الذين كانوا في عطلة مرضية تفوق ثلاثة أشهر وعددهم (9 أشخاص).
- الأفراد الذين لم تستوف استماراتهم المعلومات الكافية وعددها (7 استمارات).

الجدول (13): توزيع عدد المبحوثين حسب المستشفيات

عدد الأفراد	بن بوعلي	فرانس فانون	الجزائر الوسطى	روبية	بني مسوس	Σ
المجتمع الكلي	15	104	38	09	11	177
العينة	10	96	27	06	09	131

تاسعا: الأدوات الإحصائية المستعملة في البحث وتمثيل البيانات على برنامج SPSS

قبل الشروع في الإجابة على أسئلة البحث يجدر التطرق أولا إلى ظروف جمع وإدخال البيانات، وكيفية تمثيلها. في هذا الصدد قامت الباحثة باسترجاع الاستمارات وفرزها وتفرغها ثم تحليلها ومعالجتها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية في إصداره العشرين Statistical Package For Social Sciences (SPSS 20) الإصدار العشرون لاستخدام المعالجات الإحصائية التالية بهدف التحقق من فرضيات البحث:

1. التكرارات والنسب المئوية: لوصف ومعرفة خصائص مجتمع البحث وأفراد عينته، وحساب متوسط درجات أفراد البحث لتحديد مصادر الضغط المهني وتحديد استراتيجيات المواجهة المستعملة.
2. معامل الارتباط لبيرسون: استفادت الباحثة من استعماله في تحديد ثبات المقياسين.
3. تحليل التباين أحادي الاتجاه (One Way ANOVA): لتحديد دلالة الفروق التي تعزى إلى مختلف المتغيرات. وتصدر الإشارة هنا إلى أن القيم الكبرى للمؤشر α تؤيد الفرضية الصفرية، بينما القيم الصغرى تؤيد الفرضية البديلة. وهذا عكس ما هو مستخدم في الجداول الاحصائية أين تتم المقارنة بين القيم المحسوبة بالقيم الجدولة.
4. معامل ألفا لكرامباخ: للتأكد من ثبات أداة جمع البيانات (المقاييس).

خلاصة

تضمن الفصل الخامس تحديد المراحل المنهجية المتبعة في هذا البحث بحيث تمّ عرض مجتمعه، وعينته، بالإضافة إلى تقديم الأدوات المستخدمة في القياس، وطريقة بنائها، وتحديد خصائصها السيكمترية (الصدق والثبات)، ثمّ الإجراء النهائي للبحث بتطبيق الأدوات المبنية على عينة البحث الفعلية. ثم تمّ عرض الوسائل الإحصائية التي لجأت إليها الباحثة لمعالجة البيانات المتحصل عليها في هذا البحث.

وسيتمّ عرض ومناقشة وتحليل النتائج في الفصل القادم.

الفصل السادس: عرض نتائج البحث وتحليلها

تمهيد

1. عرض النتائج

2. تحليل النتائج في ضوء الفرضيات

3. النتائج العامة

4. التوصيات والمقترحات

خاتمة

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق تطبيق مقياس مصادر الضغوط المهنية ومقياس استراتيجيات مواجهتها، وتم استخراجها عن طريق المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام الرزمة الإحصائية SPSS. وقد وقعت محاولة تحليل النتائج المختلفة في ضوء فرضيات البحث ومقاربات علم النفس الاجتماعي أساسا، الأمر الذي سمح ببلورة بعض التوصيات والمقترحات.

أولاً: عرض نتائج البحث

سنشرح في عرض النتائج كما أفرزتها المعالجات الإحصائية في ضوء فرضيات البحث، مع إبراز دلالة قيمها كما يلي:

1- عرض النتائج في ضوء الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى أن المرضين العاملين بمصالح الأورام يعانون من ضغط مهني مرتفع. ولإبراز ما إذا كان الأفراد يعانون من مستوى ضغط مرتفع أو متوسط أو منخفض أفرزت نتائج الـ SPSS الأرقام الموضحة في الجدول الموالي:

الجدول (14): مستويات الضغط الثلاثة

النسبة %	التكرار	مستويات الضغط
74,8 %	98	مرتفع
25,2 %	33	متوسط
0 %	0	منخفض
100 %	131	المجموع

يتضح من خلال الجدول (14) أن مجموع نسب تأثر الأفراد بمصادر الضغط لـ 131 فردا من أفراد العينة كانت كالتالي: 74.8 % يعانون من ضغط مرتفع، و 25.2 % يعانون ضغطا متوسطا ونسبة 0% تعكس مستوى ضغط منخفض، بـ "تباين" و "انحراف معياري" ضئيلين، الأمر الذي يعني أن إجابات الأفراد متقاربة فيما بينها.

الانحراف المعياري	التباين	نسبة تأثير مصادر الضغط على أفراد العينة
0.102	0.011	0.7480 (أي 74.8%)

وإذا تمعنا في النتائج فإننا نلاحظ أن كل العاملين يعانون من الضغط الذي يتأرجح بين المرتفع والمتوسط، وهذا ما يعكس ما لاحظناه أثناء الدراسة الاستطلاعية في مختلف المستشفيات محل البحث.

2- عرض النتائج في ضوء الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية أن عبء المهام وظروف العمل السيئة، من بين المصادر الضاغطة مهنيًا لدى الممرضين العاملين في مصلحة الأورام. بعد ما تم إثبات أن هناك نسبة تأثير عالية لمصادر الضغط على أفراد العينة التي قدرت بأكثر من 74 %، وجب علينا إبرازها.

ولمعرفة مدى تأثير الضغط المهني على أفراد العينة تم حساب التكرارات والنسب المئوية لكل بعد من أبعاد مقياس الضغوط المهنية، والجدول (15) الموالي يوضح ترتيب ومستوى الضغوط المهنية حسب أهميتها لدى الممرضين العاملين بمصالح الأورام في المستشفيات الجامعية، الذي يتراوح بين الضغط المرتفع جدا والضغط المنخفض جدا لكل أبعاد المقياس.

جدول (15): ترتيب ومستوى الضغوط المهنية لدى المرضين العاملين بمصالح الأورام لكل أبعاد

مقياس مصادر الضغوط المهنية

تقييم الضغط		لا يؤثر نهائيا		تأثير ضعيف		تأثير متوسط		تأثير شديد (B)		تأثير شديد جدا (A)		البعد
مستوى الضغط	مج النسب (B)+(A)	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
مرتفع	%90.1	%0,0	0	%0,0	0	%9,9	13	% 52,7	69	%37,4	49	ظروف العمل
مرتفع	%90.1	%0,0	0	%0,0	0	%9,9	13	% 52,7	69	%37,4	49	العلاقة مع المرضى وأسرهم
مرتفع	%84.8	%0,0	0	%0,8	1	%14,5	19	%58,8	77	%26,0	34	العلاقة مع الزملاء
مرتفع	%78.6	%0,0	0	%0,8	1	%20,6	27	%38,9	51	%39,7	52	المسار المهني
مرتفع	%76.4	% 0,0	0	%2,3	3	%21,4	28	% 44,3	58	%32,1	42	العلاقة مع الإدارة
مرتفع	%71.0	%0,0	0	%1,5	2	%25,2	33	%47,3	62	%23,7	31	عبء العمل
متوسط	%49.6	%0,8	1	%8,4	11	%41,2	54	%35,1	46	%14,5	19	غموض الدور
متوسط	%49.6	%3,1	4	%12,2	16	%35,1	46	%27,5	36	%22,1	29	المنافسة الليلية
	%74.8	%0.5		%3.4		%22.2		%44.7		%29.2		متوسط النسب

تحليل نتائج الجدول (15)

لأغراض التحليل الإحصائي وتفسير النتائج قصد تسهيل قراءتها، تم حصر ودمج النتائج حسب نسب تأثير الضغط على الفرد، إذ تمّ جمع نسبة "يؤثر بشدة" مع نسبة "يؤثر" لأن لكليهما وقع مؤثر على الفرد، وعليه تمّ دمج فئات هذا المقياس في ثلاث فئات بدلا من خمس، والمتمثلة فيما يلي:

- الفئة الأولى: وتشمل الفئات "أوافق بشدة و أوافق"، وهي "درجة مرتفعة".
- الفئة الثانية: وتشمل " محايد" وهي "درجة متوسطة".
- الفئة الثالثة: وتشمل "لا أوافق ولا أوافق نهائيا" وهي "درجة منخفضة".

وتهدف عملية الدمج هذه إلى إيجاد تصور أكثر دقة لمدى حدّة الضغط المرتبطة بالمصادر المهنية المختلفة كما يبينه الجدول التالي:

الجدول(15-1): يبين دمج النسب المئوية وتصنيف النتيجة الكلية لمستوى الضغط إلى

ثلاث مستويات لدرجات مستوى الضغط المهني

الأبعاد التي تؤثر بنسبة أكبر من %40	الأبعاد التي تؤثر بنسبة أكبر من %60	الأبعاد التي تؤثر بنسبة أكبر من %80
غموض الدور المناوبة الليلية	عبء العمل المسار المهني العلاقة مع الإدارة	ظروف العمل العلاقة مع الزملاء العلاقة مع المرضى وأهلهم

من خلال الجدول رقم (15-1) تبين النسب المئوية أن لمصادر الضغوط المهنية تأثير على المرضين من حيث مستويات شدتها، إذ نجد أن تأثير ظروف العمل، والعلاقة مع الزملاء ومع المرضى وذويهم تفوق نسبة 80%، والمسار المهني، وعبء العمل، والعلاقة مع الإدارة تؤثر بنسبة تزيد عن 60%، أما غموض الدور والمناوبة الليلية فنسبة تأثيرها تفوق 40%.

وتشير النسب المئوية في الجدول رقم (15) أن معظم الأفراد يعانون من تأثير شديد لكل المصادر المهنية بصورة متباينة بين الشديد جدا والشديد، إذ تشير نسبة 44.7% إلى أن أفراد العينة يعانون من الضغط المرتفع، وتشير نسبة 29.2% إلى معاناتهم من الضغط المرتفع جدا حيث وصلت مجموع نسب المعاناة من الضغط المهني لمجموع الأفراد إلى 73.9%.

وقد قدر تأثير ظروف العمل بنسبة 52,7 %، والتأثير الشديد بنسبة 37,4 % أي بمجموع 90.1 %، بينما العلاقة مع المرضى وأهلهم وصلت نسبة تأثير الضغط فيها إلى 52,7 % ونسبة شديدة قدرت بـ 37,4 % أي بمجموع 90.1 %، أما تأثير العلاقة مع الزملاء فقدرت نسبته بـ 26,0 % ونسبة شديدة بـ 58,8 %، أي بمجموع 84.8 %، بينما يؤثر عبء العمل بنسبة 47,3 %، وبشدة بنسبة 23,7 % أي بمجموع 71 %، في حين بلغ تأثير المسار المهني نسبة 38,9 % ونسبة شديدة قدرت بـ 39,7 % أي بمجموع 78.6 %.

تشير النتائج إلى أنه رغم تفاوت النسب في مختلف مصادر الضغط إلا أنها كلها لها وقع ضاغط على مجموع الأفراد، وكان المصدر الأول للضغط يعود إلى ظروف العمل والعلاقة مع المرضى وأهلهم بنسبة 90.1 %، ثم تلتها في الترتيب الثاني العلاقة مع الزملاء بنسبة 84.8 % وفي الترتيب الثالث نجد المسار المهني بنسبة 78.6 %.

بينما سجلت العلاقة مع الإدارة نسبة 76.4 % حيث أخذت الترتيب الرابع، في حين قدرت نسبة عبء العمل بـ 71 % وكان ترتيبها الخامس، أما غموض الدور والمناوبة الليلية فقدرت نسبة كل منهما بـ 49.6 % واحتلا الترتيب الأخير.

ونلاحظ من خلال الجدول (15) أن باقي النسب عبرت عن المستوى المتوسط من الضغط المهني الذي قدر بـ 22.2 %، بينما نجد أن المستويين من الضغط الضعيف والضعيف جدا لا تتجاوز مجموع نسبتها الـ 3.9 %.

ويبين الجدول التالي (16) أجوبة أفراد العينة على فقرات مقياس مصادر الضغط:

الجدول (16): استجابات أفراد العينة على فقرات مقياس مصادر الضغط المهني

لا أوافق نهائيا		لا أوافق		محايد		أوافق		أوافق بشدة		رقم الفقرة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%1,5	2	%2,3	3	%7,6	10	%22,9	30	%65,6	86	1
%3,1	4	%9,2	12	%20,6	27	%35,9	47	%31,3	41	2
%1,5	2	%6,1	8	%16	21	%27,5	36	%48,9	64	3
%4,6	6	%2,3	3	%21,4	28	%26,7	35	%45	59	4
%65,5	86	%16	21	%9,9	13	%4,6	6	%3,8	5	5
%8,4	11	%15,3	20	%26	34	%21,4	28	%29	38	6
%3,8	5	%15,3	20	%25,2	33	%20,6	27	%35,1	46	7
%13,7	18	%36,6	48	%17,6	23	%9,2	12	%22,9	30	8
%13	17	%29,8	39	%23,7	31	%17,6	23	%16	21	9
%13,7	18	%24,4	32	%27,5	36	%8,4	11	%26	34	10
%3,8	5	%11,5	15	%26,7	35	%16,8	22	%41,2	54	11
%2,3	3	%7,6	10	%33,6	44	%18,3	24	%38,2	50	12
%3,8	5	%9,2	12	%26,7	35	%19,1	25	%41,2	54	13
%6,9	9	%13	17	%29,8	39	%15,3	20	%35,1	46	14
%1,5	2	%6,9	9	%15,3	20	%19,8	26	%56,5	74	15
%13,7	18	%27,5	36	%19,1	25	%14,5	19	%25,2	33	16
%4,6	6	%18,3	24	%35,1	46	%11,5	15	%30,5	40	17
%3,8	5	%6,9	9	%28,2	37	%21,4	28	%39,7	52	18
%3,8	5	%13,0	17	%23,7	31	%30,5	40	%29,0	38	19
%6,9	9	%8,4	11	%32,8	43	%27,5	36	%24,4	32	20
%0,0	0	%6,1	8	%16,0	21	%19,1	25	%58,8	77	21
%2,3	3	%2,3	3	%18,3	24	%30,5	40	%46,6	61	22
%17,6	23	%24,4	32	%20,6	27	%15,3	20	%22,1	29	23
%5,3	7	%13,0	17	%25,2	33	%22,1	29	%34,4	45	24
%2,3	3	%6,9	9	%22,9	30	%25,2	33	%42,7	56	25
%5,3	7	%6,9	9	%29,0	38	%18,3	24	%40,5	53	26
%1,5	2	%3,8	5	%21,4	28	%22,1	29	%51,1	67	27

28	52	39,7%	27	20,6%	21	16,0%	22	16,8%	9	6,9%
29	42	32,1%	25	19,1%	34	26,0%	18	13,7%	12	9,2%
30	44	33,6%	36	27,5%	20	15,3%	17	13,0%	14	10,7%
∑النسب		34.3%		21.5%		22.9%		12.9%		8.4%

تحليل نتائج الجدول (16)

لأغراض التحليل الإحصائي وتفسير النتائج قصد تسهيل قراءتها تم حصر ودمج النتائج حسب نسبة الموافقة التي تمثل (مجموع نسبة "أوافق بشدة" + نسبة "أوافق")، وهو تصنيف لتحديد نسبة الموافقة لكي يتم التدقيق في الشرح والتفسير، لكوننا لاحظنا أن هناك نسبة متباينة في الموافقة على الأبعاد (أي نسب تعكس مستويات مختلفة من الضغط لمقياس مصادر الضغط) وعليه تم تصنيف النتيجة الكلية لمستوى الضغط إلى ثلاث مستويات والمتتمثلة فيما يلي:

- المستوى الأول: الفقرات التي سجلت الموافقة فيها نسبة تفوق 75%.
- المستوى الثاني: الفقرات التي سجلت الموافقة فيها نسبة تفوق 60% وتقل عن 75%.
- المستوى الثالث: الفقرات التي سجلت الموافقة فيها نسبة تفوق 50% وتقل عن 60%.

والجدول (16-1) الموالي يبين المستويات الثلاثة.

الجدول (16-1): تصنيف النتيجة الكلية لمستوى الضغط إلى ثلاث مستويات.

موافقة بنسبة < 75%	موافقة بنسبة < 60 و > 75%	موافقة بنسبة < 50 و > 60%
1، 3، 15، 21، 22	2، 4، 13، 18، 25، 27، 30	6، 7، 11، 12، 14، 19، 20، 24، 26، 28، 29

▪ الفقرات التي سجلت الموافقة فيها نسبة تفوق 75%: نسجل من خلال النتائج التي بينها الجدول (16) أعلاه تباينا في استجابات أفراد العينة حول مختلف فقرات مقياس مصادر الضغوط المهنية، إذ نسجل نسبة موافقة تفوق 75%، وهذه الاستجابات تدل على وجود ضغط مرتفع جدا لدى أفراد العينة، حيث عبرت نتيجة البند الأول (1) عن نسبة قدرها 88.5% من اشمئزاز المرضين من مكان العمل، كما عبرت الفقرة الخامسة عن نسبة قدرها 81.5% عن تعاطف عاملي مصلحة الأورام مع المرضى ومعاناتهم، كما نسجل نسبة 76.4% في البند الثالث (3) المعبرة عن تضايق المرضين من عدم وجود

احترام متبادل بين الزملاء في العمل، أما البند الخامس عشر (15) المتعلق بغياب وسائل العمل للقيام بالمهام اللازمة فقدرت نسبته بـ 76.3%، أما البند الثاني والعشرون (22) المتعلق بالشعور بالتعب لعدم وجود مكان يلجأ إليه الممرض للراحة فقدرت نسبته بـ 77.1%.

■ **الفقرات التي سجلت الموافقة فيها نسبة تفوق 60 % وتقل عن 75 %:** نجد الفقرة الثانية الخاصة بالشعور بالتيه لغياب التعليمات اللازمة للقيام بالمهام اللازمة قدرت نسبتها بـ 67.2 % بينما الفقرة الخاصة بالشعور بالحسرة لغياب فرص الترقية في المهنة مقارنة بالمهن الأخرى فقد أعطت النتائج نسبة 71.7%، فيما عبرت نسبة 60.3% على شعور الممرض بالضيق عندما يجد نفسه يعمل لوحده بينما عبرت نسبة 61.1 % على عدم استفادة الممرض من دورات تكوينية وتدريبية تجعله يرتقي في السلم الإداري ليحسن من مكانته الوظيفية، وكذلك تبين مدى تضايق الممرض عندما يرى التمييز في معاملة المستخدم بينه وبين زملائه للاستفادة من الترقية. في حين عبرت نسبة 67.9% في البند الخامس والعشرون عن الشعور بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهودات الممرضين في المصلحة، أما العبارة السابعة والعشرون التي تعبر عن الشعور بالألم لسماع شكاوي المرضى فقد قدرت نسبتها بـ 73.2%.

■ **الفقرات التي لقيت نسبة موافقة تفوق 50% وتقل عن 60%:** احتلت الفقرة (28) الخاصة بعدم الاستفادة من دورات تكوينية وتدريبية تجعل الممرض يطور مهاراته ويحسن من معارفه المرتبة الأولى بنسبة 60.3 %، بينما جاء في الترتيب الثاني الفقرة (24) التي ترى بأن المضايقات الإدارية تنهك الممرض إذ قدرت نسبتها بـ 60.1%، بينما الفقرة (19) التي تعبر عن الشعور بعدم الرضا لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة، فقد حددت نسبتها بـ 59.5%، تلتها في الترتيب الرابع الفقرة (26) التي تدل على أن الممرض يتضايق لعدم تقدير زملائه لمجهوداته بنسبة قدرت بـ 58.8%، ثم تلتها في المرتبة الخامسة الفقرة (11) المتعلقة بتحسر الممرض لعدم حصوله على درجة ترقية تناسب سنوات عمله بمهنة التمريض وقدرت النسبة بـ 58%، ثم تلتها الفقرة (12) التي تنص على التضايق من عدم استفادة الممرض من التربصات بنسبة 56%، ثم الفقرة (7) بنسبة 55.7% حيث يقول

المرضى أنه يشعر بالتآزر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى. أما الفقرة (20) التي تعبر عن الشعور بالقلق لتدهور علاقات المرضى ببعض زملائه في العمل فقدرت نسبتها بـ 51.9%، وفي الترتيب التاسع نجد الفقرة (29) التي تعبر عن الشعور بالضيق عند ترك البيت والتوجه إلى العمل ليلاً بنسبة 51.2%، وفي الترتيب الأخير نجد الفقرتين اللتين أخذتا تقريباً نفس الترتيب وهما على التوالي: الفقرة (6) التي نصها أنا غير راض (ية) على عدم تعاون زملائي معي و التي قدرت نسبتها بـ 50.6%، والفقرة (14) التي نصها، أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى فقد قدرت نسبتها بـ 50.4%.

■ أما الفقرات التي لم تلق نسبة موافقة أكبر من 50%: فتدل على أن المصدر المعني بالفقرة له وقع مختلف على أفراد العينة كل حسب نمط شخصيته، أو إدراكه لها، والفقرات المعنية هي: 8، 9، 10، 16، 17، 23.

■ ملاحظة: فيما يخص الفقرة الخامسة، فإن نسبة 81.5% المتعلقة بها تثبت تعاطف عاملي مصلحة الأورام مع المرضى ومعاناتهم.

وعليه فإنه حسب النتائج التي يبينها الجدول (16) حول استجابة أفراد العينة على فقرات مقياس مصادر الضغوط المهنية، نجد أن كل المصادر ضاغطة، إذ نلاحظ أن المصدر الأول لمعاونة المرضى من الضغط المهني هو ظروف العمل، والعلاقة مع المرضى وذويهم بنسبة 90.1%، ثم المصدر الثاني للضغط الذي يواجهه المرضى هو العلاقة مع الزملاء بنسبة 84.8%، ويليه المسار المهني والعلاقة مع الإدارة وعبء العمل بنسبة تفوق الـ 71%.

3- عرض النتائج في ضوء الفرضية الثالثة

لما كانت الفرضية الثالثة تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى المرضى تعزى لمتغير السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية، أي سعت لمعرفة ما إذا كان التأثير لنوع من أنواع مصادر الضغط المهني له علاقة بعامل السن، الجنس، الأقدمية المهنية أو الحالة المدنية، فقد لجأت الباحثة إلى اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1، وقامت بإجراء الاختبار على أبعاد مصادر الضغط تحت تأثير عوامل السن، الجنس، الأقدمية

المهنية، والحالة المدنية، سوف نعرض النتائج التي تبين ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أحد المتغيرات السابقة وأبعاد مصادر الضغط، ضمن الجداول التالية:

أ - متغير السن

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتعامل أفراد العينة مع مصادر الضغوط المهنية تعزى إلى متغير السن. تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه المبينة نتائجه في الجدول التالي رقم (17).

الجدول (17): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1 وفق المراحل العمرية

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
					بين المجموعات	داخل المجموعات
0,216	1,549	0,616	2	1,231	بين المجموعات	ظروف العمل
		0,397	128	50,876	داخل المجموعات	
			130	52,107	المجموع	
0,275	1,302	0,827	2	1,653	بين المجموعات	عبء العمل
		0,635	128	81,247	داخل المجموعات	
			130	82,901	المجموع	
0,530	0,638	0,486	2	0,973	بين المجموعات	غموض الدور
		0,762	128	97,546	داخل المجموعات	
			130	98,519	المجموع	
* 0,043	3,215	3,506	2	7,012	بين المجموعات	المنابذة الليلية
		1,090	128	139,584	داخل المجموعات	
			130	146,595	المجموع	
0,583	0,541	0,331	2	0,662	بين المجموعات	المسار المهني
		0,612	128	78,300	داخل المجموعات	
			130	78,962	المجموع	
0,327	1,126	0,482	2	0,964	بين المجموعات	العلاقات مع الزملاء
		0,428	128	54,746	داخل المجموعات	
			130	55,710	المجموع	

0,369	1,006	0,631	2	1,261	بين المجموعات	العلاقات مع الإدارة
		0,627	128	80,250	داخل المجموعات	
			130	81,511	المجموع	
0,099	2,353	0,897	2	1,793	بين المجموعات	العلاقات مع المرضى وذويهم
		0,381	128	48,787	داخل المجموعات	
			130	50,580	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05.

يتبين لنا من خلال الجدول (17) أن مصادر الضغوط لا تختلف باختلاف السن ماعدا المناوبة الليلية. إذ تشير قيمة "ف" المحسوبة في باقي أبعاد مقياس مصادر الضغط المهني المتمثلة في: ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء ، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم، بأنها أكبر من مستوى الخطأ 0.05 وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الممرضين للضغط الناجم عن (ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء ، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم) بينما نلاحظ قيمة "ف" المحسوبة للبعد الخاص بالمناوبة الليلية والذي يقدر بـ 3,215، هي دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,043، وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05، وهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الممرضين للضغط المهني الناجم عن المناوبة الليلية تعزى لمتغير السن.

والجدول (18) سيوضح لنا الفروق الناجمة عن مصادر الضغط المهني التي تعزى لمختلف المراحل العمرية فيما يخص بُعد المناوبة الليلية فقط لأن باقي الأبعاد لا توجد فيها فروق.

الجدول(18): الفروق بين الأفراد لشدة الضغط المهني التي تعزى لمتغير السن

المجموع	المراحل العمرية			البعد	
	أكثر من 50 سنة	50-36 سنة	35-20 سنة	التكرار	يؤثر بشدة
29	1	18	10	التكرار	(أ) يؤثر بشدة
%100	%3,4	%62,1	%34,5	النسبة	
36	4	21	11	التكرار	(ب) يؤثر
%100	%11,1	%58,3	%30,6	النسبة	
	%7.25	%60.2	%32.55	المجموع ÷ 2	(أ)+(ب)
46	0	24	22	التكرار	محايد
%100	%0,0	%52,2	%47,8	النسبة	
16	1	5	10	التكرار	(ج) لا يؤثر
%100	%6,2	%31,3	%62,5	النسبة	
4	0	1	3	التكرار	إطلاقاً (د) لا يؤثر
%100	%0,0	%25,0	%75,0	النسبة	
	%3.1	%28.15	%68.75	المجموع ÷ 2	(ج)+(د)
131	6	69	56	التكرار	المجموع
%100	%4,6	%52,7	%42,7	النسبة	

نسجل من خلال النتائج الموضحة في الجدول (18) استجابات الأفراد التي تدل وبوضوح على وجود تباين بين الفترات العمرية في درجات الضغط الراجعة للمناوبة الليلية فقط. وتشير النتائج أن شدة تأثير المناوبة تكون أقل لدى الفئة المتقدمة في السن أي (الأكثر من 50 سنة) بمجموع 7.25%، وهذا ما تعكسه النتائج المتحصل عليها في نسب انخفاض الضغط لديهم التي قدرت بـ 3,1% فقط، مع انعدام الشعور بالضغط كما تشير إليه نسبة المحايدة التي قدرت بـ 0,0%.

بينما نلاحظ أن شدة تأثير المناوبة تكون أقوى لدى الفئة الوسطى، كما هو ظاهر من دلالة الفروق في النسب أن الفروق هي لصالح الفئة العمرية (36-50 سنة) حيث قدرت نسبة التعرض للضغط المرتفع عندها بـ 58,3% ونسبة الضغط المرتفع جدا بـ 62,1% أي بمجموع 60.2%، وتليها الفئة العمرية بين (20-35 سنة).

كما تظهر دلالة الفروق بعدم التأثير بالمناوبة الليلية لصالح الفئة العمرية الصغيرة التي تتراوح بين (20-35 سنة) بنسبة 62.5 % (لا يؤثر) ونسبة 75,0 % (لا يؤثر نهائياً) وتليها الفئة العمرية (36-50) سنة في عدم تأثرها بالمناوبة الليلية.

ب- متغير الجنس

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لشعور أفراد العينة بتأثير مصادر الضغط المهني بالنظر إلى متغير الجنس:

تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول التالي رقم (19).

الجدول (19): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الجنس

مستوى الدلالة	"ف" قيم	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
*0,015	6,042	2,331	1	2,331	بين المجموعات	ظروف العمل العمل
		0,386	129	49,775	داخل المجموعات	
			130	52,107	المجموع	
0,135	2,260	1,427	1	1,427	بين المجموعات	عبء العمل
		0,632	129	81,474	داخل المجموعات	
			130	82,901	المجموع	
0,703	0,146	0,111	1	0,111	بين المجموعات	غموض الدور
		0,763	129	98,408	داخل المجموعات	
			130	98,519	المجموع	
0,810	0,058	0,066	1	0,066	بين المجموعات	المناوبة الليلية
		1,136	129	146,529	داخل المجموعات	
			130	146,595	المجموع	
0,175	1,858	1,121	1	1,121	بين المجموعات	المسار المهني
		0,603	129	77,841	داخل المجموعات	
			130	78,962	المجموع	
0,861	0,031	0,013	1	0,013	بين المجموعات	العلاقات مع الزملاء
		0,432	129	55,697	داخل المجموعات	

			130	55,710	المجموع	
0,150	2,098	1,304	1	1,304	بين المجموعات	العلاقة مع الإدارة
		0,622	129	80,207	داخل المجموعات	
			130	81,511	المجموع	
0,862	0,030	0,012	1	0,012	بين المجموعات	العلاقات مع المرضى وذويهم
		0,392	129	50,568	داخل المجموعات	
			130	50,580	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

تبين النتائج حسب الجدول (19) أن درجة "ف" المحسوبة لكل من عبء العمل، غموض الدور، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقات مع الزملاء، العلاقات مع الإدارة، العلاقات مع المرضى وذويهم تشير بأنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 ماعدا ظروف العمل التي قدرت قيمة "ف" المتعلقة بها بـ 6,042 عند مستوى دلالة 0,015 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الجنس. وسندرج ضمن الجدول 20 التوضيحات حول الفروق بين الباحثين في البعد الخاص بظروف العمل التي تعزى إلى متغير الجنس.

جدول (20): الفروق الاحصائية الخاصة ببعء ظروف العمل التي تعزى إلى متغير الجنس

المجموع	الجنس		البعء		
	أنثى	ذكر	التكرار	النسبة	يؤثر بشدة (أ)
49	34	15	التكرار		يؤثر بشدة (أ)
%100	%69,4	%30,6	النسبة		
69	35	34	التكرار		يؤثر (ب)
%100	%50,7	%49,3	النسبة		
	%60.05	%39.95	المج/2		(أ)+(ب)
13	5	8	التكرار		محايد
%100	%38,5	%61,5	النسبة		
0	0	0	التكرار		لا يؤثر (ج)
%0	%0	%0	النسبة		
0	0	0	التكرار		لا يؤثر إطلاقاً (د)
%0	%0	%0	النسبة		
	%0	%0			(ج) + (د)
131	74	57	التكرار		المجموع
%100	%56,5	%43,5	النسبة		

تدل هذه النتائج بوضوح حسب الجدول (20) على أن هناك فروقا بين الجنسين في مصادر الضغط الخاصة بظروف العمل التي تعزى لمتغير الجنس، ذلك أن الإناث أكثر تضررا من الضغط المرتفع جدا مقارنة بالذكور، حيث عبرت النتائج عن وجود ضغط مرتفع جدا قدر بنسبة %69,4 لدى الإناث مقابل %30,6 لدى الذكور، وعن ضغط مرتفع قدر بـ %49,3 لدى الإناث مقابل %50,7 لدى الذكور، أي بمجموع %60.05 لدى الإناث مقابل %39.95 لدى الذكور.

ج- متغير الأقدمية المهنية

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتعامل أفراد العينة مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

للتحقق منها تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول (21) التالي:

الجدول (21): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لمتغير الأقدمية المهنية

مستوى الدلالة	"ف" قيمة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
0,547	0,605	0,244	2	0,488	بين المجموعات	ظروف العمل
		0,403	128	51,619	داخل المجموعات	
			130	52,107	المجموع	
*0,046	3,148	1,943	2	3,887	بين المجموعات	عبئ العمل
		0,617	128	79,014	داخل المجموعات	
			130	82,901	المجموع	
0,701	0,357	0,273	2	0,546	بين المجموعات	غموض الدور
		0,765	128	97,973	داخل المجموعات	
			130	98,519	المجموع	
*0,003	5,946	6,231	2	12,461	بين المجموعات	المناوبة الليلية
		1,048	128	134,134	داخل المجموعات	
			130	146,595	المجموع	
*0,029	3,650	2,130	2	4,260	بين المجموعات	المسار المهني
		0,584	128	74,702	داخل المجموعات	
			130	78,962	المجموع	
0,193	1,667	0,707	2	1,414	بين المجموعات	العلاقات مع الزملاء
		0,424	128	54,296	داخل المجموعات	
			130	55,710	المجموع	
*0,049	3,089	1,877	2	3,753	بين المجموعات	العلاقات مع الإدارة
		0,607	128	77,758	داخل المجموعات	
			130	81,511	المجموع	
0,561	0,581	0,228	2	0,455	بين المجموعات	العلاقات مع المرضى وذويهم
		0,392	128	50,125	داخل المجموعات	
			130	50,580	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

نلاحظ من خلال الجدول (21) أن قيم درجة "ف" المحسوبة لكل من "ظروف العمل"، "غموض الدور"، "العلاقات مع الزملاء"، و"العلاقات مع المرضى وذويهم"، تبين أنها أكبر من قيمة مستوى الخطأ 0.05، وهذا يعني أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية.

أما قيم "ف" المحسوبة لكل من (عبء العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقات مع الإدارة)، هي قيم أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 مما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية.

والجدول التالي يوضح الفروق في الأبعاد بين الباحثين التي تعزى إلى الأقدمية المهنية:

الجدول (22): الفروق الاحصائية الخاصة بعبء العمل والتي تعزى لمتغير الأقدمية المهنية

المجموع	الأقدمية المهنية			البعد	
	أكثر من 15 سنة	15-6 سنة	أقل من 5 سنوات		
31	15	10	6	التكرار	يؤثر
%100	%48,4	%32,3	%19,4	النسبة	بشدة(أ)
62	20	20	22	التكرار	يؤثر(ب)
%100	%32,3	%32,3	%35,5	النسبة	
	%80.7	%64.6	%54.9	المج 2/	(أ)+(ب)
33	7	14	12	التكرار	محايد
%100	%21,2	%42,4	%36,4	النسبة	
5	1	1	3	التكرار	لا
%100	%20,0	%20,0	%60,0	النسبة	يؤثر(ج)
0	0	0	0	التكرار	لا يؤثر
%0	%0	%0	%0	النسبة	إطلاقاً(د)
	%10	%10	%30		(ج)+(د)
131	43	45	43	التكرار	المجموع
%100	%32,8	%34,4	%32,8	النسبة	

توضح نتائج الجدول (22) وجود فروق واضحة في مصادر الضغط الخاصة بهذا البعد التي تعزى للأقدمية المهنية، حيث عبرت النتيجة عن وجود ضغط مرتفع جداً قدر بنسبة 80.7% لدى فئة الفترة الأكثر من 15 سنة، ثم تلتها الفترة التي تتراوح بين 6-15 سنة بمجموع نسب التأثير

المرتفع الذي قدر بـ 64.6 %، وفي الأخير نجد أن الأفراد الذين لهم عهد جديد بالممارسة المهنية الأقل من خمس سنوات هم الأقل نسبة في تعرضهم للضغط المهني الخاص بعبء العمل، حيث سجلت النتيجة 54.9% وهذا ما تؤكدته نتائج عدم التأثير، حيث نجد الفئة الصغرى هي التي لا تتأثر بمصدر عبء العمل بنسبة 30% بينما تساوت النتائج (10%) لدى الفئتين الآخرين.

الجدول الموالي يبين الفروق الإحصائية الخاصة ببعد المناوبة الليلية والتي تعزي لمتغير الأقدمية المهنية.

الجدول (23): الفروق الإحصائية الخاصة ببعد المناوبة الليلية والتي تعزي لمتغير الأقدمية المهنية

المجموع	الأقدمية المهنية			البعد		المناوبة الليلية
	أكثر من 15 سنة	6-15 سنة	أقل من 5 سنوات	التكرار	يؤثر بشدة	
29	12	9	8	التكرار	يؤثر بشدة	
%100	%41,4	%31,0	%27,6	النسبة	(أ)	
36	19	10	7	التكرار	يؤثر(ب)	
%100	%52,8	%27,8	%19,4	النسبة		
	%47.1	%29.4	%23.0	مج/2	(أ+ب)	
46	10	19	17	التكرار	محايد	
%100	%21,7	%41,3	%37,0	النسبة		
16	2	6	8	التكرار	لا يؤثر(ج)	
%100	%12,5	%37,5	%50,0	النسبة		
4	0	1	3	التكرار	لا يؤثر	
%100	%0,0	%25,0	%75,0	النسبة	إطلاقا (د)	
	%6.25	%31.25	%62.5	مج/2	(ج+د)	
131	43	45	43	التكرار	المجموع	
%100	%32,8	%34,4	%32,8	النسبة		

من خلال الجدول (23) نسجل أن الأفراد الذين تجاوزت فترة ممارستهم للمهنة أكثر من 15 سنة هم أكبر نسبة في تعرضهم للضغط الناجم عن المناوبة الليلية حيث قدرت نسبتهم بـ 47.1% ثم تلتها الفترة التي تمتد بين 6-15 سنة بنسبة 29.4%، وفي الأخير الأفراد الذين تقل فترة ممارستهم عن 5 سنوات بنسبة 23.0%. والملاحظ لهذه النتائج يرى أنه كلما زادت سنوات

العمل في هذا الميدان كلما زاد الضغط، ويتضح جليا من خلال استجابات الأفراد المعبر عنها بنسب المحايدة وعدم التأثير، فقد سجل لدى الفئة الأقل من 5 سنوات أكبر نسبة من عدم التأثير بالمناوبة الليلية التي قدرت بـ 62.5%، بينما كانت النسبة أقل من ذلك لدى الفئة التي تنحصر فترة أقداميتها المهنية بين 6-15 سنة، التي قدرت نسبة عدم التأثير لديها بـ 31.25%، أما الفئة التي سجلنا نسبة تأثرها المنخفضة كانت لصالح الفترة الزمنية الأكثر من 15 سنة التي قدرت بـ 6.25%.

الجدول الموالي يبين الفروق الاحصائية الخاصة ببعدها المسار المهني التي تعزي لمتغير الأقدمية المهنية.

الجدول (24): الفروق الاحصائية الخاصة ببعدها المسار المهني التي تعزي لمتغير الأقدمية المهنية

المجموع	الأقدمية المهنية			البعد	
	أكثر من 15 سنة	15-6 سنة	أقل من 5 سنوات	التكرار	النسبة
52	23	16	13	التكرار	يؤثر بشدة (أ)
%100	%44,2	%30,8	%25,0	النسبة	
51	14	12	25	التكرار	يؤثر (ب)
%100	%27,5	%23,5	%49,0	النسبة	
	%35.85	%26.75	%37	المج/2	(أ) + (ب)
27	6	16	5	التكرار	محايد
%100	%22,2	%59,3	%18,5	النسبة	
1	0	1	0	التكرار	لا يؤثر (ج)
100%	%0,0	%0,0	%0,0	النسبة	
0	0	0	0	التكرار	لا يؤثر (د)
%0	%0	%0	%0	النسبة	
	%0,0	%0,0	%0,0	المج/2	(ج) + (د)
131	43	45	43	التكرار	المجموع
%100	%32,8	%34,4	%32,8	النسبة	

من خلال الجدول (24) نسجل أن الأفراد الذين تقل فترة ممارستهم للمهنة عن 5 سنوات هم أكبر نسبة في تعرضها للضغط الناجم عن المسار المهني حيث قدرت بـ 37%، ثم تلتها الفترة التي تتراوح فترة ممارستهم أكثر من 50 سنة بنسبة 35.85% وفي الأخير الأفراد الذين تمتد بين 6-

15 سنة بنسبة 26.75%. والملاحظ لهذه النتائج يرى أن الضغط يرتفع أكثر لدى الأفراد الأقل والأكثر أقدمية في سنوات العمل، وهذا ما يبين أن طول المسار المهني أو حتى قصره هو مصدر ضاغط على الممرض، كما يتضح جليا من خلال استجابات الأفراد أن كل الفئات متأثرة بالضغط مهما كانت مدة المسار المهني، وهذا ما تبرزه نسبة عدم التأثير المقدرة بـ 0 % لدى الفئات الثلاثة.

الجدول الموالي يبين الفروق الاحصائية الخاصة ببعد العلاقة مع الإدارة والتي تعزي لمتغير الأقدمية المهنية.

الجدول (25): الفروق الاحصائية الخاصة ببعد العلاقة مع الإدارة التي تعزي لمتغير الأقدمية المهنية

المجموع	الأقدمية المهنية			البعد	
	أكثر من 15 سنة	15-6 سنة	أقل من 5 سنوات	التكرار	يؤثر بشدة
42	20	10	12	التكرار	يؤثر بشدة (أ)
%100	%47,6	%23,8	%28,6	النسبة	
58	16	20	22	التكرار	يؤثر (ب)
%100	%27,6	%34,5	%37,9	النسبة	
	%83,72	%66,67	%79,07	المج 2/	(أ)+(ب)
28	6	14	8	التكرار	محايد
%100	%21,4	%50,0	%28,6	النسبة	
3	1	1	1	التكرار	لا يؤثر (ج)
%100	%33,3	%33,3	%33,3	النسبة	
0	0	0	0	التكرار	لا يؤثر إطلاقا (د)
%0	%0	%0	%0	النسبة	
	%16.65	%16.65	%16.65	المج 2/	(ج)+(د)
131	43	45	43	التكرار	المجموع
%100	%32,8	%34,4	%32,8	النسبة	

من خلال الجدول (25) نسجل أن الأفراد الذين تجاوزت فترة ممارستهم للمهنة أكثر من 15 سنة هم أكثر الفئات تعرضا للضغط الناجم عن العلاقة مع الإدارة حيث قدرت النسبة بـ 83,72%، ثم تلتها الفئة التي تقل فترة ممارستها عن 5 سنوات بنسبة 79,07%، وفي المرتبة الأخيرة

نجد الأفراد الذين تمتد فترة أقدميتهم المهنية بين 6-15 سنة، إذ قدرت نسبتهم بـ 66,67%. والملاحظ لهذه النتائج يجد أن الأفراد الذين لديهم فترة عمل تزيد عن 15 سنة أو تقل عن 5 سنوات هم الواقعون تحت ضغط أكبر، ويتضح عبر استجابات الأفراد أنهم كلهم متأثرون بضغط الإدارة من خلال نسب عدم التأثر الضعيفة جدا، حيث قدرت بنسبة 0%.

د- متغير الحالة المدنية

تنص الفرضية بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى المرضى العاملين في مصالح الأورام وفقا لمتغير الحالة المدنية. للتحقق منها تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول (26) التالي:

الجدول (26): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الحالة المدنية

مستوى الدلالة	"ف" قيمة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0,688	0,162	0,065	1	0,065	بين المجموعات	ظروف العمل
		0,403	129	52,042	داخل المجموعات	
			130	52,107	المجموع	
0,850	0,036	0,023	1	0,023	بين المجموعات	عبئ العمل
		0,642	129	82,878	داخل المجموعات	
			130	82,901	المجموع	
0,955	0,003	0,002	1	0,002	بين المجموعات	غموض الدور
		0,764	129	98,517	داخل المجموعات	
			130	98,519	المجموع	
0,699	0,150	0,171	1	0,171	بين المجموعات	المنابذة الليلية
		1,135	129	146,425	داخل المجموعات	
			130	146,595	المجموع	

0,401	0,711	0,433	1	0,433	بين المجموعات	المسار المهني
		0,609	129	78,529	داخل المجموعات	
			130	78,962	المجموع	
0,541	0,376	0,162	1	0,162	بين المجموعات	العلاقات مع الزملاء
		0,431	129	55,548	داخل المجموعات	
			130	55,710	المجموع	
0,693	0,156	0,099	1	0,099	بين المجموعات	العلاقات مع الإدارة
		0,631	129	81,413	داخل المجموعات	
			130	81,511	المجموع	
0,719	0,130	0,051	1	0,051	بين المجموعات	العلاقات مع المرضى وذويهم
		0,392	129	50,529	داخل المجموعات	
			130	50,580	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

يتضح لنا من خلال الجدول أن قيم "ف" التي حسبت لكل من ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المناوبة الليلية، العلاقات مع الزملاء، العلاقات مع الإدارة، العلاقات مع المرضى وذويهم، والمسار المهني، هي أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05، وهكذا تبين النتائج أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة المدنية.

4- عرض النتائج في ضوء الفرضية الرابعة

تنص الفرضية على أن المرضين العاملين في مصالح الأورام يستعملون أكثر استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي واستراتيجية تجنب المشاكل. أولاً: تم التركيز على حصر التكرارات والنسب المئوية لأبعاد استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لكل فئة من الفئات الثلاث (الاستراتيجيات التي يلجأ إليها دائماً، والاستراتيجيات التي يلجأ إليها أحياناً ثم الاستراتيجيات التي لا يلجأ إليها إطلاقاً).

ثانيا: القيام بحصر (النسب المئوية والتكرارات لكل البنود لأبعاد المقياس) وذلك لمعرفة أبرز الاستراتيجيات التي يستعملها الممرضون لمواجهة الضغط المهني في مصلحة الأورام. وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

جدول (27): يبين نتائج أبعاد استراتيجيات المواجهة

لا يلجأ إليه		يلجأ إليه أحيانا		يلجأ إليه دائما		البعد
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
0.8%	1	5.3%	7	93.9%	123	الإجابة إلى الله
0.8%	1	37.4%	49	61.8%	81	التفكير الإيجابي
0%	0	41.2%	54	58.8%	77	استراتيجيات التخطيط
0%	0	57.3%	101	42.7%	30	استراتيجيات مهدئة
0%	0	61.8%	81	38.2%	50	استراتيجية تجميع الطاقة
0%	0	68.7%	90	31.3%	41	البحث عن الدعم الاجتماعي
0%	0	74.8%	98	25.2%	33	وضع انقطاعات
0%	0	87%	114	13%	17	تجنب المشاكل
0%	0	61.1%	75	9.2%	56	إيجاد حلول للمشاكل

نلاحظ من خلال الجدول (27) الذي يوضح استجابات أفراد العينة تجاه أبعاد استراتيجيات المواجهة، أنها جاءت متفاوتة.

- فالاستراتيجيات التي يلجأ إليها دائما تراوحت نسبها بين (93.9% ، 9.2%).
- الاستراتيجيات التي يلجأ إليها أحيانا تراوحت نسبها بين (87% ، 5.3%).
- أما الاستراتيجيات التي لا يلجأ إليها تراوحت نسبها بين (0.8% ، 0%).

ويأتي أسلوب الإجابة إلى الله في مقدمة الأساليب التي يعتمد عليها الممرضون في مواجهتهم للضغط المهني، وذلك من خلال الاستغفار والدعاء والصلاة والالتجاء إلى تفويض أمورهم لله لتخفيف الضغط، حيث احتل الترتيب الأول الاستعمال الدائم لأفراد العينة لهذه الاستراتيجية بنسبة 93.9%، وفي الترتيب الثاني جاء بُعد التفكير الإيجابي بنسبة 61.8%، وثالثا

بُعد التخطيط بنسبة 58.8%، وفي الرتبة الرابعة بُعد استراتيجيات إيجاد حلول للمشاكل بنسبة 42.7%، وتلاها بُعد استراتيجية تجميع الطاقة التي قدرت نسبتها بـ 38.2%، بينما احتل البعد الخاص باستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي الترتيب الخامس بنسبة 31.3%، وتلاه بُعد استراتيجيات وضع انقطاعات إذ قدرت نسبته بـ 25.2%، ثم بُعد استراتيجيات تجنب المشكل الذي أخذ الرتبة ما قبل الأخيرة بنسبة 13%، وآخر بُعد يلجأ إليها الممرضون هي استراتيجيات البحث عن حلول للمشاكل بنسبة 9.2%.

وما يتضح من خلال المعالجة الاحصائية أن استعمال استراتيجية طلب الدعم الاجتماعي واستراتيجية تجنب المشكل قد احتلتا الترتيب السادس والثامن على التوالي.

بينما توضح النتائج أن أكثر الاستراتيجيات استعمالاً هي العودة إلى الله بنسبة 93.9%، التفكير الإيجابي بنسبة 61.8% والتخطيط بنسبة 58.8%.

ولغرض التدقيق أكثر في الشرح والتفسير، لجأت الباحثة إلى حساب التكرار والنسبة المئوية لكل بند من بنود مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

الجدول (28): يبين استجابة أفراد العينة تجاه بنود مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

لا أستعمله		أستعمله أحيانا		أستعمله دائما		رقم الفقرة
النسبة	الترتيب	النسبة	الترتيب	النسبة	الترتيب	
9,9%	13	33,6%	44	56,5%	74	1. أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي
15,3%	20	45,0%	59	39,7%	52	2. أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي
4,6%	6	39,7%	52	55,7%	73	3. أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد
16%	21	54,2%	71	29,8%	39	4. أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم
24,4%	32	55,0%	72	20,6%	27	5. أحصل على فترة استراحة للاسترخاء
38,2%	50	45,8%	60	16,0%	21	6. أنزوى في ركن من مكان العمل
22,9%	30	39,7%	52	37,4%	49	7. لا أتسرع في اتخاذ القرار

15	11,5%	13	9,9%	103	78,6%	8. أبدأ إلى التدخين لأقل من توتري
81	61,8%	45	34,4%	5	3,8%	9. أنظّم عملي
30	22,9%	82	62,6%	19	14,5%	10. أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر
14	10,7%	50	38,2%	67	51,1%	11. أتضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ
25	19,1%	64	48,9%	42	32,1%	12. أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات
28	21,4%	64	48,9%	39	29,8%	13. أنفُسُ عن مشاكلتي في العمل مع أفراد عائلتي
124	94,7%	5	3,8%	2	1,5%	14. أضع ثقتي في الله
11	8,4%	55	42,0%	65	49,6%	15. أغادر مكان العمل
63	48,1%	46	35,1%	22	16,8%	16. أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية
21	16,0%	38	29,0%	72	55,0%	17. لا أستثمر في ميدان العمل
77	58,8%	48	36,6%	6	4,6%	18. أتحملي بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى
64	48,9%	59	45,0%	8	6,1%	19. أبدأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل
62	47,3%	53	40,5%	16	12,2%	20. أجتهد في توضيح المشكل
52	39,7%	64	48,9%	15	11,5%	21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل
20	15,3%	37	28,2%	74	56,5%	22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية
12	9,2%	38	29,0%	81	61,8%	23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي
11	8,4%	70	53,4%	50	38,2%	24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل

25. أطلب أيام عطلة من عطلتي السنوية	33	%25,2	66	%50,4	32	%24,4
26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين	28	%21,4	60	%45,8	43	%32,8
27. أحاول استخلاص العبر مما حدث	60	%45,8	58	%44,3	13	%9,9
28. أتناول أدوية مهدئة	13	%9,9	22	%16,8	96	%73,3
29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية	53	%40,5	65	%49,6	13	%9,9
30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل	23	%17,6	50	%38,2	58	%44,3
31. ألبأ إلى البكاء	14	%10,7	54	%41,2	63	%48,1
32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...)	50	%38,2	61	%46,6	20	%15,3
33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها	38	%29,0	49	%37,4	44	%33,6
34. ألبأ إلى قراءة القرآن	70	%53,4	52	%39,7	9	%6,9
35. ألبأ للنوم أو القيلولة	36	%27,5	56	%42,7	39	%29,8
36. أطلب عطلة مرضية	6	%4,6	61	%46,6	64	%48,9
37. أستغل الفرصة وأطور شخصيا نتيجة هذه الخبرة	39	%29,8	71	%54,2	21	%16,0
38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة	60	%45,8	55	%42,0	16	%12,2

39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل	61	46,6%	58	44,3%	12	9,2%
40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلي (كتعنيف الأبناء، الزوج (ة)...))	13	9,9%	45	34,4%	73	55,7%
41. ألقأ إلى المسؤولين لحل المشكل	30	22,9%	58	44,3%	43	32,8%
42. أفوض أمري لله	109	83,2%	15	11,5%	7	5,3%
43. أتأخر عن العمل أو أتغيب	13	9,9%	62	47,3%	56	42,7%
44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل	36	27,5%	59	45,0%	36	27,5%
45. أعبّر لفظياً عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل	29	22,1%	58	44,3%	44	33,6%
46. أطلب المساعدة من زملائي	26	19,8%	78	59,5%	27	20,6%

من خلال الجدول (28) الذي يمثل استجابة أفراد العينة تجاه عبارات مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وجود نسب متفاوتة.

كانت أعلى نسبة في اللجوء إلى فقرات أبعاد استراتيجيات المواجهة تتعلق بالعبارة (14) (أضع ثقتي في الله) حيث قدرت نسبتها بـ 94,7%، بينما نسبة 1,5% فقط لا يلجؤون إليها، في حين 3,8% يلجؤون إليها أحياناً.

أما أدنى نسبة في اللجوء إلى فقرات استراتيجيات المواجهة كانت للعبارة (36) أطلب عطلة مرضية بنسبة 4,6%.

وسجلنا أعلى نسبة في عدم اللجوء نهائياً إلى فقرات أبعاد استراتيجيات المواجهة تتعلق بالعبارة (8) (ألقأ إلى التدخين لأقلل من توترتي) بنسبة 78,6%، في حين نجد فقط 11,5% من الأفراد المبحوثين الذين يلجؤون إليها.

أما أدنى نسبة في عدم اللجوء إلى فقرات أبعاد استراتيجيات المواجهة سجلنا نسبة 3,8% للعبارة (9) (أنظّم عملي) بينما 34,4% يلجؤون إليها.

كما سجلنا أعلى نسبة في اللجوء أحيانا إلى فقرات أبعاد استراتيجيات المواجهة المتعلقة بالفقرة (28) أتناول أدوية مهدئة بنسبة 73,3%، في حين نجد نسبة 9,9% يلجؤون إليها دائما و16,8% لا يلجؤون إليها نهائيا.

أما أدنى نسبة في اللجوء أحيانا إلى فقرات استراتيجيات المواجهة تعلق بالفقرة (14) (أضع ثقتي في الله) بنسبة 1,5%.

5- عرض النتائج في ضوء الفرضية الخامسة

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة بين أفراد العينة بالنظر إلى متغيرات: السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية. وللتعرف على مدى اختلاف استعمال أبعاد استراتيجيات المواجهة من طرف الممرضين حسب متغيرات الخلفية الفردية (السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية)، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه لهذا الغرض (One Way ANOVA)، بنسبة خطأ تساوي 5% (أي نسبة ثقة = 95%).

أ- متغير السن

تنص الفرضية أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة وفقا إلى لمتغير السن. للتحقق منها تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول (29) التالي:

الجدول (29): يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة لدى المبحوثين

تعزى لمتغير السن

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
*0,028	3,664	0,868	2	1,736	بين المجموعات	إيجاد الحلول للمشاكل
		0,237	128	30,325	داخل المجموعات	
			130	32,061	المجموع	
0,320	1,151	0,204	2	0,408	بين المجموعات	استراتيجيات مهدئة
		0,178	128	22,721	داخل المجموعات	
			130	23,130	المجموع	

0,828	0,189	0,047	2	0,093	بين المجموعات	استراتيجيات التخطيط
		0,247	128	31,647	داخل المجموعات	
			130	31,740	المجموع	
0,289	1,254	0,297	2	0,594	بين المجموعات	استراتيجيات شحن الطاقة
		0,237	128	30,322	داخل المجموعات	
			130	30,916	المجموع	
*0,021	3,962	0,821	2	1,642	بين المجموعات	البحث عن الدعم الاجتماعي
		0,207	128	26,526	داخل المجموعات	
			130	28,168	المجموع	
0,178	1,750	0,138	2	0,276	بين المجموعات	العودة إلى الله
		0,079	128	10,105	داخل المجموعات	
			130	10,382	المجموع	
0,346	1,069	0,203	2	0,406	بين المجموعات	وضع انقطاعات
		0,190	128	24,281	داخل المجموعات	
			130	24,687	المجموع	
0,254	1,386	0,157	2	0,314	بين المجموعات	تجنب المشاكل
		0,113	128	14,480	داخل المجموعات	
			130	14,794	المجموع	
0,740	0,301	0,078	2	0,155	بين المجموعات	التفكير الإيجابي
		0,258	128	32,990	داخل المجموعات	
			130	33,145	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

نلاحظ من خلال الجدول (29) فيما يخص البندين (إيجاد الحلول للمشاكل والبحث عن الدعم الاجتماعي) أن قيمة "ف" المحسوبة والتي قدرت بـ 3.664 دالة عند مستوى دلالة 0.028 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، ويعني أن عامل السن يؤثر على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجيات "إيجاد الحلول للمشاكل" كما نلاحظ أن قيمة "ف" المحسوبة والتي قدرت بـ 3,962 دالة عند مستوى دلالة 0,021 وبمستوى خطأ 0.05

وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، وهذا يعني أن عامل السن يؤثر على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجيات "البحث عن الدعم الاجتماعي". أما باقي الأبعاد تعبر قيمها لـ "ف" عن عدم دلالتها كونها أكبر من مستوى الخطأ 0.05.

لقد بينت النتائج أن البعدين (إيجاد الحلول للمشاكل، البحث عن الدعم الاجتماعي) هما فقط المعنيين بالفروقات بين أفراد العينة، لذا سنعرض ضمن الجدولين الآتيين تفاصيل هذه الفروقات الدالة إحصائياً التي خصت البعدين المتمثلين في إيجاد الحلول والبحث عن الدعم الاجتماعي كما يوضحه الجدول (30).

الجدول (30): يوضح الفروق في نسب استراتيجيات مواجهة الضغط المهني تبعا لمتغير الجنس الخاصة بإيجاد الحلول والبحث عن الدعم الاجتماعي

المجموع	السن			البعد		
	أكثر من 50 سنة	50-36 سنة	35-20 سنة	التكرار	النسبة	
56	1	24	31	التكرار	أستعمله دائما	إيجاد الحلول للمشاكل
% 100	% 1,8	% 42,9	% 55,4	النسبة		
75	5	45	25	التكرار	أستعمله أحيانا	
% 100	% 6,7	% 60,0	% 33,3	النسبة		
0	0	0	0	التكرار	لا أستعمله	
% 0	% 0	% 0	% 0	النسبة		
131	6	69	56	التكرار	المجموع	
% 100	% 4,6	% 52,7	% 42,7	النسبة		
41	0	17	24	التكرار	أستعمله دائما	البحث عن الدعم الاجتماعي
% 100	% 0,0	% 41,5	% 58,5	النسبة		
90	6	52	32	التكرار	أستعمله أحيانا	
% 100	% 6,7	% 57,8	% 35,6	النسبة		
0	0	0	0	التكرار	لا أستعمله	
% 0	% 0	% 0	% 0	النسبة		
131	6	69	56	التكرار	المجموع	
% 100	% 4,6	% 52,7	% 42,7	النسبة		

بين الجدول (30) بوضوح أن الأفراد الذين يقعون في الفئة العمرية الوسطى بين 36-50 سنة هم أكثر استعمالا لاستراتيجية إيجاد الحلول، حيث بلغت نسبة استعمالها بصفة دائمة 42,9%، واستعمالها أحيانا بنسبة 60,0%، بينما تأتي الفئة العمرية الأصغر سنا التي تقع في الفترة الممتدة بين 20-35 سنة في المرتبة الثانية، حيث قدرت نسبة استعمالها لنفس الاستراتيجية بصفة دائمة بنسبة 55,4%، واستعمالها أحيانا بنسبة 33,3%، بينما الفئة العمرية التي تتجاوز الـ 50 سنة فنسبة استعمالها لاستراتيجية البحث عن الحلول قدرت بـ 4,6%.

كما بين الجدول (30) بوضوح أن الأفراد الذين يقعون في الفئة العمرية الممتدة بين 20-35 سنة هم أكثر استعمالاً لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث بلغت نسبة استعمالهم لها بصفة دائمة بـ 58,5% واستعمالها أحياناً بنسبة 35,6%، بينما تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية التي تقع بين 36-50 سنة، حيث قدرت نسبة استعمالها لنفس الاستراتيجية بصفة دائمة بـ 41,5%، واستعمالها لها أحياناً بنسبة 57,8%، بينما الفئة العمرية التي تجاوزت الـ 50 سنة فنسبة استعمالها لاستراتيجية الدعم الاجتماعي من حين إلى آخر هي ضئيلة، حيث قدرت النسبة بـ 6,7%، أما استعمالها الدائم لذات الاستراتيجية فسجلنا بشأنه نسبة 0%.

ب- متغير الجنس

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس. وللتحقق منها تم إجراء اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول (31) التالي:

الجدول (31): يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة

وفق متغير الجنس

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0,630	0,234	0,058	1	0,058	بين المجموعات	إيجاد الحلول للمشاكل
		0,248	129	32,003	داخل المجموعات	
			130	32,061	المجموع	
0,418	0,660	0,118	1	0,118	بين المجموعات	استراتيجيات مهدئة
		0,178	129	23,012	داخل المجموعات	
			130	23,130	المجموع	
0,109	2,603	0,628	1	0,628	بين المجموعات	استراتيجيات التخطيط
		0,241	129	31,113	داخل المجموعات	
			130	31,740	المجموع	
0,058	3,665	0,854	1	0,854	بين المجموعات	استراتيجيات تجميع
		0,233	129	30,062	داخل المجموعات	

			130	30,916	المجموع	الطاقة
*0,026	5,040	1,059	1	1,059	بين المجموعات	البحث عن الدعم الاجتماعي
		0,210	129	27,109	داخل المجموعات	
			130	28,168	المجموع	
0,958	0,003	0,000	1	0,000	بين المجموعات	العودة إلى الله
		0,080	129	10,381	داخل المجموعات	
			130	10,382	المجموع	
0,885	0,021	0,004	1	0,004	بين المجموعات	وضع انقطاعات
		0,191	129	24,683	داخل المجموعات	
			130	24,687	المجموع	
0,212	1,575	0,178	1	0,178	بين المجموعات	تجنب المشاكل
		0,113	129	14,615	داخل المجموعات	
			130	14,794	المجموع	
0,447	0,583	0,149	1	0,149	بين المجموعات	التفكير الإيجابي
		0,256	129	32,996	داخل المجموعات	
			130	33,145	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة "ف" المحسوبة لبعث البحث عن الدعم الاجتماعي قدرت بـ 6,042 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.150، وهي قيمة أقل من مستوى الخطأ المقدر بـ 0.05. أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بمعنى أن عامل الجنس يؤثر على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجيات "البحث عن الدعم الاجتماعي". أما باقي الأبعاد كانت قيم "ف" المتعلقة بها عند مستويات دلالة أكبر من مستوى الخطأ 0.05، ويدل هذا على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس والأبعاد المعنية هي: (إيجاد الحلول للمشاكل، استراتيجيات مهندئة، استراتيجيات التخطيط، استراتيجيات تجديد الطاقة، العودة إلى الله، وضع انقطاعات، تجنب المشاكل، التفكير الإيجابي).

والجدول التالي يوضح الفروقات بين المرضين في استعمالهم لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي فقط التي تعزى للجنس:

الجدول (32): يوضح الفروق في نسب استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي وفق متغير

الجنس

المجموع	الجنس		البعد		
	أنثى	ذكر	التكرار	أستعمله دائما	البحث عن الدعم الاجتماعي
41	29	12	التكرار	أستعمله دائما	
%100	%70,7	%29,3	النسبة	أستعمله دائما	
90	45	45	التكرار	أستعمله أحيانا	
%100	%50,0	%50,0	النسبة	أستعمله أحيانا	
0	0	0	التكرار	لا أستعمله	
%0	%0	%0	النسبة	لا أستعمله	
131	74	57	التكرار	المجموع	
%100	%56,5	%43,5	النسبة	المجموع	

للتعرف على مدى اختلاف استعمال استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي باختلاف الجنس للمرضين محل البحث، دلت النتائج بأن هناك تباينا بين الجنسين وأن هناك فروق واضحة بين الذكور والإناث في الاستخدام الدائم فقط لاستراتيجية المواجهة المتمثلة في البحث عن الدعم الاجتماعي، فكان استعمال أفراد العينة الأنثوية لهذه الاستراتيجية بصفة دائمة بنسبة 70% أكثر من الذكور التي قدرت النسبة لديهم بـ29%.

وتساوت النسب بين الجنسين في الاستعمال أحيانا بنسبة 50%، وبعدم الاستعمال لهذه الاستراتيجية بنسبة 0%، والجدير بالملاحظة أن كل أفراد العينة يستعملون هذه الاستراتيجية إذ سجلنا نسبة 0% في الإجابة لا أستعملها.

ج- متغير الأقدمية المهنية

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة وفقا لمتغير الأقدمية المهنية.

وللتحقق منها تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول (33) التالي:
الجدول(33): يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة

وفق متغير الأقدمية المهنية

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
*0,005	5,452	1,258	2	2,517	بين المجموعات	إيجاد الحلول للمشاكل
		0,231	128	29,544	داخل المجموعات	
			130	32,061	المجموع	
0,871	0,138	0,025	2	0,050	بين المجموعات	استراتيجيات مهذنة
		0,180	128	23,080	داخل المجموعات	
			130	23,130	المجموع	
0,441	0,823	0,201	2	0,403	بين المجموعات	استراتيجيات التخطيط
		0,245	128	31,337	داخل المجموعات	
			130	31,740	المجموع	
0,138	2,013	0,471	2	0,943	بين المجموعات	استراتيجيات تجميع الطاقة
		,234	128	29,973	داخل المجموعات	
			130	30,916	المجموع	
*0,049	3,080	0,647	2	1,294	بين المجموعات	البحث عن الدعم الاجتماعي
		0,210	128	26,874	داخل المجموعات	
			130	28,168	المجموع	
0,086	2,505	0,195	2	0,391	بين المجموعات	العودة إلى الله
		0,078	128	9,991	داخل المجموعات	
			130	10,382	المجموع	

0,173	1,778	0,334	2	0,667	بين المجموعات	وضع انقطاعات
		0,188	128	24,020	داخل المجموعات	
			130	24,687	المجموع	
0,304	1,203	0,136	2	0,273	بين المجموعات	تجنب المشاكل
		0,113	128	14,521	داخل المجموعات	
			130	14,794	المجموع	
0,804	0,218	0,056	2	0,112	بين المجموعات	التفكير الإيجابي
		0,258	128	33,033	داخل المجموعات	
			130	33,145	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

نلاحظ من خلال الجدول (33) أن قيم "ف" المحسوبة بالنسبة للأبعاد الممتثلة في (التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، وضع انقطاعات، العودة إلى الله، استراتيجيات تجديد الطاقة، استراتيجيات التخطيط، إيجاد الحلول للمشاكل)، كلها أكبر من مستوى الخطأ 0.05، وبالتالي ليست هناك دلالة إحصائية لهذه الأبعاد عند مستوى خطأ 0.05، بينما قدرت قيم "ف" المحسوبة للبعد "إيجاد الحلول للمشاكل" بـ 5,452 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.005 وبمستوى خطأ 0.05 وهي أقل من قيمة مستوى الخطأ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، ويعني هذا أن عامل الأقدمية المهنية يؤثر على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجيات "إيجاد الحلول للمشاكل"، كما نلاحظ أن قيمة "ف" المحسوبة للبعد "البحث عن الدعم الاجتماعي" التي تقدر بـ 3,080 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,049 بمستوى خطأ 0.05 وهي أقل من قيمة مستوى الخطأ، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية ويعني أن عامل الأقدمية المهنية يؤثر على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجيات "البحث عن الدعم الاجتماعي".

وللتعرف على الفروق في استعمال استراتيجية إيجاد الحلول للمشاكل والبحث عن الدعم الاجتماعي من طرف الممرضين حسب سنوات الأقدمية المهنية فقد تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه لهذا الغرض كما يبينه الجدول التالي:

الجدول (34): يوضح الفروق في استعمال استراتيجية إيجاد الحلول للمشاكل والبحث عن الدعم الاجتماعي من طرف الممرضين حسب سنوات الأقدمية المهنية

المجموع	الأقدمية المهنية			البعد		
	أكثر من 15 سنة	6-15 سنة	أقل من 5 سنوات	التكرار	النسبة	
56	18	12	26	التكرار	أستعمله دائما	إيجاد حلول للمشاكل
%100	%32,1	%21,4	%46,4	النسبة		
75	25	33	17	التكرار	أستعمله أحيانا	
%100	%33,3	%44,0	%22,7	النسبة		
0	0	0	0	التكرار	لا أستعمله	
%0	%0	%0	%0	النسبة		
131	43	45	43	التكرار	المجموع	
%100	%32,8	%34,4	%32,8	النسبة		
41	13	9	19	التكرار	أستعمله دائما	البحث عن الدعم الاجتماعي
%100	%31,7	%22,0	%46,3	النسبة		
90	30	36	24	التكرار	أستعمله أحيانا	
%100	%33,3	%40,0	%26,7	النسبة		
0	0	0	0	التكرار	لا أستعمله	
%0	%0	%0	%0	النسبة		
131	43	45	43	التكرار	المجموع	
%100	%32,8	%34,4	%32,8	النسبة		

للتعرف على الفروق في استعمال استراتيجية البحث عن الحلول للمشاكل حسب سنوات الخبرة المهنية للممرضين، دلت النتائج على ما يلي:

كان استخدام هذه الاستراتيجية بصفة دائمة لدى الفئة الأقل من 5 سنوات بنسبة 46,4%، ثم تلتها الفئة الأكثر من 15 سنة أقدمية مهنية بنسبة 32,1%، وفي الترتيب الثالث الفئة الوسطى التي تلجأ إلى هذه الاستراتيجية بنسبة 21,4% ولكن تحتل الترتيب الأول في استعمالها أحيانا بنسبة 44,0%. والجدير بالملاحظة أن كل أفراد العينة يلجؤون إلى هذه الاستراتيجية إذ سجلنا نسبة صفر بالمئة 0% في الإجابة لا أستعملها.

أما للتعرف على الفروق في استعمال استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي التي تعزى إلى الأقدمية المهنية للممرضين محل البحث، دلت النتائج بأن هناك تبايناً بين الفئات، حيث تبدو الفروق واضحة بينهم، فكان الاستخدام الدائم لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي هو الأكثر من طرف الفئة ذات سنوات الخبرة الأقل من 5 سنوات بنسبة 46,3%، ثم تلتها الفئة الأكثر من 15 سنة، وفي الترتيب الأخير نجد الفئة الوسطى التي تقع بين (6-15) سنة بنسبة 22,0% ولكنها أخذت الترتيب الأول في اللجوء إلى تلك الاستراتيجية أحياناً بنسبة 40,0%. والجدير بالملاحظة أن كل أفراد العينة يستعملون هذه الاستراتيجية إذ سجلنا نسبة صفر بالمائة 0% بإجابة لا أستعملها.

د- متغير الحالة المدنية

تنص الفرضية على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الحالة المدنية.

وللتحقق منها تم إجراء تحليل التباين أحادي الاتجاه والمبينة نتائجه في الجدول التالي:

الجدول (35): يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة لدى الباحثين وفق متغير الحالة المدنية

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0,403	0,704	0,174	1	0,174	بين المجموعات	إيجاد الحلول للمشاكل
		0,247	129	31,887	داخل المجموعات	
			130	32,061	المجموع	
0,228	1,465	0,260	1	0,260	بين المجموعات	استراتيجيات مهدئة
		0,177	129	22,870	داخل المجموعات	
			130	23,130	المجموع	
0,680	0,171	0,042	1	0,042	بين المجموعات	استراتيجيات التخطيط
		0,246	129	31,698	داخل المجموعات	
			130	31,740	المجموع	
0,934	0,007	0,002	1	0,002	بين المجموعات	استراتيجيات تجميع

		0,240	129	30,914	داخل المجموعات	الطاقة
			130	30,916	المجموع	
0,193	1,712	0,369	1	0,369	بين المجموعات	البحث عن الدعم الاجتماعي
		0,215	129	27,799	داخل المجموعات	
			130	28,168	المجموع	
0,822	0,051	0,004	1	0,004	بين المجموعات	العودة إلى الله
		0,080	129	10,378	داخل المجموعات	
			130	10,382	المجموع	
0,339	0,922	0,175	1	0,175	بين المجموعات	العودة إلى الوراء
		0,190	129	24,512	داخل المجموعات	
			130	24,687	المجموع	
0,645	0,213	0,024	1	,024	بين المجموعات	تجنب المشاكل
		0,114	129	14,769	داخل المجموعات	
			130	14,794	المجموع	
0,237	1,413	0,359	1	,359	بين المجموعات	التفكير الإيجابي
		0,254	129	32,786	داخل المجموعات	
			130	33,145	المجموع	

*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

يتضح من خلال الجدول (35) أن قيمة "ف" التي حسبت على التوالي لكل من (إيجاد الحلول للمشاكل، استراتيجيات مهدئة، استراتيجيات التخطيط، استراتيجيات تجميع الطاقة، البحث عن الدعم الاجتماعي، العودة إلى الله، وضع انقطاعات، تجنب المشاكل، التفكير الإيجابي) قيمها تشير إلى أنها أكبر من قيمة مستوى الخطأ 0.05 وهذا يعني أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة المدنية.

ثانياً: تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضيات

بعدما قامت الباحثة بتحليل البيانات بالاعتماد على المعالجات الإحصائية المناسبة لغرض اختبار فرضيات البحث، توصلت إلى النتائج التي تم عرضها سابقاً وسيتم أدناه مناقشة نتائج كل

فرضية على حده، في ضوء ما ورد في الإطار النظري وحسب ما انتهت إليه البحوث في علم النفس الاجتماعي.

1- تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى على أن الممرض العامل في مصالح الأورام يعاني من مستوى ضغط مرتفع.

تشير النتائج من خلال الجدول (14) إلى أن العاملين بالتمريض في مصالح الأورام يعانون من ضغط مهني مرتفع بنسبة 74.8%، ومستوى ضغط متوسط بنسبة 25.2% وضغط منخفض بنسبة 0%.

وإذا تمعنا في النتائج فإننا نلاحظ أن كل العاملين يعانون من الضغط الذي يتأرجح بين المرتفع والمتوسط، وهذا ما يعكس ما لاحظناه أثناء الدراسة الاستطلاعية في مختلف المستشفيات محل البحث.

وبالتالي نقبل الفرضية الأولى التي تُقرّ بأن العاملين بالتمريض في مصالح الأورام يعانون من مستوى ضغط مرتفع.

و تجدر الإشارة إلى أن نتيجة بحثنا هذه تؤكد نتائج دراسات سابقة، حيث تتفق مع دراسة (بن مسعود، 2008) التي وجدت بأن أكثر من ثلثي أفراد العينة من الممرضين تعاني من مستوى مرتفع من الاحتراق المهني، ونفس النتائج أشارت إليها دراسة (عمّارة، 2009) التي توصلت إلى أن 78% من الممرضين يعانون من الضغط المهني، كما أسفرت نتائج الدراسة الميدانية حول المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين (ميهوبي، 2008) على معاناة الممرضين من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي، ونفس النتيجة توصلت إليها دراسة (موساوي، 2001) حول علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عن الممرضين أنهم يعانون من الضغط المهني.

كما تتفق نتيجة بحثنا مع ما توصلت إليه الدراسة العربية التي قامت بها (مريم، 2009) حول مصادر الضغط النفسي المهني لدى العاملات في مهنة التمريض بمستشفيات دمشق، إذ بينت أن 78.9% يشعرون بدرجات مرتفعة من الضغوط النفسية المهنية.

وتعزو الباحثة هذا المستوى المرتفع من الضغط المهني لدى المرضين إلى الظروف المزرية التي يعمل فيها المرضون، كانهدام الأمن من الأخطار النفسية المهنية مثلا، فإذا ما اطلعنا على الجدول الخاص بالأمراض المهنية المصرح به لدى الضمان الاجتماعي نجد أنه لا يتعدى الـ (85) مرضا مهنيا، رغم أن فئة المرضين أكثر الفئات المهنية عرضة للعدوى، ناهيك عن سوء النظام المعمول به في التعويضات الاجتماعية، من بيروقراطية وضعف مبلغ التعويضات، مع العلم حسب ما تبينه بحوث ميدانية عديدة، أنه " عند تعرض العامل للضغوطات في محيطه المهني، يجره هذا الضغط إلى الوقوع في حوادث قد ترجع عليه سلبا، كما قد تؤثر على المنظمة (...). فعند وصول الضغط إلى الدرجة الحادة، يحدث التأثير على كيان العامل ككل، إذ يعتبر الضغط هو العامل الرئيسي في كثير من المشاكل التنظيمية، وخاصة مشاكل الأداء المنخفض، ودوران العمل، والتغيب، والتسرب الوظيفي " (جمعة سيد يوسف، 2004، ص 2) نقلا عن (فرشان، 2011، ص 191).

2- تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضية الثانية

تنص الفرضية الثانية أن أبرز مصادر الضغط المهني لدى المرضين العاملين في مصلحة الأورام متعلقة بعبء المهام وظروف العمل السيئة. حسب النتائج التي بينها الجدول (15) حول استجابة الباحثين تجاه فقرات مقياس مصادر الضغط المهني، نجد أن كل المصادر ضاغطة، إذ نلاحظ أن المصدر الأول لمعاناة المرضين من الضغط المهني هي ظروف العمل والعلاقة مع المرضى وذويهم بنسبة 90.1 %، والمصدر الثاني للضغط الذي يواجهه المرض هو العلاقة مع الزملاء بنسبة 84.8 %، والترتيب الثالث المسار المهني، العلاقة مع الإدارة وعبء العمل بنسبة تفوق الـ 71 %.

وتشير قيم نسب التأثير بظروف العمل وعبء المهام، إلى تحقق الفرضية التي تقول بأن هناك ارتفاعا في عدد المرضين العاملين بمصلحة الأورام الذين يتعرضون إلى ضغط مهني متعلق بعبء المهام وظروف العمل السيئة.

وتتفق نتيجة بحثنا مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات مثل دراسة (منصور والبيلاوي، 1989) و(Cobb, 1976) حيث أنه عندما يكون العمل الزائد والأحداث الضاغطة متعلقة بالأفراد، تكون أشد تأثيرا على العاملين من الضغوطات التي تتعلق بالمنتجات والمواد.

لذلك فإن الممرضين بحسب طبيعة عملهم يكونون على احتكاك مباشر مع المرضى والمصابين، فهم يشعرون بضغط أشد من الضغوط التي يشعر بها العاملون في المهن الأخرى، فمفاهيم العمل بالنسبة للممرضين التي تتعلق بالصحة والمرض تتأثر بعدد من العوامل، منها العمل الزائد، ضغوطات العمل وتأثيرها على حياة الأفراد، والنقص الحاد في أعداد الممرضين وقلة الوقت لتزويد المرضى بالدعم العاطفي (Firth & Britton.1989) نقلا عن (الخضري، 2008، ص3). وقد أشارت دراسة هلتون مايو وفريقه في الثلاثينيات إلى أن العوامل المادية تؤثر على إنتاجية الفرد بدرجة أقل من عوامل أخرى كجماعة العمل مثلا، لكن بوجه عام تعتبر ظروف العمل السيئة من العوامل المحبطة للفرد التي تؤثر سلبا على إنتاجه.

وترى الباحثة أن العلاقة بين المصادر التالية: (ظروف العمل، العلاقة مع المرضى وذويهم، والعلاقة مع الزملاء) منطقية جدا، فعندما يرى الممرض من جهة أن دوره يُلزمه بتطبيق البرنامج العلاجي المسطر من طرف الطاقم الطبي في ظروف سيئة تمنعه حتما من أداء مهامه التمريضية على أكمل وجه، ويرى من جهة أخرى أنه في اتصال مباشر مع المريض الذي يطالبه بتلبية احتياجاته العلاجية، فإنه ونتيجة النقص وغياب وسائل العمل للقيام بالمهام اللازمة كما تشير إليه نسبة الفقرة الـ (15) المقدرة ب (76.3%) فإن الممرض يجد نفسه في حالة تنافر تؤكد هذه الحلقة المقفلة بين (ظروف العمل - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزملاء) وتجعل من الشعور بالضغط حتمية لديه.

3- تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضية الثالثة

لما كانت الفرضية الثالثة تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعامل أفراد العينة مع مصادر الضغط المهني بالنظر إلى متغيرات: السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية، فتحليلها يكون وفق متغيرات الخلفية الفردية كالاتي:

أ- متغير السن

فحسب الفرضية فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتعامل أفراد العينة مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير السن:

من الجدول (17) الذي تشير نتائجه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الممرضين للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني،

العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الإدارة والعلاقة مع المرضى وذويهم، ماعدا المناوبة الليلية. كما تشير النتائج المتعلقة بدلالة الفروق المبينة في الجدول رقم (18) أن حدة تأثير المناوبة تقل مع تقدم السن، وفي الواقع هذه النتيجة منطقية، إذ أن تقدم السن يرتبط في غالب الأحيان بالتقدم الوظيفي واستقرار الحالة الاجتماعية، وتكون حدة تأثير المناوبة قوية لدى الفئة الوسطى التي ترجع إلى تكرار المعاش اليومي للمناوبة الليلية، أما الفئة العمرية الصغرى التي ربما تعبر نتيجة التأثير بالمناوبة الليلية على عهدها الجديد بالممارسة المهنية.

ب- متغير الجنس

فحسب الفرضية فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتعامل أفراد العينة مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الجنس:

وضح الجدول (19) بأنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مقياس مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الجنس ماعدا ظروف العمل، وهذا يعني تحقق الفرضية بصفة جزئية والتي مفادها أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تعرض المرضين لمصادر الضغط المهني التي تعزى لمتغير الجنس.

وقد عبرت النتائج في الجدول (20) عن وجود ضغط مرتفع لدى الإناث مقابل الذكور وهذا ما يعكس تدمر أفراد العينة (الإناث) من المناوبة الليلية التي تشكل مصدر ضغط لهن. وتعزو الباحثة هذه الفروق إلى طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه، وإلى المهام الأساسية المسندة للمرأة، كتربية الأبناء، المهام المنزلية... إلخ، وكذلك إلى التصورات الاجتماعية حول وجود المرأة خارج البيت ليلاً، وهذا ما يعيقها ويجعل من المناوبة الليلية مصدراً من مصادر الضغط لديها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى وبالإضافة إلى المهام الأسرية، نجد الذكور والإناث في المستشفى يتكفلون بنفس المهام والأعمال أثناء العناية بالمرضى، فكلاهما يهتم بجسم المريض وذلك ما يؤدي إلى الإحساس بالضغط المتعلق بعبء العمل خاصة.

وتتفق هذه النتيجة مع "نظرية الدور" التي ترى بأن تعدد الأدوار يعد مصدراً للضغط النفسية للأفراد نظراً لاحتمال تعارض متطلبات الأدوار مع بعضها البعض، كما تشير بعض الدراسات إلى التعارض بين الدور التقليدي والدور المهني كمصدر للضغط وخاصة لدى النساء،

إذ يصعب عليهن الموازنة بين الدور التقليدي كزوجات وأمّهات مع دورهن المهني، ويعتبر نجاحهن في كلا الدورين تحديًا في ذاته (الأحمدي، 2002، ص118).

ج- متغير الأقدمية المهنية

فحسب الفرضية التي تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى المرضين العاملين في مصالح الأورام تعزى للأقدمية المهنية، فقد عبرت النتائج في الجدول (21) بأنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضين في تعرضهم لمصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الأقدمية المهنية المتعلقة بالأبعاد التالية: (ظروف العمل، غموض الدور، العلاقات مع الزملاء، العلاقات مع المرضى وذويهم)، بينما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لكل من عبء العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقات مع الإدارة)، وهذا يعني عدم تحقق الفرضية بصفة كلية.

وتوضح نتائج الجدول (22) وجود فروق واضحة بين فترات الخبرة المهنية في مصادر الضغط الخاصة بعبء العمل التي تعزى للأقدمية المهنية، حيث نجد أن الأفراد الذين لهم عهد جديد بالممارسة المهنية الأقل من خمس سنوات هم الأقل نسبة في تعرضهم لمصدر الضغط المهني الخاص بعبء العمل. بينما أفراد الفئة الأكثر من 15 سنة خبرة مهنية، تشعر بالمهام الكثيرة المسندة إليها والتي تتطلب مهارات علمية عالية لا يملكها المرضون القدامى الذين لم يتلقوا تكوينًا متخصصًا.

أما الجدول (23) فيبرز أن الأفراد الذين تجاوزت فترة ممارستهم للمهنة أكثر من 15 سنة هم أكبر نسبة في تعرضها للضغط الناجم عن المناوبة الليلية، عكس الأفراد الذين تقل فترة ممارستهم عن 5 سنوات. والملاحظ لهذه النتائج يجد أنه كلما زادت سنوات العمل في هذا الميدان كلما زاد الضغط، وهذا ما يفسر أن المناوبة الليلية هي مصدر ضاغط على المرض. ويمكن إيعاز ذلك أن المناوبة الليلية قد تتعارض مع الالتزامات العائلية والاجتماعية للفرد التي يظهر أثرها في إرباك التناغم بين الحياة العملية والاجتماعية، والشعور بالضيق عند ترك البيت والتوجه إلى العمل ليلاً، والتضاييق عند مصادفة المناسبات الاحتفالية أيام العمل بالمناوبة، والشعور بالإرهاك لتغيير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.

من خلال الجدول (24) نسجل أن الأفراد الذين تجاوزت فترة ممارستهم للمهنة أكثر من 15 سنة هم أكثر تعرضاً للضغط الناجم عن المسار المهني، ويليهم الأفراد الذين امتدت فترة خبرتهم المهنية بين 6-15 سنة، وفي الأخير الأفراد الذين تقل فترة ممارستهم عن 5 سنوات. والملاحظ لهذه النتائج يجد أنه كلما ارتفعت سنوات العمل في هذا الميدان كلما زاد الضغط، وهذا ما يؤكد أن المسار المهني هو مصدر ضاغط على الممرض.

من خلال الجدول (25) نسجل أن الأفراد الذين تجاوزت فترة ممارستهم للمهنة أكثر من 15 سنة هم أكبر نسبة في تعرضهم للضغط الناجم عن العلاقة مع الإدارة، ثمّ تلتها الفئة التي تقل فترة ممارستها عن 5 سنوات، وجاءت في المرتبة الأخيرة فئة الأفراد الذين تمتد فترة أقدميتهم المهنية بين 6-15 سنة، والملاحظ لهذه النتائج يجد أن الأفراد الذين تزيد فترة عملهم عن 15 سنة أو تقل عن 5 سنوات تمثلان فترتي ضغط، أي أنه كلما زادت الأقدمية المهنية زادت درجة الضغط المهني ويرجع ذلك أن الممرضين الذين مضت عليهم سنوات طويلة تعاملوا مع كثير من الحالات المرضية وطغى على عملهم صفة الروتين الذي قد يكون أحد مسببات الضغط المهني، كون النمطية في العمل والروتين يدفع الممرض إلى الإحساس بالملل ويغيب لديه الشعور بالتحفيز الذي يدفعه للعمل بنشاط، بينما الممرضين الذين هم على عهد جديد بالميدان التمريضي يشعرون بالضغط كما تراه الباحثة كونهم أقل خبرة وتكويناً من جهة، ومن جهة أخرى يسيرون على نهج الذين سبقوهم في الميدان.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة رجاء ملحم التي توصلت أن درجة الضغط النفسي لدى العاملين في التمريض لها علاقة بالعمر المهني.

د- متغير الحالة المدنية

حسب الفرضية التي تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية لمصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الحالة المدنية فقد بينت النتائج حسب الجدول (26) أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة المدنية، ويدل هذا على تحقق الفرضية بصفة كلية. وهذا يعني أن كل من الممرضين المتزوجين أو غير المتزوجين لا تختلف آراءهم بالنسبة لأي مستوى من مستويات الضغط المهني.

ولا تتفق نتائج هذا البحث فيما يخص متغير الحالة المدنية مع ما توصلت إليه دراسة (ملحم، 2008) التي وجدت بأن هناك فروقا بين المتزوجين وغير المتزوجين، وقد يرجع ذلك الفرق إلى خصوصية المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة (سوريا) بينما تعزو الباحثة هذه النتيجة المتمثلة في عدم وجود فروق دالة بين الفئتين إلى حدّة المعاش المهني الضاغط لكليهما.

4- تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضية الرابعة

تنص الفرضية على أن الممرضين العاملين في مصالح الأورام يستعملون أكثر استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي واستراتيجية تجنب المشاكل. وما يتضح من خلال المعالجة الإحصائية أن استعمال هاتين الاستراتيجيتين احتلتا الترتيب السادس والثامن. لذا نقول أن الفرضية التي تنص على أن الممرضين العاملين بمصالح الأورام يلجؤون إلى استعمال استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي واستراتيجية تجنب المشكل لم تتحقق.

وتشير نسبة 31.3% التي هي نسبة ضئيلة نوعا ما، إلى عزوف الممرضين عن استعمال هذه الاستراتيجيات، وما يؤكد ذلك النتيجة المتحصل عليها من مقياس مصادر الضغط المهني أن العلاقة مع الزملاء التي تؤثر بنسبة تفوق 80%، كما عبرت نتيجة 76.4% في البند الثالث (3) على تضايق الممرضين من عدم وجود احترام متبادل بين الزملاء في العمل.

• بينما تشير النتائج أن أعلى استراتيجيات يستعملها العاملون بالتمريض هي استراتيجيات العودة لله بنسبة 93.9%، وإن بدت ظاهريا بأنها إيجابية إلا أنها تظهر عجزهم أمام الضغط المهني اليومي وعدم قدرتهم على تجاوزه، وبالتالي يشير استعمالها إلى الاستسلام وتكريس الرداءة. وهذا يدخل ضمن التقبل المدعن وهو أسلوب لمحاولة التغلب على

المشكلة مع توقع الأسوأ والإقرار بعدم إمكانية عمل أي شيء. بينما أدنى نسبة المقدرة بـ 9.2% شملت استراتيجية إيجاد حلول للمشاكل، وهي تمثل آخر استراتيجية يلجأ إليها المرضى، الأمر الذي يعكس سوء علاقاتهم مع الإدارة ومع زملاءهم. وهذا ما يفسر استمرار قطاع الصحة في الجزائر في حالة الرداءة.

5- تحليل نتائج البحث في ضوء الفرضية الخامسة

لما كانت الفرضية الخامسة تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة بالنظر إلى متغيرات: السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية، فتحليلها يكون وفق هاته المتغيرات كالتالي:

أ- متغير السن

نلاحظ من خلال الجدول (29) فيما يخص البندين (إيجاد الحلول للمشاكل والبحث عن الدعم الاجتماعي) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية ويعني ذلك أن عامل السن يؤثر على مدى لجوء الأفراد لهاتين الاستراتيجيتين، بينما لا توجد فروق في باقي الاستراتيجيات الأخرى. ومنه نصل إلى تحقق فرضيتنا بصورة جزئية والتي تقول بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السن لدى المرضى العاملين بمصلحة الأورام، إذ لم نجد فروقا تعزى إلى السن فيما يخص أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة ماعدا البحث عن الدعم الاجتماعي وإيجاد حلول للمشاكل.

ويبين الجدول (30) بوضوح أن الأفراد الذين يقعون في الفئة العمرية بين 20-35 سنة هم أكثر استعمالا لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، بينما تأتي في المرتبة الثانية الفئة العمرية التي بين (36-50 سنة) بينما الفئة العمرية التي تتجاوز الـ 50 سنة فنسبة لجوئها للدعم الاجتماعي تأتي في الترتيب الأخير، وبمعنى آخر كلما قل السن يكون البحث عن الدعم الاجتماعي أكثر. وهذا ما تؤكدته دراسة (فلكمان وآخرون، 1987) الذين وجدوا أن استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي يستعملها أكثر الشباب مقارنة بالأشخاص الأكبر سنا، الذين يفضلون تحمل المسؤولية ودراسة المشكل بمنطق وتقبل المواقف، بينما تعزو الباحثة عدم لجوء الفئة الأكبر سنا إلى

هذه الاستراتيجية لكونها ألفت الوضع المهني الضاغط، وما الدعم الاجتماعي إلا ذر الرماد في الأعين لا يُعني ولا يُفقر، عكس الفئة الصغرى التي لازالت على عهدا الحديث بالميدان المهني.

ب- متغير الجنس

يشير الجدول (31) أنه لا يوجد فروق تعزى إلى متغير الجنس فيما يخص أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة ماعدا استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي. بمعنى أن عامل الجنس يؤثر على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي مقارنة بباقي الأبعاد. ومنه نصل إلى تحقق فرضيتنا جزئيا التي نصها كما يلي: لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس لدى المرضين العاملين بمصلحة الأورام. وقد دلت النتائج بأن هناك تباينا بين الذكور والإناث في استعمال استراتيجية "البحث عن الدعم الاجتماعي" حيث تبدو الفروق واضحة لصالح الإناث في الاستخدام الدائم فقط لهذه الاستراتيجية أكثر من الذكور.

وقد أكد هذا البحث النتائج التي توصلت بحوث كبحث (شويخ، 2007) الذي توصل إلى أن الإناث أكثر ميلا لطلب الدعم الاجتماعي نقلا عن (بديعة، 2012-2013، ص225)، وما أكدته أيضا دراسة ستون ونيل (Stone et Neale. 1984) حيث وجدت أن المرأة تسعى للمساندة الاجتماعية أكثر من الرجل. (داود، 2011-2012، ص153) وقد يكون التفسير الملائم كما تراه الباحثة، هو أن الإناث بطبيعتهم أكثر توادلا من الذكور، وبالتالي يسعين دائما إلى تبادل المعلومات والحديث عن المشاكل المهنية اليومية.

ج- متغير الأقدمية المهنية

نلاحظ من خلال الجدول (33) أن قيم "ف" المحسوبة بالنسبة للأبعاد المتمثلة في "التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، وضع انقطاعات، العودة إلى الله، استراتيجيات تجميع الطاقة، استراتيجيات التخطيط، إيجاد الحلول للمشاكل" ليست هناك دلالة إحصائية لهذه الأبعاد عند مستوى خطأ 0.05. بينما البعدين "إيجاد الحلول للمشاكل" و"البحث عن الدعم الاجتماعي، هي دالة إحصائية أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية ويعني أن عامل الأقدمية المهنية يؤثر

على مدى لجوء الأفراد لاستراتيجيات "إيجاد الحلول للمشاكل لاستراتيجيات" البحث عن الدعم الاجتماعي.

ومنه نستطيع القول أن الفرضية التي نصها: لا توجد فروق دالة إحصائية في تعامل أفراد العينة مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الأقدمية المهنية تحققت جزئياً فقط حيث شملت الأبعاد التالية: (التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، العودة إلى الوراء، العودة إلى الله، استراتيجيات تجميع الطاقة، استراتيجيات التخطيط، إيجاد الحلول للمشاكل) واستثنت البعدين "إيجاد الحلول للمشاكل" و"البحث عن الدعم الاجتماعي".

وللتعرف على الفروق في استعمال استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي التي تعزى إلى الأقدمية المهنية للممرضين محل البحث، دلت النتائج بأن هناك تبايناً بين الفئات حيث تبدو الفروق واضحة بينهم، وكان الاستخدام الدائم لاستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، هو الأكثر لجوءاً إليه من طرف الفئة ذات السنوات خبرة الأقل من 5 سنوات ثم تلتها الفئة الأكثر من 15 سنة، وفي الترتيب الأخير نجد الفئة الوسطى التي تقع بين (6-15 سنة)، فالخبرة الطويلة تتيح الفرصة لهذه الفئة الأكبر سناً لتراكم واكتساب العديد من المهارات والاستراتيجيات اللازمة لمواجهة الضغوط التي يتعرضون إليها، فكلما قضى الفرد وقتاً طويلاً في وظيفته أو عمله زادت خبرته ومهارته في استخدام أساليب ذات فاعلية في مواجهة ضغوط عمله وضغوط الحياة بشكل عام.

د- متغير الحالة المدنية

تبين النتائج من خلال الجدول (35) أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة المدنية، وهذا يعني تحقق الفرضية بصفة كلية والتي مفادها أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية في استعمال استراتيجيات المواجهة لدى المبحوثين تعزى لمتغير الحالة المدنية.

وهذه النتيجة تتعارض مع دراسة كل من (أندلر و باركر، 1990) ودراسة (موس وبيلينغس، 1981) ودراسة (سكولز وبيلين، 1978) إذ يرون أن النساء يستخدمن أكثر المواجهة المتمركزة على الانفعال، واستراتيجية التجنب أو التعامل السلبي مقارنة بالرجال. (Piquemal-Vieu, 2001, p. 91)

وتعزو الباحثة هذا الاختلاف إلى أن التعامل مع أفراد في أواخر حياتهم يحتم على العاملين في هذا الميدان التعامل معهم بنفس التعاطف، وهذا ما تشير إليه النتيجة المتعلقة بالفقرة الخامسة التي تثبت النسبة 81.5% على تعاطف عاملي مصلحة الأورام مع المرضى ومعاناتهم، بالإضافة إلى اختلاف المجال البيئي الاجتماعي بين هذا البحث والبحوث الأخرى.

ثالثا: النتائج العامة للبحث

سعى هذا البحث إلى التعرف على استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى العاملين بالتمريض في مصالح الأورام، بتحديد مستويات الضغط، وتحديد مصادره وكذا تحديد مختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهته، وقد تمّ التوصل إلى عدد من النتائج الهامة نستعرضها فيما يلي:

1- مصادر الضغط المهني

أظهرت النتائج أن أفراد العينة يعانون من مصادر مهنية مختلفة تأرجحت نسبة التأثير بها بين المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة وتمثل هذه المصادر حسب الجدول (36) التالي:

النسبة %	بنود مصادر الضغط المهني
90.1%	• ظروف العمل
90.1%	• العلاقة مع المرضى وذويهم
84.8%	• العلاقة مع الزملاء
78.6%	• المسار المهني
76.4%	• العلاقة مع الإدارة
71.0%	• عبء العمل
49.6%	• غموض الدور
49.6%	• المناوبة الليلية

حسب الجدول (36) أثرت:

- **ظروف العمل:** بنسبة أكبر من 80% وتمثلت في الظروف المادية كالإضاءة، التهوية، الضوضاء، مكان العمل غير مريح.
- **العلاقة مع الزملاء:** بنسبة تفوق 80% وتمثلت في غياب مساعدة الزملاء لبعضهم البعض وطبيعة التفاعل بين أفراد جماعة العمل فهم غير متعاونين، لا يتشاركون في المعلومات.
- **العلاقة مع المرضى وذويهم:** تشير النتائج إلى أن العمل في بيئة مهنية يحوم فيها شبح الموت بصفة تكاد تكون مسترة، وتكثر المشاعر الكثيفة المصرح بها من طرف المريض،

وصعوبة إدارتها من طرف العاملين في التمريض، وكذا الالتماس التمريضي العنيف الذي يقوم به الممرض كتبديل الضمادات لجروح المرضى الناجمة عن البتر، والاحتكاك المتكرر للممرض مع آلام المرضى، والتعامل مع معاناة الأسر قد أثرت بنسبة تفوق 80% وهي سبب مباشر في الشعور بضغوط مهنية، نظرا لعدم توافق الفرد والبيئة المحيطة به نتيجة غياب الشعور بالأمن المهني.

- **عبء العمل:** لقد سجلت النتائج المتعلقة به نسبة 71%، وقد احتل عبء العمل المرتبة الثانية بعد ظروف العمل واعتبر مصدرا ثانيا من مصادر ضغوط العمل.
- **المسار المهني:** عبرت نسبة 78.6% عن تأخر في الترقية الوظيفية وافتقارا إلى فرص تقلد مناصب أعلى، وكذا الشعور بعدم الأمن الوظيفي.
- **العلاقة مع الإدارة:** تشير النتائج أن نسبة 76.4% تمثل مصدرا هاما من مصادر الضغط المهني الناجم عن العلاقة مع الإدارة التي تعكس عدم الاعتراف بالعمل المنجز وتعطيل فرص الترقية.
- **غموض الدور:** سجلت النتائج نسبة تفوق 49.6% من الباحثين الذين يعانون من هذا المصدر الضاغط المتمثل في غموض الدور، الذي من مؤشرات افتقاد المعلومات اللازمة للتمكن من أداء المهام بصورة سليمة والخوف من ارتكاب أخطاء.
- **المناوبة الليلية:** أشارت النتائج إلى أن نسبة أكثر 49.6% من الباحثين يعانون من المناوبة الليلية كمصدر مهني ضاغط.

2- مستوى الضغط المهني

أظهرت نتائج البحث أن مستويات مصادر الضغط المهني متباينة لدى الباحثين، وقد حازت نسبة 74.8% على درجة مرتفعة، ونسبة 22.2% على درجة متوسطة، ونسبة 3.4% على درجة ضعيفة لدى أفراد العينة.

3- مستوى الضغط المهني وفق متغيرات الخلفية الفردية

كما عمد البحث إلى محاولة معرفة مدى اختلاف مستوى الضغط المهني لدى الممرضين وفقا لخلفيتهم الفردية المتمثلة في السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية، وتوصلت النتائج إلى ما يبينه الجدول (37) التالي:

الجدول (37): يبين مستوى الضغط المهني وفق متغيرات الخلفية الفردية

بنود مقياس مصادر الضغط المهني	السن	الجنس	الأقدمية المهنية	الحالة المدنية
• ظروف العمل	(×)	✋	(×)	(×)
• العلاقة مع المرضى وذويهم	(×)	(×)	(×)	(×)
• العلاقة مع الزملاء	(×)	(×)	(×)	(×)
• المسار المهني	(×)	(×)	✋	(×)
• العلاقة مع الإدارة	(×)	(×)	✋	(×)
• عبء العمل	(×)	(×)	✋	(×)
• غموض الدور	(×)	(×)	(×)	(×)
• المناوبة الليلية	✋	(×)	✋	(×)

(×) لا توجد فروق / ✋ توجد فروق

بينت النتائج حسب الجدول (37) أنه:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الممرضين للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير السن، ماعدا المناوبة الليلية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الممرضين للضغط الناجم عن عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، المناوبة الليلية، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير الجنس، ماعدا ظروف العمل.

- توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني الناجم عن عبء العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقات مع الإدارة، لدى الممرضين العاملين في مصالح الأورام تعزى لمتغير الأقدمية المهنية ما عدا ظروف العمل الناجمة عن ظروف العمل والعلاقة مع المرضى وذويهم غموض الدور.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الحالة المدنية.

4- استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

أشارت النتائج المتحصل عليها من خلال هذا البحث إلى أن العاملين في التمريض في مصالح الأورام يستعملون استراتيجيات مختلفة تمثلت فيما يعرضه الجدول (38) التالي:

الجدول (38): يبين استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

النسبة	بنود مقياس استراتيجيات المواجهة
93.9 %	• الإنابة إلى الله
61.8 %	• التفكير الإيجابي
58.8 %	• استراتيجيات التخطيط
42.7 %	• استراتيجيات مهدئة
38.2 %	• استراتيجية تجميع الطاقة
31.3 %	• البحث عن الدعم الاجتماعي
9.2 %	• إيجاد حلول للمشاكل
25.2 %	• وضع انقطاعات
13 %	• تجنب المشاكل

بينت النتائج حسب الجدول (38) أن:

- العودة إلى الله: أثرت بنسبة 93.9% والتي تعني مختلف الطرق الدينية التي يلجأ إليها الممرض(ة) في أوقات الضغط عن طريق الإكثار من الصلوات والاستغفار والعبادات كمصدر للدعم الروحي أكثر من المعتاد واللجوء إلى قراءة القرآن وتفويض الأمر لله.

- **التفكير الإيجابي:** تشير النتائج إلى أن نسبة 61.8% من المبحوثين يلجؤون إلى تصرفات معينة لمحاولة إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف كالتريث، واكتساب خبرة مما حدث بالرجوع خطوة للوراء، التحلي بالإيجابية والنظر إلى جوانب أخرى. وهذا يعني أن الأفراد الذين يلجؤون إلى هذه الاستراتيجية سيّجون على أنفسهم خشية الوقوع في الاضطرابات النفسية- الجسدية على المدى القريب والبعيد.
- **استراتيجيات التخطيط:** سجلت النتائج أن نسبة 58.8% يلجؤون إلى هذه الاستراتيجية إذ يستعملون أنماطاً من التفكير العقلاني والمنطقي أمام الموقف الضاغط بحثاً عن طرق مواجهة إيجابية لتنظيم العمل، القيام بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية، التنسيق مع زملاء العمل.
- **استراتيجيات مهدئة:** تتضمن طرق التعامل مع الضغط بروح من المرح والدعابة أو الصراخ والتعنيف، أو تعاطي المهدئات النفسية كالتدخين أو الإفراط في الأكل والشرب. وتشير النتائج المتحصل عليها أن نسبة 42.7% هي نسبة لا بأس بها تساعد الممرض في التخفيف من الضغط.
- **استراتيجية تجميع الطاقة:** تشير النسبة التي قدرت بـ 38.2% إلى الرجوع إلى الحياة الأسرية، الاجتماعية والرياضية التي يلجأ إليها الممرض(ة) بهدف تجاوز الضغط المهني اليومي.
- **البحث عن الدعم الاجتماعي:** تشير نسبة 31.3% التي هي نسبة ضئيلة نوعاً ما مع أنها تعتبر من بين أهم استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني بالحصول على المساندة من طرف الآخرين (أفراد الأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) بطلب العون والنصيحة والمساعدة كالاستماع إلى المشاكل المهنية للمرضين أو تقاسمها معهم.
- **وضع انقطاعات:** تشير نسبة 25.2% إلى أن الممرضين يلجؤون إلى إجراءات مختلفة لتفادي الدخول في مواجهة الضغط المهني كأخذ عطلة مرضية، أخذ فترة استراحة، النوم، التغيب.

• **تجنب المشاكل:** يلجأ الممرضون بنسبة 13 % إلى استعمال سلوكيات ترمي إلى تجنب الموقف الضاغظ عن طريق الانشغال بوضعيات ونشاطات أخرى، أو التفكير في أشياء أخرى غير العمل، والتغيرات السلوكية التي تظهر على الممرض(ة) توحى بتجنب المواقف الضاغطة كالانعزال، الصمت، الحياد.

• **إيجاد حلول للمشاكل:** تشير النسبة 9.2 % إلى مختلف الطرق المعرفية وأنماط التفكير العقلانية والمنطقية كاستراتيجية يلجأ إليها الممرض محاولاً من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغط المهني. والملاحظ أنها تمثل آخر استراتيجية يلجأ إليها الممرضون، الأمر الذي يعكس سوء علاقاتهم مع الإدارة والزملاء.

5- استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وفق متغيرات الخلفية الفردية

لقد عمد البحث إلى معرفة مدى اختلاف استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين وفقاً لخلفيتهم الفردية و توصلت النتائج إلى ما يبينه الجدول(39):

الجدول(39): يبين استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وفق متغيرات الخلفية الفردية

بنود مقياس استراتيجيات المواجهة	السن	الجنس	الأقدمية المهنية	الحالة المدنية
• الإنابة إلى الله	(x)	(x)	(x)	(x)
• التفكير الإيجابي	(x)	(x)	(x)	(x)
• استراتيجيات التخطيط	(x)	(x)	(x)	(x)
• استراتيجيات مهدئة	(x)	(x)	(x)	(x)
• استراتيجية تجميع الطاقة	(x)	(x)	(x)	(x)
• البحث عن الدعم الاجتماعي	(x)	(x)	(x)	(x)
• إيجاد حلول للمشاكل	(x)	(x)	(x)	(x)
• وضع انقطاعات	✋	(x)	✋	(x)
• تجنب المشاكل	✋	✋	✋	(x)

(x) لا توجد فروق / ✋ توجد فروق

بينت النتائج حسب الجدول (39) أنه:

- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السن لدى المرضى العاملين بمصلحة الأورام لأبعاد مقياس استراتيجية المواجهة المتمثلة في الأبعاد التالية: (التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، العودة إلى الوراثة، العودة إلى الله، استراتيجيات شحن الطاقة، استراتيجيات التخطيط) ما عدا "البحث عن الدعم الاجتماعي" و"إيجاد الحلول للمشاكل".
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس لدى المرضى العاملين بمصلحة الأورام في الأبعاد التالية: (التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، العودة إلى الوراثة، العودة إلى الله، استراتيجيات شحن الطاقة، استراتيجيات التخطيط) ما عدا "إيجاد الحلول للمشاكل".
- لا توجد فروق دالة إحصائية في تعامل أفراد العينة مع مصادر الضغوط المهنية وفقا لمتغير الأقدمية المهنية حيث شملت الأبعاد التالية: (التفكير الإيجابي، تجنب المشاكل، العودة إلى الوراثة، العودة إلى الله، استراتيجيات شحن الطاقة، استراتيجيات التخطيط، إيجاد الحلول للمشاكل) ما عدا "إيجاد الحلول للمشاكل" و"البحث عن الدعم الاجتماعي".
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تعرض المرضى لمصادر الضغط المهني التي تعزى لمتغير الحالة المدنية.

رابعاً: التوصيات

- من خلال النتائج التي أسفر عنها البحث الميداني فإن الباحثة تقترح التوصيات التالية:
- ضرورة أن تتوفر المستشفيات على برامج تدريب المرضى وخاصة العاملين في المصالح الحساسة على كيفية مواجهة ضغوطهم بأساليب مواجهة فعالة.
 - تزويد مصالحي العمل بمختصين نفسانيين مهنيين للتكفل بمشاكل الضغط المهني لدى المرضى بصفة خاصة والعمال بصفة عامة.
 - عقد دورات تدريبية للأخصائيين النفسيين لتمكينهم من التكفل بالعاملين في الصحة وخاصة العاملين بمصالح الأورام.

- يجب الإعداد الجيد للممرض بما يتلاءم وطبيعة التمريض، لذلك يعتبر الرفع من مستواه العلمي بالتكوين الجامعي بادرة حميدة لإعانتته على تحمل الضغوط وتحسين التصرف في المواقف العلاجية التمريضية.
- إدخال وحدات تدريبية ضمن برامج التكوين الجامعي تهيء الطالب الجامعي في الاختصاص بالتكفل بهكذا حالات.
- إعداد مقاييس لأساليب مواجهة الضغوط المهنية يلائم المجتمع الجزائري بتوسيع عدد أفراد العينة حتى يمكن الاستفادة منها في مجال الممارسة النفسية مع العاملين في المستشفيات.

خاتمة

حاولت الباحثة من خلال هذا البحث إبراز أهمية تأثير الإطار البيئي، المتمثل في المجال المهني المادّي أو البشري، على الفرد ضمن المقاربة النفسية- الاجتماعية، بالتعرف على مختلف المصادر الضاغطة وتحديد مستواها، وأهم استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف العاملين في التمريض في مصالِح الأورام تجاه هذه المصادر الضاغطة.

وبناء على ما سبق تناوله، تبرز أهمية هذا البحث في كونه بحث وصفي تحليلي يمثل استمرارا للبحوث التي سبقته، وكذا وصفا لمعاناة الممرضين العاملين بالتمريض في المستشفيات الجزائرية من الضغوط المهنية، ولقد حاول البحث تسليط الأضواء على بعض المصادر المفترضة التي تسبب الضغط في العمل، بينما يوجد العديد من المصادر الأخرى لم يتطرق لها البحث لصعوبة الإحاطة بها كلها في بحث واحد. كما أن اقتصار البحث على 131 مبحثا لتحديد مختلف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني يعتبر غير كاف تماما، كونه موضوع واسع وحساس نوعا ما.

تمّ في البداية تقديم تصور عن الضغط بإدراج مختلف النماذج والنظريات التي تناولت الضغوط النفسية بصفة عامة والمهنية بصفة خاصة، وكذا محاولة تقديم تصور عن استراتيجيات المواجهة باستثمار ما ورد في التراث السيكلولوجي بهدف إبراز أهمية استراتيجيات المواجهة في الحفاظ على صحة الفرد النفسية والجسدية والعمل على وقايتها من الضغط المهني.

وعليه كانت تساؤلات البحث التي تبعثها فرضيات مبنية على اطلاع الباحثة على الأدب السيكلولوجي في الموضوع قيد البحث، وكذا التجربة المهنية، مستعملة مقياسين تمّ بناؤهما لهذا الغرض، وقد طبّقا على المبحوثين.

وبعد القيام بالمعالجة الإحصائية تمّ عرض نتائج البحث وتبين أن البعض من فرضياته قد تحقق والبعض الآخر لم يتحقق.

في الختام، يمكن القول أن هذا البحث كان مجرد محاولة لتحديد استراتيجيات مواجهة الضغط المهني الخاص بالعاملين في التمريض في مصالِح الأورام التي ستتع بمحاولات لاحقة أخرى متى سمحت الفرص.

المراجع

أولا : المراجع العربية

1 - الكتب

- 1- محمود سلمان العميان (2005): السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- 2- وفاء فضة، يوسف قزاقزة وكامل العجلوني (2002): التمريض النفسي (الطبعة الأولى)، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 3- موريس أنجرس. (2004): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، دار القصة للنشر، الجزائر.
- 4- جان بنجامين ستورا. (1997): الكرب (الضغط النفسي) (الطبعة الأولى)، (المترجم: اسعد، وجيه) دار البشائر.
- 5- جمعه سيد يوسف. (2008): إدارة الضغوط (الطبعة الأولى)، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية جامعة القاهرة: القاهرة.
- 6- حسين سلامة عبدالعظيم. (2006): استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية (الطبعة الأولى)، دار الفكر، عمان.
- 7- حمدي علي، عبد الحميد محمد شاذلي. (2000): سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل (الطبعة الأولى)، مصر.
- 8 - حنان عبد الرحيم الأحمدى. (2002). ضغوط العمل لدى الأطباء: دراسة ميدانية للأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة بمدينة الرياض.
- 9- رجاء مكى طبارة. (2000). دراسة نظرية وعلمية لتقنيات وميادين في علم النفس الاجتماعي (الطبعة الأولى)، بيسان للنشر والتوزيع والإعلام، بيروت.
- 10- سعيد حسني العزة. (2004). تمريض الصحة النفسية (الطبعة الأولى)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

- 11- سلامة عبد العظيم حسين وطه عبد العظيم حسين. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية (الطبعة الأولى)، دار الفكر، عمان.
- 12- عبد الحافظ سلامة. (2006). علم النفس الاجتماعي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 13- عمار الطيب كشرود. (1995). علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار الكتاب الوطنية، بنغازي.
- 14- فاروق السيد عثمان. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (الطبعة الأولى)، دار الفكر العربي، القاهرة.

2 - الأطروحات و الرسائل

أ - أطروحات الدكتوراه

- 15- زروق فرحات علي صالح. (2010-2011). الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض الأعراض السيكوسوماتية (دراسة مقارنة بين الريف والحضر في المجتمع الليبي). رسالة دكتوراه، غير منشورة.
- 16- علي حسن وهبان. (2007-2008). ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية (اليمن - الجزائر). قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا. رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 17- محمد، بوفاتح. (2012-2013). الضغوط النفسية وعلاقتها بدافعية الإنجاز ومستوى الطموح لدى الأساتذة الجامعيين. رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 18- واكلي بديعة. (2012-2013). استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2، غير منشورة.
- 19- عبير بنت محمد حسن الصبان. (2003). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية. رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، غير منشورة.

ب - رسائل الماجستير

- 20- آسيا عقون. (2011-2012). الضغط النفسي المهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة. رسالة ماجستير، جامعة سطيف، غير منشورة.

- 21- باسل مهدي الخضري. (2008). استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل المرضى تحت الضغوط في مكان العمل: دراسة مقارنة. رسالة ماجستير، الضفة الغربية، غير منشورة.
- 22- بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي. (2008-2009). اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، غير منشورة.
- 23- جدو عبد الحفيظ. (2013-2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، غير منشورة.
- 24- راضية داود. (2011-2012). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المعاق حركيا. رسالة ماجستير، جامعة سطيف، غير منشورة.
- 25- رجاء مريم. (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض: دراسة ميدانية في مستشفيات دمشق، (الطبعة الثانية)، جامعة دمشق.
- 26- سعد بن معتاد عايد الروقي. (2003). الضغوط الإدارية وعلاقتها بالأداء والرضا الوظيفي. رسالة ماجستير، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 27- سماهر أبو مسعود إياد مسلم. (2010). ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى الموظفين العاملين في وزارة التربية والتعليم العالي بقطاع غزة: أسبابها وكيفية علاجها، رسالة ماجستير، غير منشورة.
- 28- شارف حوجة مليكة. (2010-2011). مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين: دراسة مقارنة في المراحل التعليمية الثلاث (ابتدائي، متوسط، ثانوي). رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 29- شاهر يوسف ياغي. (2006). الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، غير منشورة.
- 30- عبد الله بن حميد. السهيلي. (2008). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من مرضى المتريدين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى. رسالة ماجستير، الرياض.
- 31- مزلق وفاء. (2013-2014). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة سطيف، غير منشورة.

- 32- معمري نويرة. (1998). استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالصداع النصفي وعلاقته بالقلق. رسالة ماجستير، غير منشورة.
- 33- نايف بن فهد التويم (2005). مستويات ضغوط العمل وسبل مواجهتها في الأجهزة الأمنية. دراسة تطبيقية على ضباط جوزات ومرور مدينة الرياض. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- 34- نشوة كرم عمار أبو بكر (2007). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات. رسالة ماجستير، جامعة دمشق، غير منشورة.
- 35- يحي عبد الجواد درويش جودة. (2002). مصادر ضغوط العمل لدى المرضين والمرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، غير منشورة.
- 36- فوزي ميهوبي. (2008). المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المرضين "دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصحية بالعاصمة" رسالة ماجستير، جامعة البليدة، غير منشورة.
- 37- العبودي فاتح. (2007-2008). الضغط النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي. رسالة ماجستير، جامعة متنوري قسنطينة، غير منشورة.
- 38- أحمد مسلم، عبدالقادر. (2007). مصادر الضغوط المهنية وآثارها في الكليات التقنية في محافظات غزة. الجامعة الإسلامية بغزة، غير منشورة.

- المقالات والمدخلات العلمية

39- تغليت صلاح الدين ولونيس علي. (8 و 9 أبريل 2008). الضغوط النفسية في البيئة الجزائرية "أية استراتيجية وأية مقاومة". الملتقى الوطني حول الضغوط النفسية. جامعة عمار ثليجي. الأغواط.

44- حدة وحيدة، سايل. (أكتوبر، 2008): استراتيجيات المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات (دراسة مقارنة). (منشورات جامعة البليدة) مجلة دراسات نفسية وتربوية (3)، الصفحات 281-303.

41- السيد محمد أبو هاشم. (جانفي، 2010). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. مجلة التربية، المجلد 20 (العدد 81). الصفحات 269.

42- عبد الله الضريبي. (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع الزجاج القديم بدمشق. مجلة جامعة دمشق، 26 (04)، صفحة 679.

43- نادر محمد الزبود. (2008). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى طلبة جامعة قطر وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة رسالة الخليج العربي (99).

44- نور الدين بوعلي وزهير بغول. (2008). محددات الضغط المهني في إطار نموذج Ivancevich و Mattesson الملتقى الوطني حول الضغوط النفسية. جامعة عمار ثليجي. الأغواط.

المعاجم:

45- منير البعلبكي. (1989). المورد: قاموس إنجليزي عربي ((الطبعة 1982)). بيروت: دار العلم للملايين.

46- عبد المجيد سامي، ونور الدين خالد. (1998). معجم مصطلحات علم النفس (الطبعة الأولى). القاهرة: دار الكتاب.

- المصادر الالكترونية

- 47- أمين عجيل ياسر الياسري. (18, 05, 2013). نظرية التمريض والبيئة المحيطة. تاريخ الاسترداد 08.12.2013، من <http://rogeriannursingscience.wikipaces.com>
- 48- محمد مصطفى محمود. (22 جويلية، 2013). استشارات موارد بشرية و تدريب. تاريخ الاسترداد 22, 07, 2013، من: http://hrandtraining.blogspot.com/2012/07/blog-post_7817.htm
- 49- هاني عرب. (2009). مهارات التفكير والبحث العلمي. تم الاسترداد من www.rsscscs.info

ثانيا: المراجع الأجنبية

1 - Les Ouvrages

- 1- B. Anderson, N. (2004). *Encyclopedia of health -behavior* (Vol. 2). (Chief, Ed.) USA: Sage publication.
- 2- Beaud, M. (1999). *L'art de la thèse: Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, de magister ou un mémoire de fin de licence*. Alger: Casbah.
- 3- Besnard, D. J. (2008). *La psychologie sociale une discipline en mouvement* (éd. électronique pour Macintosh). Québec.
- 4- Caillard, J. (2006, mars). *Malaise au travail; le point de vue de la médecine du travail*. Amedoc, Trouville.
- 5- Callahan, H. C. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.
- 6- Chagué, P. B. (2009, Sep/Oct.) .Prise en charge en oncologie pédiatrique. *Santé log-petite enfance* (06).
- 7- Chamoux, A. (2008). *Comment mesurer le stress au travail?* Bilan de 5 années de pratique au CHU de Clément Ferrand, Paris.
- 8- Norbert, S. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris: Bordas.
- 9- Pénélope Autret, V. G.-P. (2006). *Soins palliatifs en équipe: le rôle infirmier*. Paris: Institut UPSA de la douleur.
- 10- Claire-Alix Aunier, M.-F. B. (2006). *Soins Palliatifs en équipe: le rôle infirmier*. (I. U. douleur, Éd.) Paris
- 11- Grebot, E. (2008). *Stress et Burnout au travail: Identifier, Prévenir, Guérir* (éd. Eyrolles). Paris.
- 12- Laurence Leruse, I. M. (2006). *Le stress au travail: Facteurs de risques, évaluation et prévention*. Éd SPF Emploi.
- 13- Lazarus, F. S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

- 14- Lescure, J.-P. L. (2008, fév. 8). *Infirmière en cancérologie : un métier en pleine mutation*. Institut Curie.
- 15- Lévesque-Barbès, H. (2010). *On the practice of Nursing*. (Éd. Outlook,) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Québec.
- 16- Louche, C. (2007). *Introduction à la psychologie du travail et des organisations : Concept de base et applications*. Armand: Colin Paris.
- 17- M.Aldwin, C. (1994). *Stress, Coping, and Development :an integrative perspective*. New York: Guilford press.
- 18- Melanie, P. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. Piahiladelphia: Davis Company.
- 19- Rudolph Ghiglione, B. M. (1982). *Les enquêtes sociologiques Théories et Pratique* (éd. 2eme). Paris 5: Armand Colin.

2 - Thèses et Revues

- 20- G. d. (Novembre 2001). Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines. Québec.
- 21- Anne-Marie, P. T. (1977, mars). Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. les cahiers Internationaux de psychologie sociale (33), p. 80.
- 22- Benmessaoude, H. (2008). Syndrome d'épuisement professionnel "burnout «chez le personnel Infirmier de deux établissements hospitaliers: le centre hospitalo-universitaire d'Alger et le centre Pierre et Marie Curie. Alger
- 23- Borteyrou, X., & al, e. (2009, Décembre). Le stress chez le personnel travaillant en oncologie: tentative de classification des stratégies de coping. Spécial Sante au Travail, 15 (4), pp. 380-398.
- 24- Chouanière, D., & al, e. (2006, 2eme trimestre). Stress et risques psychosociaux: concepts et prévention. (106), pp. 169-186.
- 25- Cousson-Gélie, F. (2001, décembre). Concepts, stress, coping. Recherche en soins infirmiers (67), pp. 99-106.
- 26- Catherine Goupillon, C. G. (2005, Février 08). Infirmière en cancérologie: un métier en pleine mutation. Récupéré sur service.presse@curie.fr: <http://www.curie.fr>
- 27- Cousson-Gélie, F. (2001, 12). Stratégies de coping élaborées pour faire face a une maladie grave. concepts, stress, coping: Recherche en soins infirmiers (N° 67), pp. 99-106.
- 28- De Keyser, V. H. (1996, Mars). Vers une perspective transactionnelle du stress au travail : Pistes d'évaluations méthodologiques. Cahiers de Médecine du Travail, pp. 133-144.
- 29- Delaunois, M. (2000-2001). Classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise. Mémoire présenté en vue de l'option du diplôme d'études spécialisées en médecine du travail. Université catholique de Louvain.

- 30- Dinca, A. (2008, déc. 25). Stratégies de coping, mécanismes de défense et leur influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau. Thèse Doctorale. Université de Reims Champagne-Ardenne.
- 31- Isabelle Bottin, M. L. (2002, mars). Virginia Henderson : 1897-1996 Biographie et analyse de son œuvre (Théorie de soins). Rencontre, pp. 5-17.
- 32- Laflamme, B. (2008). Rôle de l'infirmière en oncologie. Québec : Direction de la lutte contre le cancer, MSSS.
- 33- Lapointe, J. (2010, Juillet). Mourir dans la dignité – Développer d'abord les soins palliatifs. Mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.
- 34- Legeron, P. (2008). Le stress professionnel. (Éd Cairn.info,) L'information psychiatrique, pp. 809-820.
- 35- Maret Vanessa, Murielle Pott (2007). Infirmière en oncologie : un huis-clos derrière la porte. Mémoire de fin d'études HES-SO/Valais – Domaine santé & social, Centre de Sion – Agasse.
- 36- Mariage, A. (2001, 1). Stratégies de coping et dimension de la personnalité : étude dans un atelier de couture. Le travail humain (ISSN 0041-1868), pp. 45-59.
- 37- Winiger, G. (2011, juil. 04). Les besoins et les stratégies des infirmières. Haute Ecole de Santé, Fribourg.
- 38- Marmet, E. (1990, déc. 23). La théorie en soins infirmiers. Rencontre, pp. 4-10.
- 39- Medhhar Slimane, A. M. (2005, septembre). Psychologie Sociale : Méthodologie de la recherche scientifique. (L. d. organisations, Éd.) Revue des deux rives (02), pp. 11-125.
- 40- Ruiller, C. (2008, décembre). Le soutien social au travail. Thèse Doctorale. Université de Rennes1.
- 41- Schmitt-Fourrier, A. e. (2006, 01). Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. (PUF, Éd.) Le travail humain, 69, pp. 1-24.
- 42- Tap, A.-M. P. (1997, 03). Psychologie sociale de la santé. Les cahiers internationaux de psychologie sociale (33), pp. 3-85.

3 –Sources électroniques

- 43- Miass, L. (1993, sep). Survol des théories de soins. Récupéré sur http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/interaction.html.
- 44- Miass, L. (2001, janvier). Maslow – Henderson-Soins. Récupéré sur : <https://www.google.dz/search?q=maslow+henderson+soins>. UTF-8.
- 45- Modèle du Stress de Karasek + Questionnaire. (2008, Mai 09). Consulté le 2013, sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Mod%C3%A8le_de_Karasek.

- 46- N., C. S. (s.d.). Approche exploratoire du stress perçu et de la charge de travail dans le secteur hospitalier. Consulté le 04 13, 2013, sur http://osha.eu.int/publications/reports/203/stress_en.pdf.
- 47- Phaneuf, M. (2013, 03). Enquête régionale sur le vécu du travail. Récupéré sur : [http://perso.orange.fr/christian.crouzet/smpmp/images SMT/Memoire_Castro.pdf](http://perso.orange.fr/christian.crouzet/smpmp/images/SMT/Memoire_Castro.pdf).
- 48- Piquemal-Vieu, L. (Déc. .2001). Concepts, stress, coping: le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. 67, 84-98. Consulté le 02 08, 2014, sur : [http://www.serpsy.org/piste recherche /entretien infirmier/Bruxelles .html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/entretien_infirmier/Bruxelles.html)
- 49- Probst, I. (s.d.). Souffrance au travail. Récupéré sur : [http://www.academia.edu / 1513713 /](http://www.academia.edu/1513713/)
- 50- Ribaute, D. (2014, 01 18). Les modèles des thérapies comportementales et cognitives du stress. Récupéré sur : <http://c:/Users/Downloads/chaitre472504>.

الملاحق

ملحق رقم (1): أسماء المحكمين الذين تمت الاستعانة بهم في بناء مقياسي مصادر الضغوط المهنية واستراتيجيات المواجهة.

الرقم	الاسم	الجامعة	المؤهل العلمي
1	د/ كمال الدين العقون	البليدة-2	أستاذ محاضر (أ)
2	د/ فاطمة الزهراء الزروق	البليدة-2	دكتوراه وتأهيل جامعي
3	د/ محمد بوفاتح	الأغواط	دكتوراه
4	د/ عقيلة عيسو	البليدة-2	دكتوراه العلوم
5	د/ نوارة تواتي	البليدة-2	دكتوراه العلوم
6	د/ فتيحة كركوش	البليدة-2	دكتوراه وتأهيل جامعي
7	د/ مزباني فتيحة	الجزائر-2	دكتوراه وتأهيل جامعي
8	د/ اليازیدی ف/ الزهراء	البليدة-2	دكتوراه وتأهيل جامعي
9	د/ برزوان حسيبة	الجزائر-2	دكتوراه

ملحق رقم (2): الاستبيان الاستطلاعي عن استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

استبيان استطلاعي

عن

استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

هذا الاستطلاع موجه لعمال بعض القطاعات المهنية بغرض دراسة " استراتيجيات التعامل مع الضغط المهني." وليكن في علم الجميع أن الإجابات ستحظى بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض علمية.

المطلوب هو:

- 1-قراءة التعاريف والتعليمة و فهمهما أولاً ثم الإجابة على السؤال.
- 2-أن تكون الإجابة محددة تعبر عن وجهة نظركم الشخصية علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

ولكم من الباحثة جزيل الشكر والامتنان عن حسن التعاون.

بعض التعاريف:

أولاً: استراتيجيات التعامل: نقصد بها مجموعة من التصرفات والانفعالات أو الأفكار التي يستعملها

العامل(ة) للتكيف مع البيئة المهنية ومواقفها الضاغطة بغرض تحقيق التوازن وحل المشكلات اليومية.

ثانياً: **الضغط المهني**: يُقصد به تلك الصعوبات المادية والمعنوية المتكررة التي تواجه العامل في مجال

عمله بحيث تتجاوز قدرته على التحمل، وتعيق تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته مثل:

- شعور العامل وهو يقوم بدورين متعارضين في وقت واحد.
- شعور العامل عندما يجد نفسه مغيب عن قضايا تخص عمله وأدواره ومسؤولياته.
- عبء العمل المتمثل في الأعمال الكثيرة التي يقوم بها العامل كزيادة الحجم الساعي.
- الصعوبات التي يجدها العامل في التعامل مع الزملاء.

البيانات الشخصية:

الجنس.....: السنالحالة المدنيةالمهنة.....:

القطاع المهني.....سنوات الخبرة المهنية الإجمالية.....:

التعليم:

بصفتك موظف(ة) في قطاع مهني ما؛ في حالة تواجدك في وضعيات ضغط مهني (كما هو معرف سابقا)، ماهي الاستراتيجيات أو الطرق التي تلجأ إليها لمواجهة الوضعيات الضاغطة وللتغلب عليها أذكرها كلها إن أمكن، ورتبها حسب أهميتها في نظرك:-

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10 أخرى إن وجدت.....

شكرا جزيلاً

ملحق رقم (3): الرسالة الموجهة للسادة المحكمين لمقاييس مصادر الضغوط المهنية
واستراتيجيات المواجهة المعروض عليهم بصورته الأولية لإبداء آرائهم حوله.

رسالة إلى المحكمين

الأستاذ الدكتور (ة) الفاضل (ة):

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أساتذتي المحترمون، إن الباحثة بصدد القيام ببحث ميداني حول: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى المرضين العاملين بمصلحة الأورام، وذلك للحصول على درجة الماجستير في علم النفس الاجتماعي. لذا قامت ببناء مقياسين أحدهما لقياس استراتيجيات المواجهة للضغط المهني، والآخر لقياس مصادر الضغوط المهنية، لدى العاملين بالتمريض في مصالح الأورام بالمستشفيات.

وأضع بين أيديكم هاتين الأداتين وأرجو من سيادتكم تقويمهما من ناحية البناء اللغوي ومدى انتماء كل فقرة للمجال المحدد لها، وإبداء الاقتراحات والتعديلات التي ترونها مناسبة لتحقيق هدف الرسالة، علما أن بدائل الإجابة على الفقرات هي: (موافق، محايد، لا أوافق).

- التعريف الإجرائي للضغط المهني:

نقصد به تلك الصعوبات المادية والمعنوية المتكررة، التي تواجه الممرض في مجال عمله بحيث تتجاوز قدرته على التحمل، وتعيق تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته وذلك عن طريق قياس مصادره المتمثلة في (ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المناوبة الليلية، المسار الوظيفي، العلاقات المهنية مع الزملاء، مع الإدارة ومع المرضى وأسرتهم).

-**ظروف العمل:** ونقصد بها كل الظروف المادية المحيطة بمكان العمل من تهوية، وإضاءة، وضوضاء، ونظافة، وتجهيزات، ووفرة الأدوية التي تساعد المرضين في أداء مهامهم في مكان العمل.

-عبء العمل: ونقصد به كثرة الأعمال الواجب إنجازها في وقت وجيز وتعدد المهام المسندة للممرض والتي تتطلب منه قدرات ومهارات أدائية يفتقدها بسبب ضعف التكوين أو تفوق مستواه مما يجعله يشعر بالعبء ويسبب له ضغطا مهنيا.

-غموض الدور: نقصد به افتقاد المعلومات اللازمة للتمكن من أداء المهام بصورة سليمة والخوف من ارتكاب أخطاء.

-المنابذة الليلية: ونقصد بها أن الممرض الذي يعمل بالنهار ملزم بالعمل ليلا مرة أو مرتين في الأسبوع ضمنا للمناوبة فالانتقال من العمل نهارا إلى العمل ليلا يؤدي إلى عدم التناغم بين الحياة العملية للممرض وحياته الاجتماعية.

- المسار الوظيفي: ونقصد به تأخر النمو الوظيفي، الافتقار إلى فرص الترقية وعدم القدرة على التطور الوظيفي. الشعور بعدم الأمن الوظيفي.

العلاقة مع الزملاء: ونقصد بها غياب المساندة الاجتماعية، مساعدة الزملاء لبعضهم البعض.

طبيعة التفاعل بين أفراد جماعة العمل: هل هم أصدقاء، متعاونون، مشتركون في نفس المعلومات.

- العلاقة مع الإدارة: ونقصد بها عدم الاعتراف بالعمل المنجز، التحرش المهني، تعطيل الترقية.

-العلاقة مع المرضى وأسرتهم: ويقصد بها المشاعر الكثيفة المصرح بها من طرف المريض وصعوبة إدارتها، الاحتكاك المتكرر للممرض مع آلام المرضى. التعامل مع الموت، التعامل مع معاناة الأسر.

مع خالص الشكر والتقدير على حسن تعاونكم.

معلومات عن المحكم:

الاسم واللقب:

المؤهل العلمي:

التخصص:

الجامعة:

جامعة الجزائر (2) أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية والأرطوفونيا

مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

أخي(تي) الممرض (ة) المحترم(ة):

تقوم الباحثة بإجراء بحث علمي حول استراتيجيات مواجهة الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الأورام، وذلك من أجل الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، فيرجى منكم تحديد موقفكم من عبارات فقرات هذا المقياس الذي يتكون من قسمين. وليكن في علم الجميع أن الإجابات ستحظى بالسرية التامة ولن تُستخدم إلا لأغراض علمية.

المطلوب:

- 1- قراءة التعليمات (1) والتعليمات (2) وفهماها.
- 2- تحديد الموقف الشخصي المناسب.

مع جزيل الشكر وعظيم الامتنان على حسن التعاون

الباحثة

القسم الأول: مصادر الضغط المهني

البيانات الشخصية:

السن:.....الجنس:.....

الحالة المدنية:.....الخبرة المهنية.....

التعليمة(1): فيما يلي مجموعة من العبارات تصف مصادر مهنية ضاغطة يتعرض لها المرض(ة) في مكان عمله، اقرأ كل عبارة جيدا، ثم أجب عنها بوضع علامة (X) أمام كل اختيار من اختياراتك التالية: أوافق بشدة أكثر، أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق، لا أوافق نهائيا.

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات ظروف العمل	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشتمت من قذارة المكان الذي أعمل فيه.					
2	لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.					
3	أشعر بالقلق عندما لا أجد الإمكانيات للقيام بمهامي.					
4	ينتابني شعور بالإعياء عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات غموض الدور	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشعر بالضياع عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بالعلاج الملائم.					
2	أشعر بالارتباك عندما تصادفني حالة مفاجئة لإسعاف مريض.					
3	أحس بعدم الرضى لعدم توفيقني بين الموازنة بين عملي والتزاماتي الأسرية.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات المناوبة الليلية	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة(ة) إلى العمل في الليل.					
2	أتضايق عندما تصادف المناسبات الاحتفالية يوم عملي بالمناوبة.					
3	أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات المسار الوظيفي	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أنزعج لغياب فرص الارتقاء في مهنتي مقارنة مع المهن الأخرى.					
2	أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عملي بمهنة التمريض.					
3	أعاني من عدم قدرتي على الموازنة بين عملي وتطلعاتي الخاصة.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات العلاقة مع الزملاء	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	يؤلمني عدم تعاون زملائي معي.					
2	أشعر بالإحباط عندما أجد نفسي أعمل بمفردي.					
3	أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.					
4	أتضايق من عدم تقدير الأطباء لمجهوداتي كممرض.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات العلاقة مع الإدارة	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في الامتيازات العطل.					
2	ينهكني تعرضي للمضايقات الادارة و تدخلها في عملي.					
3	أشعر بالألم لعدم اعتراف الإدارة بمجهوداتي المبذولة في المصلحة.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات العلاقة مع المرضى	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشعر بالتذمر من حدوث مواجهات مع أهالي المرضى.					
2	أشعر بالإهناك عند تقديم العلاج الكيميائي للمرضى.					
3	تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.					
4	أشعر بالألم عند سماع شكاوي المرضى.					

ملاحظات عامة:

.....

القسم الثاني: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

- التعريف الإجرائي لاستراتيجيات مواجهة الضغط المهني:

نعرف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني بأنها مجموعة من الاستجابات السلوكية، المعرفية والانفعالية التي يستخدمها الممرض في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة في ميدان العمل لتحقيق التكيف والتوازن النفسي أو تخفيف آثارها. ويتم قياس أساليب التعامل مع الضغط المهني في هذا البحث بالدرجة التي يتحصل عليها الممرض في المقياس المعد من طرف الباحثة المتمثل في البنود التالية:

- **إعادة تجميع الطاقة:** نقصد بها الرجوع إلى الحياة الأسرية، الاجتماعية و الرياضية التي يلجأ إليها الممرض(ة) بهدف تجاوز الضغط المهني اليومي.

- **البحث عن الدعم الاجتماعي:** نقصد به سعي الممرض(ة) للحصول على المساندة من طرف الآخرين (أفراد الأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) بطلب العون والنصيحة والمساعدة كالاستماع إلى مشاكله المهنية أو تقاسمها معه.

- **الرجوع إلى الدين:** نقصد به الطرق الدينية التي يلجأ إليها الممرض(ة) في أوقات الضغط عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات كمصدر للدعم الروحي.

- **ردود أفعال فيزيولوجية:** نقصد بها الردود الفيزيولوجية التي تطرأ على الممرض(ة) عندما يكون في وضعيات ضاغطة (التعرق، خفقان القلب، الإعياء...).

- **وضع انقطاعات:** نقصد به مختلف الإجراءات التي يلجأ إليها الممرض(ة) لتفادي الدخول في مواجهة الضغط المهني كأخذ عطلة مرضية، أخذ فترة استراحة، النوم، التغيب...

- **تجنب المشكل:** نقصد به مجمل النشاطات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط عن طريق الانشغال بوضعيات ونشاطات أخرى، أو التفكير في أشياء أخرى غير العمل، والتغيرات السلوكية التي تظهر على الممرض(ة) توحى بتجنب المواقف الضاغطة كالانعزال، الصمت، الحياد...

- **التفكير الإيجابي:** نقصد به التصرفات التي يلجأ إليها الممرض(ة) محاولاً إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف كالتريث، اكتساب خبرة مما حدث...

- **إيجاد حلول للمشاكل:** نقصد بها الطرق المعرفية وأنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الممرض محاولاً من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغط المهني.

- **استراتيجيات مهدئة وملطفة:** تتضمن طرق التعامل مع الضغوط بروح من المرح والدعابة أو الصراخ والتعنيف، أو تعاطي المهذئات النفسية كالتدخين أو الإفراط في الأكل والشرب...إلخ.

- **التخطيط** : ونقصد به أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الممرض(ة) تجاه الموقف الضاغط بحثاً عن طرق مواجهة إيجابية كتنظيم عمله، القيام بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية، التنسيق مع زملاء العمل... إلخ.

مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

التعليمة (2): فيما يلي مجموعة من العبارات تصف تصرفات الممرضين عندما يتعرضون لمشكلات مهنية تسبب لهم الشعور بالضغط والألم فيلجؤون إلى أساليب لمواجهتها. اقرأ كل عبارة جيداً، ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (X) أمام كل اختيار من اختياراتك التالية: أستخدمه دائماً، أستخدمه أحياناً، لا أستخدمه.

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات إعادة تجميع الطاقة	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أستجمع قواي بالرجوع إلى الحياة الأسرية (اللعب مع الأبناء...).					
2	الرجوع إلى الحياة الاجتماعية مع الأصدقاء (الحفلات، خرجات...).					
3	أتوجه إلى ممارسة النشاطات الرياضية خارج مجال العمل (الرياضة، المشي...).					
4	أتوجه إلى نشاطات أخرى (مشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات البحث عن الدعم الاجتماعي	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أناقش المشاكل المهنية مع زملاء العمل.					
2	أتحدث عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.					
3	أناقش مشاعري مع الطبيب أو النفساني.					
4	أجأ إلى المسؤولين و أستعين بالاحتماء بأحكام القانون الداخلي.					
5	أطلب المساعدة من زملاء في العمل.					
6	أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم وتعاطفهم.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات الرجوع إلى الدين	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.					
2	أجأ إلى قراءة القرآن.					
3	أفوض أمري لله.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات ردود الأفعال الفيزيولوجية	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أحس بالارتباك					
2	أحس بخفقان في القلب.					
3	أحس بالضعف الجسدي والذهني.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات وضع انقطاعات	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أخذ فترة استراحة للاسترخاء.					
2	أفضل بين الحياة المهنية و حياتي العائلية.					
3	أخذ أيام عطلة من عطلتي السنوية.					
4	أجأ للنوم أو القيلولة.					
5	أتأخر عن العمل أو أتغيب.					
6	أخرج قبل الوقت من مكان العمل.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات تجنب المشكل	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أنعزل في ركن من مكان العمل.					
2	ألتزم الحياد أو الصمت.					
3	لا أستثمر في ميدان العمل.					
4	لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.					

					أطلب عطلة مرضية.	5
					أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم إسقالة، أو التفكير في المستقبل.	6
					أترك مكان العمل.	7

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات التفكير الإيجابي	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أترث وأرجع خطوة للوراء.					
2	أتحلي بالإيجابية وأنظر إلى جوانب أخرى.					
3	أستغل الوقت الراهن.					
4	أحاول أن أكتسب خبرة مما حدث.					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات إيجاد حلول للمشاكل	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	الاستثمار في العمل الحالي (بتأدية ساعات إضافية، السرعة في العمل، إنجاز عمل الآخرين).					
2	أجتهد في توضيح الأمر.					
3	أبذل جهدي للاستثمار في المشاريع المطورة					

					أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات و جماعات العمل.	4
					أبذل جهدي كي أحل المشكل.	5

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات استراتيجيات مهدئة وملطفة	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أجأ إلى التدخين لأقل من توتري.					
2	آكل وأشرب أكثر من المعتاد.					
3	أتناول الأدوية للإحساس بالتحسن.					
4	أعبر لفظياً عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.					
5	أتضايق واعبر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ أو رفع الصوت.					
6	أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.					
7	أجأ إلى البكاء.					
8	أسلك سلوكيات عدوانية في المنزل (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)....).					

ملاحظات عامة:

.....

الرقم	فقرات استراتيجية التخطيط	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أقوم بتنظيم عملي.					
2	أجأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.					
3	أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.					
4	موازنة المشاكل اليومية للعمل (بالوصول المبكر للعمل، تجنب تعليقات رئيس المصلحة...).					

ملاحظات عامة:

.....

مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

أخي (تي) الكريمة(ة):

تقوم الباحثة بإجراء بحث علمي حول استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى العاملين بالطب والتمريض بالمستشفيات الجامعية، وذلك من أجل الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، فيرجى منكم تحديد موقفكم من عبارات فقرات هذا المقياس الذي يتكون من قسمين. وليكن في علم الجميع أن الإجابات ستحظى بالسرية ولن تُستخدم إلا لأغراض علمية.

المطلوب:

- 1- قراءة التعليمات (1) والتعليمات (2) وفهماها.
- 2- تحديد الموقف الشخصي المناسب.

مع جزيل الشكر وعظيم الامتنان على حسن التعاون

الباحثة

مقياس مصادر الضغط المهني

البيانات الشخصية:

السن:.....الجنس:.....

الحالة المدنية:.....الأقدمية المهنية:.....

التعليمة (1): فيما يلي مجموعة من العبارات تصف مصادر مهنية ضاغطة، اقرأ كل عبارة جيدا، ثم ضع علامة (X) في المكان الذي تعتقد أنه مناسب لموقفك حسب الاختيارات التالية: أوافق بشدة أكثر، أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق، لا أوافق نهائيا.

لا أوافق نهائيا	لا أوافق	أوافق	أوافق بشدة	أوافق بشدة أكثر	البنود
					1. أشتمت من وسخ المكان الذي أعمل فيه.
					2. أشعر بالتيه عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بعملتي.
					3. أتضايق لعدم وجود احترام متبادل بيني وبين زملائي في العمل.
					4. أشعر بالحسرة لغياب فرص الترقية في مهنتي مقارنة بالمهنة الأخرى.
					5. لا أبا لي بمعاناة المرضى فقد تعودت على رؤية ذلك.
					6. أنا غير راض (به) على عدم تعاون زملائي معي.
					7. أشعر بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى.
					8. لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.
					9. أرتبك عندما تصادفني حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافا مستعجلا.
					10. أتضايق عندما تصادف مناويتي الليلية مناسبات احتفالية.
					11. أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنة التمريض.
					12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.

					13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردتي.
					14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
					15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
					16. مهام عملي غير محدّدة.
					17. أشعر بالإرهاك لتغيير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
					18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكانتي الوظيفية.
					19. أشعر بعدم الرضا لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
					20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
					21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.
					22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
					23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
					24. تنهكني المضايقات الإدارية.
					25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
					26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
					27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.
					28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
					29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة(ة) إلى العمل في الليل.
					30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.

مقياس استراتيجيات المواجهة

التعليمة(2): فيما يلي مجموعة من العبارات تصف تصرفات الممرضين عندما يتعرضون لمشكلات مهنية تسبب لهم الشعور بالضغط والألم فيلجؤون إلى أساليب لمواجهتها. إليك مجموعة من العبارات اقرأها جيدا ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (X) أمام كل اختيار من اختياراتك التالية: أستخدمه دائما، أستخدمه أحيانا، لا أستخدمه.

لا أستخدمه	أستخدمه أحيانا	أستخدمه دائما	البيانات
			1. أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.
			2. أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.
			3. أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.
			4. أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم.
			5. أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.
			6. أنزوى في ركن من مكان العمل.
			7. لا أتسرع في اتخاذ القرار.
			8. أبدأ إلى التدخين لأقلل من توتري.
			9. أنظّم عملي.
			10. أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.
			11. أتضايق و أعبر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.
			12. أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.
			13. أنفُس عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلي.
			14. أضع ثقتي في الله.
			15. أغادر مكان العمل.
			16. أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.
			17. لا أستثمر في ميدان العمل.
			18. أتخلى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.
			19. أبدأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.
			20. أجتهد في توضيح المشكل.

			21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.
			23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
			24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل.
			25. أطلب أيام عطلة من عطلتي السنوية.
			26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
			27. أحاول استخلاص العبر مما حدث.
			28. أتناول أدوية مهدئة.
			29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.
			30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل.
			31. أجد إلى البكاء.
			32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنز، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
			33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
			34. أجد إلى قراءة القرآن.
			35. أجد للنوم أو القيلولة.
			36. أطلب عطلة مرضية.
			37. أستغل الفرصة وأطور شخصيا نتيجة هذه الخبرة.
			38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.
			39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
			40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلتي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
			41. أجد إلى المسؤولين لحل المشكل.
			42. أفوض أمري لله.
			43. أتأخر عن العمل أو أتغيب.

			44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
			45. أعبر لفظيا عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
			46. أطلب المساعدة من زملائي.