

جامعة الجزائر - 2-

أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الإحترق النفسي وعلاقته بالضغط

المهنية وإستراتيجيات المواجهة عند الممرضين

"دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية بولاية عين الدفلى"

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم تخصص علم النفس العمل والتنظيم

إشراف:

الأستاذ الدكتور: مسعود بوطاف

إعداد الطالبة:

أحلام كلتين

السنة الجامعية: 2018/2019

شكر و تقدير

عملا بقوله تعالى: "ولئن شكرتم لأزيدنكم"

و عملا بقوله صلى الله عليه وسلم: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله "

أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف: "بوطاف مسعود" الذي كان نعمة الموجه طوال هذا العمل.

إلى كل الممرضين العاملين في المؤسسات الاستشفائية بولاية عين الدفلى

كما أتقدم بتشكراتي أيضا إلى كل من ساهم في مساعدتي لإنجاز هذه الدراسة وخاصة الأستاذ: بوروبي فريدة

فجزاهم الله كل خير على ما جادوا به من مساعدات واقتراحات خلال هذا البحث

إلى كل هؤلاء أقول شكرا.

كلتين احلام

إهداء

بسم الله والحمد والشكر له وحده العلي الواحد القهار مبصر القلوب , مهدئ النفوس , ومنير العقول ميسر العسر جامع الشمل وروابط الوحدة .

أهدي ثمرة جهدي إلى زهرة عمري ونبض قلبي وعمري كله "أمي" التي غمرتني بحنانها وعطفها وفتحت عيني على نور قلبها الذي أشاع وسيشيع دربي بطاقاته المتوازنة التي تعزف لحن الحنان وهو أول لحن تسمعه أذني و أنا في أحشائها

إلى التي ألهمتني القوة وعلمتني الحكمة من حكمتها ومهما قلت فيها فلن أفيها حقها, إن بت أكتب لنفذ حبر قلبي

فلا يسعني إلا أن أقول لها "أحبك" فالله وحده أوفاك حقك وقال فيك "الجنة تحت أقدام الأمهات"

وأطلب من الله أن يرعاك وأن يوفقني في رد جميلك وإسعادك.

إلى رفيق دربي زوجي سيدعلي وقرّة عيني حفظهما الله لي ورعاهما ولداي "رياض" و "سامي"

إلى روح أبي العزيز

إلى من هم أعز من قرّة عيني إلى إخوتي الأعمام : محمد, عبد الرحمان ,علاء الدين وعمر وزوجاتهم وإلى الكتكوتة : "ياسمين"

أحلام

الملخص باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف عن العلاقة بين الاحتراق النفسي و الضغوط المهنية و الاستراتيجيات المستخدمة من طرف أفراد الممرضين للتخفيف من حدة الضغوط والاحتراق النفسي الذي يعانون منه. ضف إلى ذلك، دراسة الفروق الموجودة في متغيرات الدراسة حسب متغيرات الجنس، الأقدمية، الأجر و أوقات العمل.

لتحقيق هذه الأهداف، تم إتباع المنهج الوصفي و تطبيق مقياس الإحتراق النفسي لماسلاش(1981) المترجم إلى العربية من طرف الباحثة، مقياس الضغوط المهنية و إستراتيجية المواجهة الخاصة بالممرضين من إعداد الباحثة، على عينة متكونة من 200 ممرض وممرضة العاملين في المؤسسات الاستشفائية بولاية عين الدفلى و التي تم انتقائهم بالطريقة العشوائية.

بعد المعالجة الإحصائية، أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الضغوط المهنية بأبعادها و الإحتراق النفسي، و وجود علاقات ارتباطية دالة إحصائيا بين كل من إستراتيجيات التخطيط وحل المشكل و الردود الانفعالية كأساليب لمواجهة الضغوط و الإحتراق النفسي.

كما توصلت النتائج الى عدم وجود فروق في الضغوط المهنية بأبعادها، إستراتيجيات مواجهة الضغوط و الإحتراق النفسي بأبعاده لدى الممرضين حسب متغير الجنس، الأقدمية، الأجر و أوقات العمل، بينما توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي، فيما يخص الضغوط المهنية بأبعادها و الإستراتيجيات وذلك لصالح الممرضين مرتفعي الإحتراق النفسي.

Abstract

The aim of the present study was to verify the existing relationship between burnout and occupational stress, as well as the nurses' strategies to get rid, or reduce them, by taking in consideration nurses gender, work experience, working hours and salaries.

In order to reach this goal, we applied the Arabic version by the researcher of Maslach' scale (1981), as well as the occupational stress' scale and the nurses' coping strategy' scale that were designed by the Investigator on a random sample of 200 nurses working in hospital establishments of Ain Defla.

The study revealed that were:

- A significant correlation between occupational stress with its dimensions and burnout.
- A significant correlation relationship between planning strategies, problem solving and emotional responding as coping strategies to stress and burnout.
- No significant differences between occupational stress with its dimensions and coping strategies and burnout with its dimensions as regard gender, work experience, working hours and salaries.
- There are significant differences between nurses with low and high levels of burnout, with regard to occupational stress with its dimensions, and coping strategies in favor of nurses with high levels of burnout.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

إهداء

الملخص باللغة العربية

الملخص باللغة الأجنبية

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملاحق

01مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

05 (1) الإشكالية

11 (2) فرضيات الدراسة

15 (3) أهمية الدراسة

16 (4) أهداف الدراسة

17 (5) التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة

17 (1-5) الأحتراق النفسي

17 (2-5) الضغوط المهنية

17 (3-5) إستراتيجية مواجهة الضغوط

18الممرض (4-5)

18الدراسات السابقة (6)

الجانب النظري

الفصل الثاني: الإحترق النفسي

32تمهيد

33(1) التطور التاريخي لمفهوم الإحترق النفسي

34(2) تعريف مفهوم الإحترق النفسي

36(3) الفرق بين الإحترق النفسي وبعض المتغيرات ذات الصلة

38(4) أبعاد الإحترق النفسي

39(5) مراحل حدوث الإحترق النفسي

42(6) مؤشرات الإحترق النفسي

45(7) أسباب الإحترق النفسي

48(8) النماذج المفسرة للإحترق النفسي

48(1-8) نموذج عمليات الإحترق النفسي

51(2-8) نموذج شواب و جاكسون وشيلر

51(3-8) نموذج العلاقات البنائية

54(4-8) نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية

54(5-8) نموذج الإحترق النفسي ومساندة المشرف

55(6-8) نموذج بيكر

57	.....(9) آثار الأحتراق النفسي
60	.....(10) قياس الإحتراق النفسي
60	.....(11) الإحتراق النفسي لدى الممرضين
66	.....- خلاصة الفصل

الفصل الثالث: الضغوط المهنية

68	.....تمهيد
69	.....أولا :مفهوم الضغط
69	.....(1- لمحة تاريخية عن مصطلح الضغط
72	.....(2- تعريف مفهوم الضغوط المهنية
73	.....(3- النظريات المفسرة للضغوط المهنية
80	.....ثانيا:مفهوم الضغوط المهني
80	.....(1- تعريف الضغوط المهنية
83	.....(2- مراحل الضغوط المهنية
86	.....(3- أنواع الضغوط المهنية
92	.....(4- النماذج النظرية المفسرة للضغوط المهنية
99	.....(5- مصادر الضغوط المهنية
109	.....(6- الآثار المترتبة عن الضغوط المهنية
114	.....-خلاصة الفصل

الفصل الرابع: إستراتيجيات المواجهة

116تمهيد
-----	------------

117	.....(-1) تطور مفهوم إستراتيجيات مواجهة الضغوط
118	.....(-2) تعريف إستراتيجية مواجهة الضغوط
121	.....(-3) عناصر مواجهة الضغوط
121	.....(-4) تصنيفات إستراتيجيات مواجهة الضغوط
126	.....(5) أنواع إستراتيجيات مواجهة الضغوط
131	.....(6) التناولات النظرية المفسرة للإستراتيجيات مواجهة الضغط
133	.....(7) العوامل التي تؤثر في إستراتيجية مواجهة الضغوط
140	.....خلاصة الفصل

الفصل الخامس : مهنة التمريض

142	.....تمهيد
143	.....(1) تعريف التمريض
144	.....(2) تعريف الممرض
145	.....(3) أهداف التمريض
145	.....(4) هيئة التمريض في النظام الصحي الجزائري
146	.....(5) طبيعة مهنة التمريض
147	.....(6) أبعاد التمريض
148	.....(7) متطلبات مهنة التمريض
149	.....(8) الإلتزامات الأخلاقية للممارسي مهنة التمريض
150	.....(9) مهام وأدوار الممرض

.....علاقات الممرض (10)

.....- خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية

158	..... تمهيد -
159	..... (1) الدراسة الإستطلاعية
159	..... (1.1) أهداف الدراسة الإستطلاعية
160	..... (2.1) البعد الزمني والمكاني للدراسة الإستطلاعية
160	..... (3.1) عينة الدراسة الإستطلاعية
161	..... (4.1) خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية
168	..... (5.1) مراحل الدراسة الإستطلاعية
177	..... (6.1) نتائج الدراسة الإستطلاعية
178	..... 2. الدراسة الأساسية
178	..... (1.2) منهج الدراسة الأساسية
179	..... (2.2) المعاينة
189	..... (3.2) تحديد المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية
189	..... (4.2) أدوات الدراسة الأساسية
218	..... (5.2) كيفية إجراء الدراسة الأساسية
219	..... (6.2) إجراءات تفرغ بيانات الدراسة الأساسية للمعالجة
219	..... (7.2) الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية

الفصل السابع

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

222	..... عرض وتفسير ومناقشة النتائج (1)
222	..... عرض النتائج (1.1)
255	..... تفسير ومناقشة النتائج (2.1)
291	..... الإستنتاج العام (2)
301	..... خاتمة
303	..... الإقتراحات
306	..... المراجع

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	
51	نموذج Schwab (شواب) و Jackson (جاكسون) و Scheler (شيلر) للإحترق النفسي	1
59	الآثار الفيسيولوجية للاحترق النفسي على كل من أجهزة الجسم المختلفة	2
90	المقارنة بين الضغوط الايجابية و السلبية	3
108	المقارنة بين سمات صنف "أ" و صنف "ب"	4
124	الفرق بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة و المتمركزة حول الانفعال.	5
161	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس	6
161	توزيع أفراد عينة الإستطلاعية حسب متغير السن	7
162	توزيع أفراد عينة الإستطلاعية حسب متغير الحالة العائلية	8
163	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الأقدمية	9
164	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير نوع الشهادة المتحصل عليها	10
165	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المصلحة التي يعملون بها	11
166	توزيع أفراد العينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الدخل	12
167	توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير أوقات العمل	13

172	جدول الخاص بكيفية تقديم أدوات الدراسة الأساسية للمحكمين	14
174	تعديلات عبارات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين	15
175	تعديلات عبارات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين	16
182	توزيع العينة حسب متغير الجنس	17
183	توزيع العينة حسب متغير السن	18
184	توزيع العينة حسب متغير الحالة العائلية	19
184	توزيع سنوات الخدمة في مهنة التمريض	20
185	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع الشهادة المتحصل عليها	21
186	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المصلحة التي يعملون بها	22
187	يبين توزيع العينة حسب متغير الدخل	23
188	توزيع العينة حسب متغير أوقات العمل	24
191	توزيع عبارات المقياس على أبعاده الثلاثة	25
191	بدائل العبارات السلبية	26
191	بدائل العبارات الإيجابية	27
192	تصنيف درجات المقياس على الأبعاد الثلاثة	28
193	تقديرات المحكمين لجوانب مقياس الإحترق النفسي	29

194	معاملات الارتباط بين درجة كل بند ودرجة مقياس الإحترق النفسي	30
194	معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد الإنهاك الإنفعالي	31
195	معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد تبدل المشاعر	32
195	معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	33
195	قيم معاملات الارتباط بين مقياس الإحترق النفسي بأبعاده	34
196	معامل ثبات مقياس الإحترق النفسي وأبعاده بطريقة التجزئة النصفية	35
197	معامل ثبات مقياس الإحترق النفسي (المقياس ككل) وأبعاده باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ	36
199	أبعاد الإستبيان المقنن الخاص بالضغط المهنية كما يدركها الممرضين	37
200	تقديرات المحكمين لجوانب الإستبيان المقنن الخاص بالضغط المهنية كما يدركها الممرضين	38
201	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة الإستبيان المقنن الخاص بالضغط المهنية كما يدركها الممرضين (الدرجة الكلية للمقياس).	39
202	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد الأعراض العضوية	40
202	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد طبيعة العمل	41
203	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد ظروف العمل	42
203	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع الزملاء الممرضين.	43
204	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع الأطباء	44
204	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع المرضى	45
204	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع الزوار	46

205	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة.	47
205	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد الأدوات والمستلزمات الطبية	48
206	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد الراتب والترقية	49
206	قيم معاملات الارتباط بين الإستهيبان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها المرضى وأبعاده	50
207	معامل ثبات الإستهيبان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها المرضى وأبعاده بطريقة التجزئة النصفية.	51
208	معامل ثبات مقياس الضغوط المهنية لدى المرضى وأبعاده باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ	52
210	أبعاد الأستهيبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى المرضى	53
211	تقديرات المحكمين لجوانب الإستهيبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى المرضى	54
212	معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة الإستهيبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى المرضى (الدرجة الكلية للمقياس).	55
213	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية التجنب	56
213	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية التخطيط	57
214	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية حل المشكل	58
214	معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي	59
214	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	60
215	معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية الردود الأنفعالية	61

216	قيم معاملات الارتباط بين الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده	62
217	معامل ثبات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده بطريقة التجزئة النصفية	63
218	معامل ثبات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ	64
222	قيم معاملات الارتباط بيرسون بين الأحتراق النفسي والضغوط المهنية وأبعاده	65
224	قيم معاملات الارتباط بيرسون بين الإحتراق النفسي و إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية	66
226	نتائج اختبار "T" للفروق فيما يخص الإحتراق النفسي و أبعاده تعزى لمتغير الجنس	67
227	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الإحتراق النفسي و أبعاده تعزى لمتغير الأقدمية	68
229	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الإحتراق النفسي و أبعاده تعزى لمتغير الأجر	69
230	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الإحتراق النفسي و أبعاده تعزى لمتغير أوقات العمل	70
232	نتائج اختبار "T" للفروق فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده تعزى لمتغير الجنس	71
235	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الضغوط المهنية وأبعاده تعزى	72

	لمتغير الأقدمية	
237	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الضغوط المهنية بأبعادها تعزى لمتغير الأجر	73
239	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الضغوط المهنية وأبعادها تعزى لمتغير أوقات العمل	74
242	نتائج اختبار "T" للفروق فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية تعزى لمتغير الجنس	75
244	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية تعزى لمتغير الأقدمية	76
246	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية تعزى لمتغير الأجر	77
248	نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية تعزى لمتغير أوقات العمل	78
250	نتائج اختبار "T" للفروق بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها	79
253	نتائج اختبار "T" للفروق بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط	80

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
-----------	-------------	--------

49	يوضح نموذج شيرنس للاحتراق النفسي	.1
51	يوضح نموذج شواب وجاكسون	.2
53	نموذج بلان و آخرون لتفسير عملية الاحتراق النفسي.	.3
54	نموذج محمد و حمدي لتفسيرات الاحتراق النفسي و مساندة المشرف	.4
56	نموذج بيكر و آخرون لتفسير الاحتراق النفسي	.5
83	يوضح مكونات الضغط في بيئة العمل وطبيعة العلاقة بينهما	.6
85	يوضح مراحل ردود أفعال اتجاه العمل	.7
89	يوضح الآثار السلبية للضغوط المهنية	.8
93	نموذج ميتشيغان (كاتز و كاهن) لضغوط العمل	.9
96	نموذج لطفي راشد	.10
98	نموذج ماتسون و ايفانسفيتش	.11
112	تأثير الضغوط على الحالة الصحية (الجسمية و النفسية)	.12
161	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغير الجنس	.13
162	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغير السن	.14
163	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغير الحالة العائلية	.15
164	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغير الأقدمية	.16

165	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغيرالشهادة المتحصل عليها	.17
166	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغيرالمصلحة التي يعملون بها	.18
167	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغيرالدخل	.19
168	توزيع عينة الدراسة الأستطلاعية حسب متغير أوقات العمل	.20
182	توزيع العينة الدراسة حسب متغير الجنس	.21
183	توزيع العينة الدراسة حسب متغير السن	.22
184	توزيع العينة حسب متغير الحالة العائلية	.23
185	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغيرالأقدمية	.24
186	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الشهادة المتحصل عليها	.25
187	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المصلحة التي يعمل بها	.26
188	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغيرالدخل	.27
189	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغيرأوقات العمل	.28

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
-------	--------------

01	مقياس الضغوط المهنية في صورته الأولية
02	مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط في صورته الأولية
03	مقياس الإحتراق الأصلي
04	نموذج طلب التحكيم
05	مقياس الضغوط المهنية في صورته النهائية
06	مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط في صورته النهائية
07	مقياس الإحتراق النفسي في صورته النهائية
08	الصدق والثبات (الخصائص السيكومترية للمقاييس في الدراسة الحالية)
09	نتائج فرضيات الدراسة الحالية ب spss

مقدمة:

يعد العصر الحالي عصر التقدم والتطور التكنولوجي، حيث أن التغيرات السريعة والمنافسة الحادة والمستمرة في شتى الميادين أجهدت الإنسان في سعيه لتحقيق مطالبه المتعددة، ونظرا لأن المهن هي الوسيلة التي تحقق هذه الغايات والمطالب، فالإنسان يجد نفسه مضطرا للتعايش مع الأعباء الناجمة عنها هذه الأخيرة والتي تسبب الضغوط التي تختلف حداثها ومصادرها من مهنة إلى أخرى. حيث يواجه الفرد في حياته المهنية العديد من الضغوط التي تضم خبرات غير مرغوب فيها وأحداث قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر، وعوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات الحياة. وترتبط هذه الضغوط بأحداث الحيات اليومية فكلنا بلا استثناء نتعرض يوميا لمصادر متنوعة من الضغوط الخارجية بما فيها ضغوط العمل، وكذا مصادر داخلية مثل الآثار العضوية والنفسية والسلبية التي تنتج عن أخطائنا السلوكية.

ولاشك أن هذه الضغوط تؤدي الى الوقوع في العديد من المشكلات النفسية و الاجتماعية كالشعور بالاغتراب، والميل الى العدوانية، القلق، الاحتراق النفسي....، ومؤشرات سلوكية مثل التغيب المستمر. وتعتبر مهنة التمريض من المهن الضاغطة، حيث أنها ترتبط بكم معين من الأعمال فالممرض يتلقى أوامر من الطبيب أو رئيسه في العمل بإنجاز مهام معينة بغض النظر عن كم العمل أو الجهد المبذول فيه، خاصة تلك الأوقات التي يشعر فيها الممرض ببذل مجهود أكبر في مقابل وقت قليل يرتبط بحالات شفاء أو إنقاذ شخص يتعرض للحياة أو الموت؛ كما يحدث في أقسام الطوارئ وأقسام العناية المركزة، فالممرض يجد نفسه بين عدد كبير من المرضى.

إن مهنة التمريض من مهن الخدمة الاجتماعية التي يتحمل فيها الممرض أعباء ومسؤوليات جسيمة، خاصة في حالة حدوث خطأ بسيط قد يصدر عنه مما قد يؤدي إلى عواقب وخيمة، بالإضافة إلى المسؤوليات الأخلاقية تجاه المريض والطبيب وأسرة المريض، ومسؤولياته عن العهدة مثل العهدة المستديمة (كالأدوات الطبية والمهنية وغيرها)، والمستهلكة (كالأدوية والقطن، الخ)، إضافة إلى ما قد تسلبه تلك الأعمال الإدارية من وقت وجهده؛ لأن مهمة الممرض الأساسية وهي رعاية المريض. وكذلك مهنة التمريض من المهن التي تحتاج إلى الصبر والتفاني في العمل حيث أن العاملين في هذه المهنة يتعاملون مع مرضى قد غلبت عليهم مشاق وأوجاع، مما يجعلهم يشعرون أنهم في حاجة إلى مزيد من العناية والثقة وبث روح الشجاعة في مواجهة المرض، وقد أشارت لذلك الباحثة عبلة

مرجان في دراستها (1985) حيث اتضح أن المريض يتوقع من الممرض أداء دور معين يساعده في الشفاء، وكما أشارت إلى ذلك أيضاً الباحثة نادية عمر في دراستها (1993).

وقد يتعرض الممرض الذي يمتحن مهنة التمريض التي تعتبر من المهن الإنسانية بالدرجة الأولى هدفها تقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، إلى الإحساس بالشدة والكرب سواء جسمياً أو انفعالياً، مما يعرضه إلى ضغوط العمل المزمدة والمستمرة، فإن لم يستطع مواجهتها فقد يعاني من حالة إجهاد كبير قد يصله بما يعرف بالإحترق النفسي؛ حيث أن هذا الأخير يترك آثار وخيمة وخطيرة عليه، حيث أنه قد يتعرض إلى الإحباط، التشاؤم، الوقاحة، العدوانية، وإلى العديد من الإضطرابات (جسدية، نفسية، معرفية، سلوكية)؛ مما يؤثر على أدائه المهني حيث يمس فعاليته في الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، بحيث تظهر لديه عدائية إتجاه المرضى، ويتبنى أسلوب الوقاحة إتجاههم، كما قد يصل إلى عدم الإهتمام بهم وسوء معاملتهم.

وهذا ما دفعنا إلى الإهتمام بموضوع الإحترق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية وأساليب المواجهة عند الممرضين، وتستمد هذه الدراسة أهميتها مما اكتسبته من متغيرات البحث من أهميته بوصفها من المواضيع التي أقبل الباحثون علينا اقبالا كبيرا، بيد أننا لم نجد - حسب إطلاعنا- هذا الأقبال من طرف الباحثين الجزائريين؛ رغم أن القطاع الصحي في الجزائر في أمس الحاجة إلى كثير من الدراسات حول فئة الممرضين.

ومن أجل بلوغ الأهداف العلمية المسطرة لهذه الدراسة تم تقسيمها إلى قسمين القسم الأول: الجانب النظري الذي يحتوي على الفصول النظرية للدراسة، أما القسم الثاني: الجانب التطبيقي الذي يحتوي على الفصول التطبيقية.

وقبل التعرض للجانب النظري فقد تم التطرق إلى الفصل الأول الخاص بالإطار العام للإشكالية الذي يتضمن: إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهداف الدراسة وأهميتها، مفاهيم الدراسة و الدراسات السابقة. في حين يتضمن الجانب النظري أربع فصول: الفصل الثاني: فقد تم التناول فيه متغير "الإحترق النفسي" الذي تم فيه تحديد التعاريف التي قدمها الباحثين لهذا المفهوم وأبعاده، ثم تم التطرق لأهم الأطر النظرية والنماذج التي فسرت هذه الظاهرة، كما تم الإشارة إلى أهم المؤشرات الأولية التي ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الإحترق النفسي، و كان لا بد من التطرق إلى أعراض التي تظهر على الممرض ومن ثم أسبابه لنتناول في الأخير خلاصة الفصل.

أما الفصل الثالث: فقد تم تناول فيه متغير "الضغوط المهنية" تناولنا فيه مفهوم الضغط المهني ، وأهم النظريات والنماذج التي تناولت المفهوم بالتفسير العلمي، وكذلك أنواع ومراحل ومصادر الضغوط المهنية ، مع تقديمنا للأثار الناجمة عن هذه الضغوط ثم خلاصة الفصل.

في حين يتضمن الفصل الرابع: متغير "إستراتيجيات مواجهة الضغوط" الذي تم فيه التطرق فيه إلى حيث بدأنا بتمهيد ثم تطور مفهوم إستراتيجيات المواجهة، تصنيفات إستراتيجيات المواجهة ، أنواع إستراتيجيات المواجهة ، والعوامل التي تؤثر على إستراتيجيات المواجهة وأخيرا خلاصة الفصل.

أما الفصل الخامس: فقد خصص لـ "مهنة التمريض" والذي تم التطرق فيه إلى تعريف مهنة التمريض، تعريف الممرض، أهداف التمريض، هيئة التمريض في النظام الصحي الجزائري، طبيعة مهنة التمريض، أبعاد التمريض، متطلبات مهنة التمريض، الإلتزامات الأخلاقية لممارسي مهنة التمريض، مهام وأدوار الممرض، علاقات الممرض، وفي الأخير خلاصة الفصل.

أما الجانب التطبيقي فيتضمن فصلين:

الفصل السادس: الذي تم تناول فيه الإجراءات المنهجية الجانب التطبيقي، حيث تم التطرق فيه إلى: تمهيد ثم الدراسة الإستطلاعية مع عينتها والأدوات المستعملة فيها، ومراحلها ثم النتائج المتحصل عليها؛ كما تم التعرض إلى الدراسة الأساسية والتي فيها التطرق إلى: منهج الدراسة وحدودها، وكذلك المعاينة التي طريقة إختيار عينة الدراسة و ذكر خصائصها ، بعدها تطرقنا للوسائل المستعملة لجمع البيانات مع عرض بشيء من التفصيل للخصائص السيكومترية لهذه الأدوات ثم تناولنا الأساليب الإحصائية التي تم الإستعانة بها لمعالجة المعطيات التي تحصلنا عليها، وفي الأخير خلاصة الفصل.

الفصل السابع: فقد تم من خلاله عرض نتائج الدراسة المتوصل إليها ومناقشتها وتحليلها وتفسيرها مع ربطها بالدراسات السابقة لنختم بالإستنتاج العام وعرض بعض الإقتراحات .

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:
 - 1.5. الإحتراق النفسي
 - 2.5. الضغوط المهنية
 - 3.5. إستراتيجيات مواجهة الضغوط
 - 4.5. الممرض
6. الدراسات السابقة

1. إشكالية الدراسة:

يعد تطوير وتنمية القطاع الصحي من الأساسيات والمؤشرات المهمة في أي عملية تنمية إجتماعية أو إقتصادية، وستعمل عملية تنمية القطاع الصحي على تطوير كفاءة وإنتاجية هذا القطاع، التي تتضمن بناء المستشفيات وتجهيزها بالمعدات المناسبة بالإضافة إلى تطوير الإطار الطبي والتمريض. وتعدّ الخدمات الصحية إحدى الدعائم الأساسية للخدمات الإجتماعية التي تحرص الدول على تقديمها وتمويلها، بإعتبار أن تقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع تعني المحافظة على الثروة البشرية التي تعدّ الركيزة الأساسية للتنمية.

وتعتبر الخدمات التمريضية أحد أهم عناصر نجاح العملية الصحية، كما تعدّ مهنة التمريض عصب النشاط الصحي في المؤسسات الصحية لتأثيرها الواضح والملموس على الخدمات الصحية المقدمة؛ حيث يمثل الممرضين أكبر الفئات المهنية في المنظمات الصحية، وتعتبر مهنة التمريض من المهن الصعبة والشاقة، لما تتسم به هذه المهنة من خصائص وما يرتبط بها من واجبات تفرض على العاملين فيها أوضاعاً قد تكون مصدراً للضغوط النفسية؛ فهذه المهنة من المهن القديمة قدم البشرية، فقد عرفت مع وجود القبائل البدائية، فكانت الأم تقوم بها عن طريق ترميض أطفالها وأفراد عائلتها الذين يصابون بأمراض، وبقيت تتطور مع توالي الحضارات، والتطور الطبي الهائل الذي شهدته البشرية وبناء المستشفيات، حتى جاءت الحالة الملحة للإستعانة بالمرضى من أجل المساعدة في علاج المرضى، خاصة وأن الطبيب وحده لا يستطيع القيام بجميع الوظائف من كشف على المرضى ووصفه للأدوية وكذا ترميذه لهم (Khiali, 1994, p75).

فبالتالي كان على الممرض القيام بهذه المهمة أي التكفل بهم ومرافقتهم طيلة تواجدهم بالمستشفى، عن طريق الإستماع لهم، ملاحظتهم، محاورتهم، وإكتشاف بعض المشاكل التي قد تظهر عليهم بحكم تواجدهم الدائم والقريب منهم، كذلك عليه تطبيق التعليمات التي يدونها الطبيب على ورقة الملاحظات (www.idream.ongine.fr). فالممرض يلعب دور الوسيط بين المريض والطبيب، لكن ما نلاحظه اليوم أنه رغم ما توصلت إليه هذه المهنة من تطور تبقى تعاني الكثير من المشاكل التي تؤدي إلى عدم رضاهم و كذلك تؤثر سلبا على السير الحسن لها، والتي تختلف نوعيتها من بلد لآخر ولكن في العموم يشككي هؤلاء من الحط من قيمتهم، الهيمنة الطبية، ظروف العمل المتدنية وضيق الوقت... (Abalain, 1983, pp23-48).

وقد بينت الدراسات أن العاملين في المهن الإنسانية ومنها مهنة التمريض يتعرضون لحالة من التوتر والضغوط النفسية التي يمرون بها خلال ممارستهم الوظيفية، حيث تلعب العلاقات الرسمية وغير الرسمية مع زملاء العمل، وقضايا النمو المهني والنفسي، والظروف الفيزيائية والممارسات الإدارية، وضغط العمل وعبء وغموض الدور دورا رئيسيا في وجود ظاهرة التوتر (محمد يوسف عبد الفتاح، 1999، ص4).

وقد يتعرض الممرضين في مهنتهم لضغوط متعددة و متنوعة، فالصحة النفسية للممرض لها دور هام في المساهمة في علاج المريض، إذ أن الممرض المتوتر والقلق والعصبي لا يستطيع أن يتقبل أو يتفهم إحتياجات المريض بدرجة كافية وسوف تنشأ علاقة مضطربة بين الممرض والمريض (سعد الأمانة، 2001، ص 5).

ومما لا شك فيه أن لضغوط العمل إنعكاساتها الصحية والنفسية والذهنية والإجتماعية على الممرض، كون هذه الضغوط تتعارض مع التناغم الطبيعي لجسم الإنسان وقدراته الطبيعية، فقد يؤدي لتعب وإرهاق جسمي وعصبي، يمنع الممرض من القيام بواجباته المهنية على أكمل وجه (يحي عبد الجواد درويش جودة، 2003، ص6).

و قد أيدت بعض الدراسات العربية هذه النتائج فقد أشارت إلى أن الممرضين يشعرون بدرجة عالية من القلق والإكتئاب مقارنة بغيرهم من العاملين بمهن أخرى.

و قد تكون الضغوط التي يتعرض لها الممرضين ناجمة عن التفاعل بين عوامل عديدة بيئية وشخصية يمر بها الممرض أثناء الوظيفة كزيادة عدد ساعات العمل الليلي والنهاري، وما يتطلبه ذلك من السهر لساعات طويلة، ووضع الممرض تحت الطلب والخدمة في أي وقت كان بحكم المستجدات الطارئة، إضافة إلى الضغط الذي يولده أقارب المريض أو مرافقوه والذين يكونون في قلق شديد عليه وفضولهم للتعرف على طبيعة مرضه، ومدى خطورته، ومدى إمكانية النجاة من الموت، أو الشفاء (محمد بخيص وكاظم معتوق، 1991).

فقد أثبتت الدراسات أن الممرضين من أكثر المهنيين المعرضين للضغوط النفسية و ذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة، وشعورهم بالمسؤولية نحو المرضى وأعباء العمل الزائدة، تعرض الممرضين إلى العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة عن شعورهم بالضغوط النفسية في العمل (Marrina ,1984,pp292-303)

وقد أشارت دراسة Um (أم) و Harrison (هاريسون) (1998) أن ضغوط الممارسة المهنية في الخدمة الإجتماعية تنشأ عن العلاقة المهنية وأعباء وعلاقة العمل، وخصائص مؤسسات الخدمات (نقلا عن: عبد المحسن فهد السيف، 2000).

كما إنتهت نتائج دراسة موساوي (2001) إلى أن الممرضين يعانون من ضغط مهني. وأجريت دراسة مهنية متخصصة (1999) على عاملين في القطاع الصحي والصناعي باليابان ، حيث بينت أن النسبة إرتفعت من (33%) سنة 1986 إلى (44%) سنة 1997 وهو ما يشير إلى تنامي مستويات وأشكال الضغوط بإستمرار (Kawakami & Haratoni , 1999 , p15).

كما أكدت دراسة Nioch (نيوش) (2007) التي قام بها على قطاع الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية على أن ظاهرة الضغوط تنتمي في القطاع الصحي خاصة في مهنة التمريض، رغم كل التدابير الإحترازية المتخذة للحد من الظاهرة، كما أكدت الدراسة على تكلفة الظاهرة وأثرها السلبي على الخدمة المقدمة (Nioch,2007,p32).

ويشير Jungwee park (جانقوي بارك) (2007) أن ضغط العمل يمثل نتيجة حتمية لمجموعة من العوامل الذاتية والبيئية المتفاعلة بطريقة تؤثر على العاملين أو المهنيين في مجال الرعاية الإجتماعية بأشكال متفاوتة وفقا لطبيعة المهنة أو نوع العمل الممارس أو التوصيف الوظيفي ومتطلباته (Park,2007,p5).

ويؤدي الشعور بضغط العمل اليومي لمجموعة من ردود الأفعال تتمثل في إستجابات سلبية تنتج عن الشعور بالضغط والتي يمكن رصدها من خلال مجموعة من الإشارات أهمها : ما يظهر على السلوكيات التنظيمية للمهنة ومنها: إنخفاض الروح المعنوية تزايد معدلات الغياب ، تزايد الشكاوي والمشاحنات، عدم القدرة على إنجاز المهام؛ كما يظهر كمشكلة نفسية: الإعتماد على العقاقير والمخدرات، الميل نحو العنف؛ كما تظهر الأعراض الجسمية مثل: إضطرابات ضغط الدم، القولون وآلام المعدة، النوبات العصبية والأمراض القلبية (Osach,2006,p3). فالممرضون معرضون للضغوط أكثر من غيرهم، حيث إختار هؤلاء مهنتهم ولديهم رغبة القوية لمساعدة الآخرين، ولكنهم سرعان ما يدركون حجم المشاكل، فيعملون بأقصى جهدهم ليجدوا أن المشاكل تستمر عندها يصيبهم الإنهاك ويشعرون بالإحترق لشعورهم بأنهم عديمو الفائدة (ندى يحي، 1998، ص32).

وقد يعاني الممرض من بعض المشكلات المرتبطة بمهنة التمريض: كازدياد حجم العمل، وعدم القدرة على ضبط سلوكيات المرضى، وفقدان التحكم والسيطرة في مجريات الأمور المهنية، إضافة إلى إنخفاض

العائد المادي لمهنة التمريض، والنظرة الإجتماعية المتدنية للممرض، وغيرها من أسباب مما أدى ببعض الباحثين إلى الربط بين مهنة التمريض والضغط المهنية، والتي غالبا ما يصاحبها في حالة إستمرارها ظهور بعض التأثيرات على الممرض، وهي التأثيرات السلبية في إتجاهاته وعلاقاته داخل وخارج المستشفى، ونقص قدرته على العمل والأداء، حيث يشعر باستنفاد الجهد والتعب والإجهاد النفسي البدني والذي يؤدي بدوره إلى الإحترق النفسي؛ مما قد يؤدي إلى أن يقع الممرض في صراع بين خيارين لا إرادة له فيهما إما أن يصبح منهكا في عمله لا يقوى على مواصلة العطاء أو أن يترك المهنة، إما جسديا بالإنصراف إلى مهنة أخرى، أو نفسيا بأن يبدي نوعا من اللامبالاة، وعدم الإهتمام وإهمال متطلبات مهنة التمريض (نشوة كريم، 2007، ص15).

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن الإحترق النفسي هو النتيجة الحتمية لضغوط العمل المستمرة ومتطلبات المهنة التي تفوق موارد وطاقات العامل، والتي منها: دراسة Mesters (ميسترز) و Peters (بيتزر) (2007)، التي بينت بأن الإحترق النفسي يظهر بطريقة متسلسلة، ففي بداية الأمر يؤثر سلبا على حياته المهنية فقط، لكن مع مرور الوقت يؤثر على كل جوانب حياته، ليصبح غير قادر على المقاومة فتصيبه حالة من الإحباط والإنهيار.

وفي نفس السياق أشارت دراسة كل من Kubler-Ross (كيبيلر-روس) و Worden (وردان) (1977) التي شملت (5000) معالج أمريكي إلى أن (92%) منهم يعانون من الإحترق النفسي (In: Bacqué, 1997).

أما دراسة Chaix (شيكس) (1992) فقد بينت أن (95%) من الممرضين الذين يعملون في المركز الصحي (Esquirol) بفرنسا يعانون من الإحترق النفسي بنسبة (15%) إلى (21%) (حلي مصطفى، 2016، ص8).

وتعتبر ظاهرة الإحترق النفسي والضغط المهنية ظاهرة إنسانية ينتج عنها خبرة حادة ومؤلمة بحيث يظهر تأثيرها بشكل كبير على السلوك كما يظهر تأثيرها على فعالية التكيف (أحمد عبد الحليم عربيات، 1994). لأن الضغط يحدث كنتيجة للتقييمات المعرفية التي تصدرها عن المطالب الداخلية والخارجية المتزايدة والتي نهتم بها أو نتراكم علينا، وبشكل عام ينشأ الضغط أو الإحترق النفسي عن الطريقة التي نفكر بها عن أنفسنا وظروفنا وأحوالنا، وعن المعنى الذي نعطيه للمطالب التي تتراكم علينا (معروف الشايب، 1994)

وتتباين الطرق التي يعتمدها الأفراد في مواجهتهم لهذه الضغوط والأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها، ويستخدم مفهوم إستراتيجيات المواجهة (Coping Strategies) للإشارة إلى الطرق التي يستخدمها الأفراد للتكيف مع الضغوط والأحداث الضاغطة التي يواجهونها (مها محمد سعيد درويش، 1993) ويؤيد ذلك ما ذكره Lazarus (لازاروس) في هذا المجال حيث يقول: "ليس الأفراد مجرد ضحايا التوتر، ولكن الكيفية التي يقدرّون بواسطتها الحوادث المؤثرة، والكيفية التي يقومون بها مصادر قدراتهم على التعامل مع تلك الحوادث هم اللتان تقدران نوعية العنصر المؤثر ونوعية التوتر. (نقلا عن: عبد الله الضريبي، 2010، ص673).

ويلاحظ في التراث السيكولوجي في مجال مواجهة الضغوط تنوع وتعدد في إستراتيجيات المواجهة المستعملة وهذا حسب العلماء، ولكن يوجد نوعين أساسيين متفق عليهما من الباحثين Lazarus (لازاروس) و Folkman (فولكمان) (1984) المواجهة المركزة حول الإنفعال والتي هي مجموعة من النشاطات المعرفية الموجهة لتخفيف التوتر الإنفعالي، والمواجهة المركزة حول المشكل التي تعمل على مساعدة الفرد على إيجاد الحلول البديلة وتغيير وإبعاد مصدر الضغط، حيث أكدت العديد من الدراسات منها: دراسة كل من (Compans & Terry) (1991) (Billing & Moss) (1991) (Lazarus & Cohen) (1998) (Makrane) على أن الأشخاص ذوي الحل الفعال للمشكلات هم الذين يستعملون المواجهة المركزة حول المشكل في المقابل الأشخاص الذين يستعملون المواجهة المركزة حول الإنفعال يتميزون أكثر بالإضطرابات النفسية والسلوكية، حيث تكون مواجهتهم للمواقف الضاغطة التي يتعرضون لها غير فعالة في الغالب خاصة عند إستعمال إستراتيجية التجنب أو الهروب من المشكلات (صندلي ريمة، 2012، ص7).

ويرى بعض الباحثين مثل: نجاه زكي ومديحة عثمان (1998)، و Angle (أنجل) وآخرين (2003) أنه ثمة علاقة بين الإحترق النفسي وأساليب مواجهة الضغوط التي يستخدمها الفرد، في مواجهة المشكلات والمواقف الضاغطة، والتغلب عليها يقي من آثار الضغوط والإحترق النفسي ويساعد على زيادة الأداء (نقلا عن: نشوة كرم، 2007، ص17).

وإستطاعت الباحثة من خلال الدراسة الإستطلاعية أن تلاحظ أن الكثير من الممرضين (أفراد الدراسة الإستطلاعية) يظهر عليهم أثر المعاناة في الضغوط المهنية المستمرة، وبعض أعراض الإحترق النفسي مثل: التعب وكثرة الغياب والملل والسلبية، والرغبة في ترك المهنة، وعدم المسؤولية، مما ينعكس تأثيراته على المرضى والزملاء والعملية التمريضية ككل.

وكذلك إستتجت الباحثة أن ظروف العمل النفسية والإجتماعية والمهنية التي يعمل فيها الممرضين (أفراد الدراسة الإستطلاعية)، قد تؤدي بهم إلى المعاناة من الضغوط المهنية والإحتراق النفسي، وبالتالي لن تحقق المستشفيات الجزائرية أهدافها المسطرة للمجتمع من مخرجات متكاملة تغطي حاجته من الموارد البشرية كما وكيفا.

لهذا أثار موضوع الإحتراق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية وإستراتيجيات المواجهة عند الممرضين إهتمام الباحثة، ودفعها للبحث فيه من خلال طرح التساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة بين الإحتراق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى؟

2. هل توجد علاقة بين الإحتراق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى؟

3. هل توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الإحتراق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل؟

4. هل توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل؟

5. هل توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل؟

6. هل توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)؟

7. هل توجد فروق بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالحي مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية الأولى:

" توجد علاقة بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع زملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالحي مستشفى عين الدفلى".

2.2. الفرضية الثانية:

" توجد علاقة بين الإحترق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالحي مستشفى ولاية عين الدفلى".

3.2. الفرضية الثالثة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالحي مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل".

وتتفرع الفرضية الثالثة إلى الفرضيات الجزئية التالية:

1.3.2. الفرضية الجزئية الأولى:

"توجد فروق بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالحي مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)".

2.3.2. الفرضية الجزئية الثانية:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحتراق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي- تبلد المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير الأقدمية) أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) ".

3.3.2. الفرضية الجزئية الثالثة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحتراق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي- تبلد المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) ".

4.3.2. الفرضية الجزئية الرابعة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الإحتراق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي- تبلد المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم) ".

4.2. الفرضية الرابعة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل".

وتتفرع الفرضية الرابعة إلى الفرضيات الجزئية التالية

1.4.2. الفرضية الجزئية الأولى:

"توجد فروق بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية) ".

2.4.2. الفرضية الجزئية الثانية:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) ".

3.4.2. الفرضية الجزئية الثالثة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) ".

4.4.2. الفرضية الجزئية الرابعة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم) ".

5.2. الفرضية الخامسة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل".

وتتفرع الفرضية الخامسة إلى الفرضيات الجزئية التالية:

1.5.2. الفرضية الجزئية الأولى:

"توجد فروق بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية) ".

2.5.2. الفرضية الجزئية الثانية:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى لمتغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) ".

3.5.2. الفرضية الجزئية الثالثة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى لمتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) ".

4.5.2. الفرضية الجزئية الرابعة:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى لمتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم) ".

6.2. الفرضية السادسة:

"توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)".

7.2. الفرضية السابعة:

"توجد فروق بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية)".

3. أهمية الدراسة:

- تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تعالج أحد الموضوعات الهامة التي شغلت بال العلماء والباحثين في مجال علم النفس، وهو موضوع الضغوط المهنية والإحترق النفسي الذي يعده المختصون واحدة من مشكلات العصر الحديث، لما تتركه من آثار ونتائج خطيرة على الفرد والمجتمع.
- فبالرغم من أن الإهتمام قد إزداد في السنوات الأخيرة بالضغوط المهنية، وقد أجريت العديد من الدراسات النظرية والتجريبية للفهم العميق لهذه الظاهرة وكيفية التعامل معها إلا أن الغموض ما زال يكتنفها وهي ما تزال في حاجة إلى المزيد من البحث والدراسة.
- تكتسب هذه الدراسة أهميتها من العينة التي تناولتها الدراسة، ألا وهي العاملين في مهنة التمريض الذين يساهمون في تقديم الخدمات الإنسانية للمريض، ولقيام الممرض بهذا الدور على الوجه الصحيح لا بد من ان يتمتع بمستوى عال من الصحة والسلامة النفسية.
- التعرف على المشكلات التي تواجه ممارسي مهنة التمريض من وجهة نظر العاملين بها، حيث أن إتخاذ أي إجراء في ظل تجاهل آراء الممرضين أنفسهم قد يكون له آثار سلبية، إذ أن الممرض شريحة حساسة من المجتمع ذات علاقة بصحة وسلامة المواطنين.
- تسعى هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على طبيعة العلاقة بين ظاهرة الإحترق النفسي والضغوط المهنية لدى الممرضين في المستشفيات، من خلال التعرف على الضغوط التي يتعرض لها الممرضين

- العاملين فيها وكذا التعرف على الطرق والأساليب التي يعتمدونها من أجل التقليل من حدة هذه الضغوط ، حيث بناء على النتائج المتوقعة يمكن التخطيط لبناء إستراتيجيات وتقنيات سليمة تتمثل في التخفيف من جملة الصعوبات التي يعاني منها الممرضين.
- إن التخفيض من الإحترق النفسي ضرورة من ضرورات توفير الصحة النفسية للأفراد بصفة عامة، الممرضين بصفة خاصة، ذلك لأهمية الدور الذي يلعبه الممرض في المجتمع.
- تكمن أهمية هذه الدراسة في معرفة العلاقة التي تربط بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وإستراتيجيات المواجهة ، حيث بناء على النتائج المتوقعة يمكن التخطيط لبناء إستراتيجيات وتقنيات سليمة، تتمثل في التخفيف من جملة الصعوبات التي يعاني منها الممرض.
- التعرف على مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين في المستشفيات الجزائرية ، فبيئة التمريض بها مصادر كثيرة مولدة للضغط ، حيث أنها بيئة عمل تتطلب مستوى عال من المهارة والعمل كفريق في مختلف المواقف، وتوفير الرعاية على مدار اليوم ،مما يؤدي إلى كثرة التعرض للإرهاق النفسي والعاطفي في أداء المهنة ومتابعة المرضى، ولتخفيف من حالات الضغط الشديد والمتواصل لا بد من معرفة ظروف ومشكلات بيئة العمل التي تنتج مثل هذه الضغوط.
- تحفيز الباحثين والدارسين للقيام بدراسات أخرى تتعلق بمتغيرات الدراسة الحالية بما يحقق الثراء العلمي للجوانب المعرفية المرتبطة بها.

4. أهداف الدراسة:

- التعرف على مستويات الإحترق النفسي عند الممرضين بأبعاده الثلاث.
- الكشف عن العلاقة بين الضغوط المهنية والإحترق النفسي لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى.
- الكشف عن العلاقة بين الإحترق النفسي وإستراتيجيات المواجهة عند الممرضين .
- الكشف عن مختلف الإستراتيجيات المستعملة من طرف الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات عين الدفلى.
- بناء مقياس للضغوط المهنية حيث تعتبر الخطوة خطوة جادة ومبنية على أسس علمية لبناء مقياس للكشف عن الضغوط المهنية التي يتعرض لها الممرضين.
- بناء مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغوط يتماشى مع طبيعة المجتمع الجزائري.

- الكشف عن أوجه الفروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى.
- الكشف عن أوجه الفروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح ولاية عين الدفلى في تعرضهم لمختلف أبعاد الضغط المهني تعزى للجنس والأقدمية، الأجر ، وأوقات العمل.
- إضافة علمية إلى التراث العلمي مع الأخذ بعين الاعتبار الطابع الإجتماعي الجزائري لمشكلة الضغوط.

5. التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

تفرض ضرورة البحث تحديد تعاريف إجرائية لمصطلحات الدراسة ذلك للوصول إلى التوافق في فهم مدلولها بين الباحث والقارئ، لذلك قامت الباحثة بعرض تعاريف إجرائية لأهم مصطلحات هذه الدراسة وهي كما يلي:

1.5. التحديد الإجرائي لمفهوم الإحترق النفسي:

هو مرحلة الإستنزاف الإنفعالي أو العاطفي التي يصل إليها الممرض نتيجة أعباء العمل المعبر عنها من خلال الأبعاد المتمثلة في: الإنهاك الإنفعالي، نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، تبدل المشاعر، والمدرجة في الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية، وهو مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الممرض على مقياس الإحترق النفسي (MBI) للباحثتين Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (1981)

2.5. التحديد الإجرائي لمفهوم الضغوط المهنية:

هو مجموعة من الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الممرض في مكان عمله (المستشفى) ويدركها على أنها ضاغطة، والتي يعبر عنها بالدرجة المرتفعة التي يحصل عليها من خلال الإستجابة للإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين بأبعادها (الأعراض العضوية، طبيعة العمل، ظروف العمل، العلاقة مع الممرضين، العلاقة مع الأطباء، العلاقة مع المرضى، العلاقة مع الزوار، المستلزمات الطبية، العلاقة مع الإدارة والمسؤولين، الراتب والترقية).

3.5. التحديد الإجرائي لمفهوم إستراتيجيات المواجهة:

إستراتيجيات المواجهة هي جملة من المجهودات التي يبذلها الممرض في مواجهته للمواقف والأحداث الضاغطة، وهي مجموعة من الأنشطة والخطط التي يسعى الممرض من خلالها التعامل مع الوضعيات الضاغطة والمهددة له، وهذه الإستراتيجيات تختلف باختلاف تصوره لهذه الوضعيات الضاغطة وطريقة التعامل معها.

وفي هذه الدراسة هي الدرجة التي يحصل عليها الممرض من خلال إستجابته لعبارات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية، والمستخدم في هذه الدراسة المصمم من طرف الباحثة.

4.5. التحديد الإجرائي لمفهوم الممرض:

الممرض هو كل شخص تحصل على شهادة في تمريض من مدارس التكوين الشبه الطبي، ويمارس مهامه في إحدى المؤسسات الإستشفائية.

6. الدراسات السابقة:

بعد الإطلاع على العديد من البحوث والدراسات ذات علاقة بموضوع الدراسة الحالية والتي أجريت في بيئات أجنبية وأخرى عربية وجزائرية، فقد تم إختيار أهم الدراسات التي لها علاقة بمتغيرات الدراسة الحالية ومن بين هذه الدراسات نجد:

1.6. الدراسات الخاصة بمتغير الإحترق النفسي:

1.1.6. الدراسات الأجنبية:

▪ دراسة Cathébas (كاثيباس) وآخرون (2003): (نقلا عن: حلي مصطفى، 2015، ص22) شملت هذه الدراسة على (306) طبيب عام حر في محافظة (La Loire) بفرنسا منهم (208) طبيب و(98) طبيبة، ومن أهدافها تقييم درجة الإحترق النفسي لدى الأطباء ونتائجه كما يدركونها، أما أداة الدراسة كانت مقياس (ماسلاش) في صيغته المترجمة إلى اللغة الفرنسية، ولقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها :

- يعاني (5%) من الأطباء من الإحترق الوظيفي بأبعاده الثلاثة، بينما لا يعاني (16%) من الإحترق الوظيفي.
- يعاني (26%) من الأطباء من إجهاد إنفعالي مرتفع، ويعاني (34%) منهم من إجهاد إنفعالي متوسط، بينما لا يعاني (40%) من الأطباء من الإجهاد الإنفعالي.
- يعاني (34%) من الأطباء من مستوى عالي في تبدل الشخصية، ويعاني (30%) منهم من مستوى متوسط من تبدل الشخصية، و لا يعاني (36%) من التبدل.
- يعاني (56%) من الأطباء من مستوى عالي من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، ويعاني (25%) من الأطباء من مستوى متوسط من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، ويعاني (19%) من مستوى ضعيف من الإحترق الوظيفي ببعده نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

- يفكر أكثر من طبيب على إثنين أي بنسبة (58%) في تغيير المهنة ويعترف (5,5%) بتناول الكحول بإفراط، ويعترف (30,4%) من الأطباء بتناول مهدئات، ويدخن (14%) منهم بانتظام، بينما فكر (13%) من الأطباء في الإنتحار.
- إرتبط بعد الإجهاد الإنفعالي إحصائيا بعدة متغيرات: الجنس، عبء العمل، الرغبة في التغيير، الأفكار الإنتحارية، تناول الكحول، المهدئات أو الأقرص المهلوسة.

▪ دراسة كل من Behar , Braudo, Fry Guetarni (2007):

تمحورت هذه الدراسة حول الصحة ورضا الأطباء في العمل (SEMSAT) وشملت على (179) طبيب الأمراض العقلية، (1924) طبيب من الإختصاصات الأخرى، يعملون في المستشفيات العامة بفرنسا، وهدفت هذه الدراسة إلى تحليل نوعية العمل على الرضا وصحة الأطباء، والتعرف على ظهور الإحتراق الوظيفي لدى أطباء الأمراض العقلية مقارنة بالأطباء من التخصصات الأخرى، أما الأداة المستعملة فكان مقياس (Copenhaguen) للإحتراق النفسي (CBI) المكيف لجميع المهن، والذي يضم نسخة خاصة لأعراض الإحتراق الوظيفي المرتبطة بالمرضى، وقدرت نسبة الإجابة بـ (66%) أي (4799) طبيب أجابوا على المقياس من جميع التخصصات.

لقد أظهرت نتائج الدراسة أن (43%) من أطباء الأمراض العقلية يعانون من الإحتراق الوظيفي ، و(30%, 9) يعانون من أعراض الإحتراق الوظيفي المرتبة بالمرضى، و(42.4%) من الأطباء من جميع التخصصات يعانون من الإحتراق الوظيفي ، و(23.1%) منهم يعانون من أعراض الإحتراق الوظيفي المرتبطة بالمرضى.

كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من العوامل التي تساعد في ظهور الإحتراق النفسي لدى أطباء الأمراض العقلية وهي كالتالي: صراع عمل-عائلة، نوعية العمل بالفرق (رديئة أو متوسطة) ، غياب فترات الراحة، بينما لدى أطباء التخصصات الأخرى فإن عوامل الإحتراق النفسي لديهم تكمن في : التوتر الوقتي العالي، السن (الشباب الجدد)، الجنس، الخوف من الأخطاء الطبية، رداءة العمل بالفرق، العلاقة المتوترة مع الإدارة، عدم الرضا المهني والأجر.

▪ دراسة Dusmesnil (دسيموسنل) وآخرون (2009):

شملت (511) طبيب عمومي في محافظة (Alpes cote d' azur) بفرنسا وكان هدفها تقييم الإحتراق النفسي لدى العينة، أما أداة القياس المستعملة فكانت مقياس (Maslach) للإحتراق النفسي، إضافة إلى سلم (Karazeck) لتقييم عبء العمل الذهني وإستبيان تقييم الضغط المهني الخاص بالأطباء،

وقد تم جمع البيانات عن طريق الهاتف، وذلك بإستعمال تقنية (Cumputer Assisted Interview) من طرف محققين محترفين، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن (23%) من الأطباء يعانون من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي ببعده الإجهاد الإنفعالي، ومن الأطباء يعانون من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي ببعده تبدل الشخصية، أما نسبة (1%) من الأطباء يعانون من مستوى منخفض من الإحتراق النفسي ببعده نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، بينما (25%) منهم لا يعانون من الإحتراق النفسي، وهذا المستوى المنخفض مرتبط إيجابا بالأطباء المتزوجين، بينما يرتبط سلبا مع عوامل مثل: الحرية في إتخاذ القرارات، الرضا في العلاقات مع الزملاء، الشعور بالفعالية، ظروف العمل، المهام المتناقضة والخوف من الأخطاء الطبية. كما أكدت هذه الدراسة على معاناة الأطباء من جنس ذكر الذين رفعت في حقهم دعاوي قضائية من مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي ببعده تبدل الشخصية، وفي المقابل فإن الشعور بالفعالية في العناية بالمرضى مرتبط سلبا ببعده تبدل الشخصية، بينما بعد الإجهاد الإنفعالي فارتبط إيجابيا بمدى العمل الأسبوعية، عبء العمل الذهني المرتفع والصراع عمل- عائلة، وعلى العكس فإن بعد الإجهاد الإنفعالي يرتبط سلبا بالرضا الوظيفي وبالشعور بالفعالية في العناية بالمرضى.

2.1.6. الدراسات العربية:

▪ دراسة شتوحي جلولي نسيمة (2003):

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الإنهاك المهني لدى الممرضين وإستراتيجيات المقاومة المستخدمة لديهم، توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج منها:

- يعاني الممرضون من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإجهاد الإنفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد فقدان الشعور التعاطفي وبعد نقص الشعور بالإنجاز.
- يميل الممرضون إلى إستخدام إستراتيجية التجنب كأول إستراتيجية للتقليل من شدة الإحتراق النفسي.
- هناك فروق بين ممرضي المصلحة الطبية والعناية المركزة والإجهاد الإنفعالي وتبدل المشاعر.
- وجود فروق بين ممرضو المصلحة الطبية والعناية المركزة في إستخدام إستراتيجيات المقاومة.
- لا يوجد فروق بين الإناث والذكور في مستوى الإحتراق النفسي.
- لا يوجد فروق بين الإناث والذكور في إستراتيجيات المقاومة.
- لا يوجد فروق في شدة الإحتراق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل.
- توجد فروق في إستخدام إستراتيجيات المقاومة حسب الأقدمية.

▪ دراسة ميهوبي فوزي (2013):

هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والإحترق النفسي، ولتحقيق هذه الأهداف صمم مقياس للمناخ التنظيمي، وطبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من (271) ممرض (138) ذكور و(133) إناث، وتمت الدراسة بـ 11 مؤسسة صحية على مستوى الجزائر العاصمة، كما طبقت مقياس الإحترق النفسي (ماسلاش) (MBI)، وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية، وأسفرت النتائج على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي وعلى ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والإحترق النفسي.

2.6. الدراسات الخاصة بمتغير الضغوط المهنية:

1.2.6. الدراسات الأجنبية:

دراسة Ullirich (يوليرتيش) و Fitzgerald (فيتزجيرالد) (1990):

هدفت إلى التعرف على مسببات الضغوط لدى الأطباء والممرضين في جناح الأمراض السرطانية، تكونت العينة من (57) طبيبا و (91) ممرضا وممرضة، وأظهرت النتائج أن الضغوط لدى أفراد العينة مرتبطة إلى حد ما بنقص الثقة بالنفس عند مواجهة حالات مستعصية يصعب معها تغيير مسار المرض. كما أن ظروف العمل وإنخفاض مستوى الرضا الوظيفي، وصعوبة التعامل مع المرضى من أكثر المصادر التي تسبب الضغط النفسي لدى أفراد العينة.

▪ دراسة Tayler (تايلر) و Ellison (إيليسون) (1996):

هدفت إلى التعرف على أثر الفروق الفردية في إدراك ضغط العمل والتعرف على الرضا الوظيفي في وحدات العناية المركزة، وتكونت العينة من (60) ممرضا وممرضة يعملون في وحدات طبية أمريكية. وتم استخدام إختبار ضغط العمل المهني. وقد أشارت النتائج إلى أن مصادر الضغط تتمثل في نقص الخبرة التدريبية وكثرة الخلاف مع الأطباء، والخلافات مع الزملاء، وعبء العمل، ونقص التشجيع الاجتماعي.

▪ دراسة McCoy (ماكوي) ((1998):

هدفت إلى وصف ظروف التكيف والضغوط النفسية لدى الممرضين داخل أقسام الطوارئ في مستشفيات إحدى المدن الأمريكية، وتكونت العينة من (52) ممرضا وممرضة، وزعت عليهم إستبانة تطلب منهم ترتيب ضغوط العمل لديهم و أشارت النتائج إلى وجود بعض درجات إدراك

الضغوط النفسية لدى العينة ككل، كما أوضحت أيضا أن تعليمات المسؤولين عنهم، و مطالب المرضى الكثيرة، فضلا عن المتطلبات الإدارية في المستشفى من المصادر الأساسية للضغوط النفسية لديهم.

▪ دراسة Chapman (تشابمان) (1999):

هدفت إلى إختبار العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل ومستويات ضغط العمل، وتكونت العينة من (500) ممرض ممرضة أخذت من مستشفيات ولاية (أيووا) الأمريكية، وإستخدم الباحث إستبانة معدة لهذا الغرض، وقد أشارت النتائج إلى أن الممرضين والممرضات يدركون أن إنخفاض مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بزيادة في مستوى الضغط لديهم، كما بينت الدراسة أن الذين أمضوا في العمل سنتين أو أقل كانوا أعلى في مستويات ضغط العمل من زملائهم الآخرين.

▪ دراسة Hampongkittikul (هامبونجكيتيكول) (1999):

هدفت إلى التعرف على مصادر الضغط المهنية لدى الممرضات في مستشفيات ماي الصينية، وتكونت العينة من (272) ممرضا وممرضة تم إختيارهم من أقسام مختلفة، وقد تم تطبيق إستبانة أعدت من قبل الباحثة، والتي تضمنت عدة مصادر من ضغوط العمل (الحمل الزائد، ضغط الوقت، العوامل التنظيمية، العلاقات الشخصية، وشروط العمل)، وأظهرت الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية كان متوسطا لديهم في كل مصادر الضغوط المهنية، وأن ضعف العلاقات الشخصية سبب مستوى منخفضا من الضغط النفسي لديهم.

▪ دراسة الرابطة الوطنية للصحة والسلامة المهنية بالولايات المتحدة الأمريكية (NIOSH) (1999):

هي دراسة مهنية متخصصة، إستهدفت رصد أشكال و مستويات ضغوط العمل لدى العاملين في بعض المؤسسات الصحية الأمريكية، وتنتمي الدراسة إلى النمط الوصفي من الدراسات و طبقت على عينة قوامها (1000) مفردة من العاملين في وظائف متعددة (أطباء وهيئة التمريض، فنيين و مهنيين في المستشفيات الحكومية والخاصة والتأمين الصحي). وكشفت نتائج الدراسة أن (40%) من مفردات عينة الدراسة يعتبرون أعمالهم ضاغطة جدا، كما أظهرت نتائج الدراسة من رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري، الذي مفاده وجود فروق معنوية في مستويات وأشكال ضغط العمل و كانت الفروق لصالح هيئة التمريض بالمقارنة مع الأطباء والفنيين.

كما أظهرت النتائج قبول الفرض الصفري الذي مفاده وجود فروق معنوية في مستويات وأشكال الضغط وفقا لمتغير نوع المستشفى وكانت الفروق لصالح العاملين في المستشفيات الخاصة بالمقارنة بالمستشفيات العامة والتأمين الصحي.

▪ **دراسة Kellow (كيلو) (2001):**

هدفت إلى الكشف عن أنماط الضغوط ومصادرها طرائق التكيف معها لدى ممرضين وممرضات قسم الطوارئ بمستشفيات (Winnipeg) الكندية، حيث أشارت النتائج إلى وجود ضغوط واضحة لها علاقة بالتعامل مع المرضى، وأخرى لها علاقة بنظام العمل القائم في قسم الطوارئ وثالثة تتصل بالعلاقات الشخصية مع زملائهم في العمل مع بعضهم البعض.

▪ **دراسة Williams (ويليامز) (2003):**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين متغيرات أساسية ثلاثة هي ضغط العمل كمتغير مستقل الرغبة في ترك العمل كمتغير تابع ودرجات الرضا الوظيفي للممرضات كمتغير وسيط. طبقت الدراسة على عينة قوامها (30) ممرضة في إحدى المراكز الصحية غرب (فرجينيا)، على ضوء المعايير التالية: العمل كل الوقت بالمركز ويشمل (32) ساعة في الأسبوع على أن تكون من العاملات فترة تتجاوز ستة أشهر بالمركز.

وتوصلت الدراسة إلى رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري الذي مفاده توجد علاقة عند مستوى معنوية أقل من (0.05) بين ضغط العمل والرضا عن العمل، كما أن هناك علاقة بين الشعور بضغط العمل و الرغبة في ترك العمل بالمركز.

▪ **دراسة Spooner (سبونر) و Patton (باتون) (2007): (In : Rebeca Spooner, 2007)**

تهدف الدراسة إلى التعرف على المحددات الأساسية لضغط العمل مع التعرف على تأثير الدعم الوظيفي على ضغط العمل لدى هيئة التمريض، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (273) مفردة، منهم (235) مفردة من الممرضات إناث، وعدد (38) مفردة من الذكور، وطبقت الدراسة في جنوب شرق (كوينلاندا) بأستراليا.

ولقد توصلت الدراسة إلى أن هناك فروق في التأثير بضغط العمل وفقا لمتغير المرحلة العمرية وكان الفرق لصالح المرحلة العمرية الأصغر. كما تبين وجود فروق وفقا لمتغير ساعات العمل وكانت الفروق لصالح فترات العمل الأكبر. كما تبين أن هناك علاقة بين الدعم الوظيفي والتحقيق من حدة ضغط العمل لدى هيئة التمريض.

▪ دراسة Mojoyinola (موجوينولا) (2008):

هدفت الدراسة والتي هي دراسة مهنية متخصصة، والتي بعنوان "أثر ضغط العمل على الصحة العامة وعلى السلوك المهني والشخصي للممرضات" إلى التعرف على تأثير ضغط العمل على الصحة الجسمية والعقلية والسلوكيات الشخصية والمهنية لعينة من هيئة التمريض بالمستشفيات العامة في العاصمة النيجيرية. طبقت الدراسة على عينة قوامها (153) ممرضة يعملون في المستشفيات الحكومية في العاصمة النيجيرية. وإعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وإعتمدت على الإستبانة كأداة أساسية لجمع البيانات. كشفت الدراسة عن وجود علاقة جوهرية بين ضغط العمل والصحة العقلية والجسمية، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق جوهرية في السلوكيات الشخصية المهنية وفقا لمتغير نوع الضغط. وأوصت الدراسة بضرورة تحسين خدمات الرعاية الإجتماعية المقدمة للممرضات في المستشفيات الحكومية.

2.2.6. الدراسات العربية:

▪ دراسة بسطامي (1990):

هدفت إلى تحديد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرضون العاملون في أقسام العناية الحرجة في الأردن، تكونت العينة من (70) ممرضا وممرضة، وإستخدم في الدراسة مقياس الضغوط الذي طورته Antonelli (أنتونيلي)، والذي يتكون من عدة أبعاد وهي (الصراع العاطفي، الصراعات بين الممرضين والموظفين، مسؤوليات المرضى، المعرفة والمهارات، العلاقات الشخصية، والبيئة وظروف القسم.

وأشارت النتائج أن أكثر مصادر الضغوط المهنية تأثيرا هي إساءة فهم دور الممرضين من قبل إدارة المستشفى، وعدم وجود التعليم المستمر في أثناء الخدمة، وعدم كفاية الممرضين من حيث العدد، وقلة التعاون بين افراد الفريق الصحي فضلا عن عدم توفر تجهيزات كافية للعمل.

▪ دراسة محسن عقرون الوائلي (1998): (نقلا عن: أبو الحصين، 2010، ص58)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات ضغط العمل التي يتعرض لها الممرضون القانونيون العاملون في كل من المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة بالأردن، وعلاقة ذلك بعلاقة الممرض بكل من المريض والطبيب والإدارة والزوار والزملاء في العمل.

وبينت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى المتغيرات الخاصة بعلاقة الممرض بكل من المريض والطبيب والزوار؛ في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى

إلى متغير الزملاء في المهنة. وتوصلت الدراسة إلى أن أفراد العينة من المستشفيات الخاصة يشعرون بمستوى أعلى من ضغط العمل بالمقارنة مع زملائهم من العاملين في المستشفيات الحكومية.

▪ دراسة كل من علي رضا يوسفى و غلام رضا (2005): (Yousefy, Hasseni, 2006).

جاءت هذه الدراسة بعنوان "ضغط العمل لدى ممرضات الرعاية النفسية وممرضات الرعاية الطبية في جمهورية إيران الإسلامية"، وإعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وطبقت على عينة عشوائية قوامها (106) ممرضة، مقسمة على عدد (55) ممرضة من العاملات في وحدة الرعاية النفسية، وعدد (51) ممرضة من العاملات في الرعاية الطبية من المستشفيات الجامعية.

وتوصلت الدراسة إلى أن ممرضات الرعاية النفسية قد تعرضن لدرجة أكبر للضغوط مقارنة بممرضات الرعاية الطبية. وكشفت النتائج عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين متغيرات العمل وسنوات الخبرة وتكرار الاستدعاء ومعدل ضغط العمل ومن الشعور بالرضا الوظيفي.

3.6. الدراسات الخاصة بمتغير إستراتيجيات المواجهة:

1.3.6. الدراسات الأجنبية:

▪ دراسة Lazarus (لازاروس) و Folkman (فولكمان) (1984): (نقلا عن: لمونس فايزة، 2012، ص14)

هدفت الدراسة التي بعنوان: "ضغط، تقييم، مواجهة"، إلى التعرف على إدراك الفرد لأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التي يتبعها في مواجهة الضغوط. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن الإدراك الإيجابي والسلبي لضغوط الحياة من المحددات المهمة للصحة النفسية وذلك لأن الضغط قد يزيد من ثقة الفرد ومهاراته للتعامل مع الأحداث المستقبلية بالنسبة لشخص ما، وقد تكون ضاغطة وذات تحد بالنسبة لشخص آخر، وهذا كله يتوقف على التقييم المعرفي للفرد للموقف الضاغط.

▪ دراسة Sharon Kyjud Kins (شارون كيجودكينس) (2001):

هدفت هذه الدراسة التي بعنوان: "الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغط وإستراتيجيات المواجهة لدى مديري التمريض"، إلى التعرف على العلاقة بين كل من الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغط وإستراتيجيات المواجهة لدى مديري التمريض من المستوى المتوسط في المستشفيات، وإفترضت وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الصلابة النفسية بمكوناتها وبين الضغط وإستراتيجيات المواجهة، وأن كلا

- من الصلابة النفسية وإستراتيجية المواجهة تنبئ بوجود الضغط. وقد إستخدم في تحليل بياناته معامل الارتباط بيرسون والانحدار المتعدد والانحدار الخطي. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- وجود إرتباط الضغط بإستراتيجيات مواجهة محددة، وهي المواجهة، التحكم الذاتي، قبول المسؤولية وسلوك الهروب والتجنب.
 - وجود إرتباط الصلابة النفسية العالية خاصة في بعدي الإلتزام والتحكم بمستويات منخفضة من الضغط وبإستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكلة، وعلى العكس من ذلك إرتبطت الصلابة النفسية المنخفضة بمستويات عالية من الضغط وبإستخدام الإستراتيجيات المتمركزة حول الإنفعال.

2.3.6. الدراسات العربية:

▪ دراسة أمال جودة (2003):

هدفت هذه الدراسة التي بعنوان: " أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى " إلى التعرف على العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط النفسية والصحة النفسية لدى طلاب جامعة الأقصى ومعرفة مدى تأثير أساليب مواجهة الضغوط على كل من الجنس والتخصص ومكان السكن. وبلغت عينة الدراسة 100 طالب و100 طالبة.

وقد إستخدمت الباحثة في الدراسة مقياسين أحدهما لقياس أساليب مواجهة الضغوط والآخر لقياس الصحة النفسية.

وأسفرت النتائج على أن طلاب جامعة الأقصى يستخدمون أساليب متعددة في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما أسفرت عن وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة بين أساليب المواجهة الفعالة والصحة النفسية، كذلك أسفرت عن عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة تعزى لمتغير الجنس ووجود فروق ذات دلالة في بعض أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة تعزى لكل من متغير التخصص والسكن.

▪ دراسة عبد الله الضريبي (2007):

جاءت الدراسة بعنوان: " أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات " والتي هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أكثر الأساليب إستخداما لدى العينة في مواجهة الضغوط النفسية.

وأجريت هذه الدراسة على عينة من العاملين بمصنع الزجاج القديم بدمشق مكونة من (200) عامل. طبق الباحث في الدراسة مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية الذي أعده لغرض الدراسة. وإستخدم المنهج الوصفي التحليلي.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الأساليب الإيجابية الأكثر إستخداما من الأساليب السلبية لدى أفراد العينة.
- يوجد أثر للتفاعل بين المؤهل التعليمي والعمر في أساليب مواجهة الضغوط لدى أفراد العينة.
- وجود فروق في إستخدام الأساليب الإيجابية جميعا، والدرجة الكلية تعزى إلى متغير الخبرة لصالح الأكبر، وإلى متغير العمل لصالح الفئة العمرية الأكبر فوق 50 سنة.

■ دراسة عزازي عايدة (2015) :

هدفت هذه الدراسة التي بعنوان " الإستراتيجيات الأكثر ممارسة لمواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بجودة الحياة لدى القابلات" ، إلى الكشف عن الإستراتيجيات الأكثر ممارسة لمواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بجودة الحياة لدى القابلات بتمنراست، وكذلك التعرف على مدى تأثير المتغيرات (السن، الحالة الإجتماعية) على الإستراتيجيات الأكثر ممارسة لمواجهة الضغط النفسي وجودة الحياة. وإعتمدت الباحثة المنهج الوصفي في دراستها، وقد طبقت الباحثة مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي للباحث (لازاروس) و(فوفولكمان) (1984) ومقياس جودة الحياة لمحمد حامد إبراهيم الهنداوي (2011) على عينة مكونة من (56) قابلة من المركز الإستشفائي بتمنراست.

وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الإستراتيجية الأكثر ممارسة لمواجهة الضغط النفسي لدى القابلات هي إستراتيجية التجنب والهروب.
- لا توجد علاقة بين الإستراتيجية الأكثر ممارسة لمواجهة الضغط النفسي وجودة الحياة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين القابلات أقل من 30 سنة وأكثر من 30 سنة ذوات الإستراتيجية الأكثر ممارسة في مواجهة الضغط النفسي.

بعد ما تم الإطلاع على الدراسات السابقة حول متغيرات الدراسة، فيمكن التعقيب عليها كما يلي:

تم توظيف هذه الدراسات بشكل موضوعي، حيث كانت بعض هذه الدراسات عامل أساسي لإختيار الموضوع وتبني هذه المتغيرات، إضافة إلى الإستفادة منها في صياغة تساؤلات الدراسة، وكذلك تم إعتقاد هذه الدراسات كمرجع نظري أساسي لهذه الدراسة خاصة بالنسبة لمتغير الضغوط المهنية والإحترق النفسي، وما يجب إلى الإشارة إليه أن معظم هذه الدراسات أجريت على الممرضين والأطباء وعمال القطاع الصحي.

وما يلاحظ من خلال الدراسات المعروضة سابقا إهتمام العديد من الباحثين من شتى أرجاء العالم (أمريكا، أوروبا، الدول العربية والجزائرية)، بظاهرة الإحترق النفسي والضغوط المهنية. ولو حظ أيضا أن هذه الدراسات تعددت أهدافها وتساؤلاتها ومحاورها ونتائجها، فنجد مثلا دراسة كل من: شتوحي (2003)، ميهوبي (2013) التي توصلتا إلى معاناة الممرضين من مستويات متفاوتة من الإحترق بأبعاده الثلاثة، ونستنتج بأن كل الدراسات المعروضة أكدت على معاناة من الإحترق النفسي والضغوط المهنية، وبالتالي فإن هذه الظواهر منتشرة بكثرة في القطاع الصحي، ولعل الأسباب المؤدية لها متعددة.

والملاحظ أيضا أن هذه الدراسات في مجملها ركزت على الكشف عن مستويات الإحترق النفسي بأبعاده الثلاثة، وتحديد مستويات ومصادر ومسببات الضغوط المهنية التي يتعرض لها أفراد العينة؛ وكذا الأساليب التي يعتمدون عليها في مواجهة هذه الضغوط في بيئات مختلفة لدى الممرضين والأطباء والطلبة بعينات متفاوتة وفي مجالات مختلفة وبأدوات قياس متنوعة، وقد غلب على تلك الدراسات المنهج الوصفي.

ومن خلال ما سبق إتضح للباحثة بعد عرض الدراسات السابقة بأن موضوع الإحترق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية وإستراتيجيات المواجهة عند الممرضين جدير بإهتمام وبالدراسة، وذلك لآثار النفسية والجسمية التي قد تتركها الضغوط النفسية عليهم، وأن الأحداث اليومية وظروف بيئة العمل الصعبة التي تساهم كثيرا في خلق حالة عدم التوازن النفسي، مما ينعكس على الأداء السلوكي والوظيفي للممرضين من خلال إستخدام إستراتيجيات مواجهة سلبية، وبالتالي التأثير على الحالة الصحية للمريض.

وقد إستفادت الباحثة من هذه الدراسات في صياغة الفرضيات وبناء أداة الدراسة الحالية والخلفية النظرية للإطار النظري، وسوف تستخدم الباحثة النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات في تفسير نتائج الدراسة الحالية وتحديد مدى الإتفاق أو الإختلاف بينهم.

الجانبة
الخطري

الفصل الثاني

الإحتراق النفسي

تمهيد

1. التطور التاريخي لمفهوم الإحتراق النفسي
 2. تعريف مفهوم الإحتراق النفسي
 3. الفرق بين الإحتراق النفسي وبعض المتغيرات ذات الصلة
 4. أبعاد الإحتراق النفسي
 5. مراحل حدوث الإحتراق النفسي
 6. مؤشرات الإحتراق النفسي.
 7. أسباب الإحتراق النفسي
 8. النماذج المفسرة للإحتراق النفسي
 - 1.8. نموذج عمليات الإحتراق النفسي
 - 2.8. نموذج (شواب) و(جاكسون) و(شل)
 - 3.8. نموذج العلاقات البنائية
 - 4.8. نموذج بلان وآخرون
 - 5.8. نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية لـ(جين بير)
 - 6.8. نموذج الإحتراق ومساندة المشرف
 - 7.8. نموذج بيكر
 9. آثار الإحتراق النفسي
 10. قياس الإحتراق النفسي
 11. الإحتراق النفسي لدى الممرضين
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تبرز في مجال العمل مجموعة من المعوقات تحول دون قيام العامل بدوره كاملا، الأمر الذي يساهم في شعوره بالعجز عن تقديم العمل المطلوب منه بالمستوى الذي يتوقعه الآخرون، ومتى حدث ذلك فإن العلاقة التي تربط العامل بعمله تأخذ بعدا سلبيا له آثار مدمرة على العملية المهنية ككل، ويؤدي هذا الإحساس بالعجز مع استنفاد الجهد في حالة من الإنهاك والإستنزاف الإنفعالي يمكن تعريفها بالإحترق النفسي.

ويعتبر الإحترق النفسي من أخطر ما يمكن أن يصل إليه الفرد حيث أنه أعلى مراحل الضغوط لهذا ذكر Piens (بينس) و keinan (كينان) أن الإحترق النفسي ينشأ نتيجة كثرة الضغوط، و عدم التوافق معها بطريقة مناسبة، مما قد يؤدي لفقدان الفرد المعنى في عمله و شعوره بأن العمل ليس له قيمة، بل قد يعمم تلك النظرة لباقي مجالات الحياة، مما قد يوجد لديه الرغبة لتترك عمله (بينس وكينان، 2005، ص 229).

لذلك فإن التعرض له خطرا كبيرا، فلنا أن نتخيل الوضعية لو أنه نقشى بين المرضيين، مما قد يجعلهم يتركون العمل، و ينعكس ذلك سلبا على الصحة العمومية للمجتمع.

1. التطور التاريخي لمفهوم الإحترق النفسي:

إن مصطلح الإحترق النفسي (Burn out) مصطلح مألوف في مجتمعنا المعاصر فقد أصبح يستخدم بشكل كبير للإشارة إلى ردود الفعل السلبية لاستمرارية العمل التي يصاحبها ضغوطات ومطالب عاطفية، وبعد الإعياء العاطفي صفة أساسية في هذا الإحترق النفسي، وتؤثر المحن الشخصية لخبرات الإحترق النفسي الاحترافية، والتغيرات الاتجاهية بشكل غير محدد على أداء الفرد في العمل وكفاءة الخدمات المقدمة للعملاء.

ويرجع أول إستعمال لهذا المصطلح للطبيب العقلي والمحلل النفسي الأمريكي Herbert Freudenberger (هاربرت فرودنبرجر) سنة (1974) والذي أطلقه لوصف حالة مجموعة من المتطوعين الشباب العاملين معه في هياكل العناية الطبية الاجتماعية، حيث لاحظ بأن تصرفاتهم أصبحت أسوأ من سلوك المرضى. وقد أشار (فرودنبرجر) في أول مقال له حول الموضوع، بالضبط في السبعينات، في فصل المؤسسات الإستشفائية في الولايات المتحدة الأمريكية، أن العاملين في القطاع الصحي العام يلجئون إلى الإستعمال المزمن لعدة مواد مختلفة لمواجهة ظروف عمل إنفعالية بدرجة أكبر بالنسبة للأوساط الاستشفائية الأخرى، وهو ما أطلق عليه آنذاك بالعامية الأمريكية (Burn out). ((In ; Corten et Al, 2006, pp130-131

وقد جاء عن (فرودنبرجر) "أدركت من خلال ممارستي العيادية أن الأفراد قد يكونون أحيانا ضحايا حرائق مثلهم مثل البنائيات، فتحت تأثير الضغط الناجم عن الحياة في عالم معقد تلتهب طاقتهم و مواردهم الداخلية و كأنها تحت فعل النيران و لا يبقى إلا فراغا شاسعا يحتل أنفسهم، حتى لو بدت هياتهم الخارجية سليمة نوعا ما " (Freudenberger, 1978, p 3).

وقد ترجم المصطلح (Burn out) في العديد من الدراسات بـ "الإحترق النفسي" مثل دراسة كل من: سبيوني (2004)، هارون والمغربي (2003)، وعلي عسكر (1988)، ومثيرة اليوسفي (1996)، وعبد الله جاد (2008)، نشوى دردير (2007)، في حين بعض الدراسات ترجمته بالإرهاك النفسي و التي منها دراسة كل من: محمد عبد السميع (1990)، وعصام زيدان (2004)، و فو فيه راضي (2005).

وتتبنى الدراسة الحالية مصطلح الإحترق النفسي، لأن الإنهاك فسوف يستعمل لوصف مراحل الإحترق النفسي.

2. تعريف مفهوم الإحترق:

إن الإحترق النفسي (Burn out) مفهوم حديث نسبياً، لاسيما في الدراسات العربية، ولذلك تعددت تعريفاته من قبل الباحثين حيث نظرت العديد من الدراسات والبحوث إلى هذا المفهوم من زوايا مختلفة، ولكن في بداية الأمر لم يكن هناك تحديد دقيق لمفهومه، ولم يكن هناك إتفاق حول ذلك المفهوم (ضيف الله النفعي، 2000، ص 59)

ولكن رغم ذلك سيتم تقديم أهم التعريفات لهذا المفهوم كن خلال ما يلي:
حيث يعرفه Olyver (أوليفر) بأنه " النفاذ الكلي للذخيرة الذهنية والجسمية نتيجة الزائد للوصول الى بعض الأهداف غير الواقعية ذات صلة بالوظيفة" (In: Seagle, 1981, p29).
كما يعرفه Cuningham (كونينجهام) (1983) على أنه " عبارة عن أعراض ناتجة عن الضغوط الجسدية و الانفعالية المتواصلة والتي يواجهها العامل.
ويتفق معه كل من (بت) و(جارجيلو) (1983) في تعريف الإحترق النفسي على أنه "حالة من الإنهاك الانفعالي والعاطفي والجسدي و الذهني الناتج عن الضغط الزائد عن ضغط العمل.
ويرى مقابلة وسلامة (1993) أن "الإحترق أنه استجابة لضغوط العمل المتراكمة و المتعاقبة وذات الأثر السلبي على الفرد " (مقابلة، سلامة، 1993، ص 32-34).

ويذهب أيضا مالك أحمد الراشدي إلى تعريف الإحترق النفسي بأنه " استنزاف للطاقة النفسية المخزنة لدى الفرد، يؤدي به إلى حالة من عدم التوازن النفسي والاضطراب، التي تظهر نتيجة للضغوط النفسية الشديدة التي تسببها أعباء العمل ومتطلباته، مما تنعكس آثاره سلبا بشكل مباشر مع العملاء، وعلى المؤسسة التي يعمل فيها الفرد " (مالك أحمد الراشدي، 1995، ص 24).

ويؤكد كل من (Gold & Roth 1994) الإحترق النفسي أنه حالة تتسبب عن شعور الفرد بأن إحتياجاته لم تلبى، وتوقعاته لم تتحقق، ويتصف بتطور خيبات الأمل، يرافقها أعراض نفسية وجسدية، تؤدي إلى تدني مفهوم الذات، ويتطور الإحترق النفسي تدريجيا مع الوقت (نقلا عن: خولة يحي، 2001).

وعرفته كل من Maslach (ماسلاش) Leiter (ليتر) (1997) بأنه " تغيرات في اتجاهات وسلوك الفرد نحو العمل وكذلك تغيرات في حالته البدنية وتتمثل في الإجهاد الانفعالي، بل ويصل الأمر به إلى انخفاض إنجازه الشخصي " (In: Bilge, 2006).

كما يعتبر عبد المحسن فهد السيف (2000) الإحترق النفسي بأنه "حالة عقلية وخبرات نفسية داخلية تعبر عن إنهاك عاطفي و تبدل شعور و عدم القدرة على تحقيق ذات الممارس المهني الذي يفقد حماسه واهتمامه بمن يقدم لهم الخدمات، و ذلك ناتج عن ضغوط العمل و نوعية المستفيدين من الخدمة وطبيعة الوظيفة و النسبة التنظيمية للمؤسسة، و طبيعة الإشراف و العلاقات الاجتماعية في العمل" (عبد المحسن فهد السيف، 2000، ص 113).

أما لطفي الشرييني (2001) فقد عرفه بأنه " الحالة التي تحدث للأشخاص الذين يقومون بأعمال روتينية مملة حيث يصل بهم الأمر إلى فقدان الحماس والتثاقل في العمل وضعف الإنجاز وعدم القدرة على الابتكار " (لطي الشرييني، 2001).

ويشير Hall (هال) أن الإحترق النفسي هو: "الإنهاك و التعب وإستنفاد القوة و النشاط " ، في حين عرفه Potter (بوتر) "بأنه فقدان للإرادة و القدرة على دفع و تحريك الاهتمام" (نقلا عن: نادر فهمي، 2002، ص 205).

ويعرف مصطفى السيد راغب الأقرع (2005) الإحترق النفسي بأنه " جملة من الأعراض النفسية والبدنية التي تتميز بالإنهاك الانفعالي والبدني و اضطراب العلاقات الإنسانية بالعمل وانخفاض كفاءة الفرد و المشاعر السلبية تجاه العمل" (مصطفى السيد راغب الأقرع، 2005).

وتؤكد Lydiaj Goutas (ليدياج قوتاس) (2008) على أن الإحترق "حالة من الإنهاك العاطفي والجسمي الناتج عن زيادة و طول الضغط النفسي" (Goutas, 2008,p135).

هذا ويعتبر تعريف Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون)(1981) الذي يؤكد أن الإحترق النفسي هو "إحساس الفرد بالإجهاد الانفعالي، وتبدل المشاعر، وانخفاض الإنجاز الشخصي (Maslach & Jackson, 1981) ، يعتبر من أكثر التعاريف إستخداما بين الباحثين، حيث نجد صاحبه التي قدمته مع أول مقياس يقيس هذه الظاهرة قد حددت ثلاث أبعاد للإحترق النفسي (الإجهاد الانفعالي، تبدل المشاعر، انخفاض الإنجاز الشخصي).

وقدمت Maslach (ماسلاش) (1991) تعريفاً آخر، وهو أن الإحترق النفسي هو عبارة عن حالة من الإجهاد تصيب الفرد نتيجة لأعباء العمل التي تفوق طاقته، وينتج عنها مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية و العقلية. وقد حددت أيضاً ثلاث أبعاد للإحترق النفسي (الإنهاك العاطفي، اللا

أنسنة أو تبدل المشاعر، وأخيراً تدني الإنجاز الشخصي للعامل) (نقلًا عن: محمد الزيودي، ص 192).

وفي ضوء ما سبق نستنتج أن هذه التعريفات إنفقت على أن الإحترق النفسي خبرة نفسية سلبية، وأنه يحدث على المستوى الفردي، ويرتبط أكثر بالمهن ذات الطابع الاجتماعي حيث يكون العامل في إتصال دائم بالآخرين، كما ذهب العديد من الباحثين إلى الربط بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية، بحيث يكون الأول نتيجة للثاني، و هذا عندما لا يتمكن الفرد من مواجهة الضغوط مواجهة سليمة. وبهذا فقد إرتبط مفهوم الإحترق النفسي في كثير من الدراسات والأعمال ببيئة العمل، التي لا تتيح لأفرادها مصادر مريحة تجعلهم يؤدون أعمالهم بمنأى عن الإجهاد.

ومن خلال ما سبق يمكن الخروج بتعريف نظري يتماشى وموضوع هذه الدراسة، حيث يعتبر الإحترق النفسي بالنسبة للباحثة هو عبارة عن: "ظاهرة نفسية يتعرض لها العمال بصفة عامة والمرضين بصفة خاصة نتيجة عدم قدرتهم على التكيف والتوافق مع ضغوط العمل، خاصة في المهن التي تتطلب التعامل والإحتكاك مع أشخاص كثيرين وتقديم الخدمات لهم، حيث تصل هذه الظاهرة بالفرد إلى الشعور بالتعب والإرهاق العاطفي، وفقدان الشعور بالمسؤولية اتجاه الآخرين و فقدان الثقة بالنفس.

3. الفرق بين الإحترق النفسي وبعض المتغيرات ذات الصلة:

يجب توضيح ظاهرة الإحترق النفسي عن غيرها من الظواهر ذات الصلة وذلك كما يلي:

1.3. الإحترق النفسي والتعب:

قد يشكل التعب المؤقت العلامات المبدئية لهذه الظاهرة إلا أن ذلك ليس كافياً للدلالة عليه، فالإحترق النفسي يتصف بحالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بهذه التغيرات.

2.3. الإحترق النفسي والتهرب النفسي:

غالباً ما يستخدم المصطلحان بنفس المعنى، إلا أن التهرب النفسي يمكن إعتباره تمارض ينتج عن إحساس الفرد بأنه ليس على ما يرام، فيحتمي نفسه بدرجة تعارض مع الإنتاجية، فالتهرب حالة إرادية يقوم بها الفرد كأسلوب من أساليب خفض الضغط.

3.3. الإحترق النفسي والضغط المهنية:

يختلف الإحترق النفسي عن الضغوط المهنية فغالبا ما يعاني الفرد من ضغط مؤقت ويشعر كما لو أنه محترقا نفسيا لكن بمجرد أن يتم التعامل مع مصدر الضغط ينتهي هذا الضغط على أغلب الأحوال، وينتج عن عدة عوامل محددة ولمدة قصيرة من الزمن، ولكن الإحترق النفسي هو عرض طويل الأجل مرتبط بعوامل ضاغطة ومصادر أخرى مثل الإحباط والتي تؤدي إلى الإستنزاف الإنفعالي. الإحترق النفسي قد يكون نتيجة لضغوط شديدة، إلا أن المصابين بضغط العمل يشعرون بتحسن إذا إستطاعوا السيطرة على مسببات الضغوط، بخلاف الإحترق الذي يشعر فيه الشخص بالفراغ ويفقد الرغبة في بذل أي مجهود، كما أنه لا يرى أي أمل في تحسن الوضع، كما أن الشخص عندما يكون تحت ضغط عمل شديد يشعر بذلك بينما في حالة الإحترق لا يشعر الشخص بحقيقة حالته، إذ أن الموظف عندما يشعر بضغط العمل فذلك يعني أنه يهتم كثيرا للعمل الذي يؤديه، بينما الموظف الذي يعاني الإحترق لا يكتث لعمله. (مسلم عياد أبو مسعود سماهر ، 2010، ص ص 45-46).

وقد بين حامد (1999) أن الإحترق النفسي يحدث لعدم قدرة الفرد على التكيف مع الضغط، إلا أن الضغط ليس هو السبب الوحيد والمباشر لحدوث الإحترق النفسي، فهناك عوامل أخرى تتدخل في حدوثه مثل: الفشل في السعي نحو التفريغ عن النفس في فترات زمنية منظمة، وكذلك الإضطرابات في النوم وسوء التغذية، وعدم القيام بالتمارين ، والإفتقار إلى روح الدعابة والإفراط في تناول المنبهات، وقلة الوقت المخصص للأمور الشخصية، والإنسحاب من الأسرة والأصدقاء، فحين يدرك الإنسان الضعف المتعلق بعدم القدرة على تحكم، حينئذ تميل لضغوط المستقبل لأن تكون صعبة التجنب، ويصعب الهروب منها أو تخرج عن التحكم، فتزيد من إحتمالية حدوث الإحترق النفسي مما يشكل ضرورة ملحة لإعادة التوازن عند الفرد.، ويمكن التمييز بين مصطلحي الإحترق النفسي والضغط من خلال عدة نقاط هي: (مهند عبد سليم عبد العلي، 2003، ص ص 58-59).

1-الضغط عبارة عن حالة من عدم التوازن العقلي والإنفعالي والجسدي، أما الإحترق فهو ظاهرة تنتج من تطور خيبات الأمل.

2-يتولد الضغط عن إدراك الفرد للوضع القائم، بينما ينبعث الإحترق من شعور الفرد بعدم تلبية إحتياجاته وعدم تحقيق توقعاته.

3- يمكن أن يبقى الضغط لفترات مؤقتة أو طويلة، بينما يتطور الإحترق النفسي تدريجيا مع مرور الزمن.

4- يمكن أن يكون الضغط إيجابيا أو سلبيا، بينما الإحترق يكون سلبيا دائما.

5- يمكن أن يحدث الضغط لأي شخص، بينما يحدث الإحترق عند الأشخاص الذين بدأوا حياتهم بمثل عليا ودافعية شديدة.

6- يحدث الضغط لعدد أكبر من الأفراد، بينما يحدث الإحترق النفسي لعدد أقل من الأفراد.

7- يحدث الضغط في جميع أنواع المهن، بينما الإحترق النفسي يحدث غالبا في المهن التي تتضمن التعامل مع الناس.

4. أبعاد الإحترق النفسي:

يتطور الإحترق النفسي حسب (ماسلاش) و(جاكسون) (1981) إلى ثلاث ابعاد رئيسية إذ يبدأ الإحترق النفسي بالإنهك الانفعالي يجر الفرد إلى تبدل الشعور من جهة وانخفاض الشعور بالإنجاز الشخصي من جهة أخرى (Elisabeth Grebot, 2008, p111).

ولقد اتفق العديد من الباحثين مع طرح (ماسلاش) و(جاكسون) فيما يخص أبعاد الإحترق النفسي، حيث أيدوه، تبناه في دراساتهم أو تحليلاتهم ونذكر منهم: Chui (شوي) (2006) Tsai (تساي) و Janson (جانسون) (2007).

و هذه الأبعاد هي:

1.4. الإنهك الانفعالي أو العاطفي:

يتضمن هذا البعد الإرهاق والضعف والإستنزاف الإنفعالي وفقدان الحيوية في العمل، والإحساس بالعجز عن العطاء، وإنعدام الإهتمام بالآخرين، وتضاؤل الأمل في المستقبل (محمد علي شهيب، 1995، ص 336). وكذلك نقص الطاقة، شعور الفرد بأن مصادره العاطفية استهلكت، الشعور بالتعاسة والبأس الذي قد يؤدي إلى كثير من المشاكل الجسمانية والعقلية (نرمين أحمد السعداني، 2005).

ويعد هذا البعد العنصر الأساسي للإحترق النفسي، ويظهر على شكل أعراض جسمية أو ذهنية أو كلاهما (صلاح الدين البخيت وزينب الحسن، 2011، ص ص 18-19).

أما عن الأسباب التي تؤدي إلى الإنهاك العاطفي فهي متنوعة فمنها زيادة المطالب السيكولوجية والعاطفية، كثرة الانغماس في الأعمال والاحتكاك بالعديد من الأفراد وعبء العمل الزائد الصراع داخل بيئة العمل، ويلاحظ أن الإنهاك العاطفي بعد الاحتراق الوظيفي، الناتج من شعور الفرد بالضغط (العزیز وردة، 2016، ص 90)

2.4. بعد تبدل المشاعر:

وهو فقدان العنصر الإنساني والشخصي في التعامل وإعتبار الأشخاص كأشياء مادية بدلا من إعتبارهم كأشخاص، ويتصف الفرد الذي يعاني من الإحترق النفسي في هذه الحالة بالقسوة والتشاؤم وكثرة الانتقاد اللامبالاة والشعور السلبي نحو الآخرين (مسلم عياد أبو مسعود سماهر، 2010، ص 41).

3.4. بعد نقص الإنجاز الشخصي:

هو ميل الفرد إلى تقييم انجازاته الشخصية بصفة سلبية و تشمل في مشاعر الاكتئاب و الانسحاب وقلة الأداء و الشعور بعدم القدرة على القيام بالواجبات المطلوبة منه على أحسن حال (مهند عبد سليم عبد العلي، 2003، ص 56).

وقد اختلفت آراء الباحثين حول ترتيب هذه الأبعاد حيث اقترحت Maslach (ماسلاش) ، أن الإنهاك الانفعالي يظهر أولا، وذلك نتيجة لمتطلبات العمل الزائد والمزمنة، والتي تستنزف الموارد العاطفية أو يظهر كإستراتيجية دفاعية لمعالجة الضغوط، مما يجعل العامل يحد من تعامله مع الآخرين ويبتعد سيكولوجيا، ويؤدي ذلك إلى ظهور الشعور بالسلبية حيث يساعد هذا البعد على التكيف مع المتطلبات الوظيفية الشديدة، ومع ما يشعر به العامل من نفور اتجاه الوظيفة ومن خلال إدراك العامل للتناقض ما بين أهدافه الحالية وتوقعاته المثالية، حول درجة إسهامه في المنظمة وفي المجتمع مما يؤدي إلى تدني الإنجاز الشخصي (نرمين أحمد السعداني، 2005، ص 33).

5. مراحل حدوث الإحترق النفسي:

إن الإحترق النفسي يعد جزءا من عملية الإجهاد لذا يعتبر عملية متصلة وليس حدثا منفصلا، فهو مرحلة من المحاولات الفاشلة في التعامل مع الأوضاع السلبية للإجهاد، فهو لا يحدث فجأة بل هو عملية تبدأ بحالة من الإجهاد ثم تتطور بمرور الوقت فبعض الباحثين نظروا إليه على انه عملية لها

مراحل معينة، إلا أنهم اختلفوا في عدد تلك المراحل، إذ يرى James (جايمس) و Gilland (جيلاند) أن الفرد الذي يعاني من هذه الظاهرة يمر بعدة مراحل و هي: (حاتم وهيبة ، 2005).

1.5. مرحلة الحماس:

تتميز هذه المرحلة بطاقة عالية وحماسه مرتفع لتحقيق الأهداف و يبدأ هذا الكم الهائل من الطاقة في الذوبان بنهاية السنة الأولى من العمل. حيث يكون في هذه المرحلة كل شيء مثالي بالنسبة للممرض فنجده يتمتع بكامل طاقته وموارده، كما يبني تصورات مثالية ونظرة بأنه سوف يساعد معظم المرضى على الشفاء، هذه الإتجاهات المثالية تظهر لديه على شكل هوس وتعلق بالعمل و الذي يمثل بالنسبة للممرض المصدر الأساسي والوحيد لرضاه الوظيفي و تقديره المهني (Edelwich & Brodsky, 1980).

5.2. مرحلة الركود:

في هذه المرحلة يبدأ التباطؤ بالظهور على الممرض وتبدأ مستويات النشاط في الانخفاض، و يبدأ الشعور بالإحباط وأن الاحتياجات الشخصية لم تستوفي بالكامل، وتبدأ في هذه المرحلة حالة من التعب والإجهاد لدى الممرض كما يدرك بأن الأشياء لا تجري كما تمناها، وأن حالات المرضى لا تتحسن بالسرعة المرجوة، والإدارة، تتعاون بالقدر الكافي معه، هذا ما يدفعه لتخصيص وقت أكبر لمهنته وإستثمار زائد في عمله من أجل تحقيق النتائج المرجوة، لكن هذه الحالة تؤدي تدريجيا إلى ظهور إضطرابات لدى الممرض كاضطرابات النوم، التوتر الشديد، القلق، اضطرابات إجتماعية وعائلية كالصراعات المستمرة مع أفراد المجتمع والأسرة (Niracha Daniram, 2003, p73).

3.5. مرحلة الإحباط:

هنا الممرض يظهر عليه التعب والإحباط ويدرك أن توقعاته نحو المؤسسة مفرطة كثيرا وترقبته في الاعتراف لم تتحقق، فيرى بأنه لا يمكن أن يصل إليها بالتالي يصبح غير صبور وسريع الغضب. حيث يبدأ الممرض في هذه المرحلة بطرح الأسئلة حول قيمة مهنته والهدف منها، وهل تستحق فعلا العناء والتضحية فيبدأ بالشك في ذاته، في أحكامه، وفي قدراته، هل أخطأت في اختيار المهنة؟ وهل أسلك الطريق الخاطئة؟ فيرى أن المحيط لا يقدم له الدعم الذي كان يتمناه، كما يكون نظرة سلبية نحو المرضى، فيصفهم بناكري الجميل وغير مقدرين لمجهوداته (Dominique, Coppe, 2013, p5).

4.5. مرحلة اللامبالاة:

الفرد هنا يفقد كل الاهتمام بالعمل و المحيط كما يفقد الدافعية و الفعالية فإنه قد أحرق كل احتياطاته الطاقوية، هذه آخر مرحلة للاحترق النفسي، ففي هذه الحالات غالبا ما يصبح العلاج النفسي أمرا ضروريا. وتعتبر هذه المرحلة بوابة الاحترق النفسي و يشعر فيها الممرض بالعجز و الإخفاق المهني، وهذا ما يظهر في محاولته تجنب المرضى أو المسؤولين أو زملاء العمل كما يتبنى مبدأ الوحدة والإنعزال عن الآخرين و يستمر في العمل لوحده سعيا منه للحصول على مصدر لإعادة شحن طاقته (Coppe, 2013, p5).

في حين يرى Mattesson (ماتيسون) و Ivancevich (انفاسيفيش) أن الإحترق النفسي لدى الفرد يتطور عبر المراحل التالية: (نقلًا عن: زيدان، 1998، ص 11)

- **مرحلة الإستغراق:** فيها يكون مستوى الرضا عن العمل مرتفعا، ولكن إذا حدث عدم اتساق بين ما هو متوقع من العمل وما يحدث في الواقع يبدأ مستوى الرضا في الانخفاض.
- **مرحلة التبدل:** هذه المرحلة تنمو ببطء، وينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل تدريجيا وتقل الكفاءة، وينخفض مستوى الأداء في العمل، ويشعر الفرد باعتلال صحته البدنية وينقل إهتمامه إلى مظاهر أخرى في الحياة، كالاتصالات الإجتماعية، والهوايات وذلك لشغل أوقات فراغه.
- **مرحلة الانفصال:** فيها يدرك الفرد ما حدث ويبدأ في الانسحاب النفسي، إعتلال الصحة البدنية والنفسية مع ارتفاع الإجهاد النفسي.
- **المرحلة الحرجة:** هي أقصى مرحلة في سلسلة الاحترق النفسي، وفيها تزداد الأعراض البدنية والنفسية والسلوكية، ويختل تفكير الفرد نتيجة شكوك الذات، ويصل الفرد إلى مرحلة الانفجار، ويفكر الفرد في ترك العمل، وقد يفكر في الانتحار.

فقد قسم Everly (إفريلي) (1985) مراحل الاحترق النفسي إلى ثلاثة مراحل وهي كالاتي: (علي عسكر، 2005)

- **المرحلة الأولى:** تعرف بمرحلة الاستشارة الناتجة عن الضغوط أو الشد العصبي الذي يعيشه الفرد في عمله، ترتبط بالأعراض التالية، سرعة الانفعال، القلق الدائم، فترات من ضغط الدم العالي، الأرق،

صرير الأسنان بشكل ضاغط أثناء النوم، النسيان، الصعوبة في التركيز، الصداع، ضربات القلب غير العادية.

- **المرحلة الثانية:** تعرف بمرحلة التوفير أو الحفاظ على الطاقة، وتشمل استجابات سلوكية مثل: التأخر عن الدوام، تأجيل الأمور، الحاجة لأكثر من يومين لعطلة نهاية الأسبوع، انخفاض الرغبة الجنسية، التأخير في إنجاز المهام، الإمتعاض، زيادة في إستهلاك المشروبات، المخدرات، زيادة في إستهلاك المنبهات، اللامبالاة، انسحاب جماعي، السخرية والشك والشعور بالتعب في الصباح.

- **المرحلة الثالثة:** يطلق عليها مرحلة الاستنزاف والإرهاك والتي ترتبط بمشكلات مادية ونفسية مثل: الإكتئاب المتواصل، اضطرابات مستمرة في المعدة، تعب جسمي مزمن، إجهاد ذهني مستمر، صداع دائم، الرغبة في الانسحاب نهائي من المجتمع، والرغبة في هجر الأصدقاء وربما العائلة.

ليس بالضرورة وجود جميع الأعراض للحكم بوجود حالة الإحترق النفسي في كل من هذه المراحل، بل وجد أن وجود عنصرين أو عرضين في كل مرحلة يمكن أخذهما كمؤشر على أن الفرد يمر بالمرحلة المعينة من مراحل الإحترق النفسي. ويعتبر الإحترق النفسي مؤشرا مميزا لضغوط العمل المتراكمة و الطلبات والتوقعات التي لا يستطيع الفرد التكيف معها بنجاح. وتعتبر هذه الخطوات أو المراحل بمثابة مرشد للإنداز بالإحترق النفسي، ومع هذا لا يزال هناك عدم اتفاق على عدد أو تتابع المكونات الموجودة في الإحترق النفسي.

6. مؤشرات الإحترق النفسي:

تري Barbara Braham (باربارا براهم) بأن هناك أربعة مؤشرات أولية يجب أن يأخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الإحترق النفسي و هذه المؤشرات هي: (عسكر، 2003، ص 123-124).

1.6. **الانشغال الدائم (Busyness):** الإستعجال في إنماء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد ويسعى لتنفيذها كل يوم بطريقة ميكانيكية و آلية ويكون حضوره جسديا حسب و بالتالي تجده يضحى بحاضره فلا يعيشه و لا يشعر به.

2.6. **تأجيل الأمور السارة و الأنشطة الاجتماعية:** من خلال اقناع الذات بأنه لهذه الأمور وقتا آخر حين يفرغ وتستمر عملية التأجيل بحيث لا يأتي زمن هذه الأنشطة المؤجلة، ويصبح التأجيل القاعدة أو المعيار في حياة الفرد.

3.6. العيش حسب قاعدة "يجب و ينبغي": فلا يستطيع إرضاء نفسه ولا إرضاء الآخرين لأنه يتعامل بصرامة تجاه نفسه وإتجاه الآخرين.

4.6. فقدان الرؤية أو المنظورة (Perspective): وذلك بسبب الانهماك في العمل لأن كل شيء لديه يصبح مهما وعاجلا، يجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات.

وقد عرض مركز الصحة النفسية بالمدارس ب (لوس انجلس) في إطار بحثه حول الإحترق النفسي مؤشرات هذه الظاهرة في صورة علامات سلوكية وبدنية ونفسية وهي: (مصطفى السيد راغب الأقرع، 2005).

■ العلامات السلوكية:

- مراقبة الساعة باستمرار.
- تأجيل وإرجاء الأعمال.
- الطاحونة: العمل الكثير وبمشقة وإنجاز القليل.
- الاعتماد الزائد على اللوائح والنظم.
- تجنب مناقشة العمل مع الزملاء.
- زيادة استخدام أساليب التأثير في السلوك مثل المهدئات.
- الاستعمال المفرط للكحول و العقاقير المخدرة .
- الصراع الأسري و الزوجي .
- ارتفاع نسب الغياب.
- التوتر في العلاقات مع الزملاء.

■ العلامات النفسية:

- زيادة المقاومة اليومية للذهاب للعمل .
- الشعور بالفشل.
- السلبية.
- الشعور بالغضب والاستياء.
- فقدان المشاعر الإيجابية مع من يتعامل معهم.
- الانشغال والانهماك في الذات .

- الشعور بالعجز و اليأس.
- التصلب الفكري ومقاومة التغيير.
- مشاعر الارتياح والاضطهاد.
- القلق.
- الزيادة المفرطة في الاستياء والضيق.
- الاكتئاب.
- الشعور بالذنب واللوم.

■ العلامات البدنية:

- الشعور بالتعب خلال يوم العمل .
- التعب العام والإرهاق .
- الإنهاك البدني .
- اضطرابات النوم.
- تكرار الإصابة بالبرد والأنفلونزا.
- تكرار الإصابة بالآلام والأوجاع الغامضة.
- تكرار الاضطرابات المعدة، المعوية.
- تكرار الإصابة بالصداع.

ولقد أشارت دراسة Delbrouck (ديلبروك) (2003) أن بعض المؤشرات النفسية السلبية التي تظهر لدى الممرضين المصابين بالإحترق النفسي هي: الوقاحة، سرعة الانفعال والغضب، الشعور اللامتناهي بالإخفاق والغضب، إهمال الذات وإنخفاض درجة تقديرها، فقدان حسن الفكاهاة، عدم الاهتمام بالمرضى واللامبالاة، تبدل الشخصية، وعدم الإنسانية في التعامل مع الآخرين، الشعور بعدم الأمان، التردد، عدم الرضا عن العمل، نفاذ الصبر، القلق المتزايد، الشعور بالذنب، شرود الذهن و في بعض الأحيان يصل بهم إلى فقدان الذاكرة تدريجيا.

7. أسباب الإحترق النفسي:

إن الأسباب الشخصية والاجتماعية لها دور هام في ظهور الإحترق، إلا أنها تساهم بقدر أقل من العوامل التنظيمية (بيئة العمل) في ظهور الإحترق النفسي عند المهنيين، لهذا يجتمع الباحثون على أن أسباب الإحترق النفسي متعددة ويصنفونها ضمن ثلاثة مستويات رئيسية وهي:

1.7. المستوى الفردي أو الشخصي: (علي حمدي، 2008 ص ص 178-179)

يعتبر (فرويد نبرجر) أن الناس الذين يتعرضون للإحترق النفسي هم المخلصين والملتزمين، حيث أن الجماعة المهنية الأكثر عرضة للإحترق النفسي هي الأكثر مثالية والتزاماً بمهنتها، ومن أسباب ذلك بعض الأسباب الشخصية والفردية، وهي كالتالي:

- مدى واقعية الفرد في توقعاته و آماله فزيادة عدم الواقعية تتضمن في طياتها مخاطر الوهم والإحترق.

- مدى الاشباع الفردي خارج نطاق العمل، فزيادة حصر الاهتمام بالعمل يزيد من الإحترق.

- مهارات التكيف العامة.

- النجاح السابق في مهن ذات تحدّ لقدرات الفرد.

- درجة تقييم الفرد لنفسه.

- الوعي والتبصر بمشكلة الإحترق النفسي.

2.7. المستوى الاجتماعي:

هناك عددا من العوامل الاجتماعية التي تعتبر سببا للإحترق النفسي:

أ- التغيرات الاجتماعية التي حدثت في المجتمع، وما ترتب عليها من مشكلات قد تؤدي إلى هذه الظاهرة.

ب- التطور الاجتماعي والثقافي والحضاري في المجتمع الذي يساعد على إيجاد المؤسسات الهامشية التي

لا تلقى دعماً جيداً من المجتمع فيصبح العاملون بها أكثر عرضة للإحترق النفسي (منى محمد بدران، 1997، ص 63)

ج- الصراعات المزمّنة كأحد العوامل المساعدة في ظهور الإحترق النفسي، والتي تكمن في

الصراعات التي تنشأ بين الأفراد والتي تبقى قائمة من شأنه أن يؤثر على سلوكياته العادية في حياته اليومية (سامر جميل رضوان ، 2002)

د- نقص المساندة الإجتماعية: فقد أكدت الدراسات أنه كلما زادت المساندة الإجتماعية قلت شكاوي العمال، وأن إنعدام التوافق يحدث عندما يفقد العامل الارتباط الإيجابي مع الآخرين في مجال العمل (مسلم عياد أبو مسعود سماهر ، 2010)

كما قدم Berckaz (بركاز) (2013) مجموعة من الأسباب الاجتماعية التي تساهم في ظهور وتطور الإحترق النفسي وهي كالتالي:

- **العبء الخارجي الشديد والحاد:** يكون صادر من العائلة كالمشاكل مع الزوج أو الزوجة، الأولاد والأقارب أو يكون صادر من مكونات المجتمع الذي يعيش فيه.
- **نقص الدعم الاجتماعي:** يؤدي إلى الوحدة، الانفصال عن المجتمع ونشوء صراعات مع الأشخاص الآخرين.
- **المشاكل الاجتماعية والاقتصادية:** تتمثل في الخوف من المحيط الاقتصادي، الشعور بتفاهة الحياة والصعوبات المالية.
- **أحداث و ظروف الحياة:** تتمثل في أزمة السكن، نقص وسائل النقل، الإدارة المعقدة.

3.7. المستوى التنظيمي أو الإداري:

للمناخ الوظيفي في المؤسسة دخل في عملية الإحترق النفسي، وطبعا لكتابات Goldenberg (جولدنبرج)، يميل الإداريون في مؤسسات الخدمات الإنسانية ومن ضمنها المستشفيات إلى إفتراض أن المؤسسة أيا كان نوعها يجب أن تركز على حاجات المستفيدين من خدماتها، وإهمال حاجات القائمين بالمسؤولية فيها، كما أنها تخلق تركيبة إدارية و وظيفية و أسلوب تحكم من أجل محاسبة هؤلاء العاملين إذا ما خرجوا عن الخط المرسوم، الأمر يؤدي إلى خلق صراعات بين العاملين والإدارة، وتزايد المسافة بينهم، يضاف إلى هذا أن ظاهرة الإحترق النفسي ظاهرة معدية ففي أي موقع عمل يكون فيه الأغلبية في حالة الإحترق النفسي، فإن نسبة حدوثه لأي عضو جديد في العمل تكون نسبة عالية (منى محمد بدران، 1997، ص 65).

ويصف يوسف سيد جمعة (2006) أسباب الإحترق النفسي بأن أغلبها مرتبط ببيئة العمل، وما تنتجه من فرص تساعد على تعظيم مستويات الإحباط و القهر لفترات طويلة من الزمن، و في المقابل

تكون المكافآت ضئيلة لمواجهة كل هذه الأسباب، و يمكن تلخيص هذه الأسباب في: (يوسف سيد جمعة، 2006، ص 40).

- عبء العمل الزائد.
 - المهام البيروقراطية المتزايدة.
 - التواصل المردود الضعيف.
 - نقص المكافآت و غياب الدعم.
- وقد أشارت نتائج دراسة طلال حيدر البدوي (2000) التي أجريت على الممرضين في المستشفيات أن أهم أسباب الإحترق النفسي هي:
- عدم توفير أماكن للراحة والترفيه.
 - إلقاء اللوم الجائر من قبل المسؤولين على الممرضين عند حدوث خطأ طبي.
 - قلة أجور الممرضين.

كما أشارت إلى وجود أثر للخبرة، و لنوع المستشفى و التصنيف المهني وموقع العمل. وقد أكدت دراسة Méda (ميدا) (1995) أن أسباب الإحترق النفسي عند الممرضين تتمثل في التوقعات والتصورات المثالية لهم، الفروق بين المهام المطلوبة وبين الوسائل المتوفرة لإنجازها، الصراعات في العمل، نمط الإدارة التسلطي، غموض الدور، إرغامات العمل، ظروف أداء الممرضين للمهنة، نقص الدافعية و تزايد الطب الكمي، نقص الوقت، نقص التكوين المتواصل، نقص الاتصال مع زملاء العمل، صراع عمل عائلة والعلاقة القوية بين الممرض وبين المريض أو عائلته (Baqué, 1997).

كما توصلت دراسة كل من Colling (كولين) و Murray (موراي) (1996) إلى أن الإحترق النفسي مرتبط بتحقيق أهداف العمل وزيادة أعبائه، إضافة إلى عدم إستجابة المرضى للعلاج وعدم رضا الممرضين عن نوعية الإشراف (نقلا عن: إبراهيم أمين القريوتي وفريد مصطفى الخطيب، 2006)

وقد أظهرت أيضا نتائج دراسة Lyckholom (ليشكهولم) (2001) أن أسباب الإحترق النفسي تكمن في نقص الوقت، الشعور بالإخفاق المهني، التوقعات المثالية، الغضب الشديد، الإحباط العجز عن حماية الذات، عدم الرضا عن العلاقة ممرض والمريض، المخاوف المالية زيادة المهام الإدارية وغياب الاستقلالية (Schramb & Bastal, 2004).

كما أضافت دراسة Cathé Bastal (كاتي باستل) (2003) على أن الإحترق النفسي عند الممرضين سببه متطلبات المرضى، عبء المهنة الخوف من الأخطاء الطبية، نمط إدارة المصلحة، غياب التكوين الطبي المتواصل، نقص التكوين المتعلق بالأمراض النفسية، الإجتماعية، عدوانية المرضى و عائلاتهم.

وحسب دراسة Corillo (كوريلو) (2010) فإن التقنيات التكنولوجية الحديثة التي يجب على الأطباء والممرضين التحكم فيها، محيط العمل المضطرب (الروائح الكريهة) التصرفات المتناقضة، حركة المرضى وعائلاتهم في ممرات المصالح الاستشفائية، صراخ الأطفال، الحالات المستعجلة، غضب وعدم تفهم المرضى و الإلتزام الأسري.

كلها أسباب تؤدي إلى الإحترق النفسي وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة Collombot (كولومبو) وآخرون (2011) التي أشارت إلى أن الإحترق النفسي عند الممرضين يعتمد في بداية تشكله وتطوره على ثلاث أعمدة أساسية وهي: الإنفعالات المرتبطة بمعاناة المرضى، عدم التفاهم الذي يكون عادة مصدرا للصراعات والضغط المهني الناتج عن توتر المعالج.

أما Galam (قالام) (2012) فيرى أن شعور الممرضين بالخيانة المهنية وسوء معاملة المجتمع لهم تعتبر أحد أسباب ظهور الإحترق النفسي.

يتضح مما سبق أن الإحترق النفسي يمثل مشكلة يمكن أن تصيب الفرد لعدة أسباب منها ما يرجع لشخصية الفرد وجود استعداد لديه، وسماته الشخصية، ومنها ما يرجع لعوامل إجتماعية تتصل بالتغيرات الإجتماعية ونظرة المجتمع للفرد، ومنها ما يرجع لبيئة العمل وما فيها من ظروف.

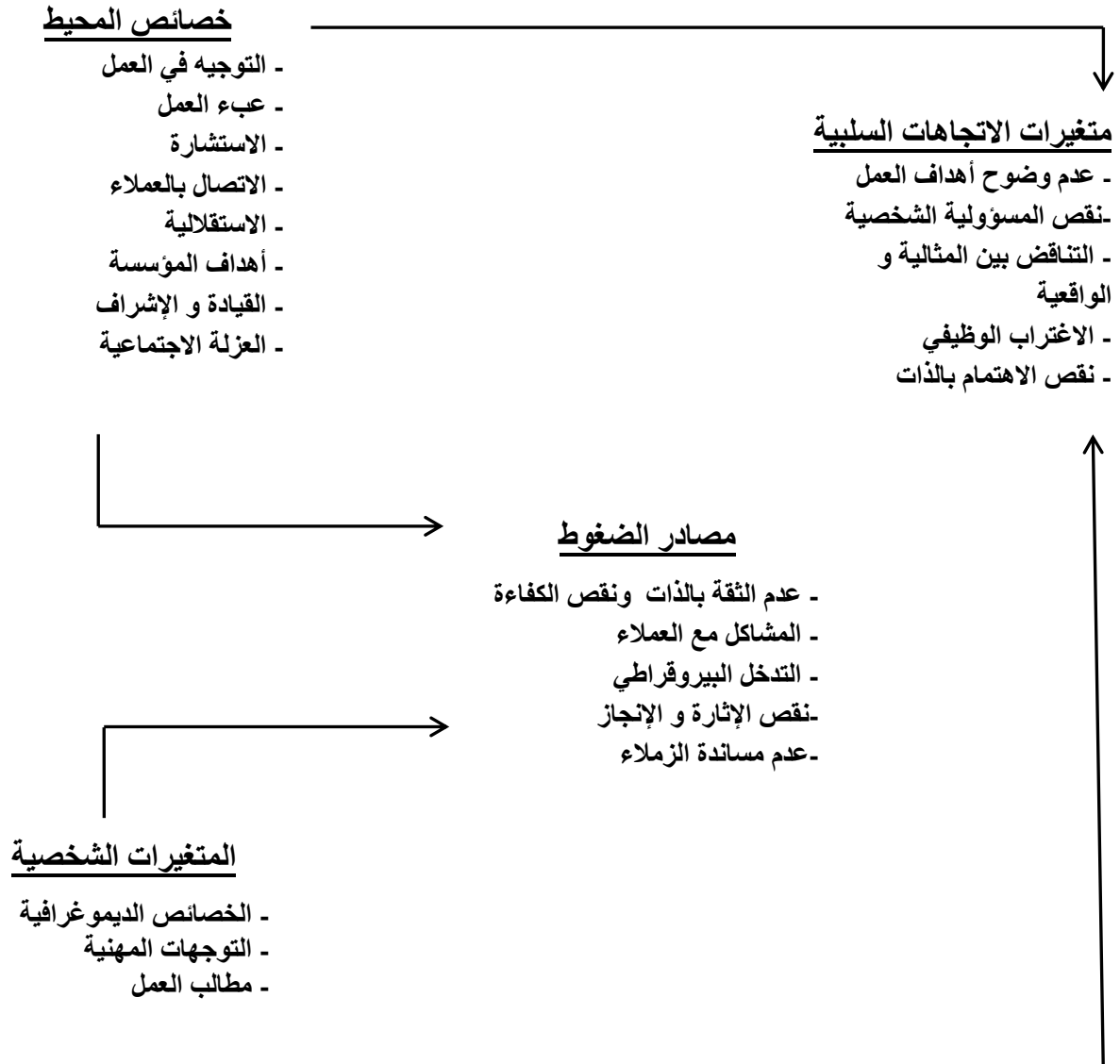
والجدير بالذكر القول أن الإحترق النفسي يحدث نتيجة تفاعل هذه العوامل، و لكن ليس من الضروري إجتماع كل تلك الأسباب لتعرض الفرد (العامل) للإحترق النفسي بل يمكن أن يتعرض له سبب واحد من هذه الأسباب.

8. النماذج المفسرة للإحترق النفسي:

إن نماذج الإحترق النفسي تخدم الوظائف الهامة لبنية الدراسة عن الإحترق النفسي ووضع أسس للمتغيرات لدراسة التنبؤات حول الأفراد الأكثر عرضة للإصابة بالإحترق النفسي، ولقد ظهرت عدة نماذج نظرية لدراسة وفهم وتفسير الإحترق النفسي وفيما يلي سوف نتطرق إلى بعض النماذج:

1.8. نموذج عمليات الإحترق النفسي لـ Cherniss (شيرنس) (1985):

إرتكز نموذج(شيرنس) على تحليل الملاحظات والمقابلات المعمقة لـ (28) فردا من المهنيين الذين يفترض أن تتضمن نشاطاتهم نوع من البذل العلائقي القوي بالآخر(محامون، معلمون، ممرضون...)، وقد تم ملاحظة وإستجواب هؤلاء المهنيين خلال السنتين الأوليتين من مساره المهني، وهذا ما يوضحه الشكل التالي :



شكل رقم(1): نموذج (شيرنس) للإحترق النفسي (Graham, Scott, 1993,p 33)

ويشير هذا النموذج إلى أن الإحترق النفسي ينشأ نتيجة أربع عمليات وهي:

- **خصائص محيط العمل:** ومن جملتها عبئ العمل- القيادة والإشراف الاستقلالية-أهداف المؤسسة-الاستشارة-العزلة الاجتماعية-الاتصال بالعملاء(المرضى) -التوجيه في العمل.

- **المتغيرات الشخصية:** هي تضم الخصائص الديموغرافية بالإضافة إلى التأييد الاجتماعي من خارج محيط العمل.
 - **مصادر الضغط:** وضع (تشيرنس) خمسة مصادر للضغط كمقدمات للإحترق النفسي وهي: (الزهراني، 2008، ص ص 41-42)
 - عدم الثقة بالذات ونقص الكفاءة.
 - المشاكل مع العملاء.
 - التدخل البيروقراطي.
 - نقص الإثارة والإنجاز.
 - عدم مساندة الزملاء.
 - **متغيرات الإتجاهات السلبية:** وتتمثل في: (منى محمد بدران، 1998)
 - عدم وضوح أهداف العمل.
 - نقص المسؤولية الشخصية.
 - التناقض بين المثالية والواقعية.
 - الاغتراب النفسي.
 - الاغتراب الوظيفي.
 - نقص الاهتمام بالذات.
- وقد أوضح (تشيرنس) أنه كلما زادت صدمة الواقع وزاد التعرض للضغط كلما زاد الاحترق النفسي، أوضح النموذج أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في الاحترق النفسي هم الذين يتلقون مساندة اجتماعية ضعيفة، ويوضح النموذج أيضا العوامل الديمغرافية مثل: السن، والجنس، وسنوات الخبرة ضعيفة الارتباط بالاحترق النفسي (منى محمد بدران، 1998)
- وعليه فإن وجود خصائص العمل السلبية وخصائص الشخصية السلبية تؤدي إلى تكوين اتجاهات سلبية لدى الشخص كعدم وضوح أهداف العمل ونقص المسؤولية الشخصية و الاغتراب الوظيفي، ونقص الاهتمام بالذات يجعل الفرد غير قادر على التعامل مع مصادر الضغوط الملحة فيجد نفسه في شرك الاحترق النفسي.

2.8. نموذج Schwab (شواب) و Jackson (جاكسون) و Scheler (شيلر) (1986):

يشير هذا النموذج إلى المصادر والمظاهر والمصاحبات السلوكية للإحترق النفسي وذلك كما هو موضح في الجدول التالي: (نوال بنت عثمان الزهراني، 2008، ص52).

الجدول رقم(01): نموذج Schwab (شواب) و Jackson (جاكسون) و Scheler (شيلر) للإحترق النفسي (1986)

الإحترق النفسي	
مصادره	
عوامل خاصة	عوامل و متغيرات شخصية
صراع الدور غموض الدور عدم المشاركة في القرار تأييد اجتماعي رديء	الجنس، والسن سنوات الخبرة المستوى التعليمي التوقعات المهنية
مظاهره (الأبعاد)	المصاحبات السلوكية
استنزاف انفعالي فقدان الهوية الشخصية نقص في الإنجاز الشخصي	ترك المهنة زيادة معدل الغياب التعب لأقل مجهود

يتضح من خلال الجدول رقم(01) ما يلي:

أولاً: أن النموذج يشير إلى نوعين من مصادر الإحترق النفسي: أولهما يرتبط بالمؤسسة، وثانيهما يرتبط بالفرد (العامل لذاته مثل توقعاته نحو دوره المهني)، بالإضافة إلى المتغيرات الشخصية الخاصة بالفرد.

ثانياً: أشار النموذج أيضا إلى مظاهر أو مكونات الإحترق النفسي والتي تتمثل الإستنزاف الإنفعالي وفقدان الهوية الشخصية والشعور بالإنجاز الشخصي المنخفض.

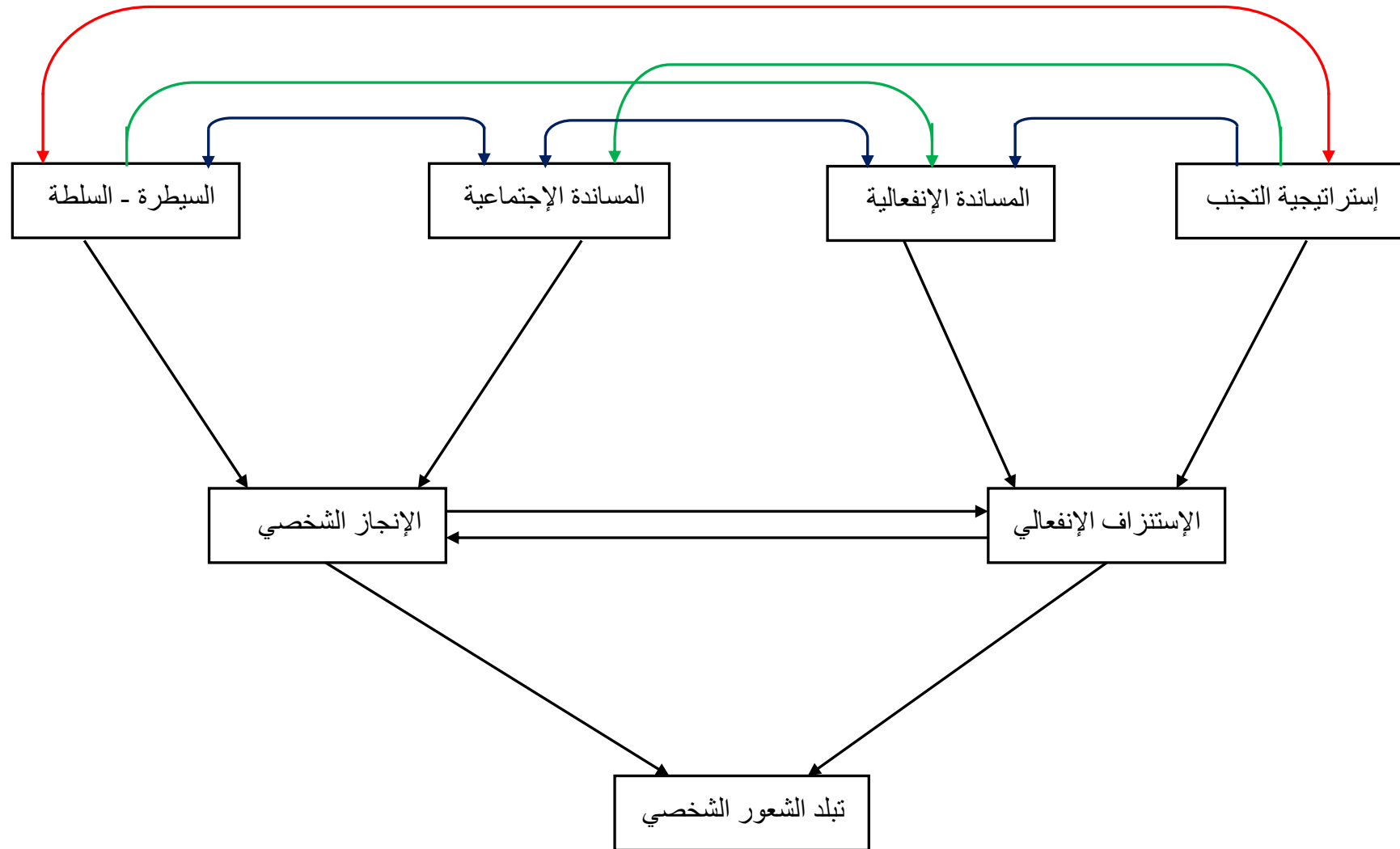
ثالثاً: أشار النموذج إلى المصاحبات السلوكية للإحترق النفسي والتي تتمثل في رغبة العامل ترك المهنة والتعب لأقل مجهود والتمارض والغياب عن العمل.

3.8. نموذج العلاقات البنائية لـ Plaine (بلين) وآخرون (2003):

وضع هذا النموذج بهدف دراسة العلاقة البنائية بين الإحترق النفسي (الإستنزاف الإنفعالي- تبدل الشعور الشخصي- تدني الإنجاز الشخصي) وإستراتيجيات المواجهة، وكذلك العلاقة بين مكونات الإحترق النفسي. يقدم هذا النموذج وصفا للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الإحترق النفسي، الإنجاز الشخصي، ومشاعر الإجهاد من حيث تأثير كل منها على الآخر، فيشير إلى أن بعد الإنجاز الشخصي

يؤثر على الإجهاد الانفعالي، بمعنى أنه كلما ارتفع إنجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد، وكذلك إحساسه بتبدل المشاعر، هذا من جانب ومن جانب آخر يوضح النموذج تأثير إستراتيجيات المواجهة على الإحترق النفسي والتي صنفتم إلى إستراتيجيات فعالة، وأخرى غير فعالة، وأوضح ارتباط إستراتيجيات المواجهة الفعالة بالإنجاز الشخصي، بينما إرتبطت إستراتيجيات غير الفعالة بمشاعر الإجهاد، بمعنى أن هناك نوع من العلاقات المتبادلة بين إستراتيجيات المواجهة بنوعها وبين الإحترق النفسي، كذلك أبعاد الإحترق النفسي ببعضها البعض، وهما بعدي تبدل المشاعر والإجهاد الانفعالي. وبين البعد الثالث للإحترق والذي يدل إرتفاعه على إنخفاض الإحترق النفسي، بينما يدل إنخفاضه على إرتفاع الإحترق النفسي وهو بعد الإنجاز الشخصي. (Anget & Al, 2003,pp46-47)، والشكل التالي يوضح ذلك.

شكل رقم (3): العلاقات البنائية لـ Plaine (بلين) وآخرون (2003) لتفسير عملية الإحترق النفسي.



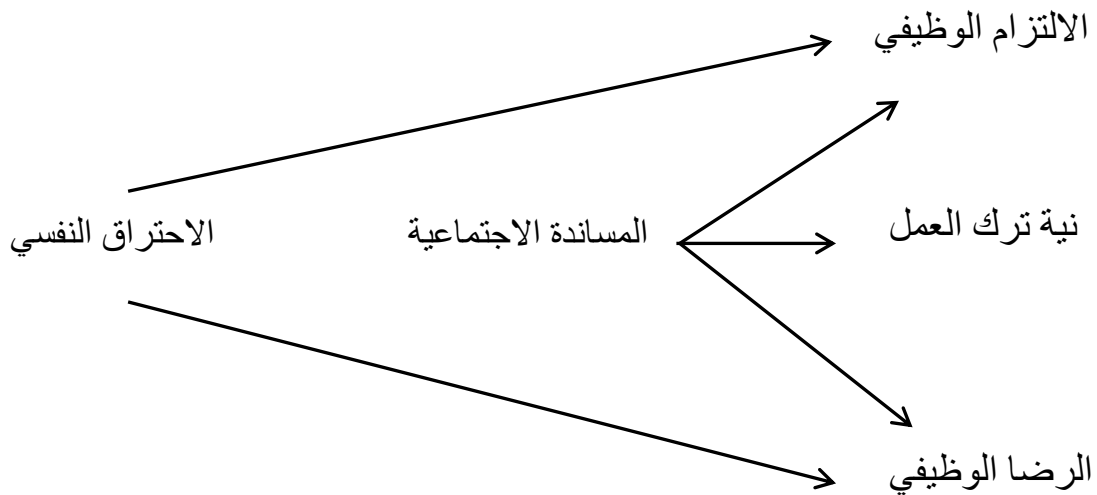
شكل رقم(3): نموذج بلانا و آخرون (Plana et Al,2003) لتفسير عملية الاحتراق النفسي.

4.8. نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية لـ (جين بييري) وآخرون (1988):

هو نموذج لتحديد أحسن مجموعة من المتغيرات المنبئة بالإحترق النفسي، وقد ضم هذا النموذج مجموعتين من المتغيرات البيئية، ركزت المجموعة الأولى على الخصائص التنظيمية الهامة مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية لمكان العمل، مدى فعالية التحكم الشخصي في الموقف المهني، مدى مشاركة الموظف في إتخاذ القرارات، في حين ركزت المجموعة الثانية على المساندة من مصادرها المختلفة: الإدارة، الزملاء، الأصدقاء؛ كما ضم النموذج مجموعة من المتغيرات الشخصية، ركزت المجموعة الأولى على الخصائص الديمغرافية مثل: الجنس وسنوات الخبرة، وركزت المجموعة الثانية على متغيرات شخصية مثل: الكفاءة المهنية وتقدير الذات والمستوى التعليمي. وفي كل مراحل النموذج وجد أن المتغيرات البيئية والشخصية ذات ارتباط دال بإحترق النفسي (نوال بنت عثمان الزهراني، 2008، ص56).

5.8. نموذج الإحترق النفسي ومساندة المشرف:

يمثل هذا النموذج الذي وضعه محمد وحمد (2005) التفاعلات بين الإحترق النفسي ومساندة المشرف ونتائج العمل المتمثلة في الرضا الوظيفي، والالتزام الوظيفي والتوتر المصاحب لنية ترك العمل حيث جاء النموذج كالتالي:



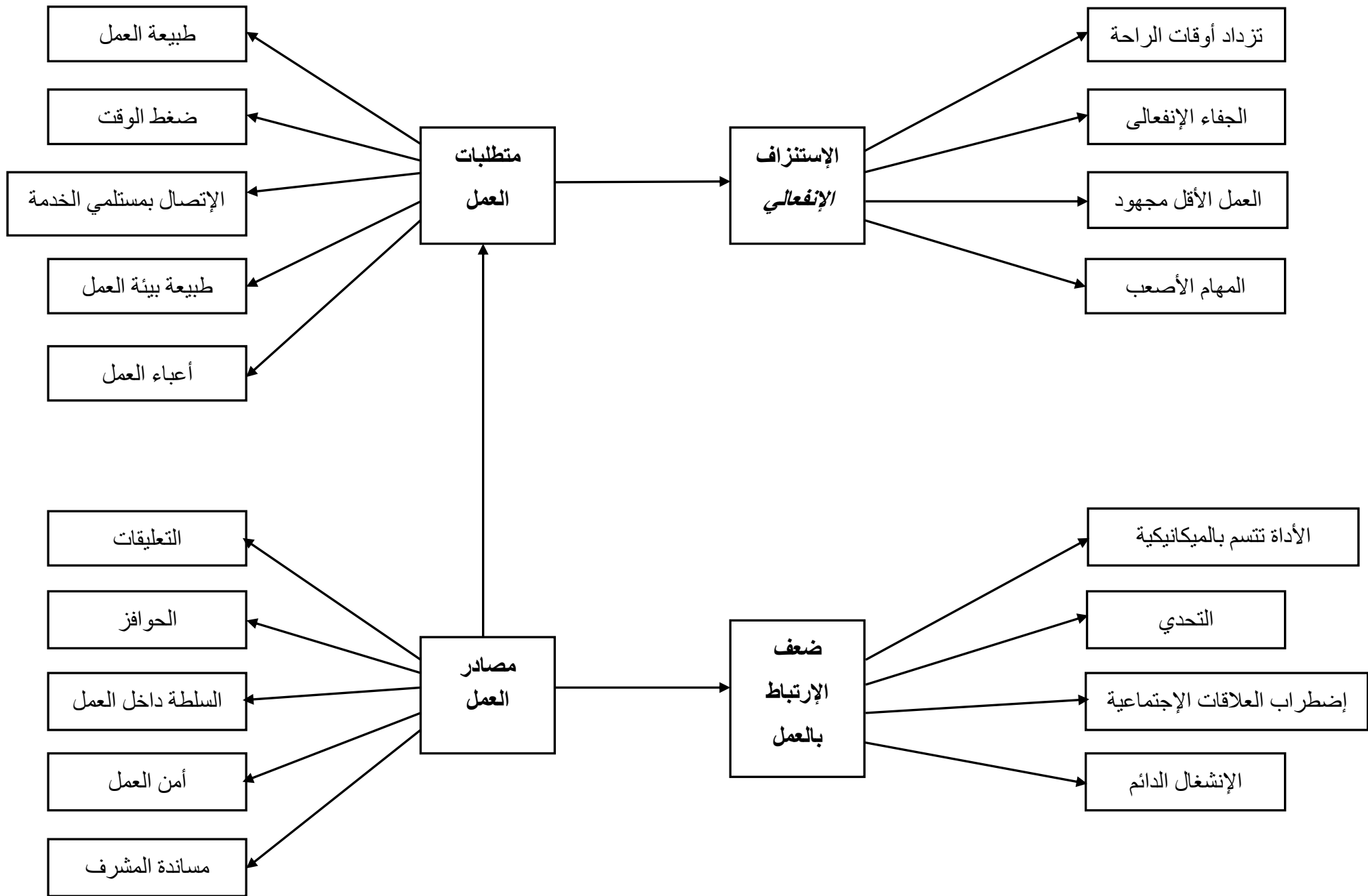
شكل رقم (4): نموذج محمد و حمدي لتفسيرات الإحترق النفسي ومساندة المشرف (Mohamed & Hamdi, 2005)

يفسر النموذج أن الموظفين الذين يواجهون مستويات مرتفعة من الإحتراق النفسي يكون لديهم رضا وظيفي منخفض، والتزام وظيفي وخبرة تنظيمية منخفضة، وتكون لديهم رغبة أعلى لترك العمل، كما أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الموظفين من مشرفهم في العمل تقلل من تأثير خبرة الإحتراق النفسي على الرضا الوظيفي والإلتزام المهني والرغبة في ترك العمل.

6.8. نموذج Baker (بيكر) وآخرون (2001) :

يهدف هذا النموذج لدراسة ظروف العمل ومصادره ومتطلباته كمصادر للإحتراق المتمثلة في بعدين هما الإستنزاف الإنفعالي وضعف الإرتباط بالعمل، ويتمثل هذا النموذج في الشكل التالي:
(Baker & Al, 2001, p499)

شكل رقم (5): نموذج Baker (بيكر) وآخرون (2001) لتفسير الإحتراق النفسي



يفسر هذا النموذج الإحترق النفسي من خلال مرحلتين:

- **المرحلة الأولى:** توضح مصادر الإحترق النفسي والمتمثلة في متطلبات العمل (طبيعة العمل، ضغط الوقت، الإتصال بالمرضى، بيئة العمل، عبء العمل)، وما تؤدي به من متطلبات العمل من إستنزاف إنفعالي، وكذلك مصادر الإحترق النفسي المتمثلة في مصادر العمل (التعليقات، الحوافز، السلطة داخل العمل، أمن العمل، مساندة المشرف)، وما تؤدي به مصادر العمل من عدم إرتباط بالعمل.
- **المرحلة الثانية:** توضح تبعات الاستنزاف الانفعالي مثل (شعور العامل أن المهام أصبحت أصعب، طلب أوقات العمل أطول للإستراحة، الجفاء العاطفي، الشعور بالإجهاد لأقل جهد) إضافة لتبعات عدم الإرتباط بالعمل مثل (القيام بالعمل بصورة ميكانيكية تتسم بالتحدي)، ظهور إضطرابات في العلاقات الاجتماعية داخل العمل، شعور العامل بأنه أكثر انشغالا.

من خلال عرض هذه النماذج يلاحظ أن نماذج الإحترق النفسي تطورت من مجرد التركيز على السمات النفسية وضغوط الظروف المحيطة بصورة منفصلة إلى المزج بين كافة المفاهيم التي تركز على دور العلاج والإستعداد الداخلي للأفراد.

9. آثار الإحترق النفسي:

إن الإحترق النفسي ما هو إلا إنعكاس ورد فعل لظروف العمل غير المحتملة والعملية تبدأ عندما يشتكى المهني من الإجهاد من النوع الذي لا يمكن تقليله والتخلص منه عن طريق أسلوب المشكلات والتغيرات في الاتجاهات، وأنواع السلوك المصاحبة للإحترق النفسي توفر هروبا نفسيا وتحمي الفرد من تردي حالته الى أسوأ من ناحية الضغط العصبي، ويمكن حصر الآثار التالية للإحترق النفسي:

(نوال بنت عثمان الزهراني، 2008، ص36).

- تقليل الإحساس بالمسؤولية .
- تمتاز العلاقة مع العميل بالبعد النفسي .
- استنفاد الطاقة النفسية.
- التخلي عن المثاليات و زيادة السلبية في الشخص.
- لوم الآخرين في حالة الفشل .

- نقص الفعالية الخاصة بالأداء.
 - كثرة التغيب عن العمل و عدم الاستقرار الوظيفي.
- ولقد أشار Martin (مارتن) (1993) إلى أن الإحترق النفسي يؤدي إلى التغيير الاجتماعي الذي يمثل القطيعة، عدم التنظيم وبحث العامل عن توازن جديد عن طريق التحول المتواصل من وظيفة لأخرى أو التغيير من مراكز العمل، فالإحترق النفسي يدخل العامل في حالة من التشتت والشك، العجز عن تحقيق الاهداف المسطرة الشعور بالملل و انخفاض الدافعية للإنجاز (Martin,1993).
- كما أشار Mongin (مونجان) (1993) إلى أن الاحترق النفسي يمكن أن يؤدي إلى الإدمان، العنف الموجه نحو الذات، كثرة المطالب و الشكاوي المتكررة (In : Martin,1993)
- وحسب Bataille (باطاي) (2013) فإن الإحترق يؤثر على كل الجوانب حياة الفرد (الممرض) فتظهر لديه إضطرابات القلق كما يؤدي إلى تشتت العامل وإضرابه بحيث يفقد القدرة على التركيز، ضعف الذاكرة، إنخفاض القدرات المعرفية والقدرة على اتخاذ القرارات والشعور المتزايد بالانفصال عن المحيط الاجتماعي والمهني، ويطلق على هذه الحالة (التواجد) بمعنى يكون العامل حاضر جسديا لكنه غائبا ذهنيا، تمثل الحالة (18%) إلى (60%) من المشاكل المرتبطة بصحة العمال.
- ويؤكد كل من Mesters (ميسترز) و Peters (بيترز) (2007) على أن آثار الإحترق النفسي لا تمس فقط الفرد (العامل) بل تتعدى لتشمل المحيط العائلي، زملاء العمل والمنظمة أو المؤسسة التي يعمل فيها.
- وحسب دراسة Mallay (مالاي) (2000) فإن الإحترق النفسي يمكن أن يؤدي بالمرضى إلى إستعمال العنف الموجه نحو المريض بكل أشكاله، خاصة عند ما يكون هناك نقص في الموارد البشرية وتنامي عبء العمل.
- وقد أكد Dolaz (دولاز) (2005) من خلال المقابلات والإجتماعات التي أجراها مع (100) ممرض إلى أن الإحترق النفسي يؤدي إلى تغيير في المعتقدات إتجاه الذات والمحيط الذي يعيش فيه والهوية المهنية فبعض الحالات تصبح ضائعة محبطة، عدوانية ولا تعرف دورها المهني، إضافة إلى إنغلاق الغير موضوعي عن الحياة، وسوء المعاملة التي ترتبط بظروف العمل الصعبة، المشاكل المتعلقة بالمؤسسة الاستشفائية، ووضعيات العمل الشاقة كالتكفل بالمرضى المدمنين وذوي الحالات الحرجة.

ويشير Colombot (كولومبو) وآخرون (2011) إلى أن الإحترق النفسي يؤدي بالمرضى إلى حالة من الهشاشة النفسية والجسمية الحادة، اضطرابات في مستوى العلاقات الاجتماعية، هذه الحالة لا تسمح لهم بتحمل مسؤوليات أدوارهم المهنية، مما يؤدي بهم إلى اضطرابات مختلفة كنقص الانتباه والشعور العميق بخطر الوقوع في الأخطاء الطبية والتعرض لحوادث العمل، والمواقف السلبية والصراعات العائلية.

كما أكدت دراسة Cherkoui (شوركوي) وآخرون (2012) على أن النتائج السلبية للإحترق النفسي تمس الجوانب الانفعالية النفسية الجسدية، السلوكية، المعرفية، والاجتماعية، فهذه الظاهرة تترك آثار نفسية عميقة على المرضى، وتؤدي إلى تبنيهم مواقف وسلوكيات تنظيمية يسودها الخلل مثل سوء الخدمات المقدمة للمرضى، التغيب المتزايد وانخفاض مردودية جماعة العمل. وتضيف كل من (ماسلاش) و(ليتر) آثار أخرى للإحترق النفسي، التي منها: القرحة، تشدات عضلية، الغثيان، الدوار، الهيجان، المشاكل الجنسية، فقدان الوزن المتواصل، الإصابة بالسكري، ضيق التنفس، إرتفاع نبضات القلب وخطر التعرض لإصابة بمرض الربو (Maslach et Leiter, 2008).

و الجدول التالي يوضح الآثار الفسيولوجية للإحترق النفسي على كل من أجهزة الجسم المختلفة.

جدول رقم(02): الآثار الفسيولوجية للإحترق النفسي على كل من أجهزة الجسم المختلفة (Beech & al, 1982, p12)

أجهزة الجسم	الآثار التي يسببها الإحترق النفسي
جهاز الأوعية الدموية و القلب	أمراض الشريان، اضطرابات القلب، زيادة ضغط الدم
الجهاز الحركي	الروماتيزم، أمراض التهاب الأنسجة
الجهاز التنفسي	الربو
الجهاز العضلي	توتر العضلات، ضيق تجويف الصدر، تقلصات في البلعوم، آلام الظهر، توتر في الرقبة
الجهاز المناعة	نقص المقاومة، أمراض التسمم
الجلد	الإكزيما، حب الشباب، التهاب الأعصاب
الجهاز الهضمي	الأمراض المزمنة والحادة، الإسهال، الإمساك، التهاب القولون
الجهاز التناسلي	البرود الجنسي، العجز الجنسي
الجهاز البولي	غزارة البول

10. قياس الإحترق النفسي:

لقد ميز هشام إبراهيم (2001) ثلاث مداخل أساسية لقياس الإحترق النفسي، وهي: (العزيم وردة، 2016، ص ص، 112-113)

1.10. المدخل الفيسيولوجي:

يستدل فيه على الإحترق النفسي من خلال التغيرات الفيسيولوجية التي تحدث للفرد، نتيجة مروره بخبرة الإحترق النفسي، ومن هذه التغيرات التي وردت في التراث السيكلوجي: زيادة ضغط الدم، الشعور بإعياء، صداع الرأس، الإضطرابات المعوية.

إن الإعتقاد على المدخل الفيسيولوجي لقياس الإحترق النفسي غير دقيق، لما يتعرض له هذا المدخل من إنتقادات كثيرة منها: إن التغيرات الفيسيولوجية قد تكون مرتبطة بالموقف الذي يمر به الفرد وحالته النفسية والصحية، ولا يكون بالضرورة سببا لخبرة الإحترق النفسي التي يمر بها الفرد أو يشعر بها.

2.10. المدخل النفسي الإنفعالي:

يستدل فيه على الإحترق النفسي من خلال التغيرات النفسية الإنفعالية التي تحدث نتيجة مرور الفرد بخبرة الإحترق النفسي، ومنها الحالة المزاجية المتغيرة وقابلية عالية للإنفعال، وإستجابات الإحباط والقلق والكآبة والتشكيك في الآخرين ومظاهر الغضب (اليأس، التهيج الإنفعالي، الملل والتوتر)، ويصاحب ذلك عدم الراحة النفسية وانخفاض في تقدير الذات، مفهوم الذات سالب.

3.10. المدخل السلوكي:

يستدل فيه على الإحترق النفسي بإستخدام هذا المدخل من خلال مجموعة الإستجابات السلوكية، التي تعد مؤشرا للإحترق النفسي، مثل التدهور في أداء العمل، التدهور في العلاقات الإجتماعية بين الأفراد، وحب العطل والإجازات التي قد تتطور إلى ترك العمل نهائيا.

11. الإحترق النفسي لدى الممرضين:

لقد صنفت منظمة العمل الدولية مهنة التمريض من أكثر المهن المسببة للضغوط، هذا وتعد المستشفيات ضمن أعلى البيئات الضاغطة في المجتمع، حيث يتعرض الممرضين لخبرات ومواقف سلبية متنوعة ترتبط بمهنة التمريض، وتتعكس على إتجاهاتهم وعواطفهم نحو المرضى والعمل، وتؤثر على قدراتهم على الإنجاز، وبالتالي تسبب لهم ما يعرف بالإحترق النفسي، هذا الأخير الذي ينتج عن زيادة متطلبات وظروف العمل، قد يفسر الصعوبات التي تواجه الممرضين في هذا المجال، لما يرتبط

بها من سلبيات وفشل في سلوكيات التكيف والتي تشير إلى محاولة الفرد السيطرة على التحديات والظروف الصعبة، وكما أشار التراث العلمي فإن درجة الإحترق النفسي تتأثر بشكل واضح بنوعية الأفراد (المرضى) الذي يتعامل معهم الممرض ،وعلاقته بزملائه وعائلات المرضى ،والإدارة، والظروف الفيزيائية المحيطة به، إضافة إلى خبرته في مهنة التمريض ،حيث تمثل كلها مصادر مهمة لظهور أعراض الإحترق النفسي(حلي مصطفى، 2016، ص 115).

1.11. أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين:

يمر الممرض بأبعاد الإحترق النفسي المتمثلة في: الإجهاد الإنفعالي، وتبدل الشعور، والشعور بتدني الإنجاز، ويوصف الإجهاد الإنفعالي بأنه الحالة النفسية للممرض التي تتسم باستنزاف قدرته وإنعدام طاقته مما يفقده المقدرة على المحافظة على التوازن النفسي (العزیز وردة، 2016، ص 30).

وينعكس ذلك بإظهار الممرض درجات عالية من الإجهاد النفسي بسبب العمل وشعوره بالعجز واليأس وتقديره منذ البداية، الأمر الذي يجعل الإجهاد الإنفعالي أكثر الأعراض مساهمة في الإحترق النفسي لدى الممرضين. أما تبدل الشعور فيصف إتجاهات الممرضين السلبية نحو عملهم والمرضى وزملائهم، حتى عائلات المرضى، وتحدث حالة تبدل الشعور كنتيجة طبيعية لمحاولة الممرض المتكررة للتكيف مع ما يعانیه من إجهاد الإنفعالي، فيحاول الإبتعاد عن كل ما قد يعرضه للتوتر النفسي ويسيطر على الممرض شعور عدم الإكتراث والنفور ممن حوله وتتطور لديه إتجاهات نحوهم تتسم بالسلبية. ويعبر الإنجاز الشخصي عن ميل الممرض إلى تقييم نفسه سلبيا أدنى مما يجب، وعدم الرضا عما يحققه من إنجازات في مهنته ويرافق ذلك إنعدام الثقة في قدراته العملية (Maslash, Schaufeli & Leiter 2001).

2.11. آثار الإحترق النفسي لدى الممرضين:

حسب Mallay (مالاي) (2000) فإن الإحترق النفسي يمكن أن يؤدي بالممرضين إلى إستعمال العنف الموجه نحو المرضى بكل أشكاله، خاصة عندما يكون هناك نقص في الموارد البشرية وتنامي عبء العمل. وتوصل Dolaz (دولاز) (2005) من خلال المقابلات والإجتماعات التي أجراها مع (100) معالج إلى أن الإحترق النفسي يؤدي إلى تغيير في إتجاه الذات والمحيط الذي يعيش فيه والهوية المهنية، فبعض الحالات تصبح ضائعة، محبطة، عدوانية لا تعرف دورها المهني، إضافة إلى الإنغلاق الغير الموضوعي عن الحياة ، وسوء المعاملة التي ترتبط بظروف العمل الصعبة، المشاكل

المتعلقة بالمؤسسة الإستشفائية، وضعيات العمل الشاقة كالتكفل بالمرضى المدمنين وذوي الحالات الحرجة، وعادة ما ترتبط سوء المعاملة هذه بإعتداء مباشر من طرف المعالجين على المرضى، فهي تتعلق بحالات الإهمال، الشتم، سلوكات التجنب، عدم الإستماع للآخرين، إنخفاض جودة الرعاية، التسرع والتصرفات الغير مهنية من طرف الممرضين إتجاه مرضاهم كربط المريض بالسرير دون وجود ضرورة لذلك، إستعمال الحفظات عوض أخذ المريض إلى المرحاض أو تركه عدة ساعات في فضلاته، إضافة إلى النظرة الإقصائية إتجاه المرضى بحيث لا يعاملوهم كأشخاص يحتاجون لرعاية صحية وإنما كأطفال لا بد من التعامل معهم بصرامة (نقلا عن: حلي مصطفى، 2016، ص 115).

لكن ليس بالضرورة كل ممرض مصاب بالإحترق النفسي مسيء للمعاملة فلا بد من الإشارة إلى أن هذه الحالة لا يشعر بها الممرضين (بدون وعي) إتجاه المرضى حتى ولو كان الممرضين يدركون بأن هذا ليس أفضل ما يفعلونه. كما يشير Colombat (كولومبو) (2011) إلى أن الإحترق النفسي يؤدي بالممرضين إلى حالة من الهشاشة النفسية والجسمية الحادة، إضطرابات في مستوى العلاقات الإجتماعية، هذه الحالة لا تسمح لهم بتحمل مسؤوليات أدوارهم المهنية، مما يؤدي بهم إلى إضطرابات مختلفة كنقص الإنتباه والشعور العميق بخطر الوقوع في الأخطاء الطبية والتعرض لحوادث العمل، المواقف السلبية والصراعات العائلية. وفي نفس السياق أكد Cherkaoui (شوركوي) (2012) على أن النتائج السلبية للإحترق النفسي تمس الجوانب الإنفعالية، النفسية، الجسدية، السلوكية، المعرفية والإجتماعية، فهذه الظاهرة تترك آثار نفسية عميقة على الممرضين وتؤدي إلى تبنيهم مواقف وسلوكيات تنظيمية يسودها الخلل مثل الخدمات المقدمة للمرضى، التغيب المتزايد وإنخفاض مردودية جماعة العمل (نقلا عن: حلي مصطفى، 2016، ص 116).

وعليه يترك الإحترق النفسي لدى الممرضين آثار وخيمة تؤثر سلبا على المجتمع ككل فهو يمس صحة العامل النفسية والجسدية ويؤدي به إلى حالة من العدوانية، التجنب، اللامبالاة، الوقاحة وسوء معاملتهم للمرضى والأشخاص المحيطين بهم، وهذه الحالة ما هي إلا نتاج عدم الرضا الوظيفي للممرضين نتيجة مجموعة من العوامل المرتبطة بمحيط العمل. تمس أيضا هذه الآثار المؤسسات الصحية، إذ تكثر حالات التعب والتهرب الوظيفي، إنخفاض أداء الممرضين وفعاليتهم المهنية، الوقوع في الأخطاء الطبية، إضافة إلى العطل المرضية نتيجة التعرض لحوادث العمل أو إضطراب

الصحة النفسية والجسمية، كل هذه الظروف تؤثر لا محالة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بصفة خاصة ولأفراد المجتمع بصفة عامة.

3.11. كيفة التغلب على الإحترق النفسي لدى الممرضين:

إن الإحترق النفسي يمثل مشكلة لها تبعات تصيب الفرد الممرض لذلك من الأجر بنا محاولة تقديم بعض الطرق لمنع الفرد التعرض له ومواجهته و التخفيف من آثاره، وهذا يكمن من خلال تقديم برامج تعمل على تعزيز الممرضين على التعامل مع الاستراتيجيات، وإعادة هيكلة بعض الأنظمة التي تحتاج لذلك، حيث يرى Paine (باين) أنه لكي تكون أكثر دقة و جدية في التعامل مع مشكلات الإحترق النفسي يجب أن نضع استراتيجيات على عدة أصعدة، ولخصها في أربع مواقع هامة للتدخل: (Paine, 1982, p197)

- **الفرد:** هذه التدخلات تهدف إلى تعزيز ودعم القوى والقدرات الفردية للتعامل مع الضغوط الناشئة عن العمل.
- **العلاقات الشخصية:** تهدف المحاولات في هذا المستوى إلى تعزيز ودعم العلاقات بين الأفراد، وكذلك آليات العمل الجماعي سواء لتخفيف وطأة الضغوط النفسية أو لدعم القدرات الفردية للتعامل مع هذه الضغوط.
- **أماكن العمل:** يشتمل على إعادة هيكلة ظروف بيئة العمل مما يهدف إلى الحد من الضغوط أو التخلص منها تماما.
- **المنظمات:** يشتمل على التغييرات في السياسات والإجراءات التي تهدف إلى التفاعل مع العوامل التنظيمية التي تتسبب بالإحترق النفسي.

في حين يشير الفرح (2001) بعد تلخيصه للعديد من آراء الخبراء في التعامل مع الإحترق النفسي من أجل التخلص منه إلى منحنين هما: (صلاح الدين البخيت وزينب الحسن، 2011، ص ص 27-28).

أ- **المنحنى الوقائي:** من أجل الوقاية من الإحترق النفسي يشترط النقاط التالية:

- 1- الاختيار المناسب للموظفين أو العاملين (الممرضين).
- 2- نشر الوعي والتدريب والتعليم في بيئة العمل.
- 3- إستخدام الحوافز المادية والمعنوية.
- 4- تشجيع اللياقة الصحية والبدنية.

- ب- المنحنى العلاجي: من أجل العلاج من ظاهرة الإحترق النفسي يشترط النقاط التالية:
- 1- تحسين مناخ العمل: وذلك من خلال توفر فرصة للترقية والمكافآت وفرص التقدم، وتوضيح الحقوق والواجبات والمهام والتوقعات لتجنب الصراعات والنزاعات المختلفة.
 - 2- توفير المؤازرة الإجتماعية: من خلال توفير علاقات إجتماعية إيجابية بين الممرضين لتبديد الشعور بالوحدة والعزلة.
 - 3- توفير برامج الإرشاد النفسي: لتحقيق النمو النفسي السليم و التغلب على المشكلات النفسية والاجتماعية، التي تعيق التكيف المهني والاجتماعي.
- وحسب كل من Schraub (شروب) و Marx (ماركس) (2004) فإن أساليب التغلب على الإحترق النفسي عند الممرضين تشمل المستوى الفردي، المستوى الجماعي، والمستوى المؤسساتي.
- **المستوى الفردي:** يتعلق بشخصية الفرد، فعلى العامل السعي إلى تحسينها من خلال:
 - تحديد و تصنيف أولوياته وفقا لطبيعة العمل ومحيطه.
 - قبول فكرة فقدان المرضى أي حالات الموت.
 - إدراك طبيعة علاقة الممرض - مريض.
 - العمل على تحسين نمط الحياة من خلال الحدّ من إستهلاك الكحول والتدخين.
 - تنظيم أوقات الراحة والترفيه.
 - تنظيم النشاط الفيزيائي من خلال ممارسة مختلف الأنشطة الرياضية.
 - **المستوى الجماعي:** يتمثل هذا المستوى في مشاركة الممرض في جماعات الحوار والنقاشات الأخلاقية التي يمكن أن تعزز من التواصل بين الممرضين في المصالح الإستشفائية.
 - **المستوى المؤسساتي:** هي خطوات تتبناها المؤسسة الإستشفائية وتتمثل في:
 - العمل على تعزيز قنوات الإتصال بين مكونات المؤسسة الإستشفائية.
 - توجيه مقدمي الرعاية الصحية من خلال دورات تكوينية ذات طابع توعوي، بهدف وضع الممرض في وضعية تسمح له بإدارة ومقاومة الضغوط المرتبطة بالمهنة.
 - تحسين ظروف العمل من خلال التقليل من عبء العمل وتجنب وضعيات العمل الشاقة وعدم التدخل في صلاحيات الممرض.

كما أكد كل من Aubry (أوبري) و Couturier (كوتوريي) (2012) على أن الإحترق النفسي لدى الممرضين لا يرتبط فقط بعبء العمل، وإنما أيضا التباعد القائم بين المتطلبات الكمية والنوعية (تباعد بين توقعات العمل وبين الواقع المهني)، وعليه فإن أساليب التغلب على الإحترق النفسي يكمن في محاولة التقليل من هذا التباعد مع إعطاء إستقلالية أكثر للممرضين في العمل، كما أنها تزويدهم بمختلف المعطيات حول المهنية يمكن أن يقلل من خطر إصابتهم بالإحترق النفسي.

وقدمت أيضا يسرى ماليل صباح (2012) مجموعة من الإجراءات والتقنيات التي يجب الإعتماد

عليها بهدف التقليل من الإحترق النفسي عند الممرضين وهي كما يلي:

- يجب على جميع مكونات المنظومة الصحية إدراك محدودية القدرات الشخصية وإمكانيات مقدمي هذه الرعاية.

- التوجيه وتوفير المعلومات والمعطيات اللازمة، التي تساعد الممرضين على التعرف على مهامهم ومتطلباتهم.

- الراحة وتوفير البيئة الداعمة، التي تعتبر أحد العوامل الأساسية التي تقلل من الإجهاد الانفعالي في العمل.

- خلق ثقافة تنظيمية يستطيع الأشخاص من خلالها التكلم بحرية ومشاركة مشاكلهم، مع إتاحة الفرصة لهم للمشاركة في اتخاذ القرارات.

- القيام بالتمارين الرياضية وتخصيص وقت للأنشطة الثقافية والإجتماعية والترفيهية.

خلاصة الفصل:

تبين من خلال هذا الفصل الخاص بالإحتراق النفسي كيف أن هذا المصطلح لاقى إقبالا كبيرا من طرف الباحثين والمختصين، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أهمية دراسة هذا الموضوع، حيث أن الدراسات بينت إرتباطه بالعديد من المتغيرات التي لها تأثير على سلوكيات الممرض، والتي تؤثر لا محال على مخرجات المؤسسة الإستشفائية.

إن إعطاء الأهمية للوقاية من الإحتراق النفسي أولا ثم العلاج منه ثانيا، يعتبر عملية أساسية تجعل الممرض يحس بكل أريحية ويتمتع بصحة نفسية جيدة وهو يؤدي مهامه النبيلة.

ولهذا نرى من الضروري أخذ الإجراءات اللازمة والتي من شأنها مساعدة الممرض على التكيف ومواجهة الإحتراق النفسي، وبذلك نضمن الأداء الجيد للممرض الذي سينعكس على صحة وسلامة المريض.

الفصل الثالث

الضغوط المهنية

تمهيد

أولاً: مفهوم الضغط

1. لمحة تاريخية عن مصطلح الضغط
2. تعريف مفهوم الضغوط المهنية
3. النظريات المفسرة للضغوط المهنية

ثانياً: مفهوم الضغوط المهنية

1. تعريف الضغوط المهنية
2. مراحل الضغوط المهنية
3. أنواع الضغوط المهنية
4. النماذج النظرية المفسرة للضغوط المهنية
5. مصادر الضغوط المهنية:
6. الآثار المترتبة عن الضغوط المهنية

خلاصة الفصل:

تمهيد:

عندما نتحدث عن الضغوط فإننا نعني بذلك قضية لازمت الإنسان منذ وجوده على الأرض، فقد وجد ليعمل و كان هذا العمل و لايزال مصدر للشقاء، و قد ترتب عن هذا العمل و ما صاحبه من شقاء مواجهة الإنسان للعديد من المخاطر و التحديات في حياته التي كانت سببا في هاته الضغوط، حيث استطاع الإنسان أن يتكيف مع بعضها و يسخر بعضها لصالحه، في حين بعضها الأخر قاسيا و شديدا ترتب عنها في بعض الأحيان تعاسته و شقاءه.

تعد ضغوط العمل ومصادرها وآثارها على العاملين في التنظيمات المختلفة أحد الموضوعات التي إستحوذت على إهتمام الباحثين والدارسين في هذا المجال، وذلك للتأثير المباشر وغير المباشر التي تسببه ضغوط العمل ومصادرها المختلفة سواء منها المتعلقة بالفرد نفسه أو المتعلقة بالوظيفة، حيث يتعرض العاملون في القطاعات المهنية والأعمال المختلفة لدرجات متباينة من الضغوط المهنية التي تؤثر على صحتهم النفسية وتنعكس على أدائهم، ومن ثم تنعكس على مدى تحقيق أهداف المؤسسة التي يعملون فيها .

فالإنسان وقدرته على التعامل مع متطلبات العمل تلعب دورا حاسما في الوصول إلى أفضل النتائج، إذ أنه مهما توفرت الأجهزة والتقنيات الحديثة يبقى الاعتماد الأساسي في تحقيق أهداف أي مؤسسة مرهون بالعقل البشري و الناحية النفسية للإنسان الذي يعمل فيها.

أولاً: مفهوم الضغط

1. لمحة تاريخية عن مصطلح الضغط:

يرى Lazarus (لازاروس) (1996) أن الأدبيات المعنية بهذا المصطلح ترى أن نشأة مفهوم الضغط يرتبط تاريخياً بميدان الهندسة، وهي تعني الاستخدام العلمي قوة خاصة، أو تأكيد لكلمة أو فكرة خلال الكلام أو الكتابة. فمفهوم الضغط الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي تمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية حينما كان يشير إلى الضغط (press) والعبء (load)، فهو بهذا المفهوم الفيزيائي يعني المضاعفات التي تؤثر في حركة ضغط الدم في الجسم أما في مفهوم علم النفس فإن الضغوط تعني المطالب التي تجعل الفرد يتكيف و يتعاون لكي يتلاءم مع من حوله و تتمثل الضغوط النفسية في القلق و الإحباط و الصراع و النزاع و الشعور بالألم (نقلا عن: ناصر العدلي، 1993، ص 131).

فلقد عرف مصطلح الضغط عدة تسميات قبل أن يستقر على الصيغة التي يعرف بها الآن (Stress) وقبل أن يصل إلى هذه التسمية كان يعرف خلال القرن الرابع عشر الميلادي باسم مصطلح الصلابة (Hordship) والعسر والضراء (Adversity)، والكرب (Affliction)؛ كما استخدم بشكل كبير في القرن السابع عشر بمعنى المشقة والشدة والمحنة أو الأسى. وشاع استخدامه في القرن الثامن عشر بمعنى القوة والإجهاد. وفي أواخر القرن التاسع عشر استخدم Hooke (هوك) عبارة الضغط في سياق العلوم الطبيعية (نقلا عن: بوروي رجاح فريدة، 2012، ص 213).

ولقد إستطاع مصطلح الضغط أن يحتل مكانا واسعا ومجالا محددًا خاصا به في الأبحاث السيكولوجية بعدما كثرت الدراسات حوله وتداول استخدامه عند الباحثين، وغطى بذلك مجالاً كانت تغطيه من قبل عدة مصطلحات أخرى مثل القلق، الصراع والإحباط والاضطراب الانفعالي، والصدمة والاعتراب والشذوذ (نقلا عن: بوروي رجاح فريدة، 2012، ص 213).

وإذا كان هناك اتفاق بين العلماء والباحثين حول المعنى العام للمصطلح (Stress) ومدلوله العلمي في المجال النفسي - وإن اختلفت تعاريف الباحثين له - إلا أن هذا الاتفاق لم يرق إلى المستوى المطلوب حول الترجمة المناسبة لهذا المصطلح عند الباحثين العرب، حيث نجد اختلافاً كبيراً بين هؤلاء في ترجمتهم لمصطلح (Stress)، حيث أنه ترجم لعدة مصطلحات في اللغة العربية، منها: الإنعصاب، الإجهاد أو الشدة، والضغط والمشقة، حيث يتمسك بعض مترجميه بالإنعصاب وهي الترجمة التي قدمها

يوسف مراد في مؤلفاته وعباس محمود عوض في كتابه (القياس النفسي بين النظرية والتطبيق). ونفس المصطلح استعمله احمد عبد الخالق في كتابه: "الأبعاد الأساسية للشخصية" عام (1983) وكذلك في كتابه المعنون "أسس علم النفس" عام 1990. كما ترجمه عبد الغفار الدمياطي وماجدة حامد وحسن علي حسن في ترجمتهم لكتاب Coles (كولز) المعنون: "المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي" والذي راجعه أحمد عبد الخالق (1992). واستعمل مجدي محمد عبد الله (2000) في كتابه "علم النفس المرضي" مصطلح الإنعصاب ليدل على الضغط (نقلا عن: بوروي رجاح فريدة، 2012، ص 215).

في حين استخدام البعض مصطلح الإجهاد أو الشدة. واستعمله أنطوان ألهاشم (1997)، في ترجمته لكتاب Stora (ستورا) والمعنون بـ "Stress". وهناك من يستعمل مصطلح الضغط أو الضغوط لدلالة على مصطلح (Stress) ومنهم: طلعت منصور، وفيولا الببلاوي (1989) في ترجمتهما وتعريبهما للمقياس الأكثر استخداما في قياس الضغوط والمعروف باسم "مقياس الضغوط النفسية للمعلمين" من إعداد الباحث Fimian (فيميان). إضافة إلى أن إبراهيم عبد الستار (1992) استعمل مصطلح الضغوط في مقال له بعنوان "الضغوط النفسية في الصحة والمرض" كما استخدمه كل من حمدي الغرماوي، ورضا عبد الله أبو سريع (1994) في ترجمتها لكتاب: "الضغوط النفسية" لصاحبه Fontana (فونتانا)، إضافة إلى عبد الرحمان الطريري (1994) الذي استعمل المصطلح نفسه في كتابه: "الضغط النفسي" كما نجد هارون توفيق الرشيد (1999) استعمل مصطلح الضغط في كتابه: "الضغوط النفسية"، والمصطلح نفسه اعتمده فارس حلمي (1999) في ترجمته لكتاب: "المدخل إلى علم النفس الصناعي والتنظيمي" لمؤلفه Riggio (ريجيو). والمصطلح نفسه استعمله علي عسكر (2000) في كتابه: "ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" والمنحى نفسه أخذه شاعر عبد الحميد (2000) في ترجمة لكتاب: "سيكولوجية فنون الأداء" Wilson (ويلسون). والمصطلح نفسه استعمله فاروق السيد عثمان (2001) في كتابه: "القلق وإدارة الضغوط النفسية" والشيء نفسه بالنسبة لسمير شيخاني (2003) في كتابه: "الضغط النفسي" بالإضافة إلى زينب شقير (2005) في كتاب لها بعنوان: "الشخصية السوية والمضطربة" (نقلا عن: بوروي رجاح فريدة، 2012، ص 216).

وهناك من يستعمل مصطلح الإجهاد أو المشقة أو الإنعصاب تارة، ومصطلح الضغط تارة أخرى، كما هو الحال عند حسن مصطفى عبد المعطي الذي استخدم في (1989)، مصطلح الإنعصاب في مقال له بعنوان: "الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين"، في حين استخدم في (2006) مصطلح الضغط في كتابه: "ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها". وفي التوجّه ذاته، نجد جمعة

سيد يوسف، قد استخدم عام (1994) مصطلح المشقة كترجمة لمصطلح (Stress) في دراسته المعنونة: "الفروق بين أفراد نمطي السلوك (أ-ب) من الجنسين في تقدير حياة المثيرة للمشقة"، وفي عام (2001) استعمل مصطلح الضغوط للإشارة إلى مصطلح (Stress) في كتابه: "النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية". ونجد كذلك تغزي محمد الذي استعمل مصطلح الإجهاد عام (1991) في مقال له بالعنوان نفسه نشر له في مجلة التعريب العدد الأول، واستعمل مصطلح الضغط في (1993) في مقال له بعنوان: "الضغط النفسي" المنشور في مجلة علم النفس وقضايا المجتمع المعاصر المغربية. ونفس الاستخدام قام به الهاشمي لوكيا في العديد من مقالاته، فأحيانا يستعمل الإجهاد وطورا يستخدم الضغط النفسي. في حين تجمع انتصار يونس عام (2000) بين الضغط النفسي والتأزم في كتابها: "السلوك الإنساني". كما نجد أن محمد عبد المؤمن حسن يستعمل مصطلح الضغط أحيانا والإنعصاب طورا في كتابه: "مشكلات الطفل النفسية" (نقلا عن: بوروي رجاح فريدة، 2012، ص 216).

ويعترف الباحث وجيه أسعد أحد أبرز المترجمين العرب بالصعوبة الكبيرة التي تواجه الباحث العربي في إيجاد المقابل العربي للمصطلح الأجنبي (Stress)، ويرى أن الكلمة العربية أو مصطلح الضغط النفسي، هي المناسبة لمصطلح (Stress)، نظرا لسهولة تداوله عند القارئ العربي ولانتشار توظيفه في البحوث والدراسات العربية. ورغم ذلك يقر الباحث وجيه أسعد أن كلمة الكرب هي أفضل لفظ عربي لمصطلح (Stress) من الناحية اللغوية والعلمية لأنه ينطوي على معنى الشدة والضيق والضغط وهذا ما جعله عند ترجمته لكتاب "Stress" لصاحبه Stora (ستورا) إستعمال مصطلح الكرب وتحت مصطلح الضغط النفسي، وكأنه لا يجد فرقا بينهما. إلا أن هناك من يستعمل مصطلح الضغط النفسي للدلالة على مصطلح (Pressure) بالإنجليزية والذي يقصد به ضغط، ضيق، تضيق، إلحاح، بدل عن مصطلح (Stress) ومنهم: أسعد رزوق عام (1979) في موسوعته المعنونة بـ: "موسوعة علم النفس"، والاستعمال نفسه يأخذ به عبد المنعم الحنفي عام (1995) في موسوعته النفسية بعنوان: "علم النفس في حياتنا اليومية". والاستعمال نفسه يقدمه إبراهيم وجيه محمود ومحمد عبد الحليم منسي وآخرون عام (2000) في كتابهم: "الصحة المدرسية والنفسية للطفل" (نقلا عن: بوروي رجاح فريدة، 2012، ص 217).

2. تعريف مفهوم الضغوط المهنية:

كلمة ضغط مشتقة من اللغة اللاتينية، و استخدمت في القرن السابع عشر بمعنى: الشدة أو المحنة أو الحزن أو البلاء، و خلال القرنين الثامن و التاسع عشر أصبح يشير إلى القوة أو التوتر أو الضغط. (- فائق فرزي عبد الخالق، 1996، ص 67)

فنذكر مصطلح التوتر (Stress) اشتقت من الاسم اللاتيني (Strictus) بمعنى الشدة (Tight) أو الضيق (Narrow) وهذا الاسم مشتق من الفعل اللاتيني (Stringer) بمعنى سحبه بقوة (To Tighter)، وقد ظهرت كلمة (Stress) لأول مرة في قاموس مفهوم الانفعال (Emotion)، ثم اشتهر بعد ذلك بإسم (Stress) كونه يعبر عن الجوانب السلبية للانفعال و الغضب (يحي عبد الجواد درويش جودة ، 2003، ص 15)

وبالرغم من الاهتمام المتزايد بموضوع "الضغط " وانتشار هذا المصطلح في أيامنا هذه، فإنه يتعرض للخلط و سوء الفهم و تباين مفهومه بين شخص و آخر، ولما كان الموضوع يمثل أحد الاهتمامات المشتركة بين الأطباء والمهندسين وعلماء النفس، والإجتماع والفيسيولوجيين ورجال الإدارة، فسوف تختلف وجهات النظر حول مفهومه و من ثم يصعب وضع تعريف له يقبله الجميع.

إلا أنه يمكن القول أن هناك ثلاث اتجاهات لتحديد مفهوم الضغط:

الاتجاه الأول: يتناول الضغط باعتباره أحد المثيرات أو المنبهات الذي يتواجد في بيئة و يحدث تأثيره على الفرد.

الاتجاه الثاني: يرى الضغط هو استجابة الفرد للمثيرات .

الاتجاه الثالث: يتناول الضغط باعتباره التفاعل الذي يحدث بين هذه العنصرين مسببات الضغط و الاستجابات نحوها. (محمد سلطان، 2002، ص 74)

وبالتالي فقد حاولت الكثير من التعريفات الجمع بين هذه الاتجاهات لتشكّل مكونات رئيسية لضغط العمل هي المثير و الاستجابة ، و يتمثل المثير في القوى المسببة و التي تعطي إلى الشعور بالضغط، و الممكن أن ينشأ العوامل المثيرة للضغط من البيئة أو المنظمة أو الفرد، و يتضمن عامل الاستجابة، ردود فعل نفسية أو جسمية أو سلوكية اتجاه الضغط، وقد تكون هذه الاستجابة في صورة الإحباط الذي يحدث لوجود عائق بين السلوك و الهدف الموجه له أو القلق وهو يحدث الضغط النفسي خارج مكان العمل،

فالضغط المرتبط بالنشاطات التنظيمية يسمى بضغط العمل ، بينما ترتبط ضغوط الحياة بالنشاطات العادية. (مصطفى أبو بكر، 2003، ص ص 133-134)

وقد أوضح cox (كوكس) أن الضغوط تظهر في مجموعة من المتاعب التي يقصد بها المواقف التي تخرج من النمط العادي للحياة أو مواقف تعرقل الأنشطة العادية (نقلًا عن: حسن الموسوي، 1998، ص 102).

حيث تعتبر الضغوط حالة ديناميكية يواجه فيها الفرد فرص أو متطلبات مرتبطة بما يرغب به و لكن النتائج المرتبطة بما ندرك على أنها غير مؤكدة و مبهمة (ماجد العطية، 2003، ص 371).
و تعرف أمل الشامات 2004 ضغوط العمل بأنها " موقف أو حالة يشعر فيها الفرد بالقلق وعدم الارتياح الامر الذي يمكن أن يتطور ليتمثل ضغطا على الفرد" (أمل الشامات، 2004، ص 263).

3. النظريات المفسرة للضغوط المهنية :

هناك العديد من النظريات التي حاولت معالجة ظاهرة الضغوط بصفة عامة، وعلى الرغم من إشتراكها في المضمون النظري إلا أنها اختلفت في الإتجاه الذي سلكته كل نظرية، وعليه سيتم التطرق إلى البعض منها:

1.3. النظرية الفيزيولوجية:

تعتبر هذه النظرية من أقدم النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الضغوط المهنية، حيث يرجع مصطلح الضغط للباحث الكندي المختص في الغدد Hans selye (هانز سيلبي)، وقد شرح نظريته في كتابه " ضغوط الحياة " الذي ألفه (1956) عندما كان طالبا في كلية الطب (In : Brodsky,1988 ,p108).

تحدث فيه عن جملة من أعراض التكيف، وهي مجموعة من الأعراض والتغيرات التي تحدث عندما يتعرض الكائن الحي لضغوط شديدة، من أجل تحقيق نوع من التوافق بين الكائن الحي والبيئة الضاغطة (عبد المنعم الحنفي، 1995، ص 125)

حيث بينت دراسة seyle (هانز سيلبي) أن أسلوب مواجهة الإنسان لهذه الأحداث الضاغطة وسوء تكيفه الفيزيولوجي، قد يصبحان مصدر للضغط تنشأ عنهما الأعراض والإستجابات المرضية.

أما عن عوامل الضغط فترجعها هذه النظرية إلى ثلاث عوامل هي: (محمد أحمد نابلي، 1991، ص 258)

- عوامل الضغط الجسدي: مثل الأحداث المزعجة، الحوادث والآلام الجسدية ...

- عوامل الضغط النفسي: مثل القلق، الإنفعال، المخاوف بأنواعها، الإرهاق الفكري.
 - عوامل الضغط الاجتماعية: مثل الصراعات المهنية، والعلاقات الاجتماعية السيئة والعزلة.
- هذا وتعتبر نظرية selye (هانز سيلبي) في الضغوط ذات أهمية خاصة ذلك لأنها نظرية عامة للتفاعل مع الضغوط المتنوعة على مدى الزمن، وتزودنا بتصور عن التفاعل بين العوامل البيئية والجانب الفسيولوجي في علاقتها بأمراض الضغوط.
- رغم أهمية هذه النظرية إلا أنها تعرضت للنقد من بعض الباحثين حيث يرى Berne (بيرن) (1984) أنها تمثل تفسيراً آلياً للضغط، وهي بذلك أغفلت الجانب النفسي للضغط، وأعتبرت أن مصدره دائماً خارجي، بالإضافة إلى أن مفهوم (الزملة العامة) يعتبر الضغط إستجابة، بينما هو ظاهرة متعددة الأبعاد، أي أنه يعني بضواغط العوامل الفيزيوكيميائية والعضوية، أكثر ما يعني بها الأحداث والمواقف الرمزية الاجتماعية، كما أن شمولية الزملة العامة للكيف تقضي إلى أهمية الفروق الفردية في الإستجابة لعوامل الضغوط (نقلا عن: ستورا، 1997، ص 75).

2.3. النظرية السلوكية:

توضح هذه النظرية أن أهم المحددات للخلل الوظيفي البيولوجي أو الوظيفي هو الإستبانة الخاصة للعضو، للمواقف الإنفعالية، وتؤمن هذه النظرية أنه كنتيجة للإرتباط بين الموقف الإنفعالي وإستجابة عضو خاص، ويثير أي موقف ضاغط جديد إستجابة لدى نفس العضو، وعندما يتكرر هذا الموقف لدرجة كافية وشديدة يظهر الخلل الوظيفي أو الإحراج في هذا العضو؛ ومن أحد أصحاب النظرية السلوكية يستخدمون مبدأ التدعيم والتغذية الرجعية لشرح تأثير العوامل السيكلوجية على العلل الجسمية.

ويعتبر Megrath (ميغراث) أول من صاغ نموذجاً في هذا المجال وأسماه نموذج العمليات، ويهتم هذا النموذج بالعمليات التي تحدث أثناء مواجهة أو إستجابة الفرد لمصدر ضغط يرى Megrath وبعض العلماء أن الموقف المجهد أو الضاغط يمر بأربع مراحل على شكل حلقة مغلقة: (p, Brodsky, 1988, In : 108)

- المرحلة الاولى : تربط بين أ و ب و تسمى التقويم المعرفي.
- المرحلة الثانية : تربط بين ب و ج و تسمى اتخاذ القرار.
- المرحلة الثالثة : تربط بين ج و د و تسمى بعملية الاداء.
- المرحلة الرابعة : وتكون بين السلوك و الموقف و تسمى بعملية الحصيلة او النتائج .

كما فسر السلوكيون الضغوط على أنها تنطلق من عملية التعلم التي من خلالها يتم معالجة معلومات المواقف الخطرة التي يتعرض لها الفرد والمثيرة للضغط، وتكون هذه المثيرات مرتبطة شرطيا مع مثيرات حيادية أثناء الأزمة أو مرتبطة بخبرة سابقة حيث يضعها الفرد على أنها مخيفة ومقلقة (النواسيه، 2013 ، ص 19)

وترى السلوكية أن لكل إستجابة مثير، والعلاقة بين السلوك والمثير أما إيجابية أو سلبية، وأن الشخصية عبارة عن منظمات سلوكية متعلقة ثابتة نسبيا، وتتمايز من خلال الأفراد، وأن هناك قوانين تحكم السلوك الانساني كالتعزيز والعقاب والإنطفاء والتقييم، وتعتبر هامة في تعديل السلوك (أحمد العزيز وأحمد أبو أسعد، 2009 ، ص 68).

أما (لازاروس) وهو أحد علماء النفس السلوكيين المعرفيين يؤكد على وجود متغيرات وسيطة تتوسط العلاقة بين الفرد والبيئة، مشددا على العمليات المعرفية، وهو ما يسميها التقييم الاولي والثانوي؛ أما (بانديورا) فيوضح العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة، فالإستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعر الفرد، أيضا تتأثر بطريقة إدراكه للمواقف فالإستجابات السلوكية غير التوافقية الصادرة عن الفرد للموقف الضاغط تكون مفيدة في حل المشكلات والتغلب على المواقف، بل تؤدي إلى تكس الضغوط لديه فسلوك الفرد يتأثر بالبيئة (ماجدة بهاء الدين عبيد، 2008، ص ص 133-134)

ويبرهن (شوارتز) أن دوائر التغذية الرجعية هي الأساس لكل عمليات الجسم المرتبطة بالإستجابة الأولية للجسم حينما يستقبل تهديدا وتكون نتيجة هذا النشاط زيادة ضغط الدم، زيادة ضربات القلب، زيادة مستوى السكر في الدم، مما يهيئ الجسم بكل إستعداداته الفيسيولوجية للهجوم أو الهروب؛ وعلى أي حال حينما ترتفع ضربات القلب ويزداد ضغط الدم إلى مستوى معين تصل الإشارات للمخ لايقاف نشاط العمليات الفيسيولوجية(لوكيا الهاشمي وبن زروال فتيحة، 2006، ص ص 47- 48).

ويشير (بانديورا) أيضا إلى أن قدرة الفرد في التغلب على الأحداث الصدمية والخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات لديه، وأن درجة فعالية الذات في التغلب على الخبرات الضاغطة تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع الضغوط، فعندما يدرك الفرد أنه يستطيع مواجهة المواقف والإحداث الضاغطة فلن يعاني من التوتر والقلق، ولكنه إذا أعتقد أنه لا يستطيع التعامل مع المواقف الضاغطة (نقص فعالية الذات) فإن ذلك يكون سببا للقلق والتوتر. ويؤكد (بانديورا) على أن فاعلية الذات تبدأ بمدى واسع من السلوكيات التكيفية في الحياة وتشمل على سلوك

المواجهة وضبط الذات، ويتضمن ذلك بذل الفرد كل ما في وسعه لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة، محاولاً تحقيق مستوى مرتفع من التوافق الشخصي والإجتماعي، وأن فاعلية الذات لدى الفرد تنمو من خلال إدراك الفرد لقدراته وإمكاناته الشخصية، ومن خلال ذلك تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، تعمل هذه الخبرات في مساعدة الفرد على التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه. ويؤكد (باندورا) أيضاً أن الشخص عندما يواجه بموقف معين فإنه يقيم الموقف من خلال نوعين من التوقعات وهما :

(نقلا عن: حسين أحمد حشمت ومصطفى حسين باهي، 2006، ص 63-65)

- توقعات النتيجة : يشير ذلك إلى تقويم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي الى نتيجة معينة.
- توقع الفعالية : يشير إلى إعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح.

3.3. نظرية التحليل النفسي:

ترى نظرية التحليل النفسي أن وجود خبرات سابقة لدى الأفراد يختزنها العقل الباطن منذ السنوات الأولى، يتسبب عنها وجود استعداد مسبق لدى بعض الأشخاص دون غيرهم، للتفاعل مع مواقف التهديد أثناء الأزمات متأثرين بهذه الخبرات المختزنة فينشأ الاضطراب. ويرى Freud (فرويد) أنا (الأنا) تتعرض لضغوط قوية من مصادر متعددة، تتمثل في ضغوط البيئة الخارجية، ضغوط من الضمير، ضغوط من دوافع (الهو) الفطرية، و (الأنا) القوي هو الذي يدرك بوضوح الواقع الخارجي والقوى الموجودة التي تؤثر على الفرد (نقلا عن: العزيز وردة، 2010 ص 220).

وقد إهتم المحللون النفسيون بالاضطرابات السيكلوجية وقدموا نظريتهم في التحليل النفسي التي ركزت على مراحل النمو، لتقدم تغيرات لكل إضطراب من الاضطرابات السيكلوسوماتية، وقدمت عدة بحوث سنة (1950) في هذا الميدان، حيث أكدوا بأن التوترات والشدائد في نظام واحد لها نتائج وعواقب مرضية يعود إلى النظم والأجهزة الأخرى في الجسم (كشرود، 1995، ص 314).

وحسب Alexander (ألكسندر) فإن القلق والخوف الذين يحدثان نتيجة لصراعات حادة في حياة الانسان يمكن أن يعبر عنها، ليس فقط عن طريق مشاعر ذاتية بعد الراحة، بل أيضاً عن طريق تغيرات في العمليات الفسيولوجية وعندما تكون إستجابات الجسم لمصادر توالد الضغط غير مناسبة أو غير ملائمة، فإنه قد تظهر تلك العمليات الفيزيولوجية التي يمكنها أن تشمل في عدد الكريات داخل الجسم وزيادة في إفراز الأدرينالين وكذلك زيادة في سكر الدم (ماجدة بهاء الدين عبيد، 2008، ص 133).

وحسب وجهة نظر (فرويد) (الهو) يسعى نحو إشباع الغرائز، ولكن دفاعات (الأنا) تسد الطريق لا تسمح للرغبات الصادرة بالإشباع مادام لا يتمشى مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم ذلك عندما تكون (الأنا) قوية، أما عندما تكون (الأنا) ضعيفة وكمية الطاقة المستثمرة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات، من ثم لا تستطيع (الأنا) القيام بوظائفها ولا تستطيع تخفيف التوازن بين مطالب ومحفزات (الهو) ومتطلبات الواقع الخارجي وعلى هذا ينتج الضغط (ماجدة بهاء الدين عبيد، 2008، ص 133).

4.3. النظرية المعرفية:

يقوم التناول المعرفي للظواهر النفسية على كيفية تصور الفرد وإدراكه لها، حسب Beek (بيك) في سلوك الفرد يتحدد بالطريقة التي يدرك بها الواقع، أي أنه مرتبط بالاعتقادات والأفكار التي يكونها الفرد عن هذا الواقع فالتعلم الخاطيء يكس الفرد أفكار غير منطقية (عيطور دليلا ، 1997، ص 91).

ترى هذه النظرية أن الضغوط تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد، و يؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين، إحداهما تختص بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط، والأخرى يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف، لذلك إنما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبرته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه من حيث نوع التهديد وكمه والحاجة التي تهدد الفرد، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالتغير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة (يخلف عثمان، 2001، ص 100).

ويرى Ellis (ألبيرت اليس) رائد طريقة الإرشاد العقلاني الإنفعالي أن الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في ذاتها، وإنما تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها الفرد عن هذه الظروف والأحداث الضاغطة (طه عبد العظيم حسين وعبد العظيم سلامة، 2006، ص 68).

وترى هذه النظرية بأن الفرد وبيئته يتعايشان معا في إطار علاقة ديناميكية، وترى أيضا أن الضغوط تشير إلى الحالة النفسية والعاطفية التي يتم تمثيلها داخل الفرد، وترتكز هذه النظرية على دور التفاعل والتداخل بين العوامل المتعلقة بالظاهرة باعتبارها مؤثرا، وكذلك العمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد لفهم والتحكم في المؤشر المحدد لكيانه ومن ثمة تحديد الأساليب المقاومة التي بإمكانه استخدامها لمواجهة (Mark & Smith, 2008, p 41).

5.3. النظرية الإدراكية (سيلبرجر):

تعتبر نظريته في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط مقسما ذلك القلق إلى شقين هما : سمات القلق أو القلق العصابي أو المزمّن وهو إستعداد طبيعي، أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد على الظروف أو الأحداث الضاغطة بصورة أساسية على الخبرة الماضية، أما قلق الحالة فهو قلق موضوعي أو موقعي يعتمد على الظروف أو الأحداث الضاغطة، وفي هذا الاطار إهتم (سيلبرجر) بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة، كما أنه يميز كذلك بين حالات القلق الناتجة عنها (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 99).

ومن هنا يمكن القول بأن طبيعة إدراك الفرد للحدث هو الذي يحدث التأثير به، ولذلك على الفرد أن يقدّر الموقف حسب قدره، لأنه إذا أدرك الموقف على أنه تهديد وخطر فإنه يصبح كذلك، أما إذا أدركه على تحدي لقدرته فبلا شك أنه يتحدى هذا الموقف ويتعايش معه مهما كانت درجة حدته.

6.3. النظرية الاجتماعية:

إن الضغوط وأساليب مواجهتها تحدث وتتحدد في إطار السياق الاجتماعي الذي يحيا فيه الفرد، ولذلك فالأحداث والظروف البيئية يمكن أن تكون مصدرا للضغوط مثل الحروب والكوارث الطبيعية والفقر والتمييز والبطالة وأحداث العنف والجريمة، ومشكلات الصحة النفسية مثل تعاطي المخدرات والانتحار وجميعها تمثل مصادر أساسية للضغوط، وإستجابة الأفراد لهذه الضغوط تختلف باختلاف ظروف المجتمع، ولذا يكون مرتبط بالظروف الاقتصادية والاجتماعية، والظروف البيئية وعليه فإن نقص المستوى الاقتصادي والاجتماعي ونقص الضبط والمساندة الاجتماعية، إضافة إلى مطالب العمل الزائدة تسهم جميعا في إحداث الضغوط لدى الفرد. ومن المعلوم أن العلاقات الجيدة مع الأهل والأقارب والرفاق والأصدقاء والجيران والذين يمثلون شبكة المساندة الاجتماعية للفرد تسهم في خفض الآثار السلبية للضغوط لدى الأفراد، حيث إنها تمد الفرد بالمعلومات والنصيحة والعون المادي في أوقات الضغوط ، في حين أن العزلة الاجتماعية عن الأسرة الممتدة وشبكة المساندة تزيد من الضغوط. أيضا التغيرات في الإعتقادات والإتجاهات أصبحت تؤثر بشكل كبير على مستوى الضغوط لدى الأفراد. فلقد إختفت كثير من القيم السامية والنبيلة وظهر عوضا عنها قيم النفعية والأنانية والكذب والغش والنفاق، أيضا ثقافة المجتمع أصبحت تركز على الفرد وعلى الحقوق الشخصية الفردية والألقاب بدلا من التركيز على الواجبات والمسؤوليات التي يتعين على الفرد القيام والالتزام بها تجاه الآخرين (ماجدة بهاء السيد عبيد، 2008، ص 136-137)

وما يمكن إستنتاجه من خلال النظريات والإتجاهات المتعددة المفسرة للضغوط، والتي تم عرضها خلال الآراء الكثيرة ضمن كل نظرية، فأنتضح أن كل رأي فيها يؤكد جانبا معينا من جوانب تلك الضغوط كما أن هناك جانب آخر تكون قد أغفلته، وعليه يمكن أن نستنتج ما يلي:

فبالنسبة لنظرية التحليل النفسي فترى أن (الأنا) يتعرض لضغوط قوية من مصادر متعددة داخلية (ضغوط من الضمير ومن دوافع الهو الفطرية) وخارجية متمثلة في البيئة)، وأن الضغوط تنتج من وجود خبرات سابقة لدى الفرد منذ سنوات العمر الأولى. وهذا يمكن قبوله، إلا أنه ما لا يمكن قبوله هو تفسير الضغوط من منظور غريزي حيث الفرد يشعر بالضغط عندما لا يستطيع إشباع غرائزه عندما تصدم النزعات الغريزية بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي، أم داخل الفرد نفسه والتي تأتي من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها (الأنا الأعلى)، مما يجعله يشعر بالتوتر وعدم الإرتياح وكأن الإنسان لا يعيش إلا حياة مليئة بالمتناقضات التي تتسبب عن بيئة ضاغطة، وإنسان دائم التوتر وهو هذا المعنى مجرد منظومة من الغرائز في حين أن الإنسان كائن أخلاقي واجتماعي.

أما النظرية السلوكية فهي تنظر للضغوط على أنها نتيجة لعوامل مصدرها البيئة، أي أنها قد أكدت على الركن البيئي في الضغوط النفسية، كما فسّر السلوكيون الضغوط النفسية على أنها تنطلق من عملية التعلم كغيره من الظواهر الأخرى المتعلمة، فهو سلوك يتم تعلمه من خلال الإشراف والتعزيز؛ ويرى السلوكيون الجدد أن الضغط لا ينتج فقط من خلال الارتباط البسيط بين المثير والاستجابة وإنما هناك متغيرات بسيطة تتمثل في بعض العمليات المعرفية التي من خلالها يضيف الفرد معنى على الأحداث والمواقف، ولذا نجد أن السلوكيين أهملوا الدور الفعال للفرد في عملية الانضغاط بما يمتلكه من خصائص شخصية (وجدانية ومعرفية) والتي تلعب دورا هاما في الشعور بالضغط.

أما النظرية المعرفية فترى أن هناك عوامل تتداخل وتؤدي إلى الضغط عند الإنسان، ويعتمد ذلك على كيفية إدراك الفرد للحدث الضاغط، فالموقف الذي يدركه الفرد على أنه ضاغط قد يدركه شخص آخر على أنه طبيعي، ومن هنا فإن الضغط يحدث بناء على إدراك الفرد بمعنى أن الموقف يصبح ضاغطا حسبما يدرك الفرد الموقف على أنه يشكل تهديدا له.

ثانيا: مفهوم الضغوط المهنية:

1. تعريف الضغوط المهنية:

إن من أهم المشكلات التي واجهها المهتمون بموضوع الضغوط و ضغوط العمل بصفة خاصة، هي محاولة التوصل إلى تعريف متفق عليه لمعنى الضغوط، ذلك أن مصطلح الضغوط و إن أصبح الآن من المصطلحات المألوفة في مجال علم النفس و السلوك الإداري، لا يزال يعرف بطريقة متباينة (محمود العميان، 2005، ص 109).

ولهذا تعددت التعريفات الخاصة بالضغوط المهنية، حيث عرفت المنظمة العالمية للصحة والسلامة الضغوط على أنها " استجابات جسدية و شعورية (عاطفية) ضارة تحدث عندما تكون المتطلبات من العمل لا تقابل قدرات أو مصادر أو حاجات العامل " (نقلا عن: أمل الشامات ، 2004، ص 263) كما أشار سمير عسكر إلى أن الضغوط المهنية هي: " مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية التي تحدث للفرد ردود أفعال أثناء مواجهته لمواقف المحيط التي تمثل تهديد له " (سمير عسكر، 1988، ص 10).

في حين يرى Baron (بارون) أن الضغوط المهنية هي: " إستجابة جسمية ونفسية وسلوكية للأفراد في مواقف تكون متطلباتها الحالية أكبر من قدرات الأفراد على التأقلم معها (Baron,1983 ,p305) وأشار Brodzinski (برودزينيسكي) و زملائه ضغط العمل بأنه: " تفاعل بين الفرد والبيئة ينتج عنه تغيرات جسمية و نفسية تحدث انحرافات في أداء الفرد الطبيعي " (Brodzinski & al ,1991 ,p77). كما عرف كل من Ivancevich (إيفانسيفيتش) و Matteson (ماتيسون) الضغوط المهنية بأنها: "إستجابة تكيفية تختلف باختلاف الأفراد للتهدة من تأثير و أوضاع ,وأحداث تعترضها المتطلبات الخاصة بالتنظيم على الافراد العاملين في المنظمة" (Ivancevich & matteson ,1996 ,p697). في حين يعتبر عبد الرحمان هيجان (1998) الضغوط المهنية بأنها: " تجربة ذاتية لدى الفرد تحدث نتيجة لعوامل في الفرد نفسه أو البيئة التي يعمل فيها بما في ذلك المنظمة حيث يترتب على هذه العوامل حدوث آثار أو نتائج جسمية أو نفسية أو سلوكية على الفرد تؤثر بدورها على أدائه للعمل مما يستلزم معالجة هذه الآثار إدارتها بطريقة سليمة (عبد الرحمان هيجان ،1998، ص 23).

وتنشأ الضغوط المهنية حسب Bemallen (بيمالان) من خلال تفاعل الفرد مع البيئة، وتتمثل في أعباء العمل وصراع الأدوار، وفي شبكة علاقات مع الآخرين مثل: الأصدقاء والأقارب وأفراد الأسرة (نقلا عن: عبد الرحمان العيسوي ، 2008 ، ص 31).

عرف جمال الضغوط "بأنها ردود فعل الفرد ظروف بيئة العمل التي تمثل تهديدا لهم وهي تشير لعدم تناسب قدرات الفرد مع بيئة العمل ، و تعرض الفرد لزيادة متطلبات العمل بصفة مستمرة ، تجعله من الصعب عليه أن يتكيف مع الموافق التي تواجهه (Jamal,2000,p27).

ويشير Marghis (مرغيس) وزملائه يعرفون الضغوط المهنية بأنها: "بعض ظروف العمل بتفاعلها مع خصائص العوامل الشخصية تسبب خلا في الاتزان البدني و النفسي للفرد" (نقلا عن: محمود العميان، 2005، ص 160)

ويضيف محمد حسن حمادات بأن الضغوط المهنية هي: "ردود فعل أو حالة من عدم التوازن ناجمة عن المصادر التنظيمية وظروف العمل غير العادية و تفاعلها مع شخصية القيادي ثم بين العاملين وأعمالهم، مما يؤثر في حالة العاملين النفسية والبدنية بدرجات متفاوتة وتؤدي إلى تغيير نمط سلوكهم و إنحرافهم عن الأداء المتوقع" (محمد حسن حمادات، 2006، ص 90).

ويشير صلاح الدين عبد الباقي إلى أن الضغوط المهنية بأنها: "مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الأفراد والتي تنتج عنها مجموعة من ردود الأفعال التي تظهر في سلوك الأفراد في العمل، أو في حالتهم النفسية والجسمانية أوفي أدائهم لأعمالهم نتيجة تفاعل الأفراد مع بيئة عملهم التي تحوي الضغوط " (صلاح الدين عبد الباقي، 2001، ص 283).

ويعتبر كل من فاروق عبد قليه وعبد المجيد السيد محمد بأن الضغوط المهنية: " تمثل تهديدا للفرد مثل مطالب العمل التي لا يستطيع الوفاء لها أو إمدادات غير كافية لمواجهة إحتياجاته " (فاروق عبد قليه وعبد المجيد السيد محمد، 2005، ص 305).

في حين يرى الصباغ بأن الضغوط المهنية هي: " الموقف الذي يؤثر فيه التفاعل بين ظروف العمل وشخصية العامل، والتي تؤثر على حالته النفسية و البدنية والتي قد تدفعه إلى تغيير نمط سلوكه" (نقلا عن: زهير الصباغ، 1981، ص 29)

وعرف كذلك موسى المدهون الجزائري الضغوط المهنية بأنها" تفاعل العاملين مع بعضهم بعضا متأثرين بصفاتهم الشخصية و بالأعمال التي يعملونها مما يحدث تغيرات مختلفة بينهم تضغط عليهم و ترهقهم ثم تقودهم للإنحراف عن الإلتزام بواجباتهم اليومية " (موسى المدهون الجزائري، 1995).

ويركز كل من (أندرو سيزلافي) و(مارك ولاس) على أن الضغوط المهنية عبارة عن: " تجارب ذاتية تؤدي الى عدم توازن سيكولوجي و فيسيولوجي للفرد، وهي نتيجة لمجموعة من العوامل التي يتعرض لها الفرد في البيئة الخارجية والمنظمة والفرد ذاته " (سيزلافي وولاس، 1991).

ويرى الهاشمي لوكيا أن الضغط المهنية أو الإجهاد المهني يشير إلى أن: "التغيرات التي تطرأ على العلاقات والإتجاهات في المجال المهني، بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوطات في العمل أو خارجه مؤديا إلى الاحساس بالعجز مع إستنفاد الجهد وحالة من الانهاك أو الاستنزاف النفسي" (نقلا عن: علوطي عاشور، 2008، ص10).

في حين يشير (شيلي تايلور) بأن الضغوط المهنية هي عبارة عن: "خبرة إنفعالية سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية وفيزيولوجية ومعرفية و سلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن تؤدي إلى تغيير الحدث الضاغط أو التكيف مع اثاره" (شيلي تايلور، 2008، ص 343).

وينظر الكبسي (2005) إلى الضغوط المهنية بأنها: "ظروف أو احداث أو مواقف غير عادية يتعرض لها العاملون داخل بيئة العمل، فتؤثر سلبا على راحتهم النفسية ومشاعرهم وعلى أحاسيسهم ومعنوياتهم لتنعكس بدورهم على صحتهم العقلية والجسدية أو عليهما معا" (نقلا عن: سلطان عويد المشعان، 2001، ص 72).

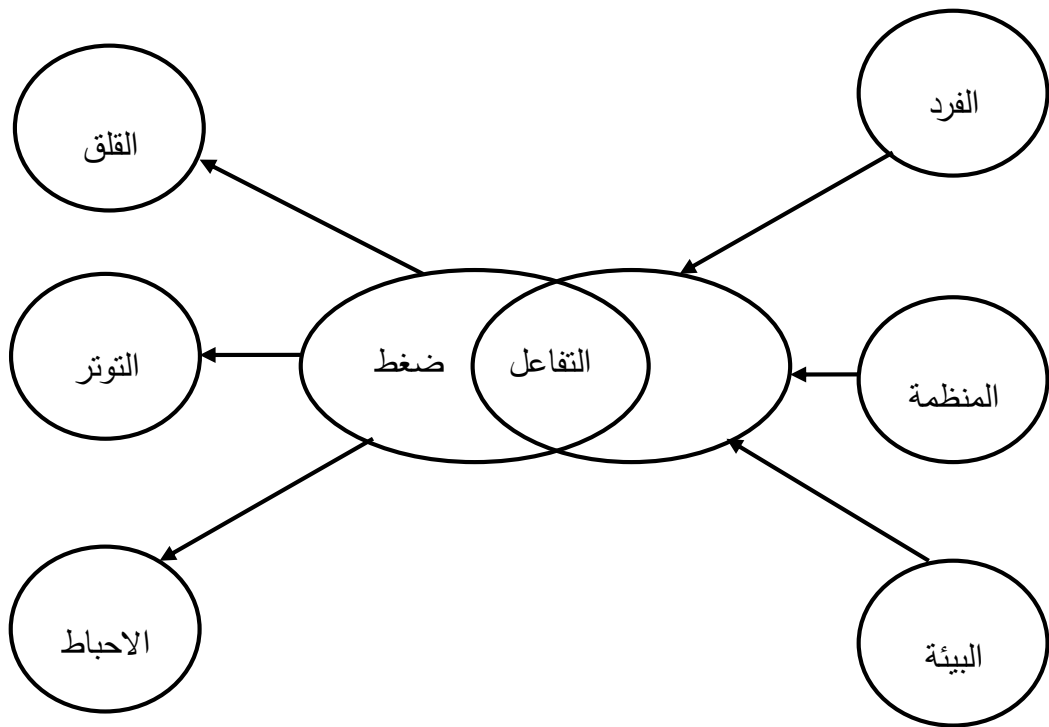
ويذهب في نفس السياق محمد أحمد عبد الجواد الذي يعتبر الضغوط المهنية بأنها: " مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الافراد، التي ينتج عنها مجموعة من ردود الافعال التي تظهر في سلوك الافراد في العمل أو في حالتهم النفسية و الجسمانية أو في ادائهم لأعمالهم نتيجة تفاعل الافراد في بيئة عملهم التي تحتوي على الضغوط (محمد أحمد عبد الجواد، 2000، ص 15).

ويرى أيضا سلطان عويد المشعان بأن الضغوط المهنية هي: "المصادر التي توجد في مجال العمل و ترفض حملا زائد على العاملين ، و يترتب عليها درجة من التوتر والضيق يسعى الفرد لتجنبها والتقليل منها" (سلطان عويد المشعان، 2001، ص 72).

نستنتج من خلال هذه التعريفات التي وردت سابقا حول مفهوم الضغوط المهنية أنها تعريفات حاولت توضيح ماهية الضغوط المهنية، في كونه حالة أو إستجابة أو تجارب أو عدم توافق، وكذلك أوضحت سبب نشأة هذه الضغوط من خلال تفاعله مع محيطه في العمل أو بيئة العمل وما تحتويه تلك البيئة .

وفي ضوء هذه التعريفات تعرف الباحثة مفهوم الضغوط المهنية لدى الممرضين بأنها: "عبارة عن شعور سلبي غير سار، يتولد لدى الممرض نتيجة للأعباء والمهام والمسؤوليات والعلاقات المرتبطة بزملاء العمل وبطبيعة وبيئة العمل، والتي من شأنها أن تؤثر على سير العمل أو عرقلته حسب قوة هذا الشعور.

و الشكل التالي يوضح مكونات الضغط في بيئة العمل و طبيعة العلاقة بينهما :



الشكل رقم(06): يوضح مكونات الضغط في بيئة العمل وطبيعة العلاقة بينهما(أبو بكر مصطفى ، 2003 ، ص 134)

2. مراحل الضغوط المهنية:

من الواضح ان ضغط هو موقف ذاتي يحدث اختلالا نفسيا أو عضويا لدى الفرد، ينتج عن البيئة الخارجية والداخلية أو عن طريق الفرد نفسه وهكذا فان الضغط يتضمن اربع مراحل رئيسية هي :

1.2. مرحلة التعرض للضغوط الانذار :

تسمى كذلك بمرحلة التنبيه بالخطر، فعند مواجهة أي خطر يرسل الجهاز العصبي مباشرة إشارة إلى الدماغ ينذره بوجود حالة طارئة، وهذا يؤدي إلى أن جميع أجزاء الجسم المختلفة ووظائفها تتنسق معا لمكافحة هذا الخطر ومقاومته أو الفرار بعيدا عنه؛ كما يتم في هذه المرحلة إفراز مادة الادرنايين التي تنشط عمل القلب، وتمكن الجسم من الحصول على المزيد من الطاقة وتصبح أطرافه تعمل بشكل أسرع ويظهر ذلك بشكل واضح في تغيرات الوجه التي تعبر عن الخوف والتوتر (Sawyer,2005).

لذلك يصاحب هذه المرحلة عدة اضطرابات سلوكية لعدم الاستقرار النفسي و الاحساس بالتعب والآلام والصداع المفاجئ، واضطرابات النوم والغضب والتغيير المفاجئ في المزاج، وفي حالة إستمرار هذه الوضعية على الوتيرة نفسها، فإن هذا يؤدي إلى زوالها لتبدأ مرحلة أخرى والتي يستعمل فيها آليات أخرى للتكيف (Sikou & al,2003, p 677)

2.2. مرحلة رد الفعل (التعامل مع الضغوط):

تبدأ هذه المرحلة فور حدوث التغيرات السابقة، حيث تؤدي إلى إثارة العمليات الدفاعية في الجسم في مرحلة التعامل مع التغييرات، ويأخذ رد الفعل أحد الإتجاهين إما بالمواجهة أو الهروب، وذلك في محاولة التغلب عليها والتخلص منها بسرعة، وبذلك يعود الفرد إلى حالة التوازن، وإذا لم ينجح في ذلك ينتقل إلى المرحلة التالية حيث يكون قد تعرض بالفعل إلى ضغوط (محمد اسماعيل بلال، 2005، ص 44).

3.2. مرحلة المقاومة ومحاولات التكيف:

نجد في هذه المرحلة التي يتمثل فيها الضغط بأنه أمر واقع يلمسه الفرد ويعاني منه وتختلف قدرات تعامل الأفراد مع الضغط حسب إدراكهم، وكذلك مدى توفر القدرات والكفاءة على مواجهة تلك الضغوط، حيث يحاول الفرد في هذه المرحلة علاج الآثار التي حدثت بالفعل ومقاومة أي تدهور أو تطورات إضافية إلى محاولة التكيف مع الحالة الضاغطة حتى لا يعرض حياته لخطر الموت أو الإصابة بأعراض خطيرة (يخلف عثمان، 2001، ص 60).

وقد يترتب على هذه المقاومة والمحاولات التكيف مع الحدث الضاغط وقوع حوادث وضعف القرارات المتخذة، والتعرض لبعض الأمراض خلال هذه المرحلة، وذلك لأن الفرد لم يتمكن من السيطرة على المواقف بإحكام (سيزلافي، 1991، ص 181).

4.2. مرحلة الاجهاد :

هناك من يسميها بمرحلة الإنهاك أو الإرهاق في هذه المرحلة يؤدي الضغط إلى إنهاك آليات التكيف من خلال الإستخدام الزائد والمستمر لها، حيث تظهر العديد من الأمراض كارتفاع ضغط الدم أو الصداع المستمر أو القرحة المعدية، وغيرها من المخاطر التي تمثل تهديدات مباشرة أو غير مباشرة لكل من الفرد والمنظمة وتصل إلى درجة انهيار المقاومة (إدريس ثابت وجمال الدين المرسي، 2002، ص 518).

ويعتقد Selye (سيلي) أن ردود أفعال الفرد للأحداث الضاغطة تتبع نمطا متسقا أطلق عليه التكيف العام للأعراض المتزامنة ، و يقصد بكلمة التكيف (Adaptation) أن المميزات الدفاعية على التكيف، وتعني كلمة عام (General) أن رد الفعل الدفاعي ضد مسببات الضغط يكون له تأثير على أجزاء للجسم تظهر أو تحدث في وقت واحد(نقلا عن: سليمان صالح العبشي، 1999، ص 180).

ويمكن توضيح هذه المراحل في الشكل التالي:

المرحلة الأولى المستوى العادي للمقاومة	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة
رد الفعل تجاه الخطر	المقاومة	الإنهاك
يظهر الجسم التغيرات الخاصة بالتعرض لعوامل الضغط لأول مرة و تبدأ مقاومته في الاضمحلال في نفس الوقت	في المرحلة الثانية يتم التأكد مما إذا كان التعرض لعوامل الضغط يتوافق مع التكيف، تزداد المقاومة لتجاوز المستوى العادي	يعقب التعرض المستمر و المتصل لنقص عوامل الإجهاد التي أصبح الجسم متأقلا معها و في النهاية تستنزف طاقة التكيف.

شكل رقم (7): يوضح مراحل ردود أفعال اتجاه ضغوط العمل وفقا لـ Hans sely (هانز سيلبي)(سيزلافي ، 1991، ص 181)

3. أنواع الضغوط المهنية:

حاول الباحثون في ميدان الضغوط تقسيم هذه الأخيرة إلى أنواع، بحيث يرى Rcvolier (ركفولبي) (1998) أن الضغط يظهر على نوعين الضغط الايجابي والضغط السلبي، لأن الضغوط ليست بالضرورة نوعا سلبيا وقد تكون إيجابية أحيانا كما هو الحال الإنجاز والأداء. ويعتبر التصنيف على أساس الآثار المترتبة عنها هو المعيار الأكثر شيوعا حيث يصنف الضغوط إلى نوعين وهما ايجابية وسلبية .

و قد ميزها Sely (سيلبي) بين نوعين من الضغوط وهما :

1.3. الضغوط الايجابية :

هي الضغوط الجيدة التي تساعد على تحسين أدائنا، وهو ما يتمثل في قدرة الفرد على التحكم في مصادر الضغوط بمعنى التفاعل مع وضعيات معينة بشكل مناسب ومنكيف (Flicizman & Marcy , 2004 , p16). فالجانب الإيجابي يترتب على وجود درجة من الضغط و التوتر التي تدفع الفرد للعمل بشكل منتج (على عسكر ، 2000، ص 25)

تعتبر الضغوط الايجابية أداة مساعدة للفرد نحو توفير الدوافع وحل المواقف المعارضة مع الآخرين بأقل قدر ممكن من الضرر، وقد أوضح Forbes (فوربز) المؤشرات التالية فيما يتعلق بالضغوط الايجابية التي تحدث بين الموظفين، والتي تتمثل فيما يلي: (سيد جاد الرب، 1991، ص 124)

- إرتفاع حجم النشاط وقوته.
- زيادة الدوافع.
- تعلم الهدوء وعدم الإنفعال تحت الضغط.
- القدرة على إدراك وتخيل المشاكل.
- زيادة القدرة على التصرف.
- زيادة القدرة على التركيز والاسترجاع.
- التفاؤل نحو المستقبل.

وحسب عبد الرحمان هيجان فمن الآثار الناجمة عن الضغوط الإيجابية أنها تمنح دفعا للعمل تحافظ على التركيز على النتائج، النوم الجيد يمنح الاحساس بالمتعة، تمد الفرد بالقوة والثقة، القدرة على الرجوع (عبد الرحمان هيجان، 1998 ، ص 30).

وفيما يلي يمكن تلخيص الآثار الايجابية للضغوط: (فاروق عبد قليه وعبد المجيد السيد محمد، 2005، ص 112)

1- رفع مستوى الشعور بالرضا والثقة والروح المعنوي ما بين العاملين مما يؤدي إلى الإستقرار في العمل و رفع مستوى الاداء و التميز لديهم و السعي الى تحقيق العمل بالرغم من الضغوط التي تكون لديهم.

2- العمل على معالجة المشكلات التي تواجه العاملين في الوقت المناسب وذلك لإنجاز العمل بكفاءة عالية، ويتم بمواجهة المشكلات و العمل على التغلب عليها فالضغوط هي الدوافع لمعالجة هذه المشاكل.

3- من خلال الضغوط التي يواجهها العاملين بالمنظمات يتم اكتشاف قدراتهم والكفاءات المتميزة لديهم، وذلك يتم من خلال مواجهة التحديات المتصلة بالعمل وعن طريق هذه التحديات تبين قدرات هؤلاء العاملين ومستوياتهم المهنية.

4- تساعد ضغوط العمل على تدعيم العلاقات الاجتماعية ما بين العاملين عن طريق مساعدة بعضهم البعض على مواجهة الضغوطات والمشكلات .

5- إثارة الدوافع القوية عند الفرد في العمل، وذلك من خلال القيام بالعمل وتحقيق متطلبات من أجل تحقيق الذات بالإضافة إلى تنمية المعرفة لديهم.

2.3. الضغوط السلبية:

عندما يخرج الضغط النفسي عن السيطرة، يصبح ضغط سلبي أو سيئاً والذي يظهر الضعف في أجسامنا ويجعلها عرضة للتعب والمرض، وهي ضغوط ذات إنعكسات سلبية على الصحة النفسية وسلوك الفرد ومن ثم على أدائه وإنتاجيته في العمل، وتتغير تلك الضغوط الواقع تحتها بإحباط وعدم الرضا والعجز وعدم القدرة والنظرة السلبية اتجاه قضايا العمل (إعتدال معروف، 2001، ص 22).

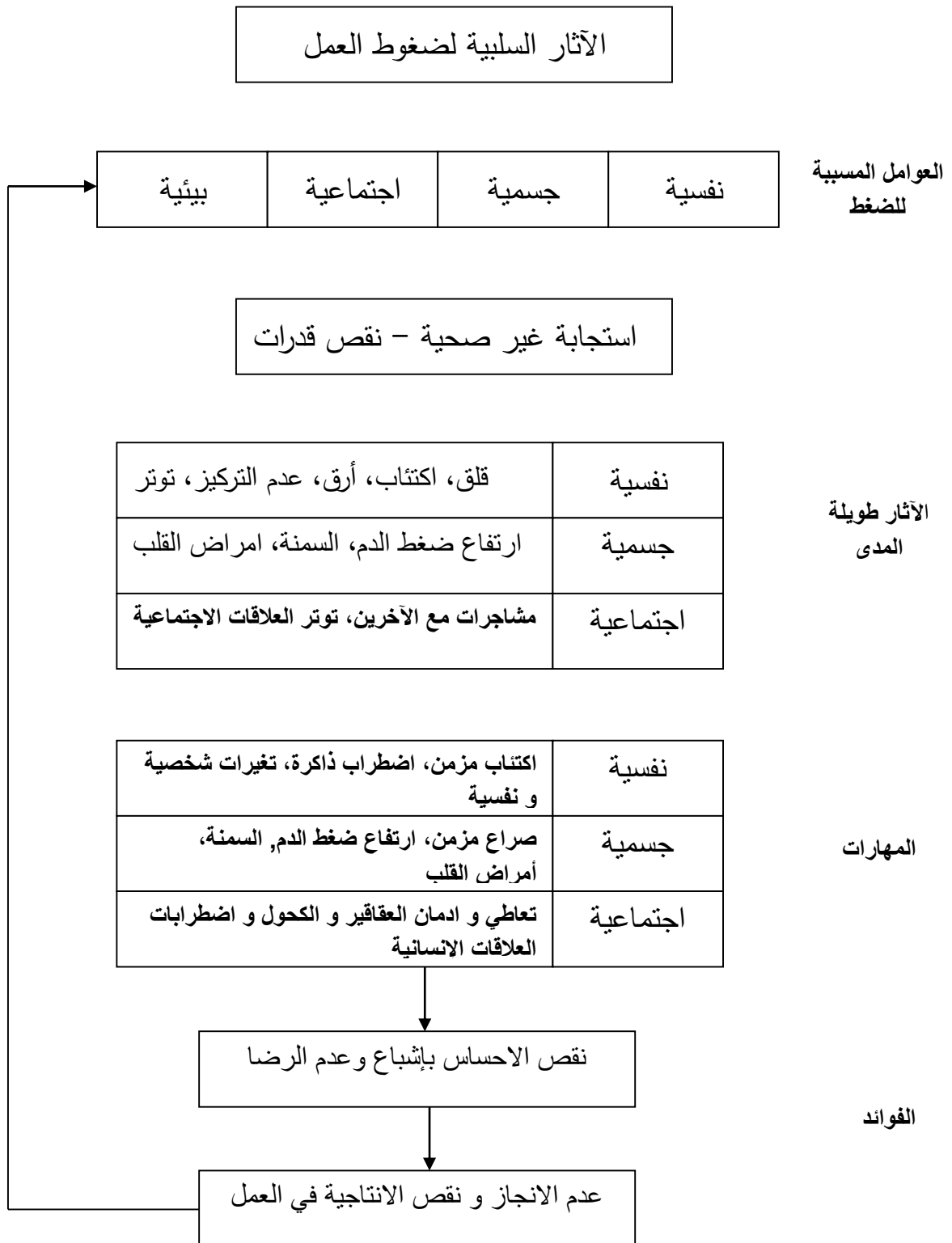
والضغوط السلبية هي الصورة المدمرة للضغوط ويؤدي إلى إختلال وظيفي في تكيف الكائن (محمد حسن ، 2007، ص 167)

وهكذا فالضغط الزائد أو المنخفض يرتبط بالجانب السلبي للضغط بينما الإيجابي فهو يرتبط بوجود درجة متوسطة منه، وعليه يمكن تصنيفه إلى: (محمد عوض الترتوري، 2006، ص 228)

- **الضغط النفسي الزائد** : هو الضغط الناتج عن تراكم الأحداث المسببة للضغط، بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدرته على التكيف معه.

- **الضغط النفسي المنخفض** : هو الضغط الذي يحدث عندما يشعر الفرد بالملل وإنعدام التحدي والشعور بالإثارة.

وإذا استمر الضغط في التأثير على الشخص وخرج عن السيطرة فإن ذلك سوف يؤدي إلى ظهور مختلف التأثيرات السلبية للضغوط، والتي تظهر في الشكل التالي:



الشكل رقم (08): يوضح الآثار السلبية للضغوط المهنية (ماجدة بهاء الدين عبيد، 2008، ص25)

والواضح أن الضغوط السلبية والإيجابية يختلفان في الأثر والنتائج المترتبة عنهما والجدول التالي

يوضح ذلك :

جدول رقم(03): المقارنة بين الضغوط الايجابية والسلبية (علي النوشان، 2006، ص 115)

الضغوط السلبية	الضغوط الايجابية	الرقم
تسبب إنخفاض في الروح المعنوية	تمنع دافع العمل	1
تواد ارتكابه	تساعد على التفكير	2
تدعو للتفكير في المجهود المبذول	تحافظ على التركيز على النتائج	3
تجعل الفرد يشعر بتراكم العمل عليه	تجعل الفرد ينظر الى العمل بجد	
تشعر الفرد بان كل شيء ممكن ان يقضيه بمشقة عالية	تحافظ على التركيز	5
الشعور بالأرق	النوم الجيد	6
ظهور الانفعالات ، عدم القدرة على التعبير عنها	القدرة على التعبير عن الانفعالات و المشاعر	7
الاحساس بالقلق	تمنح الإحساس بالمتعة	8
يؤدي الى الشعور بالفشل	تمنح الشعور بالإنجاز	9
تسبب للفرد الضغط	تمد الفرد بالقوة والثقة	10
التشاؤم من المستقبل	التفاؤل بالمستقبل	11
عدم القدرة على الرجوع الى الحالة النفسية الطبيعية عند المرور بتجربة غير سارة	القدرة على الرجوع الى الحالة النفسية عند المرور بتجربة غير سارة	12

وقد أشار طارق طه (2008) للضغوط بمفهومين مغايرين ضغط بناء وضغط هدام: (طارق طه،

2008، ص 596).

الضغط البناء : هو الضغط الذي يدفع الفرد داخل بيئة العمل إلى زيادة المجهود ، محاولة التطوير والتجديد اعادة تنظيم الوقت والجهد ابتكار وسائل حديثة لأداء العمل.

الضغط الهدام : هو ضغط الذي يؤدي إلى إحباط الفرد واليأس والاداء المنخفض للأفراد داخل بيئة العمل ، أو اللامبالاة.

وحسب عريبان والخرابش يمكن تصنيف الضغوط تبعا لمدة تأثيرها (مؤقتة وزمنية)، وتمثل هذه

الضغوط نوعين هي: (عريبان والخرابش، 2007، ص 54)

▪ **الضغوط المؤقتة :** هذا النوع من الضغوط يحيط بالفرد لمدة وجيزة ، ثم يزول وإعادة ما يكون مرتبط بموقف مفاجئ لا يدوم أثره طويلا، ولهذه الضغوط أثر محدود على الفرد إلا إذا كانت قدرة تحمله اضعف من التوقف الضاغط .

▪ **الضغوط الدائمة:** هذا النوع من الضغوط يحيط بالفرد لمدة طويلة نسبيا مثال:

ذلك تعرض الفرد لمرض مزمن ، وهذه الضغوط سلبية تجعل الفرد يجند كل ما لديه من طاقة وإمكانيات لمواجهةها على ذلك فان حدوث الضغوط المستمرة ترتبط دائما بظهور العديد من المشكلات

الجسمية والنفسية للفرد الواقع تحت الضغط (طه عبد العظيم حسين وعبد العظيم سلامة، 2006، ص 34).

كما صنفت الضغوط حسب حيث قسمها Jans (جينز) الضغوط الى ثلاث انواع هي : (نقلا عن: فاروق عبد قليه وعبد المجيد السيد محمد، 2005، ص 307)

▪ **الضغوط البسيطة** : هي التي تستمر من ثوان قليلة إلى ساعات طويلة نتيجة المضايقات الصادرة عن أشخاص تافهين أو أحداث قليلة الأهمية .

▪ **الضغوط المتوسطة** : هي التي تستمر من ساعات إلى أيام مثل فترة العمل الإضافية أو زيارة شخص غير المرغوب فيه أو الآم صادرة عن مرض في المعدة أو الامعاء.

▪ **الضغوط الشديدة**: تستمر عادة من أسابيع إلى أشهر بل سنوات مثل غياب شخص عزيز عن العائلة، السفر أو الموت مثل: النقل من العمل أو الإيقاف عن العمل حتى زال السبب.

إضافة إلى هذه الأنواع السابقة للضغوط، نجد تصنيفات أخرى لبعض العلماء مثل: (لازاروس) و(كوهن)، وكذلك Moor (مور) (1975) الذي يرى أن هناك ثلاث انواع من الضغوط التي يتعرض لها الفرد ويحددها بما يلي:

▪ **الضغوط الناجمة من التوترات الاعتيادية**: يراد بها الضغوط الناجمة عن المشكلات اليومية، ومن جراء عدم قدرة الفرد على إشباع بعض حاجاته، وهي ضغوط غير حادة ويتيح عنها إستجابات طفيفة.

▪ **الضغوط النهائية**: تتمثل في الضغوط الناجمة عن التغيرات النهائية التي تتطلب تغير مؤقتا في العادات وفي اسلوب الحياة.

▪ **ضغوط أزمات الحياة** : تتمثل في ضغوط المرض الشديدة أو فقدان شخص عزيز، وتكون قوية وتستمر لمدة طويلة.

في حين قدم Lazarus (لازاروس) و Cohen (كوهن) نوعين من الضغوط: (أحمد العزيز وأحمد أبو أسعد، 2009، ص 29)

▪ **الضغوط الخارجية**: التي تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة .

▪ الضغوط الداخلية (الشخصية): تعني الأحداث التي تكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد

4. النماذج النظرية المفسرة للضغوط المهنية:

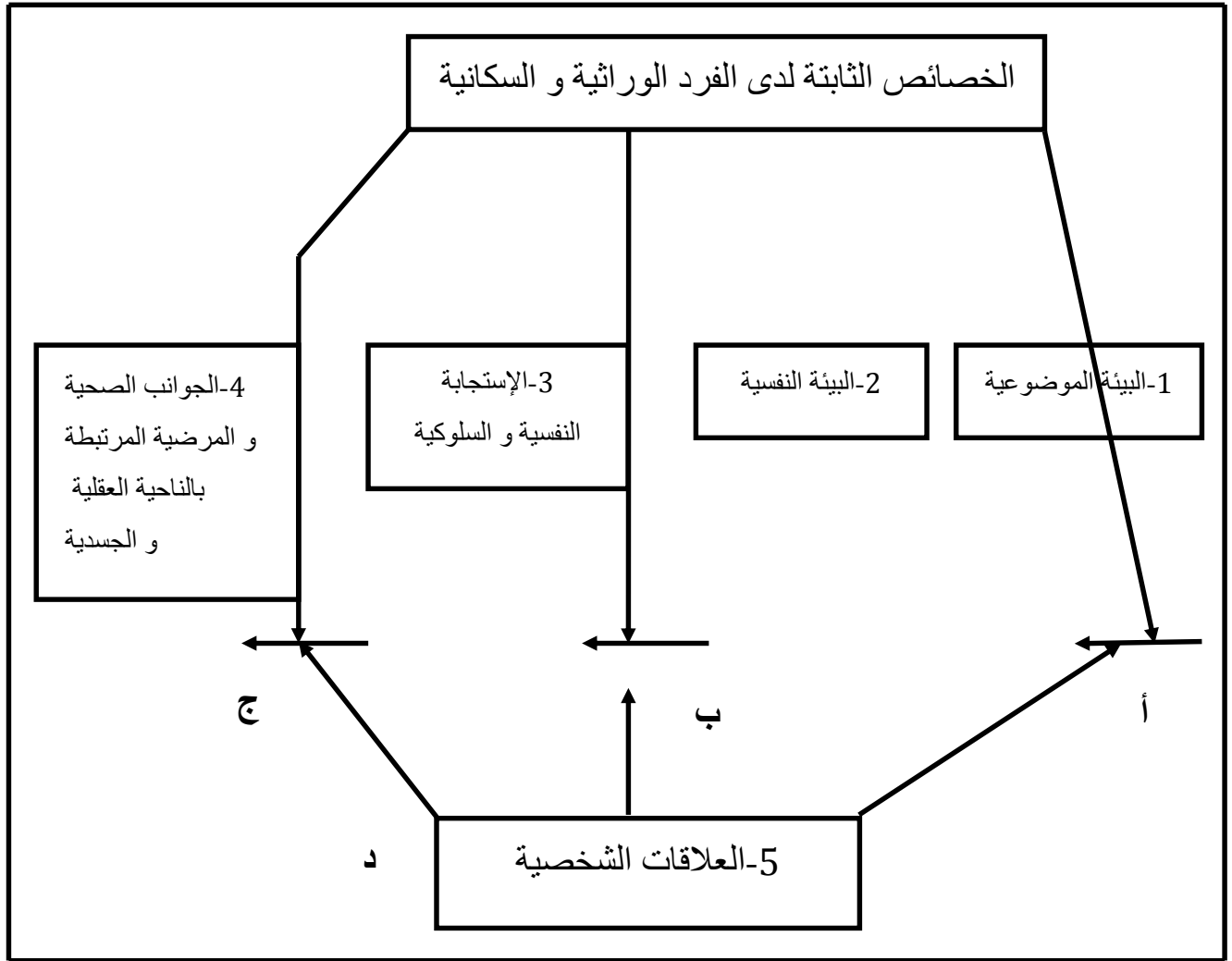
هناك العديد من النماذج المفسرة للضغوط المهنية وهذا لكون ظاهرة الضغوط ظاهرة معقدة، وإختلاف التخصصات التي تناولت هذا الموضوع وإختلاف الأسس التي بنيت عليها هذه النماذج وسنحاول عرض البعض منها:

1.4. النموذج الاجتماعي البيئي (ميتشيغان) لـ Katz (كاتز) و Khan (خان): (نقلا عن: عبد الرحمان أحمد محمد هيجان، 1998، ص 57)

إقترح هذا النموذج كل من Katz (كاتز) و Khan (خان) على إثر الدراسات التي أجريها في معهد البحث الاجتماعي بجامعة (ميتشيغان)، وظهر في عام (1978) وقد سمي هذا النموذج بنموذج (ميتشيغان) نسبة إلى هذه الجامعة التي تمت فيها الدراسة؛ ويشير هذا النموذج إلى أن العوامل البيئية تعد أولى العوامل التي تؤثر على درجة تعرض الفرد لضغوط العمل وإستجاباته لها و تشمل نوعين هما:
أ- البيئة الموضوعية: هي ما تحويه من عوامل متعلقة ببيئة العمل المادية مثل: المكتب ووسائل الصحة، والسلامة في المنظمة.

ب- البيئة النفسية: هي تتضمن العوامل التي تشير إلى درجة تعرض الفرد للاضطرابات النفسية أو سلامته منها مثل: القلق والشعور بالاكتئاب، وعدم الاستقرار، وإضطرابات النوم والشخصية، والتي تقود في النهاية إلى تذبذب في الكفاية الإنتاجية للفرد.

هذا التأثير لهذه العوامل البيئية على درجة الضغوط لدى الأفراد يتوقف على مدى إدراكهم لها والذي يتأثر بدوره بالفروق الفردية بينهم، والتي مصدرها طبيعة الإستجابات النفسية والسلوكية والعاطفية الموجودة لدى الأفراد، والتي تؤثر على الأسلوب الذي يستجيب به الأفراد نحو هذه المؤثرات البيئية، وكذلك الجوانب الصحية والمرضية المرتبطة بالناحية العقلية والجسدية لهم، وبالإضافة إلى طبيعة الخصائص الثابتة لدى الفرد، والمتمثلة في الخصائص الوراثية والسكانية والشخصية، وأخيرا العلاقات التي يتمتع بها الأفراد في محيطهم البيئي، حيث من الممكن أن تغير هذه العوامل إستجابات الأفراد نحو المثيرات التي يتعرضون لها داخل بيئة العمل، والشكل الآتي يوضح ذلك:



شكل رقم(09): النموذج الاجتماعي البيئي (ميتشيغان) لـ Katz (كاتز) و Khan (خان) للضغوط المهنية (نقلا عن: عبد الرحمان أحمد محمد هيجان، 1998، ص 57)

2.4. نموذج Beehr (بير) و Newman (نيومان) (1978):

قام بإعداد هذا النموذج كل من Beehr (بير) و Newman (نيومان) لتفسير ضغوط العمل في عام (1978)، ويركز هذا النموذج على العلاقة بين مسببات الضغوط المهنية والتوترات التي تصيب الفرد، أي بين الجانب البيئي والآثار الإنسانية الناجمة عنه، و يشير هذا النموذج إلى أن مسببات ضغوط العمل لتي يتعرض لها الأفراد ناتجة عن التفاعل بين الفرد و المنظمة التي يعمل بها، و يترتب على هذا التفاعل ظهور الاستجابة الملائمة لهذه الضغوط و ينتج عنها مجموعة من الآثار تظهر على كل من الفرد و المنظمة على السواء.

3.4. نموذج Brief (بريف) و زملائه (1984):

قام Brief (بريف) و زملائه بإعداد نموذج لتحديد وتفسير العوامل المسببة للضغوط المهنية في عام (1984)، ووفقا لهذا النموذج فقد تم تقسيم العوامل المسببة للضغوط المهنية في مجموعتين رئيسيتين هما:

1- مجموعة الخصائص والمراحل التنظيمية: تشتمل على ثلاث مجموعات فرعية هي:

أ- السياسات التنظيمية ب- الهيكل التنظيمي ج- المرحلة التنظيمية

و يندرج تحت كل مجموعة فرعية عدد من مسببات الضغوط المهنية.

2- مجموعة متطلبات الوظيفة و خصائص المهام: تشتمل على خمس مجموعات فرعية هي:

أ- تجهيزات بيئة العمل المادية ب- السلامة والصحة ج- علاقات العمل الشخصية

د- متطلبات الوظيفة هـ- متطلبات الدور.

ويندرج تحت كل مجموعة من المجموعات الفردية عدد من مسببات الضغط الخاصة بتلك المجموعة.

4.4. نموذج (عدم التأكد) لـ Beehr (بير) و Bhagat (باجات) (1985):

قام بإعداد هذا النموذج كل من Beehr (بير) و Bhagat (باجات) (1985)، وذلك لتفسير الضغوط المهنية، وقد إستخدم مصطلح (عدم التأكد) منذ فترة طويلة في مجال علم النفس الصناعي والتنظيمي، وبخاصة في نظرية التنظيم، مما جعله مفهوما مقبولا لدراسة ضغوط العمل، وهذا المصطلح نابغ أصلا من دراسة الدوافع وبخاصة نظرية التوقع.

ومصطلح (عدم التأكد) يستخدم في مستويات متعددة تتضمن الفرد والجماعة، والمنظمة والبيئة خارج المنظمة، وإستخدم هذا المصطلح كأساس لتفسير ضغوط العمل فيشير إلى الكثير من أنواع الضغوط من وجهة نظر علم النفس التنظيمي، فهي في مجملها ناتجة لوجود هذا العامل لدى الفرد، أو في داخل أو خارج بيئة العمل، ويرتبط هذا العامل بدرجة قدرة الفرد أو المنظمة على تحقيق أهدافها.

لهذا فإن هذا النموذج يفسر الضغوط على أساس الطريقة التي يمكن بها تحقيق الأهداف. ذلك أن الضغوط تبعا لتفسيرات هذا النموذج تحدث للأفراد بسبب أن لديهم أهدافا يودون تحقيقها، وهم يحاولون عمل شيء ما أو ينتظرون حدوث شيء ما، من أجل تحقيق هذه الأهداف، وبالتالي فإن أي شيء يعوق تحقيق هذه الأهداف قد يعد سببا من أسباب حدوث الضغوط لدى الفرد في العمل، وبالتالي فإن حالة عدم التأكد التي يخبرها الفرد في المواقف المختلفة قد تحد من قدراته على اتخاذ القرارات الملائمة فيما يتعلق بالتصرف الذي ينبغي اتخاذه.

5.4. نموذج (سيزلاقي) و (ولاس)(1978):

قام بإعداد هذا النموذج كل من (سيزلاقي) و (ولاس) في عام (1978) لإستخدامه كإطار لتحليل الضغوط المهنية، وتقوم فلسفة هذا النموذج على أن الضغوط تتبع من مصادر رئيسية ثلاث:

1- المصادر البيئية. 2- المصادر التنظيمية. 3- المصادر الفردية.

وتسهم هذه المصادر الثلاثة مجتمعة في خلق أشكال مختلفة من الضغوط على العاملين، و لكن حدة هذه الضغوط تختلف من فرد لآخر بسبب الفروق الفردية، ورغم هذه الإختلافات إلا أن لها في النهاية نتائج سلبية سلوكية نفسية، وصحية وجسمانية على المنظمة على العاملين محل تلك الضغوط ولها كذلك آثار ونتائج لبية على المنظمة التي ينتمي لها هؤلاء العاملون.

6.4. نموذج لطفي راشد(1992):

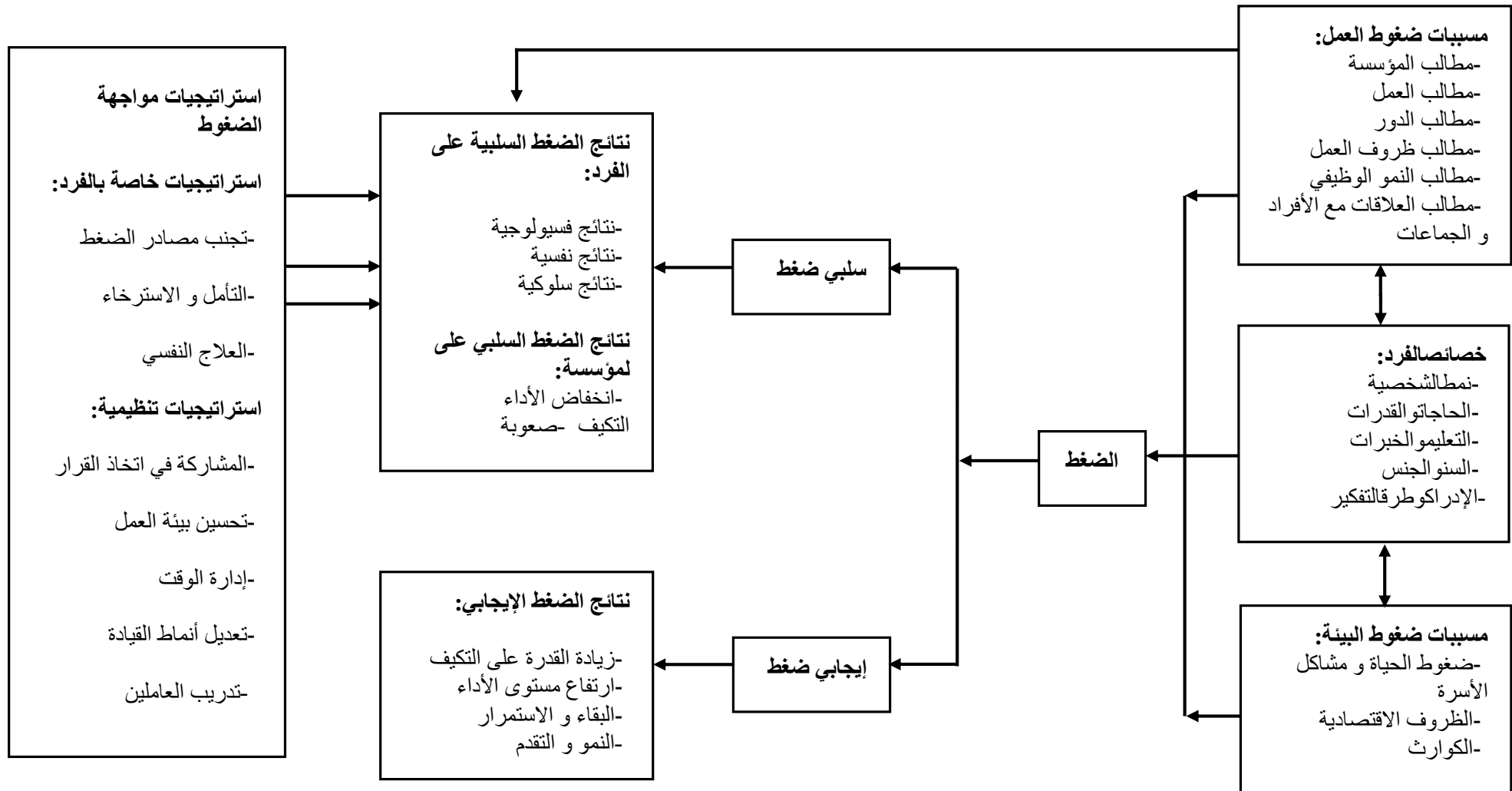
قدم لطفي راشد (1992) نموذج توضيحي لتفسير ظاهرة الضغط وإستراتيجيات مواجهتها يمثلها الشكل رقم (10) الذي من خلاله يلاحظ أن: مصادر الضغط المرتبطة بالعمل مثل مطالب النمو الوظيفي، الظروف الفيزيقية للعمل... ومصادر الضغط المرتبطة بالبيئة كمشكلات الأسرة، والكوارث والظروف الاقتصادية... وخصائص الفرد كنمط الشخصية، والإدراك، والقيم والعادات...، عندما تتفاعل فيما بينها تؤدي إلى حدوث الضغط لدى الفرد. هذا الضغط الذي تصبغه طريقة إدراكه بالصبغة السلبية أو الإيجابية، و لكل نتائجها، فالإجهاد السلبي مرتبط بنتائج مثلا انخفاض الأداء وصعوبة التكيف، وتحدد إستراتيجيات المواجهة على أساس العوامل السابقة، وهي متنوعة منها الخاص بالفرد ومنها الخاص بالمنظمة ككل. (بن زروال فتيحة، 2008 ، ص 40-42).

(1) التفاعل بين مسببات الضغط وخصائص الفرد

(2) الضغط المدرك

(3) نتائج الضغط

(4) مواجهة الضغط



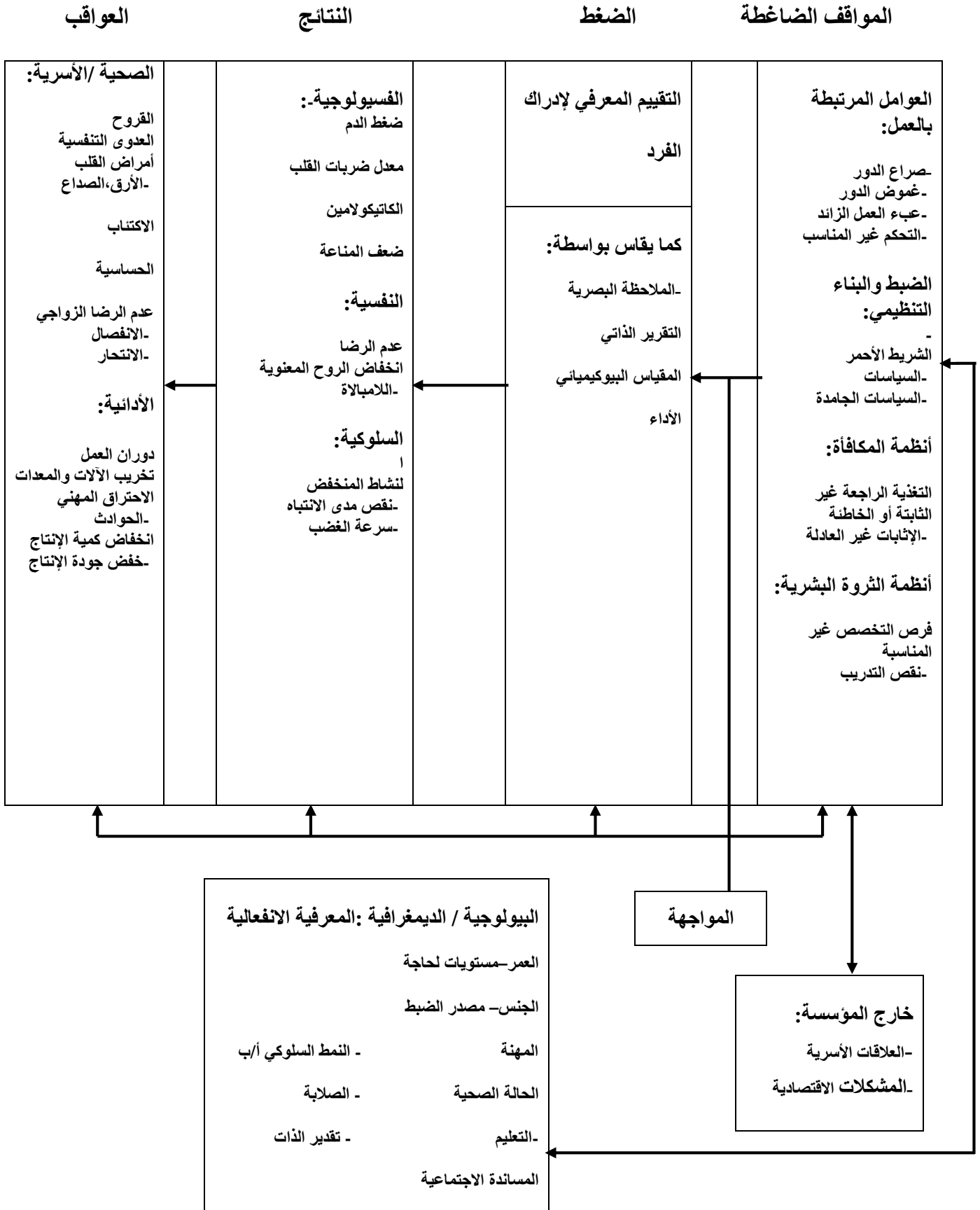
شكل رقم (10) : نموذج لطفي راشد لتفسير ظاهرة الضغط واستراتيجيات مواجهتها. (بن زروال، 2008، ص 43).

7.4. نموذج Mattesson (ماتسون) و Ivancevich (إيفانسفيتش): (نقلا عن: مسعودي، 2010 ، ص ص 40-41).

يفترض هذا النموذج أن الضغط جزء من نظام معقد ودينامي للتفاعل بين الفرد وبيئته المهنية وغير المهنية. وهذا النموذج دائري ترتبط فيه المواقف الضاغطة بالنتائج، ويؤكد هذا النموذج على أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية، فالأفراد في المؤسسات يقذفون بوابل من المثيرات الحسية المعقدة والمتنوعة، مثل: أوامر الرئيس، إنتقال زميل لقسم آخر، تطبيق برنامج أمني أو صحي جديد، الضوضاء، مذكرات المشرف المباشر، ومن المستحيل تجميع كل هذه المثيرات الحسية التي يتعرض لها العامل أثناء يوم العمل، وبطريقة ما يهتم العامل ببعض دون أخرى ويضفي عليها معنى، وهذه العملية الفردية من التنظيم والتنسيق تسمى الإدراك، الذي يلعب الدور الرئيسي في الإطار النظري للضغط.

فالمواقف الضاغطة في هذا النموذج تتفاعل مع كل من الفروق البيولوجية والديموغرافية وخصائص الشخصية، وكذا ما يدور خارج المؤسسة من علاقات أسرية ومشكلات اقتصادية، يلي ذلك إستراتيجيات المواجهة التي إن لم تكن ناجحة في إحداث التوافق، حدث الضغط، لينتج عن ذلك أعراض فسيولوجية كزيادة ضربات القلب، وضعف الجهاز المناعي، وأعراض نفسية كعدم الرضا وانخفاض الروح المعنوية واللامبالاة، وأعراض سلوكية كإنخفاض النشاط ونقص الإنتباه والغضب.

وتعتبر هذه الأعراض نذيرا يعلم بحدوث عواقب سلبية على المستوى الصحي والتنظيمي والأسري. ويؤكد أصحاب النموذج أن كلا من المواقف الضاغطة والضغوط، والفروق الفردية، والنتائج، والعواقب ترتبط كل منها بالآخر بواسطة ميكانيزمات التغذية الراجعة.



الشكل رقم (11): نموذج مانسون و إيفانسفك للضغط المهني. (مسعودي, 2010, ص 41).

8.4. نموذج Berry (بيري) (1998): (نقلا عن: مسعودي، 2010، صص 38-39).

يرى (بيري) أن النماذج النظرية السابقة هامة يكمل كل منها الآخر، فجميعها يتضمن التفاعل بين الفرد والبيئة، فأحداث الحياة تعتبر ضاغطة عندما يدركها الفرد كذلك، وهذا يتوقف على خبراته السابقة وقدراته وطرقه الشخصية في رؤية العالم والتفاعل معه.

كما أن هذه النظريات تعرف الضغط بأنه ظاهرة فسيولوجية، والاستجابة الفسيولوجية تتوقف على ما إذا كان الفرد يدرك أو لا يدرك ظرفا على أنه مصدر للتهديد، وقد قدم بييري نموذجا عاما للضغط كما يلي:

أن تفاعل الشخص مع البيئة يحدد ما إذا كان الحدث الضاغط سيحدث أم لا، وتتكون البيئة من الظروف الطبيعية والاجتماعية، والمتغيرات الشخصية تشمل الإدراك، والتعلم من الخبرات السابقة وسمات الشخصية، وهذه المتغيرات مسؤولة عن بعض الفروق الفردية في كيفية تقييم الأفراد للمواقف على أنها مهددة.. وفي هذا النموذج ترتبط الإستجابة الفسيولوجية بالحدث الضاغط، وذلك من نمط الإرتباك المتضاعف للتأكيد على أن الاستجابة مرتبطة بشدة الموقف الضاغط.

5. مصادر الضغوط المهنية:

إن مصادر الضغوط هي العوامل المسببة للضغوط، ويشار بها بالإنجليزية (Stressors) وتعرف بأنها الجوانب المختلفة لبيئة الفرد سواء في بيته أو عمله أو المجتمع الذي يعيشه، ويختلف تصنيف مصادر الضغوط باختلاف البيئة والأفراد والوظائف، وبالإضافة إلى أن القدرة والإستعداد لتحمل مثل هذه الضغوط تختلف من فرد لآخر، فما يعد مصدر للضغط لشخص ما، قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر، كما أن ضغوط العمل قد لا تحدث بالضرورة نتيجة لسبب واحد وإنما قد تشترك في إحداثها أسباب عدة، بعضها تابع من شخصية الفرد، وبعضها الآخر تابع من بيئة العمل أو تكون نتيجة التفاعل بين السببين. ويشير الباحثون إلى أن هناك عدة مصادر للضغوط المهنية تؤثر على سلوك الفرد و تنعكس من ثم على عمله و إنتاجيته و فيما يلي أسباب ضغوط العمل كما وردت عند الباحثين: (علي عسكر، 2003)

1.5. مصادر متعلقة بطبيعة العمل:

تتفاوت الوظائف في طبيعتها من حيث المسؤوليات طريقة الأداء للوسائل المستخدمة في إنجاز المهام، إلخ، وهذا التباين يؤدي إلى درجات مختلفة من الضغوط الواقعة على العمال ، فمن الطبيعي أن تكون الأعمال التي تتضمن ضمان تقديم الخدمات للأفراد طيلة الأربع والعشرين ساعة كما هو الحال بالنسبة

للمرضين، لذا تعد مهنة التمريض من المهن الصعبة في ساعات العمل و نوعيته و التعامل مع المترددين على المصانع العلاجية وهنا نجد أن هناك وظائف ذات طابع خاص تؤدي إلى إرتخاء مستوى الضغوط لدى أصحابها.

ومن جهة أخرى أكد كل من (جرنيج) و(بارون) على أن الأعمال التي تضمن مسؤولية الحفاظ على حياة الناس، تكون أكثر مصادر القلق مقارنة الأعمال المكتسبة مثلا، وهو ما جعله يصنف درجة الضغوط من الأعلى إلى الأسفل، وتتضمن تلك الوظائف ضغوط أكثر من غيرها لعدة أسباب منها: (جرنيج و بارون، 2004، ص 258)

- تحتاج إلى تركيز مستمر لعمليات المراقبة للأدوات و الأجهزة.
- أنها معظم الأحوال تتضمن اتخاذ قرارات خطيرة
- تحتاج إلى تكرار تبادل المعلومات مع الآخرين
- العمل في ظروف مادية صعبة مثل العمل في الظلام.

وإن طبيعة العمل الذي يقوم به الفرد من حيث مدى تنوع الواجبات المطلوبة، ومدى أهمية العمل وكمية و نوعية المعلومات المرتدة من تقييم الأداء كلها من العوامل التي من المحتمل أن تكون مصدرا أساسيا للإحساس بالضغوط (محمود العميان، 2005، ص 163).

■ الظروف الفيزيائية للعمل:

إن اختلاف ظروف العمل المادية من مستوى الإضاءة و الحرارة و الرطوبة و الضوضاء و غيرها من الظروف يمكن أن تؤدي إلى شعور الفرد بعدم مناسبة العمل و ظروفه ، و تؤدي هذا إلى زيادة الشعور بالتوتر و الضغوط (أحمد ماهر 2002 ص 405).

و يعتبر (سيلي) من أوائل الباحثين الذين وجهوا إنتباههم إلى مصادر الضغوط المتعلقة ببيئة العمل المادية، حيث أشار إلى أن الكثير من ظروف العمل المادية تسبب الضغوط للأفراد، من الضوضاء و اختلاف درجات الحرارة والصوت الناجم عن البيئة الداخلية للعمل. وقد أكدت دراسة krmhauser (كرونهوزر) (1974) على وجود علاقة واضحة بين توتر الفرد وظروف العمل، كما البيئة التي يمارس فيها عمله (نقلا عن: مؤيد السالم، 1990، ص 84).

■ الضوضاء:

تعتبر الضوضاء أحد مصادر الضغط، فالصوت مثلا شكل من أشكال الطاقة يتحرك في الفضاء الفيزيائي على شكل موجات وينبغي الإشارة هنا إلى أننا لا نطلق لفظ الضوضاء على صوت يتحرك عبر الهواء، وإنما على صوت غير مرغوب فيه من الناحية النفسية الذي قد يسبب لنا وعاء من الإزعاج والإضطراب، إما بسبب شدته أو بسبب وقوعه بشكل مفاجئ، أو بسبب إستمراريته والتي قد تمنع الفرد من التركيز فيما يريد التركيز عليه أو القيام به (علي عسكر، 2000، ص 107)

■ الحرارة:

تشكل الحرارة مصدر للضغط في حالة تطرفها من حيث الزيادة أو الانخفاض والمراكز العليا للدماغ تتحكم في عملية تنظيم درجة حرارة الجسم حيث تضبطها عند درجة حرارة 37° تقريبا، أما إذا استشعر العامل عن طريق حاسته الجلدية أنه يتواجد في وسط تحت درجة حرارته عن هذا المستوى فإنه يشعر بالبرد و العكس من ذلك صحيح. ويرى المهندسون أن درجة الحرارة المناسبة لعمل الإنسان تتراوح بين (21° - 24° مئوية). فإذا ارتفعت درجة الحرارة نسبيا فإنها تسبب الشعور بعدم الراحة وأما إذا كانت كبيرة ومستمرة (37 فما فوق) فإنها تؤدي إلى حدوث إرهاق وبالتالي تكون مصدرا للضغط. (علي عسكر، 1999، ص 108).

وقد تبين من بعض الدراسات أن التغيير في درجات الحرارة يؤثر على الصحة وأشكال السلوك الاجتماعي من العدوان، كمل أن الرطوبة ترتبط سلبا مع النشاط والحالات المزاجية الايجابية (جمعة سيد يوسف، 2001، ص 105).

■ الإضاءة:

يحدث الأثر السلبي في حالة الإضاءة المتطرفة فالإضاءة المناسبة تساعد على سهولة الإدراك، ومقابل ذلك تؤدي الإضاءة غير المناسبة إلى مشكلة الصداع، الناتج عن فقدان الطاقة بسبب عملية التكيف التي تشعر بها العضلات على مستوى العين حتى تتمكن من الوصول إلى رؤية واضحة وهذا يبدو جليا أثناء العمل في المناوبة الليلية، أين تكون الإضاءة إصطناعية مع إمتداد فترة العمل إلى ثمانية ساعات متتالية. ويعتبر Marshal (مارشال) و Cooper (كوبر) الإضاءة هي الأخرى من المعوقات التي يصادفها العامل، عند أدائه لعمله إذا كان توزيعها غير متجانس (علي الجبر، 1997، ص 171).

▪ التهوية:

من الموضوعات الحديثة التي أصبحت موضع إهتمام الباحثين والتي تعدّ من مسببات ضغوط العمل موضوع قلة التهوية في أماكن العمل، حيث يؤكد (بيار بوسايورغن) و (سوندرينغ) (1970) على ضرورة أن تكون مداخل ومخارج الهواء داخل الحجرات المستخدمة ذات أحجام متفاوتة، بحيث تساعد على تدفق الهواء داخل هذه الحجرات فالتهوية الجيدة تعتبر من أهم العوامل الفيزيائية لمكافحة الضغط ورفع الروح المعنوية للعامل (عبد الرحمان العيسوي، 1998، ص101).

▪ نقص الوسائل الطبية:

إن نقص الوسائل الطبية داخل المؤسسات الاستشفائية يزيد من معاناة الممرض أو الطبيب كنقص المواد الكيماوية وتجهيز المخابر من مواد ووسائل لازمة خاصة المواد العلمية، وهذا يزيد من تغذية الضغط لدى الممرض.

2.5. مصادر متعلقة بالمنظمة:

يقصد بها المتغيرات أو العوامل المتعلقة بالمنظمة والتي تكون مصدر ضغط للأفراد العاملين أو سوف نقوم بتوضيح أبرز المصادر المتعلقة بالمنظمة وهي:

▪ عبء العمل:

يقصد به زيادة كمية العمل التي يتمثل في زيادة المهام المطلوب انجازها أو تعدد المهام في وقت ضيق أو عدم تناسب قدرات الفرد العامل مع مهام العمل من حيث قلة تأهيله أو قلة خبرته أو عدم تناسب مؤهلاته مع طبيعة العمل (ناصر العدلي، 1995، ص151).

كما يمثل عبء العمل في زيادة أو انخفاض حجم أعباء العمل الموكلة إلى الفرد، فزيادة عبء العمل يعني قيام الفرد بمهام لا يستطيع انجازها في الوقت المتاح أو أن هذه المهام تتطلب مهارات عالية لا يملكها الفرد وبالتالي تنقسم زيادة عبء العمل إلى نوعين:

أ- **عبء كمي للعمل:** يقصد به عدم إتزان كمية العمل الموكلة للفرد مع قدراته وإمكانياته، سواء بالزيادة والتي تمكنه من إنجاز عمله بالشكل المرغوب أو بالنقصان، والذي لا يمثل تحدياً لقدرات الفرد، وهذا يمثل أحد المؤشرات المؤدية للضغوط والتي تحدث إختلالاً نفسياً بداخله وذلك يعود لعدم توافق قدرات الفرد مع مهام عمله من حيث قلة تأهيله أو حدائته أو عدم تناسب مؤهلاته مع طبيعة العمل (ماك ركمين، 1996، ص14).

ب- العبء النوعي للعمل: يظهر من خلال شعور الفرد بأن المهارات اللازمة لإنجاز العمل والتي تتطلب مستوى معين تفوق إمكانياته وقدراته، بمعنى أنه يحدث عندما يشعر الفرد أن المهارات المطلوبة لإنجاز مستوى أداء معين أكبر من قدرته، أي أن الفرد يفتقر إلى القدرة اللازمة لأداء العمل وهذا ما يشكل عبء نوعيا بالنسبة إليه (علي عسكر, 2000, ص 40).

وتشير الدراسة التي قام بها Hampong Kittikul (هامبونج كيتيكول) (1999) على عينة من الممرضات والتي هدفت إلى التعرف على مصابي الضغط في مستشفيات (ماي) الصينية، توصلت هذه النتيجة إلى أن العمل الزائد والعوامل التنظيمية والعلاقات الشخصية من المصادر الأساسية في تغذية الضغط النفسي للممرضات، وحسب Keane (كين) (1925) فإن "الممرضين يقعون تحت مستويات عالية من ضغط العمل بسبب عبء العمل بنوعيه" (نقلا عن: رجاء مريم الأحمد، 2008، ص 438). وقد أظهرت الدراسة أن الممرضين في وحدات العناية الجتئية ووحدات العناية الناجية (Icu.ccu) يتعرضون إلى ضغوط بسبب عبء العمل بنوعيه في هذه الوحدات (نقلا عن: زهير الصباغ، 1999، ص 115).

كما يؤدي زيادة عبء العمل إلى نتيجتين هما: (محمد محمود حسني وحسن عبد المالك محمود، 1993، ص 4).

- 1- تراكم التعب الجسمي على الفرد مما يجعله غير قادر على القيام بأعباء العمل، الأمر الذي يتركه دائما تحت وطأة الشعور بأنه لم يأخذ قسطا كافيا من الراحة اللازمة.
 - 2- أن الفرد يشعر غالبا في مثل هذه الحالة أنه متخلف في إيقاع أدائه لعمله.
- كما وقد كشفت العديد من الدراسات الحديثة أن الزيادة أو النقص في عبء العمل يؤدي إلى زيادة شعور الفرد بالتوتر أو القلق و عدم الرضا الوظيفي وإنخفاض مستوى شعوره باحترام الذات.

3.5. مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل:

■ غموض الدور:

يعني غموض الدور النقص في المعلومات اللازمة لتأدية الدور المتوقع من الفرد، كذلك يحدث غموض الدور عندما تكون الأهداف والمهام والاختصاصات ومتطلبات العمل الغامضة وغير الواضحة، مما يؤدي إلى شعور الفرد بعدم سيطرته على عمله ما يزيد الضغط (محمود العميان، 2004، ص 164)

وحسب عبد الرحمان هيجان (1998) الذي أشار إلى أن الدور ينشأ بالنسبة للفرد عندما تكون له معلومات كافية أو واضحة تمكنه من أداء عمله بطريقة مرضية، فالشخص في هذه الحالة ربما لا يكون على دراية تامة بأهداف العمل أو الإجراءات المتبعة فيه، أو ربما يكون غير متأكد بخصوص المجال والمسؤوليات المتعلقة بعمله، كذلك فإن الحيرة والغموض قد تنشأ لدى الفرد وتكون مصدر للضغوط عليه (نقلا عن: قدور بن عباد، 2014، ص 57)

و قد أوضحت إحدى الدراسات أن عدم كفاية المعلومات أو غموضها يمثل مصدر للضغوط بالنسبة لثلث العاملين، فيما عبر 10% من العاملين في الدراسة تصنفها بأن لديهم معلومات كافية عن وظائفهم (حنفي عبد الغفار، 2006، ص 181)

وفي دراسة أخرى Gepta (جيبتا) و Beeher (بيهر) (1979) التي أجريت على عينة 650 عاملا في خمس منظمات، وجد أن العمال الذين يعانون غموض الدور و زيادة أو انخفاض عبء الدور تكون نسبة غيابهم كبيرة مقارنة بالعمال الذين يشعرون بضغوط أقل (نقلا عن: سهيل، 2010، ص 63).

ويحدث أيضا عندما يتجاوز الفرد الأهداف المطلوبة منه أو يخفف من تحقيقها، وقد لخص هنية محمود محمد السباعي أهم أسباب غموض الدور فيما يلي: (هنية محمود محمد السباعي، 2001، ص 37)

- عدم إيصال المعلومات الكافية إلى الموظف فيما يتعلق الدور المطلوب منه في العمل خاصة من المشرفين، هذا الخلل في المعلومات كثيرا ما يحدث مع الموظف الجديد.
 - تقديم معلومات مشوشة وغير واضحة من القائد للمرؤوسين خاصة عندما تحمل هذه المعلومات مصطلحات فنية غير معروفة للموظف.
 - إسناد مهام غير واضحة في كيفية التنفيذ.
 - عدم وضوح النتائج المترتبة في كيفية التنفيذ.
- ويعتبر غموض الدور من مصادر ضغط العمل الرئيسية في المنظمات، وإن يختلف من حيث الشدة باختلاف القطاعات.

▪ صراع الدور:

يقصد بصراع الدور في العمل وجود تعارض في متطلبات العمل التي ينبغي للفرد القيام بها، أو وجود أكثر من طلب على الفرد، لإستجابة لأحدهم تصعب عليه الاستجابة للآخر (مرشدي، 2008، ص 32)

فصراع الدور يظهر بسبب متطلبات العمل المتناقضة، وقد أثبتت عدة دراسات وجود علاقة جوهرية بين صراع الدور وغموض الدور ومكونات الأعباء المهنية لدى هيئة التمريض (رجاء مريم الأحمد، 2008، ص 483).

وتؤكد دراسة أمريكية (1995) وجود علاقة ايجابية بين صراع الدور والمتغيرات مثل: التوتر، التعب، والغياب وترك العمل والقلق وهذه بالتالي تعزز تأثيرات متباينة على سلوك الفرد داخل العمل والذي من الممكن أن ينعكس على أدائه اليومي.

فصراع الدور حسب (ستورا) (1997) هو التناقض الذي يشعر به الفرد نتيجة وجود مطالب مختلفة لا يرغب حقا في الاستجابة إليها أو يعتقد بأن هذه المطالب بعيدة عن مهامه أي بمعنى ليست من صلاحيته (ستورا، 1997، ص 17).

وحسب عبد الرحمان هيجان فقد يأخذ صراع الدور عدة أشكال، نذكر من بينها: (عبد الرحمان هيجان، 1998، ص 177)

- 1- تعارض أولويات مطالب العمل.
- 2- تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة.
- 3- تعارض مطالب الزملاء مع تعليمات المنظمة.
- 4- تعارض قيم الفرد مع قيم المنظمة التي يعمل بها.

■ المناوبة الليلية:

وحسب الطريري (1994) فإن العمل الليلي يسبب ضغطا نفسيا وجسديا للعمل، وذلك بسبب عدم التناغم بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية إن أوقات العمل الليلي من أهم الأوقات المثيرة للضغط النفسي في العمل لدى العاملين في مهنة التمريض (نقلا عن: رجاء مريم الأحمد، 2008، ص 483).

وقد بينت الدراسات بأن المناوبة الليلية لها تأثير سلبي على العلاقات الاجتماعية حيث ترتبط بحالات الشعور التعب، النوم المتقطع، اضطرابات الشهية، زيادة حالات الطلاق، مشكلات جنسية، زيادة في حوادث العمل؛ لذلك فجهود الباحثين توجه نحو إيجاد جداول عمل دورية تناسب الطبيعة البيولوجية للعاملين ليكون تعرض الفرد أقل من الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية.

■ النمو الوظيفي:

ينظر الفرد إلى العمل الذي يقوم به على أنه وسيلة لمزيد من صفات المهارات والقدرات، وبالتالي فهو يتطلع إلى عمله على أنه مصدر يمدّه بمجالات النمو والتقدم المختلفة، إذ يمدّه بأساليب لتطوير قدراته وإستعداداته وتهيئته لغرض التقدم الوظيفي فإذا إنتقد الفرد أياً من فرص النمو والتقدم التي يتيحها العمل، أصبح هذا العمل مصدر ضغط للفرد في عمله اليومي. ويعتبر التطور الوظيفي كمصدر للضغط عندما لا تكون هناك خطة للتطوير الوظيفي، أو تكون الفرص محدودة جداً لتطوير الموظفين، وقد تم إجراء عدة دراسات حول اتجاهات الموظفين نحو الأعمال التي يقومون بها، وتبين أن من الحاجات التي ينشدها الموظفون من الوظائف التي يشغلونها هي توفر فرص التطور الوظيفي (عبد الرحمان هيجان، 1998 ، ص194).

إن التطور الوظيفي حسب عبد الرحمان هيجان غالباً ما يتم خلال محورين أساسيين هما: (عبد الرحمان هيجان، 1998 ، ص194).

- **المحور الأول:** يسمى التطور الرأسي وهو الذي يتم من خلاله الترقية إلى أعلى، وفقاً لنظام المراتب أو الدرجات المعمول بها.

- **المحور الثاني:** هو التطور الأفقي حيث يتم التغيير في مهام محددة من مهام الوظيفة، كأن يتحول الطبيب إلى رئيس مصلحة أو إلى مدير مثلاً.

إذن تعتبر عوائق التطور المهني أو المستقبل الوظيفي أحد مصادر ضغوط العمل مثل الافتقار إلى فرص الترقية، في المستقبل وعوائق الطموح، وعدم التأكد من المستقبل المهني والتغيير الوظيفي الذي يتعارض مع طموحات الفرد (علي عسكر، 2000، ص 15).

4.5. مصادر متعلقة بالعلاقات الشخصية:

من متطلبات أداء العمل تكوين العديد من العلاقات الشخصية، إلا أن أطراف هذه العلاقة قد يسيئوا إستغلالها، مما يؤدي إلى تميز هذه العلاقات بالعدوانية أو الصراعات أو وجود مناورات ترهق أطراف العلاقة، كما يؤدي بعض العلاقات إلى الإساءة إلى الحرية الشخصية، وقد يزيد حجم العلاقات الشخصية بدرجة عالية إلى الحد الذي يمثل إثارة عالية لا يمكن تحملها، وقد نقل هذه العلاقات بدرجة كبيرة إلى الحد الذي يمثل إنفصال وإغتراب من قبل الفرد (أحمد ماهر، 2002، ص406).

وقد تتمثل العلاقات الشخصية مصدرا للضغوط عندما يقع على الفرد ضغوط من الجماعة التي يعمل معها، ولا ينجم عنها صراعات بينهم وتشمل العلاقات شخصية على البيئة الاجتماعية الضعيفة ونقص الدعم من الإدارة (حسين فايد، 2004، ص159).

وتعد العلاقات الشخصية أحد العوامل المؤثرة في إيجاد ضغوط العمل ويعتمد تواجد ضغوط العمل في أي مؤسسة على طبيعة ونوع العلاقة السائدة بين العاملين.

وإن تفاعل الأفراد الشخصي في منظمات العمل له دور كبير في إثارة الضغوط فهناك الأشخاص ذوي الاحتياجات الحادة ومنهم ذوي الشخصيات المرنة ومنهم الحساسون ومنهم المتقبلون لذاتهم، وإن التفاعل الإنساني ينتج عنه ضغوط قد تكون سلبية وقد تكون مقبولة نوعا ما والتأمل منظمات العمل يجد أنماطا عديدة من الشخصيات (ناصر العدلي، 1993).

5.5. مصادر الضغط المتعلقة بجوانب شخصية للفرد:

وهي العوامل الشخصية التي تسبب في الشعور بالضغوط من أهمها: (شراعي حليم، 2015، ص65).

أ- اختلاف شخصية الفرد كسبب الشعور بضغوط العمل.

ب- اختلاف قدرات الأفراد ومنها القدرة على تحمل الأعباء و المهام الصعبة والقدرة على تحمل المسؤولية في الإشراف على أشياء مادية في الأفراد.

ج- القدرة على التعامل مع الضغوط والتأقلم معها.

نستنتج مما سبق بأن إدراك الفرد لذاته وتقديره لها تقديرا إيجابيا يجعل منه أكثر تحملا للضغوط،

العكس يجعل منه فردا أكثر تعرضا للضغوط.

ويختلف الفرد في إدراك للضغوط حسب شخصيته، لهذا صنف الباحثون الشخص إلى نموذجين من الشخصيات وهما: الشخصية نمط (A) والشخصية نمط (B)، بحيث تشير الدراسات إلى أن أصحاب الشخصية نمط (A) يستجيب بقوة أكبر للضغط من نمط الشخصية (B)، كما أنه أقل تكيفا مع الضغط فالشخص من الشخصية (B) الذي يتحاشى لوم ذاته (Baron, 1983,P292).

وتجدر الإشارة إلى أن هذا التصنيف قدمه كل من Rosenuman (روزنيمان) و Friedman (فريدمان)

حيث صنفا الأنماط السلوكية إلى النمط (A) والنمط (B) (المرشدي الشريف، 2008، ص39).

وللتوضيح أكثر سيتم تقديم من خلال الجدول التالي المقارنة بين سمات الصنف (A) والصنف (B) من خلال وصف بعض السلوكيات، بحيث تؤكد بأن نمط الشخصية تعني به الخصائص والسمات التي تتوفر في تركيب الشخص لكيانه.

الجدول رقم (04): المقارنة بين سمات صنف "أ" (A) و صنف "ب" (B)

سمات	صنف أ "A"	صنف أ "B"
1- الخطاب - طريقة التلفظ والإلقاء	سريع	بطئ
- نتائج الكلمات	إجابات بكلمة واحدة تسارع في آخر الكلمة	- مقدرة، تقديرات كثيرة
- بصوت	عال	منخفض
- نوعية الأداء	حازم مقتضب خطاب مثير، تأكيد في الكلمات	- يتوقف لحظة قبل الإجابة
- مدة الاستجابة	قصيرة، مباشرة، إضافة إلى سمات أخرى كاتباع الكلمات، تكرارات أخرى	- طويلة معكزة
1- السلوكيات - التنهد	كثير الحدوث	نادر الحدوث
- الوضعية	متوتر، الجلوس على حافة المقعد	مسترخ
- تعبير الوجه	عدواني، تكثيرات (تقبيضات)	مرتاح، ودي
- الابتسامه	حانية (غانية)	عريض
1- ردود الفعل خلال المقابلة	- غالبا	نادرا
- الرجوع إلى الموضوع بعد المقاطعة	- يرجع إليه	نادرا
- يحاول إتمام أسئلة المحاور	- غالبا	نادرا
يلجأ إلى الدعاية	- نادرا	نادرا
يستعجل المحاور	- غالبا	نادرا
يريد السيطرة على المقابلة	تنوع كبير في التقنيات، مقاطعات، تبادل الكلام، تعاليق معرضة، إجابات ملتوية، أوجه طويلة، يسأل و يصحح المحاور	نادرا
العدوانية	تظهر غالبا خلال المقابلة بميكانيزمات، كالضجر، التحدي	نادرا
1- سلوكيات طبيعية	لا يأمل إلا ارتقاء السلم	نعم
راض عن عمله		
العزيمة و الطموح	نعم حسب نفسه وحسب الآخرين	ليس على الخصوص
الشعور بالإنذار و التهديد	نعم	لا
غير صبور	يكره الوقوف في الطابور، لا يقبل الانتظار	يقبل كل الأحوال دون انزعاج
تقبل الانغماس في النشاطات	يحبذ المنافسة في العمل، يريد الفوز في كل الألعاب حتى مع الصغار	لا يحبذ المنافسة و قلما يشارك في نشاطات
أفكار متعددة الأطوار	غالبا ما يفكر و يقوم بشئنين في الوقت ذاته	نادرا
عدانية	في الشكل و المحتوى، يحب التبرير يبالغ في الوصف، يعمم بخطورة	نادرا ما تكون العدانية تحت أي ظروف

■ العلاقة مع الزملاء والإدارة:

يمكن أن تنشأ ضغوط العمل من العلاقات غير الجيدة مع الرؤوسين والرؤساء والزملاء وكذلك العلاقة مع المرضى والمراجعين حيث تكون الثقة بينهم ضعيفة ولا يوجد رغبة بينهم للتعامل، وكذلك عدم

وجود إهتمامات مشتركة بينهم كما يؤدي إلى إفتقار التماسك والمساندة وانخفاض الرغبة في الاستماع إلى المشاكل التي تواجه الجماعة أو العضو في الجماعة.

وتشير الدراسات أيضا وحسب عسكر فإن المساندة الاجتماعية تعمل كواق لمنع أو تخفيض النتائج السلبية للمواقف الضاغطة فكلما زادت المساندة الاجتماعية قلت الشكاوي المرتبطة بصحة الأفراد (سمير عسكر، 1988، ص 16).

كما أثبتت الدراسات والأبحاث أن معظم الاستقلالات المقدمة في ميدان العمل تعود إلى سوء العلاقات التي تربط إما المشرفين بالعمال أو العمال بزملائهم.

وقد أشارت دراسة قام بها chapman (تشابمان) (1999) حول العلاقة بين إدراك الممرضين لمساندة زملائهم في العمل ومستويات ضغط العمل إلى أن الممرضين والممرضات يدركون أن انخفاض مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بزيادة في مستوى الضغط النفسي لديهم. وتؤكد دراسة كل من Man (مان) (2000) و Orozco (أروزكو) (1993) و Zeier (زاير) (1994) أن العلاقات السيئة مع الزملاء تعد من الأسباب الرئيسية للضغط النفسي (نقلا عن: شريف، 2003، ص58).

كما أكدت العديد من الدراسات أن العلاقات الجيدة بين جماعات العمل (الرؤساء والمرؤوسين) هي عامل جوهري لأداء جيد للعاملين في حين أن العلاقات المتوترة تكون مصدر لعدم الثقة وتقل معها درجة التعاون لحل المشاكل الأمر الذي يزيد من ضغط العمل.

▪ العلاقة مع المرضى وذويهم:

تعتبر سوء علاقة الممرض بالمريض من أهم المصادر المغذية للضغط النفسي لإحساس الممرض بروح المسؤولية اتجاه المريض يرفع من مستوى ضغطه. كما أن إتجاه المرضى أو ذويهم السلبي نحو المستشفيات بصفة عامة من شأنه أن يزيد من حدة الضغط لدى الممرضين خاصة وأنهم ينظرون إلى أنفسهم وهم يبذلون قصارى جهدهم من أجل خدمة المريض ورضاه فحين يواجهون بهذا السلوك من قبل المريض أو ذويهم يحسون بالإحباط ويزداد الضغط لديهم (السعيد، 1991، ص285).

6. الآثار المترتبة عن الضغوط المهنية:

لقد أصبحت الضغوط جزءا من الحياة اليومية للفرد، وأصبحت لها إنعكاساتها على الصحة البدنية والنفسية له، حيث أن هناك العديد من الأعراض تظهر كنتيجة للضغط، وهذه الأعراض قد يكون منها ما

هو إيجابي وما هو سلبي، مع أن العديد من الباحثين اقتصرت دراساتهم على ذكر الآثار السلبية فقط دون الايجابية وكترتيب لهذه الآثار يمكن حصرها في مجموعتين: الآثار السلبية والايجابية.

1.6. الآثار الايجابية:

بالرغم من تأكيد الجميع على النواحي السلبية لضغوط العمل إلا أن كثير من الباحثين في هذا المجال أوضح بأن هناك آثار ايجابية لضغوط العمل وهذه الآثار هي: (محمود العميان، 2004، ص64).

-تحفز على العمل.

-تجعل الفرد يفكر في العمل.

-يزداد تركيز الفرد على العمل.

-ينظر الفرد إلى عمله بتميز.

-النوم بشكل مريح.

-الشعور بالمتعة.

-الشعور بالإنجاز.

-تزويد الفرد بالحيوية

2.6. الآثار السلبية:

يترتب على الأساس بتزايد ضغوط العمل بعض الآثار السلبية الضارة بالفرد والمنظمة وأهمها ما يلي:

أ. آثار الضغوط على الفرد:

▪ آثار سلوكية: الضغط المترتب بالعمل يمكن أن يؤدي بالفرد إلى حدوث بعض التغيرات في

عاداته المألوفة وأنماط سلوكه المعتاد، ومن أهم هذه التغيرات: حوادث العمل، العدوانية، إدمان

غلى الكحول المخدرات، تزايد معدلات دوران العمل، الغياب والتأخر عن العمل، القرارات السيئة،

انخفاض الأداء، ترك العمل....(Ivancevich & Matteson, 2009, p228)

▪ آثار نفسية سيكولوجية: على الرغم من أهمية الآثار النفسية فإنها لم تحط بنفس درجة الإهتمام

التي حظيت بها الآثار المرتبطة بأعضاء الجسم، ويرجع ذلك إلى صعوبة قياسها نظرا لأنها غير

ملموسة، ومن أهم تلك الأعراض ما يلي: القلق، اللامبالاة، الملل، الاكتئاب والإرهاق والإحباط،

وفقدان المزاج، والأعصاب، وعدم تقدير الذات والوحدة (حسن حريم، 2004).

▪ آثار جسدية (صحة بدنية): تمتد نتائج تزايد الضغوط على الفرد لتحدث بعض الآثار السلبية الضارة على الفرد وسلامته البدنية ومن أهم الأمراض الجسدية التي يمكن أن يعاني منها الفرد بسبب الضغوط في العمل ما يلي: نوبات الصداع، قرحة المعدة، السكري، أمراض القلب، ضغط الدم زيادة ضربات القلب، التنفس بصعوبة، تعرق اليد وبرودة الأصابع (محمود العميان، 2004، ص 167).

ب- آثار الضغوط على المنظمة:

إن ضغوط العمل المستمرة يترتب عليها العديد من الآثار التنظيمية ومن أهم هذه الآثار ما يلي: (العطية، 2003، ص 377).

-تدني مستوى الإنتاج وانخفاضه.

-صعوبة التركيز على العمل، والوقوع في حوادث صناعية.

-عدم الرضا الوظيفي.

-عدم الدقة في اتخاذ القرارات.

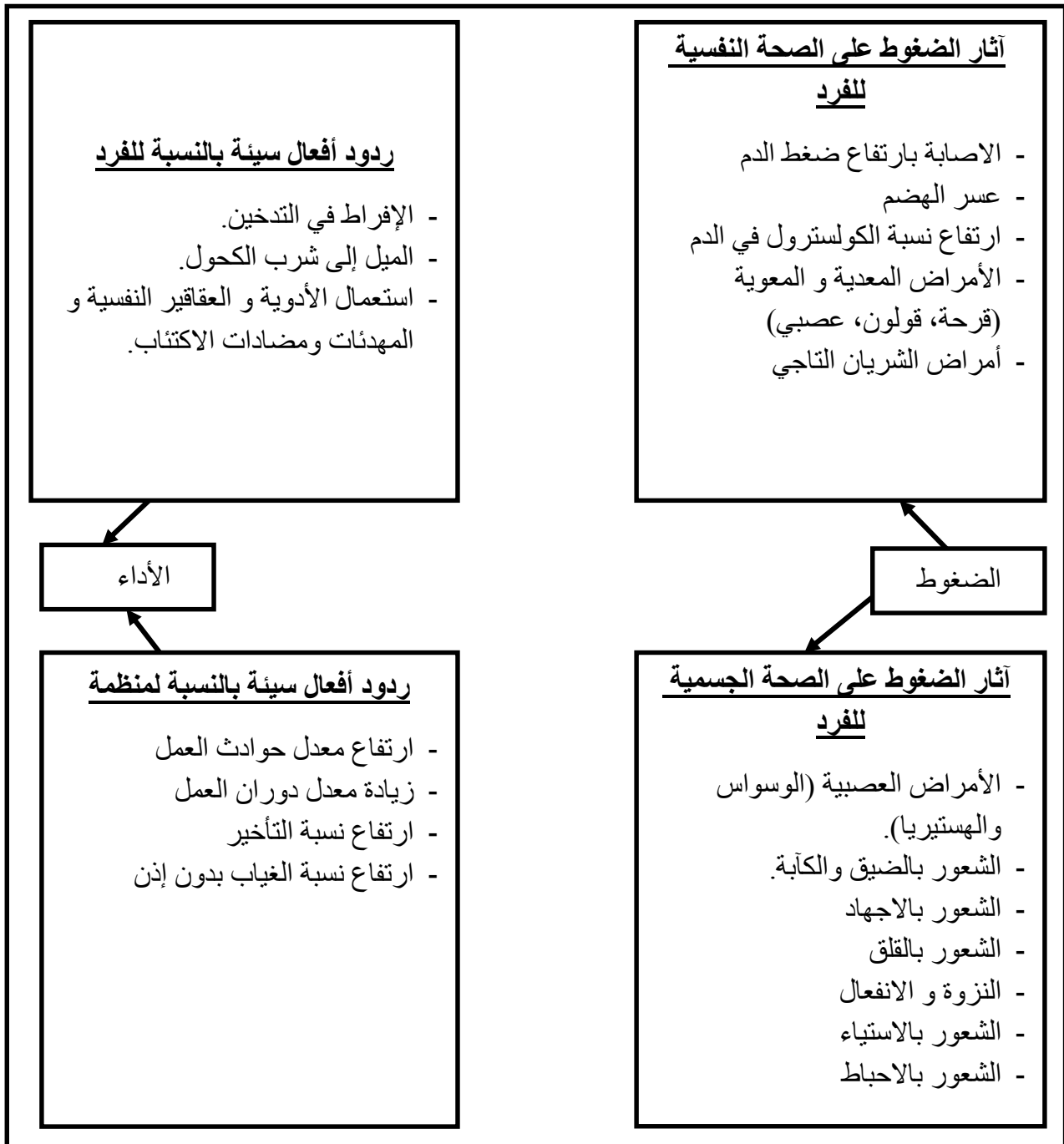
-سوء العلاقة بين أفراد المنظمة.

-سوء الاتصال بسبب غموض الدور وتشويه المعلومات.

-زيادة التكاليف المالية: تكاليف التأخر عن العمل، الغياب، التوقف عن العمل، تشغيل عمال إضافيين، تعطل الآلات وإصلاحها.

ويوضح الشكل الآتي تأثير الضغوط على الحالة الصحية (الجسمية و النفسية) للأفراد وردود الفعل

السيئة بالنسبة للفرد والمنظمة:



الشكل رقم (12): تأثير الضغوط على الحالة الصحية (الجسمية و النفسية) للأفراد وردود الفعل السيئة بالنسبة للفرد والمنظمة (صلاح الدين، 2003، ص345).

فقد أثارت الكثير من الدراسات والتقارير المنشورة في مجال الضغوط المهنية أن المجتمعات الصناعية وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية، تتكبد خسائر إقتصادية كبيرة تترتب على تعرض الأفراد لضغوط العمل والتي تنعكس بدورها على المنظمات، فقد قدرت مجلة (The Economist) الصادرة في أبريل (1985) أن الأمراض المتعلقة بضغوط العمل تكلف الاقتصاد الأمريكي ما يقارب من

مائة بليون دولار سنويا. كذلك فقد أشارت تقارير نشرت حديثا في عدد من المجالات الأمريكية، أن مطالب التعويض في نهاية ثمانينات القرن العشرين بسبب الضغوط تمثل ما يقارب من 14% إلى 25% من كل المطالب أو الدعاوي المتعلقة بأمراض المهنية في حين أن هذه النسبة كانت تمثل فقط 5% في عام 1980. كما أعلنت جمعية القلب الأمريكية أن أمراض القلب كلفت الولايات المتحدة الأمريكية 36.2% مليون دولار وأن 25% من هذه التكاليف تعزى إلى تدهور الإنتاج، حيث فقدت الدولة حوالي 52 مليون يوم عمل خلال تلك السنة، ويقدر البعض أن الصناعة في الولايات المتحدة الأمريكية تفقد سنويا (60) مليون دولار مما يترتب عليه خسائر في الإنتاج تقدر بحوالي 70 مليون دولار. أما في أوروبا تشير الإحصائيات بأن التكلفة الاجتماعية لضغوط العمل وحدها في فرنسا لا تكلف الميزانية ما بين 830 و1.556 مليون أورو، وهو ما يمثل 10% إلى 20% من الإنفاق في قطاع الحوادث الأمراض المهنية للضمان الاجتماعي (INSS) (المعهد الوطني للبحوث والأمن). و تقدر تكلفة الضغط لجميع دول الاتحاد الأوروبي حوالي 20 مليار أورو سنويا. ويعتبر الضغط هو السبب من 50% إلى 60% من مجموع أيام العمل الضائعة ففي فرنسا مثلا: 11% من الموظفين يتوقفون عن العمل ليوم واحد أو عدة أيام نتيجة الضغط والتعب في حياتهم المهنية، وفي كندا سنة (2010) أفاد 23.5 من الكنديين أن معظم أيامهم كانت "تمام مرهقة للغاية"، بزيادة 1.2% مقارنة مع نسبة 22.3 في عام (2008) (بن عباد قدور، 2014، ص3).

ومن ناحية أخرى فقد أشار عبد الرحيم أكبر إلى أن "ضغوط العمل ترهق مجمل الاقتصاد الوطني والدولي". أما على المستوى التنظيمي فقد أكد الباحثين أن ضغوط العمل هي العامل الرئيسي في حدوث كثير من المشكلات التنظيمية خاصة مشكلات الأداء المنخفض، دوران العمل، التغيب، التسرب الوظيفي، كما لاحظ المجلس الوطني للتعويضات في الولايات المتحدة الأمريكية أن معدل ما تدفعه المنظمات للفرد الواحد كتعويض عن ضغوط العمل يقرب بحوالي (15.000) دولار وهذا يساوي تقريبا ضعف المطالبات الناجمة عن الإصابات الجسمية بسبب العمل. (عبد الرحمان هيجان، 1998، ص170-171).

خلاصة الفصل:

مما لا شك فيه أن قدرا من الضغوط مطلوب وضروري للإستمرار في حالة تيفظ ونشاط حيث توضع تجارب الحرمان الحسي أن غياب التنبيه لا يمثل خبرة سارة، بل قد يؤدي إلى ظهور الهلوس كوسيلة للتنبيه الذاتي، وكل منا يستطيع الأداء الجيد في ظل المستويات المعتدلة من الضغط غير أن الضغوط الحادة والمزمنة التي تتطوي على المخاطر من شأنها أن تعوق قدرتنا على التوافق ويترتب عليها أمراض جسمية وسلوكية.

ومن هنا نستخلص من هذا الفصل أن الضغط أصبح يمثل جزءا من تفاعل الإنسان مع متغيرات حياته اليومية الشخصية والتنظيمية، حتى أصبح يتعذر على الكثير تجنبه، ومن ثم تحولت الدراسة فيه من الناحية الفيزيولوجية إلى الناحية السيكولوجية والتنظيمية، وهذا نظرا لتنوع مصادر هذا الضغط حيث أصبحت تغيرات الحياة اليومية والمهنية للفرد من أكبر الأسباب التي تؤدي إلى ظهور أعراض الضغط لديه.

الفصل الرابع

استراتيجيات مواجهة الضغوط

تمهيد

1. تطور مفهوم إستراتيجيات مواجهة الضغوط
2. تعريف استراتيجيات مواجهة الضغوط:
3. عناصر مواجهة الضغوط
4. تصنيفات إستراتيجيات مواجهة الضغوط
5. أنواع استراتيجيات مواجهة الضغوط:
6. التناولات النظرية المفسرة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط
7. العوامل التي تؤثر في استراتيجيات مواجهة الضغوط

خلاصة الفصل

تمهيد:

عندما يتعرض الممرض لموقف ضاغط أو مشكلة تفوقه لا يستطيع مواجهتها بطريقة إيجابية فإنه يقع تحت وطأة الضغوط المهنية، ويتعرض للإحترق النفسي، لكن إذا استطاع أن يواجه المشكلات والمواقف الضاغطة بأساليب مواجهة فعالة فبإمكانه إذن أن يقلل من إحتتمالات تأثره بالضغوط ويتعدى الإصابة بالاحترق النفسي.

إن إستخدام هذه الأساليب يعني التعبير عن الكيفية التي تفكر بها في الأحداث والطريقة التي تستجيب بها للأحداث المسببة لهذه الضغوط مما يعكس فهم طبيعة هذه الضغوط (عبد العزيز عبد المجيد، ص 46)

1. تطور مفهوم إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

يعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة تعود أصل كلمة (Coping) إلى الاشتقاق من الكلمة الإنجليزية (To cope) والتي تعني كل أنواع النشاط الايجابي كالتحدي والمقاومة والكفاح والصراع والتغلب على المشكلات والصعاب، أما في اللغة الفرنسية فتعني مواجهة الشيء (Faire avec) ونقصد بها التسوية أي إستجابات تكيفية للتغيرات التي تحدث في البيئة بالفرد (Boudarene, 2005, p18).

كما يطلق البعض الآخر على كلمة (Coping) باستراتيجيات المواجهة أو أساليب أو طرق المواجهة، وقد تشير إلى التوافق أو التعامل مع المشكلات أو التغلب على الضغوط أو معاشة الضغوط (جمعة السيد يوسف، 2000، ص 69).

ويتصل مفهوم المواجهة (Coping) بمفهومين هما: (Marilan Bruchou-Schwedzer, 2001, p69)

- ميكانيزمات الدفاع (Mécanismes de défense) الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف نظرية التحليل النفسي.

- التكيف (Adaptation) الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمد في ذلك على البيولوجيا، علم الطبائع، علم النفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والإرتقاء لداروين).

وقد بدأ الاهتمام بدراسة موضوع إستراتيجيات مواجهة الضغوط منذ العقود الأربعة الأولى الماضية، وتعدّ الدراسة التي قام بها Murphy (مورفي) (1962) من أوائل الدراسات التي إستخدمت مصطلح التعامل مع المواقف المهدة بهدف السيطرة عليها (نقلا عن: عبد الله الضريبي، 2010، ص 679) ويعد Murphy (مورفي) (1962) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه حيث أشار إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهدة تهدف السيطرة عليها (In: Lazarus & Folkman, 1984, p14).

أما مصطلح (Coping) فقد جاء به العالم الأمريكي Lazarus (لازاروس) و شركاؤه و طوره في السنوات (1978-1984-1990) على التوالي (Sillamy, 1999, p68).

وبدأ الإهتمام بدراسة موضوع إستراتيجيات مواجهة الضغوط منذ ستينيات القرن الماضي، وقد إستخدمت الدراسات مجموعة من المصطلحات للتعبير عنها مثل: ميكانيزمات المواجهة أو مهارات

المواجهة أو أساليب المواجهة أو جهود المواجهة، وحسب" بن طاهر بشير (1992) إستراتيجيات المواجهة مفهوم مركب من لفظين: (بن طاهر بشير، 1992، ص 40) إستراتيجية: تشير إلى طابعها الوظيفي حيث تستهدف التخفيف من التوتر. المواجهة: هو مفهوم يصف التعامل الفرد مع ما يواجهه من مواقف معيقة، و استجابته و ردود أفعاله اتجاه هذه المواقف

2. تعريف إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

تعرف إستراتيجيات مواجهة الضغوط في معجم علم النفس الكبير " بأنها عملية نشطة يقم الفرد من خلالها قدراته و إمكانياته على مواجهة الحياة و بالخصوص مواجهة المواقف الضاغطة والنجاح في التعامل معها و ضبطها" (In :Bloch & Al, 1997, p176).

في حين يعرفها معجم مصطلحات الطب النفسي (Coping belaoiry): " بأنها مجموع الآليات التي يستخدمها الفرد للمواقف المختلفة " (نقلا عن: لطي الشربيني، دت، ص35).

وقد عرّف كل من Lazarus (لازاروس) و Laumier (لومير) (1978) المواجهة بأنها مجموعة المجهودات المعرفية السلوكية الموجهة نحو إدارة و تسيير المتطلبات الخارجية أو الداخلية الخاصة والتي يدركها الفرد بأنها مهددة وتتجاوز موارده الشخصية (Coussongelie & Al, 1998,pp89-94).

ويشير كل من Mooset (موسيت) و Cronkite (كرونكيت)(1983) بأن المواجهة تتألف من المعارف السلوكية التي يستعملها الفرد لتقييم وتقليل الضغط وتعديل أو خفض التوتر الذي يصاحبه (In: Salomon & Al, 1988, P279)

ويشاطره الرأي Eleishman (إليشمان) (1984) بإعتبار مواجهة الضغوط هي تلك المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو التحكم وتقليل أو تحمل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز موارده الشخصية، لذلك فهي تشمل على نشاط ما أو عملية فكرية تهدف لتقليل أو التخلص من الضيق النفسي أو المواقف الضاغطة (In: Valentiner & Al, 1994, P194)

ويعرف Henderson (هيندرسون) وآخرون(1992) المواجهة على "أنها محاولة الفرد لضبط المطالب والصراعات البيئية الخارجية و الداخلية التي ترهق مصادر تكيفه" (Henderson & Al,1992, p125).

و أشار Maslow (ماسلو) (1940) إلى مفهوم المواجهة وأطلق عليه أسلوب التصدي فيميز بينه وبين السلوك التعبيري في حديثه عن الحاجة. ويضيف كل من Lazarus و Folkman (1985) بأن

المواجهة هي عملية التغير المستمر للجهود المعرفية و السلوكية أو كلاهما لضبط الظروف الضاغطة وقد حددا هدفين رئيسيين للمواجهة هما:

- ضبط الموقف الذي يسبب الضغط.

- تنظيم الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالضغط.

كما يعرف Wolman (ولمان) (1972) إستراتيجيات مواجهة الضغوط "بأنها مجموعة من الوسائل التي تيسر التكيف مع البيئة ومواقفها الضاغطة بغرض تحقيق هدف أو بعض الأهداف" (نقلا عن: عبد الله الضريبي، 2010، ص69).

كما عرف كل من Lazarus (لازاروس) و Cohan (كوهان) (1978) إستراتيجيات مواجهة الضغوط "بأنها نظام مقاومة، الهدف منه إعادة التوازن الانفعالي بالتركيز على وظائف الضبط الانفعالي وعلى حل المشكل أي على الاستراتيجيات الواعية واللاواعية التي يضعها الفرد للتكيف مع الحدث الذي يحرکه كمصدر للخطر" (In : Paulhan, 1998, p42).

أما Caplan (كابلان) (1984) فقد عرف استراتيجيات المواجهة "بأنها السلوك الذي يهدف إلى خلق التغيير في الذات و تغيير في القدرات أو الحاجات ،أو تعريف متطلبات البيئة (Caplan, 1984, p413).

ويؤكد كل من Moss (موس) و Holland (هولاند) على أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط هي جهود لتعليم تحمل التهديد الذي يؤدي إلى الضغوط أو ضبطها أو تحليلها" (Moss et Holland, 1982, p739).

وتتمثل إستراتيجيات مواجهة الضغوط الفردية حسب luthan (لوثان) (1992) في طرقا وأساليب يحاول من خلالها الفرد التعامل مع الضغوط التي حدثت بالفعل. ويرى Everly (ايفرلي) (1989) "أنه يمكن الحديث عن إستراتيجيات المواجهة للضغوط من ناحيتين مختلفتين، الأولى وهي ناحية المعرفية، وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف وتقليل معدل إستجابة الضغط، والثانية الناحية الفيسيولوجية وتعني محاولة إعادة الاتزان لدى الكائن الحي" (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 83).

ويضيف Rutter (روتر) (1981) بأن إستراتيجيات مواجهة الضغوط " هي محاولات الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغير تقييمه لها، لذا تتطلب المواجهة وجود حل للمشكلة، وكذلك تنظيم انفعالي للضغط" (Rutter,1981, p323).

ويذهب Rayan (ريان) (1989) إلى أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط: هي إستراتيجيات توافقية متعلمة ومكتسبة تمثل محتوى السلوك و تستخدم للسيطرة على أزمات الحياة وظروفها الضاغطة (Rayan, 1989, p110).

في حين يرى Lazarus (لازاروس) (1992) بأنها: "مجموع السيرورات التي يتوسطها الفرد بينه وبين الحدث المدرك كتهديد، وذلك بهدف ضبط و تحمل أو تقليص آثار صحته. أما (فريدريك رويان) (1993) فيرى أنها مجموعة العمليات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث الذي يظهر كتهديد لهذا الفرد على صحته البدنية والنفسية (افتدوزن، 2002، ص 60).

ويشير لطفي عبد الباسط (1994) بأن "إستراتيجيات مواجهة الضغوط هي مجموعة من النشاطات أو الإستراتيجيات الديناميكية سلوكية أو معرفية، يسعى من خلالها الفرد لمواجهة الموقف الضاغط أو لحل مشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه" (لطفي عبد الباسط، 1994، ص95).

ومن جهة أخرى يعرف عبد السلام (2003) إستراتيجيات مواجهة الضغوط بأنها "الأساليب التي يواجه بها الفرد أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والتي تتوقف مقوماتها الايجابية أو السلبية نحو الإقدام أو الإحجام طبقا لقدرات الفرد وإطاره المرجعي للسلوك، ومهاراته في تحمل أحداث الحياة اليومية الضاغطة وطبقات إستجاباته التكيفية نحو مواجهة هذه الأحداث دون إحداث أية آثار سلبية جسمية أو نفسية عليه" (نقلا عن: علي الشكعة، 2009، ص309).

وتضيف هناء شويخ (2007) أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط بأنها الاستراتيجيات المستخدمة لمعالجة المشكلات الفعلية أو المتوقعة، و ما ينتج عنها من انفعالات سلبية (هناء شويخ، 2007، ص 315).

ويرى أحمد عبد المطيع الشخابنة (2010) أن استراتيجيات المواجهة هي الأساليب التي يتبعها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط. (أحمد عبد المطيع الشخابنة، 2010، ص 35).

في حين يشير Carl Meniger (كارل مينيجر) إلى أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط هي "الحيل ووسائل تنظيم طبيعة سوية للضغوط" (رجاء مريم الأحمد، 2007، ص 150).

في حين يعرف مصطفى خليل الشراوي إستراتيجيات مواجهة الضغوط بأنها " تلك الجهود المبذولة معرفيا وسلوكية للسيطرة أو التحمل أو تقليل الأعباء التي ترهق أو تغطي على طاقات للفرد " (نقلا عن: مقدم سهيل، 2010، ص379)

أما Dewe (ديو) (2000) فعرف إستراتيجيات مواجهة الضغوط "بأنها الجهود المعرفية و السلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة، أو التعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه و تقييمه باعتباره يفوق طاقة الفرد و يرهق مصادره، و قدراته و يمثل موقف ضاغط" (إيمان محمود القماح، 2002، ص 150)

وفي الأخير يعرف الباحثين الجزائريان مقداد محمد وفاضل عباس خليفة إستراتيجيات مواجهة الضغوط بأنها " الاستراتيجيات التي يظهرها الفرد أو الجماعة نحو موقف ما تكون له آثار مزعجة ومؤلمة " (مقداد محمد وفاضل عباس خليفة، 2012، ص 181).

وما يمكن أن يستنتج من خلال ما سبق أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط هي مجموعة من الإستجابات، السلوكية والمعرفية والإنفعالية، التي يسعى الفرد من خلالها للسيطرة والتكيف مع المواقف والأحداث الضاغطة في الحياة اليومية التي يدرك أنها ترهق وتهدد صحته النفسية والجسدية. والملاحظ أنه رغم تعدد التعاريف التي تناولت مفهوم إستراتيجيات مواجهة الضغوط، إلا أنها تتفق في مجملها حول معنى مشترك و هو طريقة وأسلوب الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها. إستنادا إلى ما سبق فإن الباحثة تعرف إستراتيجيات مواجهة الضغوط في الدراسة الحالية بأنها عبارة عن مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية، التي يوظفها الممرض بهدف التعامل مع المشكلات أو الضغوط التي تواجهه، وذلك عن طريق تقليص أو ضبط والتخفيف من الضغط النفسي والموقف الذي يقدره الممرض بأنه ضاغط، ويتجاوز إمكانياته وقدراته الفردية، فالمواجهة هي استجابة لضغوط الممرض النفسية والجسدية.

3. عناصر مواجهة الضغوط:

وقد حدد Whit (وايت)(1978) ثلاث عناصر للمواجهة وهي: (In : Newma, 1981)

- تتطلب المواجهة من الشخص أن يكون قادرا على إكتشاف و معالجة المعلومات الجديدة.
- تتطلب المواجهة من الشخص أن يكون قادرا على السيطرة على حالته الإنفعالية وتغيير الانفعالات والتعبير عنها بشكل مناسب إذا لزم الأمر.
- تتطلب المواجهة من الشخص أن يكون قادرا على الانتقال بحرية ضمن بيئته.

4. تصنيفات إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

المواجهة ليست مجرد استجابة بسيطة للضغط، بل هي إستراتيجية تهدف إلى تغيير الوضعية المهددة الحقيقية أو التقدير الذاتي الذي يصنعه الفرد، وأن فعالية مثل هذه الإستراتيجية ترتبط في آن واحد بنوع الأسلوب المستعمل وبتنوع ذخيرة مواجهة الفرد.

وفيما يلي أهم التصنيفات التي إهتمت بإستراتيجيات مواجهة الضغوط:

➔ **تصنيف (لازاروس):** لقد حدد (لازاروس) تصنيفين عريضين لمواجهة الضغوط هما المواجهة

النشطة والمتمركزة حول المشكل، والمواجهة السلبية والمتمركزة على الإنفعال المصاحب

للمشكل وهذا بالاستناد إلى وظيفتين رئيسيتين لإستراتيجيات، الإستجابة للضغط وهي ضبط

التوتر والضيق الإنفعالي وتغيير المشكل الذي يسبب الانزعاج والضيق، وسيتم عرضها فيما

يلي: (Seiffge & Krencke, 1994 , p316)

-إستراتيجية المواجهة التي تتمركز حول المشكل.

-إستراتيجية المواجهة التي تتمركز حول الانفعال.

يستعمل هاذين الشكليين للمواجهة في أغلب المواقف الضاغطة و يكون توزيع أنواع كل شكل حسب

تقييم الفرد للموقف أو الحدث الضاغط (Paulhan & Al, 1994)

-إستراتيجية مواجهة الضغوط المتمركزة حول المشكل:

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل الفرد وبيئته، يعني التركيز

على المشكل، وحسب Schafer (شايفر) (1992) فهي تشير لتلك الجهود التي يبذلها الفرد، وهو

يحاول التعامل مع عوامل الضغط أو مع الموقف الضاغط مباشرة (Graziani & Al, 1998, p101).

ويضيف كل من Copper (كوبر) و Paine (بين) بأن المواجهة المركزة على المشكل هي إستجابة

سلوكية ومعرفية لمواجهة الضغط عن طريق التعامل مع الوضع، إنها سلوكيات متخذة لتغيير

الوضع (ليلي شريف، 2002، ص 72)

وهي حسب Lazarus (لازاروس) (1993) محاولة أيضا للسيطرة بشكل مباشر على الموقف

الضاغط عن طريق إستعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، وإتخاذ

الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة وتتضمن تحليل المشكلة، ووضع خطط أو بدائل

تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية، أي تعديل العلاقة

النظرية بين الفرد والمحيط. وتسعى المواجهة التي تركز على المشكل إلى تغيير الموقف مباشرة،

بغرض تعديل أو إستبعاد مصدر الضغط، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكل (نقلا عن:

محمد السيد عبد الرحمان، 2000، ص 314)؛ لذلك فهي مجهودات تهدف لإزالة الحدث المهدد أو تقليص تأثيرات (Carver et Al, 1994, p184).

كما أن هذا النوع من الإستراتيجية موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة ودراسة فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، ثم إختبار واحدة منها، وتطبيقها لذلك فهي تعمل مباشرة على تغيير المشكلة (Lazarus et Folkman, 1984, p152).

كما تؤدي مثل هذه الإستراتيجيات إلى تغيير الحالة الإنفعالية بصفة غير مباشرة (Dantchev, 1989, p25)

- إستراتيجية مواجهة الضغوط المتمركزة حول الإنفعال:

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط (شيلي تايلور، 2008، ص 433). أي التنظيم الإنفعالي المركز على التعامل مع الخوف والغضب أو الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الإنفعال كمواجهة سلوكية وإنفعالية (ليلي شريف، 2002، ص 68).

ونجد من أساليب هذا النوع:

- **التنظيم الوجداني:** من خلال معايشة الإنفعالات وعدم الإنشغال بالإنفعالات المتصارعة والتحكم الإنفعالي.
- **الانتظار لبعض الوقت:** لمحاولة التغلب على المشكلة مع توقع الأسوأ أو الإقرار بعدم إمكانية عمل شيء.
- **التفريغ الإنفعالي:** بالتغيرات الكلامية، البكاء، التدخين... (عبد العزيز عبد المجيد، 2005، ص 46)، حيث تتضمن هذه الاستراتيجيات الإنفعالية محاولة التي يقوم بها الفرد للتخلص من حالة الضيق الإنفعالي المرتبطة بالموقف الضاغط أو على الأقل التحقيق منها (سيماني مراد، 2012، ص 42)
- ونجد أيضا من بين الأساليب المتبعة أيضا في هذه الإستراتيجية نجد: (Boudarene, 2005, p36)
- **التجنب:** هو تحويل الانتباه عن الوضعية الضاغطة من خلال استعمال بدائل تتمثل في نشاطات سلوكية (رياضية)، أو نشاطات معرفية (التلفاز، القراءة)، وهذه الوسائل ذات فعالية

نسبية وهي تختلف عن الهروب إلى سلوكيات خطيرة، مثل: اللجوء إلى الكحول أو التبغ أو المخدرات.

- **الإنكار:** تشبه إستراتيجية الهروب حيث تعمل على تأجيل المشكلة حيث يسعى الفرد لتغيير المعنى الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو الاعتراف بها حدث فعلا. ويمكن التفرقة بين الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الإنفعال، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (05): الفرق بين الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة والمتمركزة حول الانفعال (Loo & Autres, 2003, p136).

متمركزة حول الانفعال		متمركزة حول المشكلة	
العيوب	المميزات	العيوب	المميزات
- استمرار العامل الضاغط	- قليل الكلفة - المحافظة على النشاطات المعتادة	- تكلفة عالية - التركيز على المشكلة على حساب النشاطات المعتادة	- تخفيض العامل الضاغط - تكييف السلوكيات مع الوضعية الضاغطة (تطور)

وأحيانا تعمل إستراتيجيات مواجهة الضغوط المتمركزة على المشكلة والمواجهة المتمركزة على الإنفعال معا، بحيث يصعب الفصل بينهما (شيلي تايلور، 2008، ص433).

➔ **تصنيف Moss(موس) و Billings (بيلينقس) (1981):**

لقد حدد كل من Moss(موس) و Billings (بيلينقس) (1981) ثلاث أنواع لإستراتيجيات مواجهة الضغوط وهي: (In :Molahan & Moss, 1987, p116)

- **الإستراتيجية السلوكية الفعالة:** تشمل مختلف المحاولات أو المجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل.
- **الإستراتيجية المعرفية الفعالة:** تتمثل في المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الحدث بأنه ضاغط.
- **الإستراتيجية التجنبية:** و تضم المجهودات و المحاولات لتجنب و تفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة الشكل بصفة غير مباشرة و تقليص التوتر من خلال سلوكيات مثل الأكل والتدخين بإفراط.

➔ **تصنيف Fletcher (فليتشر) و Suls (سولس) (1985):**

توصلت أعمالهما Fletcher (فليتشر) و Suls (سولس) (1985) إلى تصنيفين أساسيين لإستراتيجيات مواجهة الضغوط وهما: (In: Paulhan & Al, 1994, p294)

• **المواجهة التجنبية:** هي إستراتيجيات سلبية وإستسلامية مثل: التجنب، الهروب، والنفى، والتقبل الطوعي.

• **المواجهة اليقظة:** هي إستراتيجيات نشطة منها البحث عن المعلومات أو مخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي.

وقد صنف مصطفى خليل إستراتيجيات مواجهة الضغوط إلى ثلاث فئات وهي كالتالي:

• **أساليب المواجهة:**

-التعامل النشط

-التخطيط

-كبت الأنشطة المتشاركة

-التمهل

• **أساليب التماس العون:**

-اللجوء للدين

-الدعم الاجتماعي العملي

-الدعم الاجتماعي العاطفي

-التماس التفريغ العاطفي

• **السلبية :**

-الإنكار

-التحرر الذهني

-التغيير السلوكي

-التقبل

كما أشار (هيجنر) و(اندلر) من وجود ثلاث أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط وهي: (نقلا عن:

حسين فايد، 2005، ص 359)

• **أسلوب التوجه الانفعالي:** يقصد به المحاولات الإنفعالية التي تنتاب الفرد وتعكس على

أسلوب التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والإنزعاج والغضب والأسى

والياس.

• أسلوب التوجه نحو التجنب: يقصد به محاولة الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة، وأن يكتفي بالانسحاب من الموقف، ويطلق على هذا الأسلوب الإحجام في التعامل مع المواقف الضاغطة.

• أسلوب التوجه نحو الأداء: يقصد به المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة، والإستفادة من الخبرة في المواقف السابقة، وإخراج البدائل للتعامل مع المشكلة وإختيار أفضلها، ووضع خطة فورية لمواجهة المشكلة.

وقد صنف Cohen (كوهن)(1994) إستراتيجيات مواجهة الضغوط إلى:

- التفكير العقلاني: وهو التفكير المنطقي حول المشكلة.
 - التخيل: فيما يمكن أن يحدث في المستقبل.
 - الإنكار: وتجاهل الضغوط ومصادرها.
 - حل المشكل: استخدام أفكار جديدة لحل المشكل.
 - الدعابة: التعامل ببساطة مع المشكل بردود فعل إيجابية.
 - الرجوع إلى الدين: الإكثار من العبادات بأنواعها.
- ومنه نستنتج أن رغم هذه التصانيف إلا أنّها في الحقيقة تعطينا فكرة واضحة عن الضغوط وأساليب مواجهتها، وجميعها تؤكد على أنّ هناك مواجهة إيجابية بناءة تسعى لحل الموقف، بينما هناك إستراتيجيات تسعى للهروب وإنكار الموقف.

5. أنواع إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

لقد تناول الباحثون المهتمون بالتعامل مع الضغوط العديد من الأساليب والتقنيات أو الاستراتيجيات، وتوصل البعض إلى تبويبها وتصنيفها إلى عدة أساليب و هي الأساليب الفسيولوجية والسلوكية.

1.5. الأساليب الفسيولوجية: وتتمثل هذه الأساليب في:

1.1.5. أسلوب التأمل:

هو أسلوب متعلم يتضمن إعادة التركيز على الانتباه الذي يؤدي إلى حالة متغايرة من الشعور، وفي معظم أشكال التأمل فإن الناس يكررون صوتاً أو كلمة أو مقطعاً معيناً أو يركزون إنتباههم على صورة معينة، ويعتمد التأمل على التركيز المثير الذي يصبح فيه غير واع للإثارة الخارجية حيث يتم

الاعتماد على الخبرة الداخلية. وإذا نفذ التأمل بفعالية فإنه يؤدي إلى إنخفاض في معدل ضغط الدم وعدد ضربات القلب، وبعد 20 دقيقة من التأمل يشعر الفرد بالاسترخاء، وبضغط نفسي أقل، فالتأمل يعتبر أسلوباً فعالاً في مساعدة الفرد على الاسترخاء وخفض الضغط النفسي (Kohne, 1986)

2.1.5. أساليب التمارين الرياضية:

التمارين الرياضية لها دور هام في اختزال الضغط النفسي لأنها تعتبر مخرجاً لطاقة جسمية كامنة وعندما لا يخرج بخروجها فإنها تسبب توتراً، وتفرغها عبر التمرين الرياضي يتيح للعقل أن يتحول إلى بعض الأشياء المفيدة بعيداً عن الإحباطات، والضغوط التي أرهقت الجسم وجعلته على أهبة المواجهة. ويعتبر هذا الأسلوب أكثر فعالية في مواجهة الضغوط، حيث أن التمارين الرياضية تؤدي إلى خفض الضغط بطريقة مختلفة حيث أن ضربات القلب ومعدل التنفس يميل إلى إنخفاض عند جميع الأفراد الذين يمارسون التمارين الرياضية بشكل منتظم، وأيضاً يشعرك التمرين بالإحساس بالنجاة، كما يبعدها مؤقتاً عن البيئة التي تسبب الضغط النفسي، وتجعل التمارين الرياضية الأفراد ينامون أفضل في الليل (Eckelman, 1989).

3.1.5. التغذية:

للتغذية قيمة فعالة في إدارة الضغوط فهي تزيد من المصادر التي يستند إليها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة، فالجسم الذي يتمتع بتكامل غذائي، يمتاز بتوافق أحسن تجاه المواقف الضاغطة، لأن جسم الإنسان يستهلك قدراً كبيراً من الطاقة والمواد الكربوهيدراتية والدهون وهـ البروتينات و الفيتامينات عندما يستجيب لمواقف ضاغطة، و نقصان هذه المواد خاصة على مستوى الجهاز العصبي يؤدي إلى سلبية على جسم و نفسية الفرد (ماجدة بهاء السيد عبيد، 2008، ص 342).

2.5. الأساليب السلوكية:

1.2.5. التدريب على الاسترخاء:

يتم بطريقة تدريجية تبدأ بإرخاء جميع العضلات من أجل أن يصل الذهن إلى حالة من الهدوء والراحة من خلال خفض نشاط الجهاز العصبي الذاتي، لأن المواقف والأحداث الاستفزازية تحدث توتر أو شد عضلياً في معظم أجزاء الجسم. وتتم هذه العملية باستلقاء الفرد على ظهره أو الجلوس على كرسي مع وجود سند للرأس وضم القدمين إلى الأرض، ويقوم الفرد بشد المجموعة العضلية ككل أو بشكل منفرد من 5 إلى 7 ثوان، تتبعه فترة ثبات للعضلة المشدودة تستغرق الزمن نفسه أو أقل قليلاً، ثم إرخائها لمدة تتراوح بين 20-30 ثانية، ويقوم الفرد بالعملية لمرة واحدة على الأقل وقد

يمددها إلى خمس مرات حتى يزول التوتر، وهناك وضعيات للإسترخاء متعددة (علي عسكر، 2003، ص190)

وقد ورد Burns (برنس) (1980) عدة فوائد للإسترخاء العضلي، ومنها التخلص من المشكلات المرتبطة بالضغط النفسي مثل الصداع العصبي والأرق وارتفاع ضغط الدم، كما يعد الاسترخاء أسلوباً وقائياً يعمل على خفض احتمال حدوث التوتر النفسي، وضبط القلق ويساعد الإسترخاء الفرد على أن يفكر بطرق أكثر عقلانية، وأن يصبح أكثر وعياً للتوتر من خلال تعلم إجراءات شد وإرخاء عضلات الجسم (In: Beck & Al, 1982).

2.2.5. تعديل أسلوب الحياة:

إن تعديل أسلوب الحياة مفهوم دينامي يمكن تعديله وتطويره، وذلك بالإقلاع عن العادات السلبية كالتدخين والإكثار من شرب القهوة مما يشعر الفرد، ولو بعد فترة ليست بالقصيرة بالإرتياح والإنشراح ويمده بتعامل أحسن إزاء المواقف الضاغطة (حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 153).

3.5. الأساليب المعرفية:

إنّ الأساليب المعرفية في مواجهة الضغوط والتي سماها (Meciechanboum) المناعة ضد الضغوط، وتكون الخطوة الأولى فيه تطوير وعي الفرد حول سلوكه وأفكاره، بحيث يتمكن من تحديد أحداث معينة تنتج عن الضغط وأن يتعلم أنواع المثيرات التي تجلب الضغط، وهذه الخطوة يمكن أن يشعر الفرد بحد ذاتها بإحساس كبير بالضبط الذاتي، كما يصبح الفرد أكثر فهماً للأساليب المحددة لمشاعره السلبية، وفي الخطوة الثانية: يتم فيها التدريب العقلي للفرد والبدء بالتصرف بسلوك لا تشوبه أفكار غير عقلانية، وتعلم عادات توافقية مع الضغط بطريقة عقلانية بناءة، أما في المرحلة الأخيرة فيطبق الفرد ما قد تعلمه من مهارات في الخطوات السابقة على مواقف الضغط الجديدة التي يمر بها. (Feldman, 1980, pp187-197)

ويرتكز هذا الأسلوب على العناصر التالية:

1.3.5. إيقاف الأفكار السلبية: إستبعادها في موضوع ما في اللحظة نفسها، والسماح للفرد أن يفكر

بصورة إرادية (حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 165-166).

2.3.5. التخيل أو التصور البصري:

إنّ هذا الأسلوب يساعد الفرد في التعامل و التدريب على المواقف الضاغطة و يتضمن تدريب الفرد و تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط كما لو أنه يعايشه و اقتراح كيفية التعامل هذا الموقف الضاغط بفعالية و ايجابية (حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 165-166).

3.3.5. تطوير مهارات إدارة الذات:

يختلف الناس في قضاء الوقت، فبعضهم يقضي كل وقته في العمل ولا يبقى منه شيئاً للمتعة والترفيه، بينما يعمل البعض الآخر ببطء ولا يعمل سوى القليل، والشخص الناجح في الإدارة الذاتية هو الذي يوازن بين العمل والإستمتاع بين النشاط والتأمل ويحقق التوازن في حياته ويرى الوقت كاملاً ولتحسين مهارة الإدارة الذاتية يمكن القيام بما يلي:

▪ التخطيط: (جمعة سيد يوسف، 2007، ص 50)

- وضع أهداف واضحة.
- وضع أهداف قصيرة المدى تؤدي إلى أخرى طويلة المدى.
- تطوير خطط العمل (تحديد جدول للعمل على ضوء الأهداف الموضوعية).

▪ استخدام الوقت بكفاءة:

إننا لا نستطيع أن نضيف ساعات إلى يومنا ولكن يمكننا أن نستخدم الوقت الموجود بفعالية أكثر، والخطوة الأولى في ذلك هي وضع أهداف لحياتنا وخطط عمل تساعدنا على تنظيم أعمالنا، وبالتالي توفير الوقت لإنجاز ما نهدف إليه، وبالتالي التقليل من الضغط النفسي الذي ينتابنا من جراء عدم إمكانية إنجاز العمل في الوقت المطلوب (أحمد العزيز وأحمد أبو أسعد، 2009، ص 131).

4.5. الأساليب الوجودية والروحية:

1.4.5. البحث عن معنى وهدف الحياة:(نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 175-176).

كلما سعى الفرد نحو إيجاد معنى وهدف لحياته فإن ذلك يخفف من الشعور بالضغوط لديه، لأنه يعيد ترتيب الأولويات والأهداف عنده، وكلما كان الهدف الأول والأسمى معنوياً كلما كان ترتيب الأهداف المادية ثانوية، ولقد أوضحت الدراسات أن التدين الجوهري السليم يرتبط بانخفاض الإكتئاب والقلق ويرتبط إيجابياً بالوظائف النفسية والثقة والإستقلال والتسامح ويرتبط بالتفكير الإيجابي ويعتبر مؤشراً هاماً على الصحة النفسية والروحية وتقديراً للذات والسعادة للفرد؛ ويشير كل من

Flowers (فلوويرس) و Burke (بورك) (2001) إلى أن استراتيجيات المواجهة الدينية تعطي المعنى للحياة، وتزود الفرد بإحساس كبير في قدرته على التحكم والسيطرة على المواقف الضاغطة، ونجد أن العديد من آيات القرآن الكريم تعتبر أن الإيمان وقراءة القرآن الكريم والعبر آليات وطرق تجعل الفرد يتفادى ويواجه بفعالية المواقف الضاغطة لقوله تعالى عز وجل: "الذين آمنوا و تطمئن قلوبهم بذكر الله القلوب" (سورة الرعد آية 28).

وقوله تعالى: "واصبر وما صبرك إلا بالله ولا تحزن عليهم ولا تك في ضيق مما ينكرون" (سورة النحل الآية 127).

2.4.5. التفاعل:

تشير الأبحاث والدراسات أن الإتجاه التفاضل لدى الفرد يؤدي إلى تقييم معرفي أفضل للمواقف التي يتعرض لها. ويتبنى الفرد الذي يتسم بالتفاضل غالباً وسائل فعالة وناجحة في التعامل مع المواقف الضاغطة (ماجدة بهاء السيد عبيد، 2008، ص 354).

5.5. أسلوب المساندة الاجتماعية:

إن علاقتنا مع الآخرين يمكن أن توفر وسائل مهمة لمواجهة الضغوط، حيث وجد الباحثون أن المساندة الاجتماعية تمكننا من مواجهة كافة المستويات من الضغوط، ويجعلنا قادرين على مواجهة الضغط بشكل أفضل. وهناك العديد من الطرق التي يستطيع الآخرون أن يقدموا من خلالها المساندة الاجتماعية، عندما يظهر الفرد بأنه بحاجة إلى دعم إجتماعي وهذا مهم في العلاقات الاجتماعية (Feldman, 1989, pp187-197).

ويعرف Cobb (كوب) (1976) المساندة الاجتماعية على أنها معلومات تقود الشخص إلى الإعتقاد بأنه: (In: Feldman, 1989, pp187-197)

- يحظى بعناية الآخرين ومحبتهم.

- يحظى بتقدير الآخرين و احترامهم.

و قد قام Martin (مارتن) (1986) بوصف أربع مجموعات للمساندة الاجتماعية وهي:

أ - مجموعة المساندة الحقيقية: وهو النوع الذي يقدمه الأشخاص القادرون على المساندة في المواقف الضاغطة والأزمات، عن طريق القيام بعمل ما مثل: إقتراض النقود أو المساعدة للإنتقال من مكان لآخر.

ب- مجموعة الإمكانيات الاجتماعية المتوفرة: هم الأشخاص الذين بإمكانهم المشاركة في حفل عشاء، أو رحلات.

ج - مجموعة المعلومات و التوجيه: هم الأشخاص الذين يعدون مصدر لمعلومات المساعدة لحل المشكلة و كذلك يمكنهم إعطاء التوجيه والنصح.

د- المساعدة الانفعالية: هم الأشخاص الذين يشعرون الآخرين بالحرية في التحدث إليهم مما يعانون من مشكلات، الذين يستمعون إلى الآخرين دون حرج.

من خلال ما سبق فيمكن أن يستنتج أن الإستراتيجيات تلعب دورا وسيطيا بين الضغوط والإحترق النفسي، ومن خلال الإطلاع على إستراتيجيات المواجهة مع الضغوط التي تم تصنيفها وتوظيفها سالفا، تبدو الفائدة والأهمية التي يقدمها كل أسلوب في وقاية الفرد من تأثير المواقف الضاغطة فلا شك أن التأثير السلبي للموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد سوف ينقص حسب الأسلوب الذي يعتمد الفرد في التعامل معها، وكلما تضافرت بعض هذه الأساليب أو كلها كلما أصبح الموقف الضاغط تحت السيطرة، ويبقى الفرد في مأمن وحماية من ظاهرة الإحترق النفسي.

6. التناولات النظرية المفسرة لإستراتيجيات مواجهة الضغط:

1.6. النظرية الفيزيولوجية: (نقلا عن: بوروبي رجاح فريدة، 2012، ص 257).

يعتبر هذا النموذج استراتيجيات التعامل مع الضغط استجابات فطرية أو مكتسبة يستعملها الفرد لمواجهة الفرد للتهديدات الخارجية والانفعالية الداخلية، كالهروب في مواقف الخوف، والهجوم في حالات الغضب.

تتركز المواجهة أساسا في هذا النموذج على سلوك التجنب وسلوك الهجوم فقط، وهو ما لا يمكن من الكشف عن استراتيجيات أخرى المتضمنة في مصطلح المواجهة، ويرى Dantzer (دانترز) أن معيار إستراتيجية المواجهة في هذا النموذج يتمثل في الخفض أو التحكم في النشاط الفيزيولوجي الذي يترتب على هذه الوضعية.

2.6. نظرية التحليل النفسي: (نقلا عن: بوروبي رجاح فريدة، 2012، ص ص 257-258).

تتمثل إستراتيجيات التعامل مع الضغط حسب هذه الدراسة من خلال آليات دفاع (الأنا) ومجموعة الآليات اللاشعورية التي تهدف إلى التخفيف من الصراعات الداخلية وتجنب كل ما يمكن أن يثير القلق، كالصراعات الجنسية والعدوانية، وتمكن العاملون في هذا الاتجاه أمثال: Freud (فرويد)

من تعيين والتعرف على عدة آليات دفاعية كفيلة بالتقليل من حدة التوتر والقلق كالإنكار (إنكار الفرد لخطورة مرضه مثلا) أو العزل.

يرى Valiant (فاليان) (1992) من جهته، أن آليات الدفاع هي عبارة عن تشوهات غرضها التخفيف من حالة القلق الناتجة عن تغيرات فجائية للوسط الداخلي أو الوسط الخارجي، فهي آليات دفاعية تكيفية لا شعورية، عكس استراتيجيات التعامل مع الضغط التي تعتبر تقنيات مكتسبة متعلمة تسمح للفرد بمواجهة القلق طوعا واختيارا.

وقد صنف (فاليان) آليات الدفاع في أربع مستويات:

- 1- دفاعات ذهانية، كالإنكار الذهاني والإسقاط الهذيان.
- 2- دفاعات غير ناضجة، كالوساوس.
- 3- دفاعات عصائية، كالكبت.
- 4- دفاعات ناضجة، كالتصعيد والفكاهة.

وكان الهدف من هذا التصنيف التوصل إلى نماذج معينة للشخصية، غير أن لهذا التناول التحليلي حدود يقف عندها في محاولته لقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط تتمثل هذه الحدود كما تحدث عنها (لازاروس) و(فولكمان) في بعض الصعوبات المنهجية الهامة، والتي تجعل من هذا التناول تناولا ناقصا.

3.6. نظريات سمات الشخصية: (نقلا عن: بوروبي رجاح فريدة، 2012، ص258).

مفهوم المواجهة بالنسبة لهذه النظريات ما هو إلا عدد من الأبعاد التي تشبه السمات المكونة للشخصية، وإذا كانت السمة تشير إلى استعداد عام للإستجابة بطريقة خاصة ومميزة للفرد عبر المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته، فإن المواجهة تشير إلى استعداد أو ميل أو أسلوب للحياة، ويتضح مدى الإتساق بين مفهوم السمات الشخصية ومفهوم أسلوب المواجهة من حيث كونهما يمثلان أسلوبا خاصا يميز أثناء تعامله مع ظروف الحياة، غير أن أسلوب المواجهة يبدو أكثر خصوصية في التعامل مع المواقف الحياتية، وتعد المواجهة وفقا لهذه النظرية عملية تفسيرية توضح سبب إختلاف الأفراد في نواتج المشقة، مثلها مثل السمات الشخصية المفسرة لماذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للمشقة، في حين يصبح بعضهم الآخر مواجها للمشقة.

11-2-4- النظرية المعرفية: (نقلا عن: بوروبي رجاح فريدة، 2012، ص258-259).

مفهوم المواجهة في هذه النظرية هو المرحلة الخامسة من النموذج التقييمي الذي قدمه كل من (لازاروس) و(فولكمان)، وفيها يستعمل الفرد إستراتيجية معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط، ولقد صنفت إستراتيجيات المواجهة في نوعين أساسيين، التعامل أطلق عليه: التعامل المركز حول المشكلة، وهو يهدف إلى عمل شيء لتعديل أو تغيير مصدر الضغط، والثاني أطلق عليه التعامل المركز حول العاطفة وهو يهدف إلى خفض أو التحكم في الحزن المصاحب أو الناجم عن الموقف. ويتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الانفعالي والمعرفي والسيولوجي، والسلوكي، وتتوقف استجابة الفرد التوفيقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليه.

نستخلص من النظريات السابقة أن إستراتيجيات التعامل مع الضغط (Coping) يستعملها الأفراد عندما يتعرضون للضغوط، حيث أنهم غالباً ما يستخدمون العديد من أساليب مواجهة الضغوط لاحتوائها أو التخلص منها، فقد بينت النظرية الفيزيولوجية أن الفرد يستعمل أساليب فطرية ولد بها كالهجوم أو الهروب. في حين أشارت نظرية السمات أن أساليب المواجهة تختلف بين الأفراد كاختلاف السمات. أما نظرية التحليل النفسي فقد بينت أن الفرد يستعمل آليات الدفاع للتخفيف من الضغط. وتبين النظرية المعرفية أن الفرد يستخدم أساليب معرفية أو وجدانية أو سلوكية للتغلب على الضغوط.

7. العوامل التي تؤثر في إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

تتأثر الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة بمتغيرات وسيطة مختلفة، ولكي نفهم العملية التي من خلالها يقوم الفرد بمحاولات للتعامل مع الأحداث الضاغطة في بيئته فمن المهم أن نفهم التغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة للضغوط لدى الفرد. ففي العقود الماضية تعددت وجهات نظر العلماء حول إستراتيجيات المواجهة للضغوط فالبعض عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لإستراتيجيات المواجهة، في حين يرى آخرون أن عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته، وتسهم إلى حد بعيد في تحديد إستراتيجيات المواجهة وتتمثل في طبيعة الحدث الضاغط نوعه وغيرها (حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006).

ويشير Wethington (ويثجتون) و Kessler (كيسلر) (1991) إلى أن الأفراد يختلفون في إستخدام إستراتيجيات المواجهة في الإستجابة للأحداث الضاغطة، وأن هناك عوامل عدة تؤثر في إختيار إستراتيجيات المواجهة يمكن تلخيصها في ثلاثة عوامل هي:

أولاً: **العوامل الشخصية:** يسهم أسلوب الشخصية و سماتها بدور فعال في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط و يمكن توضيح ذلك على النحو التالي:

▪ **مركز الضبط (التحكم):** (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 124)

يتمثل مركز الضبط أحد المتغيرات الشخصية التي يسهم بدور فعال في تحديد كيفية الاستجابة للمواقف الضاغطة كما كشفت نتائج الدراسة التي قام بها Brosscheter (بروشتر) وآخرون (1994) أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يستخدمون إستراتيجية المواجهة فعالة مثل حل المشكلات والتعبير عن الغضب، في حين أن الأفراد ذوي مركز الضبط الخارجي يستخدمون إستراتيجيات المواجهة سلبية مثل التجنب، ومن ثمّ يشعرون بالإكتئاب والقلق.

ويعتبر مركز الضبط مؤشراً قوياً على سلوك المواجهة، وفي هذا الصدد يشير كل من (لازاروس) و(فولكمان) إلى أن القدرة على التحكم في الحدث أو الموقف الضاغط تشكل وتحدد أسلوب المواجهة لدى الفرد، فالأفراد عند ما يدركون الحدث على أنه قابل للتغيير فإنهم يكونون أكثر إستخداماً لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، في حين أن إستراتيجيات المواجهة التي تركز على الإنفعال تستخدم إن لم توجد خيارات مدركة لدى الأفراد، فإن أدرك الفرد الحدث على أنه غير قابل للتغيير فإنه يميل إلى إستخدام أساليب المواجهة الإحجامية مثل: الابتعاد عن مواجهة الموقف، ويكون ذلك مبنياً على إفتراض أن الأفراد في المواقف التي لا يستطيعون التحكم والسيطرة عليها يعانون كثيراً من العجز وعدم الكفاءة في مواجهتها، ولذلك فإن مجهوداتهم في المواجهة تكون سلبية بشكل متزايد

▪ **تقدير الذات:**

يعتبر تقدير الذات مؤشراً هاماً في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الأفراد مع المواقف الضاغطة، فإدراك ورؤية الذات بطريقة ايجابية تمثل مصدراً نفسياً هاماً في عملية المواجهة للمواقف الضاغطة التي تواجه الفرد، وقد كشفت نتائج دراسة Cohen (كوهن) أن الأفراد ذوي التقدير المرتفع يستخدمون إستراتيجيات المواجهة تركز على الإنفعال كالإنكار والميل إلى الانسحاب، تعاطي

العقاير، المخدرات، التدخين المفرط في مواجهة الضغوط(نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 126).

▪ **نمط الشخصية:** (نقلا عن: جدو عبد الحفيظ، 2014، ص 114)

لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في إستجاباتهم طبقا لنمط الشخصية فكل فرد منا سمات وأساليب سلوكية ثابتة، تؤثر في كيفية تعامله مع المواقف الضاغطة، ومن هذه الأنماط السلوكية النمط (أ) من السلوك، وذلك في مقابل النمط (ب) من السلوك، لقد أشار Friedman (فريدمان) و Rosemman (روزمان) إلى:

• **نمط السلوك (أ):** يبرز في الأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة، وأن الأفراد الذين ينحدرون تحت هذا النمط من السلوك لهم سمات وخصائص أساسية، مثل: العدوانية، العنف، والقابلية للإستثارة والإحساس بضيق الوقت وعدم التحلي بالصبر والنشاط التعجل ودرجة عالية من الطموح والثقة بالنفس والمثابرة وبذل الجهد وروح التنافس ومحاولة انجاز أكثر من عمل في وقت واحد.

• **نمط السلوك (ب):** فهم أكثر إسترخاء وصبرا ورضا عن العمل والحياة وغير عدوانيين بطبيئوا التأثير والحساسية لما يدور حولهم، وعلى ذلك فإن أصحاب نمط السلوك (أ) هم أكثر شعور بالضغط، حيث تظهر عليهم أعراض الجسمية والنفسية بدرجات مرتفعة، ومن ثم أكثر قابلية للإصابة بأمراض القلب من ذوي السلوك (ب) نظرا لما يتميزون به من سمات شخصية. ويعرف Sutherland (سائترلانند) (1991) بأن النمط (ب) لديه القدرة على الاسترخاء، أسهل الإنقياد، ليس لديه ميل شديد للمنافسة، أقل عرضة للشعور بالإحباط وينخفض إحتمال إصابته بأمراض القلب.

▪ **الصلابة النفسية:**

صيغ المصطلح على يد Suzanne Kobasa (سوزان كوباسا) (1982) حيث أوضحت أن الأفراد الذين تتسم شخصيتهم بالصلابة يتميزون بمقدرة عالية على مقاومة النتائج السلبية والمؤلمة للضغوط، بسبب أسلوبهم في معالجة الحوادث السلبية للضغوط، كما أنهم يتفوقون على التأثير في مجرى حياتهم، أما الأفراد الذين يعانون من فقدان الصلابة النفسية فيتميزون بمستويات عالية من الإحساس بالضغوط ويمكن أن يكونوا عرضة للإصابة بالاكنتاب والأمراض المتصلة بالضغوط (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 130).

ولقد حددت Kobasa (كوباسا) وآخرون (1981) خصائص الشخصية شديدة القدرة على الإحتمال في أربع مكونات نفسية هي: (نقلا عن: جدو عبد الحفيظ، 2014، ص 113)

- **الالتزام:** هو الشعور بتعلق الفرد بنشاطاته وعلاقاته القرابية والإعتقاد بأنها ذات أهمية.
- **التحدي:** هو الرغبة في تقبل الخبرات الجديدة وغير المتنبأ بها والإستمتاع بها، وأن يرى الفرد أن فرص التغيير أكثر من فقدان أو يشعر بحب الإستطلاع والإهتمام.
- **التحكم (الضبط):** تعكس الإعتقاد بأن الفرد ليس عاجزا أو فاقد العون، ولكنه يمكن أن يؤثر في الكثير من الأحداث والناس الآخرين والقدرة على التحكم في الظروف الشخصية.
- **فعالية الذات:** قدم Bandura (باندورا) ما بين (1995) و(1997) مفهوم فعالية الذات في إطار نظرية "التعلم الاجتماعي"، حيث يرى أن محركات أي كيفية إدراك الفرد لقدراته تؤثر في تصرفاته ومستوى دافعيته وتفكيره وإستجاباته الإنفعالية.

ولقد أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها Jerusalem (جيروسالم) و Schweze (تشويز) (1992) أن فعالية الذات العامة تعد مؤشرا هاما في التقييم المعرفي للمواقف التي يتعرض لها الفرد، وأن الأفراد ذوي فعالية الذات المنخفضة يعانون الفشل في التعامل مع الضواغط، ومن ثم يشعرون بالضغط، وذلك مقارنة بالأفراد ذوي فعالية الذات العامة المرتفعة، وهكذا تعتبر فعالية الذات من المصادر الشخصية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط. فالأفراد ذوي المستويات المرتفعة من فعالية الذات يكونون أكثر إستخداما لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة حيث أنها تؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل، وتزيد من قدراتهم على التحكم في الموقف (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 132-133).

ثانيا: العوامل الموقفية:

تؤثر خصائص الموقف وطبيعته والمساندة الاجتماعية من طرف الآخرين في نوعية الإستجابة للمواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد (أمل سليمان تركي العنزي، 2004، ص 63)

■ طبيعة الموقف وخصائصه:

الموقف والأحداث التي يستطيع الفرد التحكم والسيطرة عليها يستخدم فيها إستراتيجيات المواجهة الإقدامية، وإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، في حين أن الأحداث الضاغطة التي لا يمكن للفرد التحكم والسيطرة عليها، فإن ذلك يجعله يستخدم إستراتيجيات المواجهة الإجمامية وإستراتيجيات المواجهة التي تركز الإنفعال، فطبيعة الخطر قرب مدته، وأيضا كلما كان الموقف

ضاغط كان إفراز الهرمونات أعلى من معدلات الطبيعية، وهو ما يعوق بعض العمليات الحيوية وكذا يؤثر على الحالة الانفعالية. ويشير Negro (نجرو) (1996) إلى أن المراهقين الذين يعيشون المواقف الضاغطة في مجال الأسر مثل: موقف طلاق الوالدين أو مرض العضو في الأسرة، قد يميلون إلى استخدام أسلوب حل المشكل عندما يدركون أنهم يستطيعون تغيير المواقف، أما عندما يدركون الموقف على أنه غير قابل للتغيير يميلون إلى استخدام إستراتيجيات الإبتعاد والتجنب والهروب (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 135).

■ المساندة الاجتماعية:

تعد المساندة الاجتماعية ظاهرة إنسانية قديمة إلا أن الباحثون إهتموا بها مؤخرا بعد ما لاحظوه من آثار هامة لها في مواقف الشدة والإجهاد النفسي، وكما أنها عملية ديناميكية لزيادة التأثير المتبادل بين الآخرين وشبكة العلاقات الاجتماعية التي تمد بالدعم في المواقف الاجتماعية المختلفة، والتي يتمثل بعضها في المساندة الوجدانية أو العاطفية، المادية، المعلومات النفسية وغيرها (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 156).

ويشير Lazarus (لازاروس) وFolkman (فولكمان) (1984) إلى أن المساندة الاجتماعية تعتبر مصدرا هاما للأفراد في أوقات الضغوط فهي تساعدهم على التعامل مع الضغوط، وتكون مفيدة في التنبؤ بأساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط، ويرى أن الأساليب التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة مثل: أسلوب حل المشكلة وإعادة التقييم الإيجابي للموقف ترتبط بشكل قوي بالمساندة الاجتماعية، لأن ذلك يشير إلى أن الفرد لا يكون في حاجة إلى المساندة الاجتماعية ولا يريدتها (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 135).

ثالثا: التغيرات الديموغرافية:

إن الأفراد تختلف إستجاباتهم إلى المواقف الضاغطة حسب متغيرات العمر والسن والمستوى الإقتصادي والاجتماعي والثقافي الذي يتمتعون به (نبيلة أحمد حبيب، 2010، ص 46)

■ العمر واستراتيجيات مواجهة الضغوط:

إن إستراتيجيات مواجهة الضغوط التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الأحداث الضاغطة تتغير مع تقدم العمر ومع زيادة مستوى النمو المعرفي للفرد، وإن هذه الاستراتيجيات تختلف باختلاف الأعمار الزمنية، وتصبح أكثر نضجا كلما تقدم الفرد في العمل. وقد أشارت بعض الدراسات التي قام

بها Compas (كومباس) وآخرون إلى وجود علاقة ايجابية بين إستراتيجية المواجهة التي تركز على الانفعال وبين العمر وأن هذه الإستراتيجية يزداد إستخدامها مع الضواغط الأكاديمية، وهكذا فإن العمر والمستوى النهائي للفرد في أساليب المواجهة للأحداث الضاغطة (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 140).

▪ المستوى الإقتصادي والإجتماعي والثقافي:

يختلف سلوك المواجهة بين الأفراد تبعا لإختلاف المستوى الإقتصادي والثقافي، فالأفراد ذوي الثقافات المختلفة يستجيبون للضغط بشكل مختلف ويستخدمون إستراتيجيات مختلفة في التعامل مع الأحداث الضاغطة، كما أن المستوى الإقتصادي والإجتماعي يلعب دورا هاما في تحديد نوع إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة. وتشير دراسة Bellings (بيلينجس) و Moss (موس) (1981) إلى أن مستوى الإقتصادي والإجتماعي والتعليمي المنخفض يرتبط بإستراتيجيات المواجهة التي تركز على التجنب (نقلا عن: حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 155).

▪ الفروق بين الجنسين في مواجهة الضغوط:

لقد أشارت الدراسات وجود فروق بين الجنسين في إستخدام إستراتيجيات المواجهة، أن الذكور يميلون إلى إستخدام إستراتيجيات المواجهة التي تنصب على المهمة وإستراتيجيات المواجهة الإقدامية في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة، وفي المقابل تميل النساء أكثر إستعمالاً لإستراتيجيات المواجهة المبنية على الإنفعال، كما نجدهن أقل إستعمالاً لإستراتيجيات المبنية على حل المشكل (Gasiani & Swendsen, 2005, p101).

وقد وجد كل من Bellings (بيلينجس) و Moss (موس) (1984) إلى أن هناك فروق بين النساء والرجال في أساليب مواجهته للضغوط، وأن النساء أكثر عرضت من الرجال للضغوط البيئية، وأنهن يمتلكن القليل من المصادر الاجتماعية المساعدة، والرجال أقل إستخداما للأسلوب المواجهة الإنفعالية والهروب، وأما النساء فهن يستخدمن أساليب مواجهة أقل عددا من تلك التي يستخدمها الرجال (Moss & Billings, 1984, p853-862).

أما دراسة كل من Stone (ستون) و Neale (نيل) (1984) أشارت إلى أن الرجال يفضلون إستراتيجيات المواجهة مباشرة، بينما النساء تستخدم أساليب مواجهة تعتمد على الدين والبحث على المساندة الاجتماعية (Stone & Neale, 1984, pp892-906).

وعلى هذا فإن نوع الإستراتيجية المواجهة المستخدمة من طرف المرأة سواء كان فعالاً أو غير فعال فإنه يؤدي إلى سلامة المرأة الصحية والنفسية، وإلى زيادة إضطراباتها النفسية والجسمية، في حين وجد كل من Brown (بروان) و Harris (هاريس) أن دور العلاقات الشخصية هو أقل فعالية عند النساء كما هو الحال عند الرجال (Rutter, 1981, pp323-356).

وقد أكدت عدة دراسات مثل: دراسة Solomon (سولمون) (1990) على أن نوع الإستراتيجية المواجهة يرتبط بشكل كبير مع التكيف مع الموقف الضاغط، في حين أن أسلوب المواجهة الفعالة أفضل من تجنب المشكلة والإنسحاب حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى إضطرابات سيكوسوماتية (بن عبد الله عبد القادر، 2012، ص 70).

والحقيقة أن الفروق بين الجنسين في مواجهة المواقف الضاغطة يرجع إلى الفروق البيولوجية والتوقعات الإجتماعية المرتبطة بكل من الجنسين وإختلاف الدور الجنسي وعملية المساندة الاجتماعية (حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، 2006، ص 144).

من خلال ما سبق يمكن أن يستنتج أن الدراسات التي إستهدفت الفروق بين الجنسين لمعرفة إستراتيجيات مواجهة الضغوط، قد كشفت عن وجود نتائج مختلفة، فبعضها يرى أن الفروق بين الجنسين في مواجهة الضغوط يمكن أن تعود إلى مصدر الضغط، ويؤكد البعض الآخر من الدراسات على أن النوع ليس وحده الذي يحدد الإختلاف في إستراتيجيات المواجهة التي تركز على الإنفعال في حين أن الذكور يستخدمون إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.

خلاصة الفصل:

إن مفهوم المواجهة وإستراتيجيات مواجهة الضغوط من المفاهيم حديثة النشأة، حيث تطور ولقي إهتماماً بالغاً من قبل الدارسين والباحثين من مجال علم النفس، وتختلف إستراتيجيات مواجهة الضغوط تبعاً لإختلاف خصائص الشخصية ونوعية الموقف وكذلك تبعاً لنوع مصادر المواقف الضاغطة، سواء كانت داخلية أو خارجية فحدث ضاغط معين يدركه شخص بطريقة مختلفة، وبالتالي كل منهم يتبع إستراتيجية مختلفة عن الآخر.

الفصل الخامس

التمريض

تمهيد

1. تعريف التمريض
2. تعريف الممرض
3. أهداف التمريض
4. هيئة التمريض في النظام الصحي الجزائري
5. طبيعة مهنة التمريض
6. أبعاد التمريض
7. متطلبات مهنة التمريض
8. الإلتزامات الأخلاقية لممارسي مهنة التمريض
9. مهام وأدوار الممرض
10. علاقات الممرض:

خلاصة الفصل

تمهيد:

لقد أصبحت خدمات التمريض في الوقت الحاضر منظمة ومبنية على أسس علمية حديثة، فالمرضى يشغل مكانة أساسية في المستشفيات والمراكز الصحية؛ فهو يعتني بالمرضى عناية شاملة من النواحي النفسية والاجتماعية، في مهنة تخدم المرضى والأصحاء وتهتم بوقاية المجتمع كله من الأمراض ورفع المستوى الصحي والكفالة الصحية للمجتمع.

وتشغل مهنة التمريض مكانة تحتاج إلى كفاءة ومهارة فنية عالية لأنها تتطلب الدقة وسرعة البديهة مع الإخلاص، فالمرضى أو الممرضة يعتبر حلقة وصل بين جميع العاملين في المستشفى. والعمل في مجال التمريض له طبيعة خاصة، وذلك من خلال عدم وجود وقت محدد من اليوم لأداء الخدمة التمريضية، وإرتباطها القوي بمهنة الطب، بالإضافة إلى إتجاهات الناس المتباينة نحو هذه المهنة.

فبالرغم من الإمتيازات التي يتمتع بها العاملون في مهنة التمريض، إلا أن الصعوبات والمشكلات التي تواجه العاملين في هذه مهنة قد لا يواجهها العاملون في مهن أخرى.

1. تعريف التمريض:

جاء في معجم الوسيط "أن كلمة التمريض مشتقة من أصل الفعل مرض ، ومرض المريض أي داواه وأحسن القيام عليه ليزول مرضه" (معجم الوسيط ، ص 863).

تعتبر عمليات التمريض من أهم العمليات التي تتم في المستشفيات لأنها عبارة عن الخدمة الطبية التي تكمل عمل الطبيب (أحمد محمد، 2005، ص 88).

وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) التمريض على أنه: "عمل يؤدي بواسطة الممرض أو الممرضة لمساعدة الفرد مريضاً أو سليماً في القيام بالأنشطة التي تساهم في الإرتقاء بصحته أو لإستعادة صحته في حالة المرض أو الموت في سلام وأمان".

وحسب علي عابد التمريض بأنه: "الخدمة المقدمة للبشرية والتي تساعد الإنسان على إستعادة أو الحفاظ على حالة الجسم والعقل في مستواها الطبيعي والمساعدة في إزالة المعاناة الجسدية والروحانية والقلق النفسي" (المجلس الصحي الفلسطيني، 1999، ص 1).

وعرفته جمعية التمريض الأمريكية (1973) على أنه: "خدمة التمريض خدمة مباشرة وهادفة ويمكن تكيفها مع حاجات الفرد والأسرة والمجتمع في أوقات العافية والمرض".

أما مجلس التمريض العالمي (ICN) (1973) فعرّفه على أنه: "مساعدة الفرد المريض أو المعافى من أجل القيام بتلك النشاطات التي تساهم في توفير الصحة والشفاء من المحن (أو الموت الهادئ) التي يمكن أن يقوم بها دون أن يساعده أحد إذا ما إمتلك القدرة الضرورية، والإرادة والمعرفة" (نقلا عن: شاهين فارسين، 1990، ص 32)

وعرفته أيضا جمعية التمريض الأمريكية (1980) كما يلي: " أن التمريض تشخيص وعلاج

للمشاكل الصحية الحالية أو المتوقع حدوثها لإستجابات الأتسان
(<http://Fr.wikipedia.org/w/pudex.php?title:motivation>)

في حين عرفه (فلورانس نايتنجيل) (1859) " بأنه الرعاية والعناية الجسمانية التي تقدم للمريض المنوم في المستشفى" (نقلا عن: عبد الكريم قاسم، 2002، ص 22).

أما Louche (لوش) فقد عرف التمريض قائلاً بأنه: "نسق يتفاعل مع ممثلي خدمات المستشفى حيث يتبعون سلطة زمنية محددة، كما أنه يتميز بإثارة والطوارئ والمفاجآت غير المتوقعة وغير المبرمجة، فمهنة التمريض مهنة تتعرض لبعض النشاطات التي يتدخل فيها العامل من غير تحديد مسبق في حين أنه قد يتناسى مهنته الأساسية المحددة من طرف الإدارة.

في حين ترى Virginia (فرجينيا) (1966) أن التمريض يتمثل في التخطيط لإعادة التكيف لكل ما يخص الخصائص الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية لحياة الفرد. وفي نفس السياق يرى حسن الجنابي "أن التمريض هو الرعاية الشاملة للمريض من النواحي النفسية والاجتماعية وهي مهنة تخدم المرضى والأصحاء وتهتم برعاية المجتمع كله من الأمراض ورفع المستوى الصحي وكفالة الصحة للجميع" (حسن الجنابي، 1984، ص121).

أما ناهد ووداد (2010) تعرف التمريض على: "أنه علم وفن ومهارة يهتم بإنسان ككل جسما وعقلا وروحا، يسعى لتحسين وضعه الجسدي والنفسي والاجتماعي، ذلك عن طريق تقديم أفضل خدمة للمريض في حالة مرضه ومساعدته على تلبية حاجاته الضرورية، وتعليم الفرد الأسس الصحية السليمة في حياة للمحافظة على صحته الجيدة والوقاية من الأمراض" (نقلا عن: ناهد ووداد، 2010).

وما يمكن أن يستنتج مما سبق أن هذا التعريف جامع وشامل لمفهوم التمريض، فهو يبين أنه علم له أصوله وأسس يقوم على دقة ومهارة في الأداء لخدمة المريض الذي يحتاج إلى الرعاية الصحية.

2. تعريف الممرض:

يعرف ماهر عطوة الشافعي " الممرضون على أنهم الأشخاص الذين يقومون بتقديم الخدمات التمريضية سواء كانوا قد أكملوا دراسة التمريض بمدرسة أو كلية أو معهد أو جامعة، وبناءا عليه فإن الممرض هو شخص مهني لديه الحصييلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس التي تمكنه بالعمل بمختلف الوحدات الصحية" (ماهر عطوة الشافعي، 2002، ص8).

كما يعرف Romain (روماين) (2012) أن الممرض: "هو كل شخص يتمتع بتأهيل لممارسة العناية الصحية، بالتعاون مع الطاقم الطبي الذين يقدمون أدوار ومهام إنطلاقا من المعارف التي إكتسبها من خلال تكوينهم في المهنة، سواء نظريا أو ميدانيا ويكون على دراية تامة بكل المشاكل والأخطار التي قد يصادفها أثناء مزاولته للمهنة، فهو الشخص الأول الذي يكون على إتصال بالمريض وحلقة وصل مع الطبيب، حيث يلعب دور النفساني بالإجابة والتفسير لكل مخاوف وشكوك المريض من أجل التخفيف من معاناته".

على نفس المنوال عرفت (Organisation Mondiale De La Santé) (1996) الممرض: على "أنه الفرد الذي تابع تعليم التمريض، حيث يتمتع بالقدرة على تحمل المسؤولية التي تتطلب حماية وترقية وصيانة المريض".

كما يرى حسن الجنابي (1984) أن الممرض: "هو الشخص المهني الذي يقدم أفضل الخدمات التمريضية الصحية للأفراد لإدامة حياتهم ومنع حدوث الأمراض، العناية بهم وكذلك القيام على راحة المريض وتمريضه أثناء فترة مرضه".

وما يستخلص من التعريفات السابقة أن الممرض هو كل فرد تابع تعليم حول مهنة التمريض، يتمتع بمؤهلات تسمح له بممارسة المهنة في إطار مجموعة من المبادئ والأخلاقيات.

3. أهداف التمريض:

يمكن حصر مجموعة من الأهداف للتمريض: (الوافي الطاهر، 2003، ص21)

- المساعدة في تقديم الخدمة الطبية والعلاجية للمرضى.
- السعي للنهوض بالمجتمع وذلك من خلال تقديم خدمات صحية لازمة وفي المستوى .
- تحسين ووقاية المجتمع من الأخطار والأمراض والأوبئة وهذا لضمان حياة الفرد.
- التوعية الصحية للفرد وزيادة الوعي لدى المجتمع.
- التناسق وتكاتف الجهود مع جميع الأقسام لبلوغ الأهداف الرئيسية.
- السعي لتقديم الخدمات الإسعافية في الحالات الحرجة وعلاج المرضى.

4. هيئة التمريض في النظام الصحي الجزائري:

تتشكل هيئة التمريض هيئة النظام الصحي الجزائري حسب المرسوم التنفيذي رقم 11 / 121 المؤرخ في 20 مارس 2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين لإسلاك شبه الطبية، من صنفين هما: مساعدي التمريض والممرضين شبه الطبيين.

• مساعدي التمريض:

يقصد بمساعدي التمريض حسب Claude (كلود) (2001) أن الممرض هو المهني الذي يؤدي بعض الأعمال العلاجية البسيطة المساعدة لعمل الممرضين، فهو لا يقوم بأعمال الفنية إلا تحت مراقبة الممرض وإشرافه ومسؤوليته، فيختص بالأعمال التي من المفروض أن يقوم بها المريض بنفسه، لكن نظرا لمرضه وعجزه عن ذلك.

- **المرضون شبه الطبيين:**

- **المرضون المؤهلون:**

يختصون بتطبيق الوصفات الطبية والعلاج الأساسي ويسهرون على النظافة والصيانة وترتيب الأدوات.

- **المرضون الحاصلين على شهادة الدولة:**

بالإضافة إلى إختصاصهم بتطبيق الوصفات الطبية والعلاجية، يشاركون في التعرف على طرق التشخيص والمراقبة السريرية للمرضى والمساعدة في العمليات الجراحية بتجهيز الآلات والأجهزة اللازمة لها.

- **المرضون الرئيسيون:**

يختصون بتنفيذ الوصفات الطبية التي تتطلب مهارة عالية، بذلك تخضع طائفة من المرضين إلى أوامر الطبيب ورئيس المرضين حسب الأودن (2004) فإن رغم إختلاف طوائف هيئة التمريض، إلا أنهم يتقاسمون عاملاً مشتركاً ألا وهو المساعدة في تنفيذ العلاج في حدود تخصص ومؤهلات كل طائفة.

5. طبيعة مهنة التمريض:

لمهنة التمريض طبيعة خاصة حسب إبتسام أحمد أبو العمرين (2008) تتمثل في مجموعة من الظروف التي يمكن أن تحيط بها وتتمثل:

1.5. نظرة الأفراد لمهنة التمريض:

يعتقد بعض الناس أن مهنة التمريض سواء في المستشفيات أو المراكز الصحية هي واجبات هامشية بالنسبة للأعمال الأخرى التي يقوم بها الأطباء وصيادلة المختبر، وقد أدى هذا الإعتقاد إلى وجود نظرة عدائية عند البعض، الأمر الذي يؤدي إلى إنخفاض مستوى الرضا الوظيفي عند العاملين في مهنة التمريض (إبتسام أحمد أبو العمرين، 2008، ص35).

2.5. نظرة المرضى للمرضين:

ينظر المرضى وعائلاتهم وزوارهم إلى المرضين من الناحية التقليدية مجرد تابعين للأطباء، معتقدين في ذلك أن طبيعة عملهم تقتصر على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الطعام والماء للمريض (عبد العزيز خزاعلة، 1997، ص ص 220-221).

3.5. إزدواجية تبعية الممرضين في المستشفى:

يتبع الممرضين لرئيسين أحدهما إداري والآخر طبي، فعلى سبيل المثال لو أخذنا دور الممرض أو الممرضة المشرف على قسم في مستشفى ما كمثال لما يقابله في عمله من مفارقات نجد أنه يخضع لإشراف رئيس يتلقى منه أوامر وهو رئيسه الرسمي، لكنه في نفس الوقت يخضع لأمر الطبيب المشرف على علاج المرضى المقيمين في القسم باعتباره أكثر خبرة منه وعلمًا وهو المسؤول الأول عن علاج المرضى (إبتسام أحمد أبو العمرين، 2008، ص37)

4.5. دوريات العمل:

تؤثر دوريات العمل على الطريقة البيولوجية الإعتيادية لإداء الجسم، كما تؤثر على الجانب الفيسيولوجي والإجتماعي لوظائف الفرد، حيث أظهرت النتائج صعوبة كبيرة في التكيف مع عمل الدوريات والمعاناة من مشاكل عائلية، إنعكست سلبًا على الرضا الوظيفي على خدمة المريض (زهير الصباغ، 1999، ص 115-116)

6. أبعاد التمريض:

تجمع مهنة التمريض بين عدة أبعاد حسب Nicolas (نيكولاس) (2008) تتمثل في:

1.6. بعد وقائي:

يشمل جميع التدابير والتدخلات الهادفة إلى منع تزايد شدة المرض، الحوادث والمعوقات حيث هناك وقاية أولية، وقاية ثانوية، مثل التطعيم يعتبر رعاية وقائية.

2.6. البعد العلاجي:

يهدف البعد العلاجي إلى المعالجة والمكافحة ضد الأمراض وأسبابها، عواقبها وإزالة أو الحد من مظاهرها مثل وضع الضمادات، العلاج الكيميائي، تنظيف الجروح.

3.6. بعد تربوي تعليمي:

حسب Claude (كلود) (2001) البعد التربوي التعليمي يشمل كل التدخلات التي من شأنها تقديم المشورة والمساعدة في فهم التدابير، تحسين صحتهم والتغيير من سلوكياتهم مثل تقديم النصائح حول التغذية الصحية.

4.6. بعد الصيانة:

تعتبر الصيانة رعاية ترتبط بالوظيفة الحيوية للحياة، تتضمن إستجابة للحاجات المتعلقة بحياة الإنسان مثل تحسين المظهر، المساعدة في تناول الوجبات.

5.6. البعد الإنساني:

يتمثل البعد الإنساني في الرعاية المركزة على الإغاثة من المعاناة والألم، الراحة المادية والمعنوية لمتلقي الرعاية مثل المواساة، تفهم آلام المريض والإستماع إليه.

7. متطلبات مهنة التمريض:

أشار كل من Yaoundé (ياووندي) و Fengang (فينغانق) (1996) إلى أنه تتطلب مهنة التمريض من ممارستها التمتع بمجموعة من الإستعدادات والقدرات النفسية والإجتماعية والفيزيائية والأخلاقية المتمثلة فيما يلي:

1.7. إستعدادات جسدية:

مهنة التمريض من بين المهن المتعبة والمنهكة، حيث أن ممارسي هذه المهنة يجب أن تتوفر لديهم إستعدادات جسدية هامة وضرورية لمليء مهامه كليا، إذن لابد عليه أن يتمتع بنزاهة وسلامة بدنية.

2.7. إستعدادات عقلية (فكرية):

تستوجب مهنة التمريض من ممارستها الذكاء وتأمل نظري، عقلي تفكير منطقي، وأن يتمتع بروح الملاحظة، ليتمتع بملاحظة جيدة عليه أولا التعلم عن ما هو عادي وعن ما هو مرضي، فعليه التدقيق في ملاحظة كل التعليمات الجسدية والنفسية للمريض هيئته وحالته، فكل هذا يتطلب قدرات عقلانية؛ كما يجب أن يتجنب الشرود الذهني وأن يتمتع بذاكرة قوية ويتجنب الغفلة عن عمله وأن يتمتع بروح المبادرة، ذلك من حيث إتخاذ القرارات في غياب المشرفين عليه، وكذلك التمتع بروح التنظيم حيث يجعله يربح الوقت والجهد مما يسمح له أيضا بالإقتصاد في عتاد وأدوات ولوازم المستشفى.

3.7. الصفات الأخلاقية:

تتمثل الصفات الأخلاقية التي يستوجب على ممارسي مهنة التمريض التمتع بها في العدل: وتعني العدالة الإستقامة، الإنصاف، النزاهة والإحترام وحسن التصرف مع جماعة العمل؛ كذلك الإيثار الذي يعتبر صفة تميل إلى تكريس النفس إلى خدمة الآخرين، وهي كلمة تناقض حب الذات؛ والتمتع

بصفة التقاني والإخلاص، التي تعني التضحية في العمل الشجاعة وإتقان العمل؛ بالإضافة إلى التحلي بقدرات تمكن الممرض من إستعداد دائم للقيام بعمل ما، وإكتسابه معارف عميقة معترف بها قابلة للتصرف في حالة معينة. والتمتع بأخلاق مهنية تتمثل في الشرف، العناية، الدقة المميزة، مع التصرف بلباقة في التعامل مع المرضى وزوارهم؛ والتميز بالفتنة من خلال التحفظ في الكلمات والحركات، وحفظ السر المهني وإتقان العمل؛ مع الإلتزام بالمواعيد الرسمية؛ وإحترام النظام بترتيب كل شيء في مكان الخاص كما هو منظم في إدارة المستشفى، ذلك لربح الوقت وحفظ الآلات، تجنب تبذير موارد المستشفى؛ مع المحافظة على نظافة الجسم والثياب وقاعات العلاج (بوتوتة لامية، 2016، ص85).

كما يشترط أيضا على ممارسي هذه المهنة حسب حسين منصور (2006) حيازتهم للشهادات المطلوبة لممارسة التمريض وأن يكون الممرض على درجة كافية من التخصص والكفاءة بالنسبة لما ينسب إليهم من مهام متعددة (حسين منصور، 2006، ص130).

8. الإلتزامات الأخلاقية لممارسي مهنة التمريض:

حددت (سانجينو) (2005) مجموعة من الإلتزامات الأخلاقية لممارسي مهنة التمريض تتمثل في :

1.8. إلتزامات إتجاه المريض:

الهدف الرئيسي لممارسي مهنة التمريض هو الحفاظ على الصحة ورعاية المريض دون النظر إلى جنسه أو عرقه أو دينه أو إتجاهه السياسي.

2.8. إلتزامات إتجاه زملاء العمل:

تتمثل في تسهيل الإعتناء بالمجتمع الذي يعتبر ثمرة التعاون الحقيقي بين أعضاء فريق الرعاية الصحية مع معاملة زملاء العمل بمثل ما يحب أن يعامل، بالإضافة إلى تجنب التحدث عن الزملاء بالسوء وتجنب إعطاء الملاحظات السلبية على أدائهم والإستعداد التام بتعليم زملائه حديثي الإلتحاق بالمهنة عن مفاهيم وأسس عملية التمريض.

3.8. إلتزامات إتجاه الهيئة التي يعمل بها:

تتمثل في إحترام عادات وتقاليد المجتمع، مع معرفة قوانين ممارسة مهنة التمريض.

4.8. إلتزامات على ممارسي المهنة نفسها:

تتمثل في تحسين الكفاءة ومستوى الثقافة بشكل مستمر وأن يكون على إطلاع بأخر ما تم التوصل إليه في مجال العلوم الطبية والتمريضية، مع إكمال الدراسة العليا والتحصل على شهادة متخصصة، كما يجب حضور المؤتمرات والندوات العلمية التي تنظمها الجمعيات الطبية والتمريضية.

5.8. إلتزامات الممرض والمرضة إلتجاه المهنة:

تتخصر في الإهتمام بصورته عند أداء المهام والمحافظة على المظهر والصحة والإلتزام بالزي الرسمي أثناء العمل، كما يجب الإبتعاد على كل ما يثير الشبهات وأن يكون حسن السلوك والإنصاف بالأخلاق الحميدة، والإقتناع بأن وظيفة التمريض وظيفه إنسانية ولها إلتزامها الخاص والعمل على الإرتقاء بالمستوى المهني (بوتوتة لامية، 2015، ص ص 90-91).

9. مهام وأدوار الممرض:

أشار Delon (ديلون) (1997) إلى أن نشاط التمريض يجمع بين دورين رئيسيين يتمثلان في الدور المقرر الذي يقرره الطبيب أو المشرف عليه، والدور الحقيقي المنجز فعلا من قبل الممرض، حيث تتدخل ذاتيته وإستقلاليته بالقدرة على إبداء آرائه والمبادرة في تخطيطها وتحمل المسؤولية، حيث يقوم ممارسي مهنة التمريض بالعديد من المهام في آن واحد عند تقديم يد العون للمريض.

وتتمثل هذه الأدوار حسب (سانجينو) (2005) فيما يلي:

1.9. العناية:

يشتمل هذا الدور بشكل تقليدي على الأنشطة التي تساعد المريض بيولوجيا وفسيولوجيا دون المساس بكرامة المريض، حيث تعتبر العناية الكاملة بالمريض غير القادر على العناية بنفسه وتقديم المساعدة التعليمية لمساعدة المريض للوصول إلى أكبر قدر من الصحة من واجبات الممرض والمرضة الضرورية، حيث تشمل العناية هنا الجوانب البيولوجية والفسيولوجية والثقافية والروحانية.

2.9. الإلتصال:

يشكل الإلتصال جزءا من مهام الممرضين حيث يتواصلون مع المريض ومع من يرعاه، مع العاملين في مجال الرعاية الصحية ومع أفراد المجتمع، فبفضل هذا الدور يتمكن من التعرف على مشاكل المرضى وإعلام باقي الفريق بهذه المشاكل، حيث تعتبر جودة هذا الإلتصال عامل مهم في عملية

الرعاية التمريضية، لذا ينبغي أن يكون الممرض أو الممرضة قادرين على التواصل بوضوح ودقة بهدف إشباع حاجات المريض للمساعدة الصحية.

3.9. التثقيف:

يساعد الممرض والممرضة المريض بلعب دور المعلم على فهم الحالة والإجراءات الصحية التي يحتاج المريض القيام بها، ليسترد صحته والمحافظة عليها، لذا على الممرض والممرضة أن يقيم حاجة المريض للتثقيف وقدرته على ذلك وأن يضع أهدافا بالإشتراك معه، ثم يقوم بتعليمه وتقييم ما إكتسبه، وتمتد عملية التعليم لتشمل ممارسي مهنة التمريض تحت التمرين والذين توكل إليهم مهمة العناية.

4.9. الدفاع عن المريض:

يقوم الممرض والممرضة بالدفاع عن المريض لحمايته، ويستطيع من خلال هذا الدور أن يعرض إحتياجات ورغبات المريض على العاملين بمجال الرعاية الصحية على سبيل المثال، يعرض على الطبيب رغبة المريض في أن يتمتع بحقوقه وأن يتحدث عنها.

5.9. دور الإستشارة:

هي مساعدة المريض على الإعتراف بالمشاكل ومواجهتها سواء الإجتماعية أو النفسية المتفاقمة، ومساعدته أيضا على تطوير علاقته مع الأشخاص، وتعزيز الإرتقاء بشخصية المريض عن طريق دعمه ذهنيا وعاطفيا ونفسيا.

6.9. عامل التغيير:

يقوم الممرض والممرضة سدور عامل التغيير عندما يساعد الآخرين أي المريض على التعديل من سلوكه كذلك يلعبون الدور نفسه في النظام الصحي مثل التغييرات التكنولوجية أو التغييرات في مجال الصيدلة.

7.9. دور المدير(ة):

فالممرضة أو الممرض هو من يدير رعاية تمريض الأفراد، الأسر والمجتمعات وتتطلب الإدارة الإلمام بهياكل وديناميات التنظيم، السلطة، المسؤولية والزعامة ونظريات التغيير، الإنابة، الإشراف والتقييم.

8.9. دور البحث العلمي:

كثيرا ما يقوم الممرضين بأبحاث لتحسن من مساعدة المرضى من خلال رعايتهم، والتعاون مع أعضاء آخرين من الممرضين من فريق البحث في مجال الرعاية الصحية.

10. علاقات الممرض:**1.10. علاقة الممرض بالطبيب:**

ترتبط مهنة التمريض بمهنة الطب حسب براحيل (2009) إرتباطا كبيرا، وفيما مضى كان الطبيب يعتمد على الممرضة إعتقادا ضئيلا، مكتفيا بما يلقيه للأمهات والزوجات من توجيهات رعاية المريض، ومع الوقت بدأ الطب والتمريض يرتبط كل منهما بالآخر، خاصة منذ حوالي القرن التاسع عشر، وبعد نمو نظريات الطب الحديثة التي تعتمد على المعرفة العلمية والبحوث التطبيقية؛ وإزدادت الحاجة إلى الممرضات اللاتي يعتمد عملهن على المهارات، وقد نمت مهنة التمريض في ضوء التقدم الذي أحرزه الطب وأستخدم في بداية الأمر فتيات تحت التمرين يعملن فترات طويلة لإكتساب الخبرة والمهارة، حيث كان الطبيب حتى ذلك الوقت يعتبر التمريض جزءا من أجزاء الطب، وأنه يعلم بما لا يعلم به الممرضون والممرضات، بدلا من التأكد على أن الطب والتمريض مهنتان متميزتان لكنهما مرتبطتان ومتكاملتان.

لذا يعد الممرض حلقة وصل بين الطبيب والمريض، وذلك من خلال تنفيذه لخطة الطبيب ومساعدة المرضى بتقديم شرح مبسط لتشخيص المرض وطرق العلاج، كما أنه يتابع الحالة الصحية للمريض ومعرفة تطوراته لإبلاغ الطبيب وبذلك يساعد الطبيب على الوصول بالمريض إلى حالة صحية متحسنة في وقت سريع، فالعلاقة الطبيب بالممرض علاقة تعاون تقوم على الإحترام المتبادل والزمالة لمصلحة المريض، ومن مظاهر هذه العلاقة حسب برحيل فاطمة الزهراء (2009) نجد:

▪ المحادثة والمشافهة:

حيث تعد المحادثة والمشافهة بين الطبيب والممرض مع المريض أمرا جوهريا في عملية العلاج، ومن ثم فعلى فريق العلاج أن يتعلم ويتدرب على الإصغاء، وأن يعرف متى يصغي ومتى يتكلم، كما لا يمكن للطبيب والممرض أن يتجاهلا اللباقة والسياسة والحيل الأخرى في السلوك فقد يكون علميا أن يبذلا من المهارة في المعاملة أقارب المريض قدر ما يبذله في علاج المريض نفسه فكل هذا جزء من عمله.

في حين يجب أن تكون شخصية كل من أعضاء الفريق الطبي شخصية متزنة وأن لا تكون جادة أكثر مما يجب ودائما يستجيب لمرضاه، حيث أن أصعب جانب في عمل الممرض أو الممرضة هو

دور إستقبال مشاعر العدوان والعداء للعالم الخارجي التي تظهر في سلوكيات المرضى دون أن يصيبهم بسبب ذلك إنزعاج أو الإكتئاب.

يرتبط بهذا الموضوع علاقة الممرض بالطبيب، إذ يجب على الممرضين أن يحاولوا فهم التقارير التي يكتبها الطبيب عن حالة المريض، فهي تمكنهم من أن يصبحوا أكثر قدرة على تفهم الصعوبات التي تصدر عن المريض نحوهم، وقد يشعر المريض المقيم بالمستشفى ببعض المخاوف أهمها الخوف من إجراء العملية التي قد تشكل خطرا على حياته والخوف من الخطر أو الموت، فهنا الممرض والطبيب مطالبان بمساعدة المريض في تخليصه من هذه المخاوف أو التخفيف منها، وأن يمنحوه الفرصة للتعبير عنها تعبيرا كافيا ومناقشة الحقائق المعروفة عن المرض وتفسير بعض ما يصعب على المريض فهمه فيما يتعلق بحالته كمحاولة إقناعه بإجراء العملية الجراحية مثلا.

كما يجب أن يتسم سلوك الطبيب والممرض بالنزعة الإنسانية في أكمل مستوياتها تفيض أحاسيسهما بالرحمة نحو المرضى أقاربا كانوا أم رفاقا، يعرفانها أو لا يعرفانها أي يتعاملان مع المرضى بمساواة.

2.10. علاقة الممرض بالمريض:

فحسب برجيل فاطمة الزهراء (2009) فإن وجود المريض داخل المستشفى في جو جديد لم يتعوده من قبل، تكون أول خبرة له فيه وتدور في ذهنه أفكار عن المعاملة التي سيتلقاها من العاملين في المستشفى، بإضافة إلى تركه لأسرته وعزلته ووحدته التي سيكون عليها في المستشفى، فضلا عن النتيجة المجهولة للعلاج؛ وكل هذا يجعل المريض في حالة من القلق والخوف مما يستدعي تدخل الممرض أو الممرضة لإزالة أو تخفيف حدة ما يعانيه من قلق أو خوف أو ألم حتى يستقر نفسيا ويستطيع تقبل العلاج والإستفادة منه، فالمريض الخائف أو القلق قد يقاوم العلاج وخاصة في حالات التدخل الجراحي.

ويعتبر دور الممرض أو الممرضة من الأدوار الهامة بالمستشفى، وتتنضح أهمية هذا الدور في إحتوائه على العناصر التقنية للعلاج، بالإضافة للعناصر النفسية والاجتماعية فهو يميل واسطة بين الطبيب والمريض، المستمع لمطالب المريض وشكاويه التي ينقلها إلى الطبيب، كما يساهم في شرح المرض للمريض والتخفيف من حدته عليه، خاصة أن المرضى غالبا ما لا يستطيعون مساءلة الطبيب وهذا راجع إلى عامل نفسي فلا يجدون غير الممرض يقوم بهذا الدور، كذلك تقاسمه السلطة العلاجية مع الطبيب مما يجعله يتحمل القسط الأكبر من العملية العلاجية.

ويمارس الممرض مهنته من خلال علاقته بالمريض حسب المعطيات التالية:

- البعد المهني التخصصي: حيث يكون الممرض مؤهل تأهيلاً يساعده على رعاية المريض وإشباع حاجاته والسهر على راحته وفقاً لأسس مهنية تخصصية.
- اعتماد المرضى على الممرض: وجود نوع من اعتماد المرضى على خبرة وتخصص الممرض والحاجة لما يقدمه من خدمات خاصة وأنه في موقف المحتاج.
- الثقة في الممرض: الثقة في الممرض أو الممرضة والإستجابة لكل ما يقوم به وتقبل ذلك طالما كان في حدود المهنة والمسؤولية والإختصاص.
- العلاقات المصاحبة: قد تنشأ على هامش العلاقة المهنية بين المريض والممرض أو الممرضة علاقات مصاحبة شخصية كعلاقة الصداقة أو المحبة أو غيرها.

خلاصة الفصل:

تعتبر مهنة التمريض ركنا أساسيا في المستشفيات, حيث أن نجاح أو فشل المستشفيات يعتمد عليه بشكل أساسي, ولهذا لا بد من تقدير الدور الذي يلعبه الممرض في تطويرها أي تجاهل لهذه الحقيقة لن يدفع لإصلاح النظام الصحي إلى الأمام.

فالممرض في نموه يحتاج إلى إشباع حاجاته النفسية شأنه شأن سائر الناس، وتتأثر شخصيته بصورة مباشرة بكل ما يصيب حاجاته أو بعضها من إهمال أو تغيب أو حرمان، لذلك فإن مهنة التمريض تستدعي توفير مكونات التي تسهل أداء مهنته بطريقة ملائمة.

الجانج

التطبيقي

الفصل السادس

الاجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

- تمهيد

1. الدراسة الإستطلاعية:

1.1. أهداف الدراسة الإستطلاعية

2.1. البعد الزمني والمكاني للدراسة الإستطلاعية

3.1. عينة الدراسة الإستطلاعية

4.1. خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية

5.1. مراحل الدراسة الإستطلاعية

6.1. نتائج الدراسة الإستطلاعية

2. الدراسة الأساسية

1.2. المنهج الدراسة الأساسية

2.2. المعاينة:

1.2.2. المجتمع الأصلي

2.2.2. عينة الدراسة الأساسية

3.2.2. حجم عينة الدراسة الأساسية

5.2.2. طريقة إختيار عينة الدراسة الأساسية

6.2.2. خصائص عينة الدراسة الأساسية

3.2. تحديد المجال المكاني والزمني للدراسة الأساسية

4.2. أدوات الدراسة الأساسية:

1.4.2. مقياس الإحتراق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (1981)

2.4.2. الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين

3.4.2. الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين

5.2. كيفية إجراء الدراسة الأساسية

6.2. إجراءات تفرغ بيانات الدراسة الأساسية للمعالجة

7.2. الأساليب أحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية

تمهيد:

إن تقديم الإطار المنهجي للدراسة يعتبر ضرورياً، لأن الإجراءات المنهجية للدراسة التي يتبناها الباحث، هي الكفيلة بالوصول إلى الأهداف المرجوة منها، وذلك بإعتماد على بعض الوسائل والأدوات العلمية للحصول على المعطيات من الميدان، والتي تخضع بدورها للقياس والمناقشة والتحليل. وقد إعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على جملة من الأدوات التي لا غنى عنها في دراسة أي موضوع، والمتمثلة في: مقياس الإحتراق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (1981)، و الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، و لإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، بعد ما تم التأكد من صدقهم وثباتهم.

وبعد تطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة الأساسية، تم الحصول على بيانات تمت معالجتها إحصائياً، للإجابة على تساؤلات الدراسة من خلال إختبار فرضياتها.

وفي الأخير تم التوصل إلى مجموعة من النتائج التي سيتم عرضها وتحليلها ومناقشتها في الفصل الموالي.

1. الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة هامة وضرورية في البحث العلمي، وهي دراسة مسحية إستكشافية، نظرا لإرتباطها بالميدان مما يضيف الموضوعية للبحث والإبتعاد قدر الإمكان عن الذاتية والتصور، فهي تساعدنا على التعرف على الميدان الذي سيجرى فيه البحث، وما هي الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل في سير الدراسة؛ بالإضافة إلى إستشارة ذوي الخبرة والمهتمين بالموضوع للتعرف على آرائهم وأفكارهم التي قد تساعد في إجراء الدراسة، حيث تهدف الدراسة الإستطلاعية إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكن الباحث من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان؛ حيث تعتبر هذه المرحلة تجريب لميدان الدراسة بقصد إختبار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها، ويمكن إعتبارها صورة مصغرة للدراسة وهي تهدف إلى إكتشاف الطريق وإستطلاع معالمه أمام الباحث قبل أن يبدأ التطبيق الكامل للمراحل التنفيذية (محمد خليفة، 1994، ص73).

1.1. أهداف الدراسة الإستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية أساسا إلى الإطلاع والكشف عن الظروف المحيطة بالظاهرة موضع الدراسة، وذلك ليتمكن الباحث من صياغة المشكلة صياغة دقيقة، تمهيد البحث بحثا متعمقا في مرحلة تالية. وتهدف أيضا إلى التقرب من المجتمع الخاص بالبحث، والميدان الذي سيتم فيه الدراسة الأساسية وهي المرحلة الأولية التي تسبق التطبيق الفعلي للدراسة، مع تحديد تقنيات وأدوات ومقاييس البحث، ومع تحديد المنهج النهائي للدراسة الحالية، وخصائص العينة التي ستجرى عليها الدراسة الأساسية (بوروي رباح فريدة، 2012، ص318).

وعليه تتمثل أهداف الدراسة الإستطلاعية في الدراسة الحالية فيما يلي:

- الاحتكاك بميدان الدراسة حيث يتم التعرف بشكل أفضل على متغيرات الدراسة، وجمع معطيات متعلقة بكل من: الإحترق النفسي والضغوط المهنية وإستراتيجيات مواجهة الضغوط.
- الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات التي ستؤخذ بعين الاعتبار عند اختيار منهج الدراسة وعينة الدراسة.
- جمع كذلك أكبر قدر ممكن من المعلومات لبناء الأدوات الخاصة بالضغوط المهنية للمرضين وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الممرضين والتي تستعمل كأدوات لجمع المعطيات في الدراسة الأساسية.

- التأكد من مدى فعالية الوسائل المستعملة في مجال الدراسة الأساسية: مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981)، والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الممرضين، وتم ذلك من خلال إستخراج الشروط السيكومترية لهذه الأدوات، والتي تستعمل كأدوات لجمع المعطيات في الدراسة الأساسية.
- التدريب على تطبيق أدوات الدراسة الأساسية، وفهم تعليماتها، وطرق تصحيحها بمراعاة مفاتيح التصحيح الخاصة بها، وكذلك التعرف على صعوبات التطبيق التي قد تعرقل سير الدراسة الأساسية.

ولم يتم التوقف عن الدراسة الاستطلاعية، إلا بعدما لوحظ أنها لم تعد تأتي بمعلومات جديدة، أي أصبح هناك تكرار في المعلومات.

2.1. البعد الزمني والمكاني للدراسة الإستطلاعية:

- **البعد المكاني:** أجريت الدراسة الإستطلاعية بمختلف مصالح مستشفيات (مستشفى مليانة، مستشفى العطاف، مستشفى خميس مليانة) بولاية عين الدفلى.
- **البعد الزمني:** لقد تمت الدراسة الإستطلاعية في شهر سبتمبر (2015).

3.1. عينة الدراسة الإستطلاعية:

شملت الدراسة الإستطلاعية عينةً يبلغ حجمها (100) ممرضا وممرضة من مختلف المؤسسات الإستشفائية التابعة لولاية "عين الدفلى". وتم إختيار عينة الدراسة الإستطلاعية بطريقة الصدفة، حيث بعد موافقة إدارة المؤسسات الإستشفائية على إجراء الدراسة؛ وذلك عن طريق رؤساء المصالح الطبية، الذين قدموا للباحثة بعض الممرضين العاملين في مصالحهم. وبهذا زاد عدد عينة الدراسة الإستطلاعية أكثر فأكثر. وسمحت هذه الطريقة بالإتصال بعينة الدراسة الإستطلاعية عدة مرات وذلك بعد موافقة أفرادها.

مع العلم أن أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية إستبعدوا عن عينة الدراسة الأساسية.

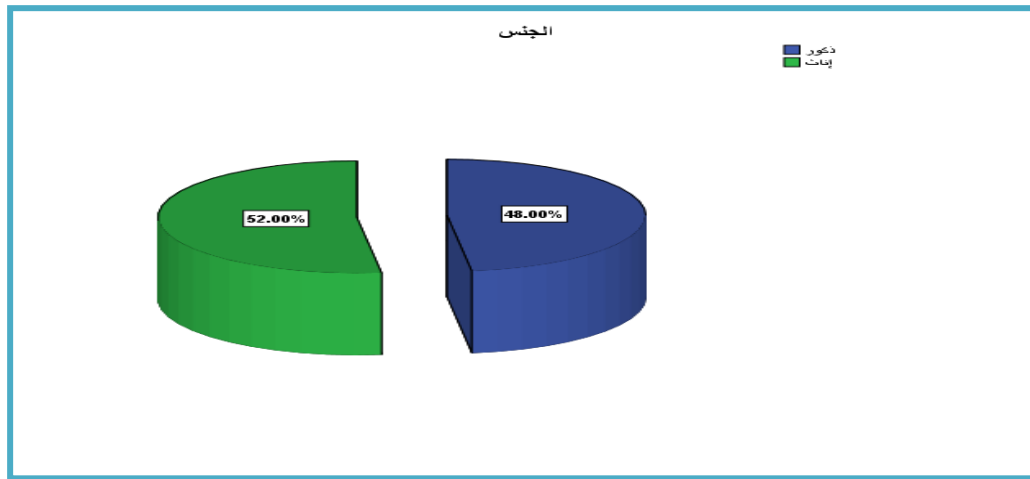
4.1. خصائص عينة الدراسة الإستطلاعية:

▪ متغير الجنس:

الجدول رقم (06): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس.

النسب المئوية	التكرار	الجنس
%48	48	ذكر
%52	52	أنثى
100	100	المجموع

يوضح الجدول رقم(06) الخاص بمتغير الجنس أن نسبة الإناث بلغت نسبتهم (52%)، مقابل (48%) من الذكور.



الشكل رقم (13): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الجنس

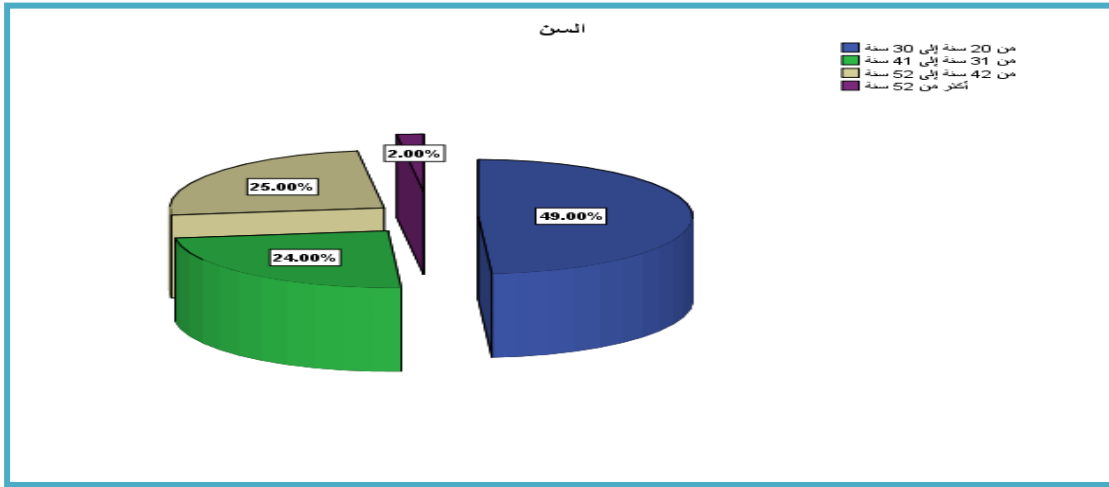
▪ متغير السن:

جدول رقم(07): توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن.

النسبة المئوية %	التكرار	فئات السن
%49	49	من 20 إلى 30 سنة
%24	24	من 31 إلى 41 سنة
%25	25	من 42 إلى 52 سنة
%2	02	أكثر من 52 سنة
%100	100	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول رقم(07) أن الفئة التي يتراوح سنها بين 20-30 سنة عند المرضيين قد حظيت بأعلى نسبة ب(49%)، ثم تليها نسبة (25%) يتراوح سنهم بين 42-52 سنة، أما

نسبة (24%) يتراوح سنهم بين 31-41 سنة، أما أدنى نسبة فجاءت عند الذين يتراوح سنهم أكثر من 52 سنة بنسبة (2%).



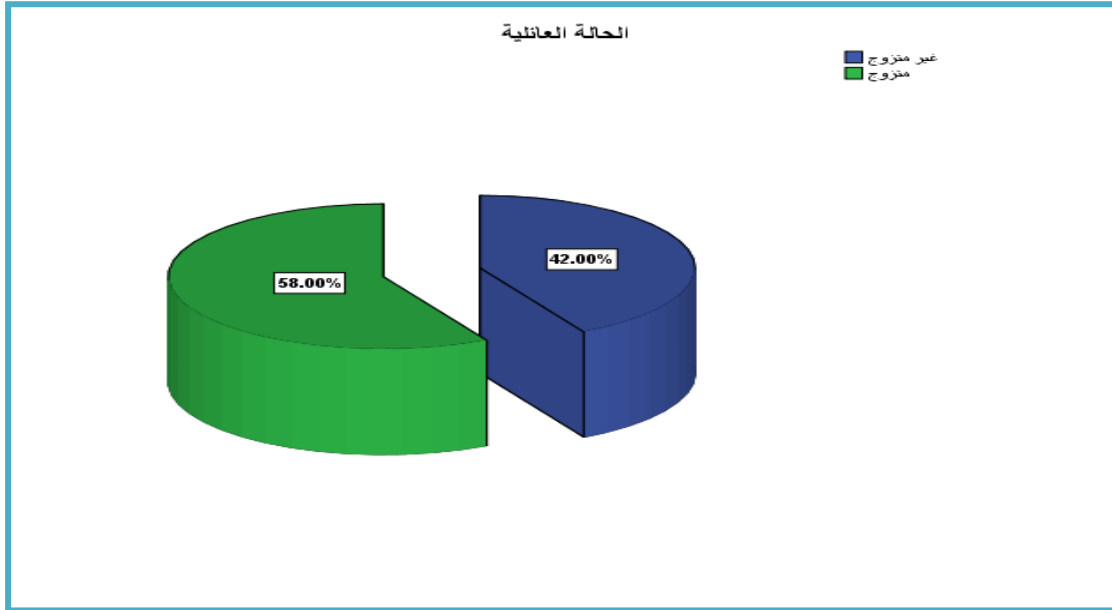
الشكل رقم (14): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير السن

▪ الحالة العائلية:

جدول رقم (08): توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الحالة العائلية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة العائلية
42%	42	غير متزوج
58%	58	متزوج
100%	100	المجموع

يوضح الجدول رقم (08) أن هناك (58%) من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية المتزوجين ويمثلون أكبر نسبة من إجمال عينة الدراسة الإستطلاعية، في حين تقدر نسبة غير المتزوجين بـ 42%.



الشكل رقم (15): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الحالة العائلية

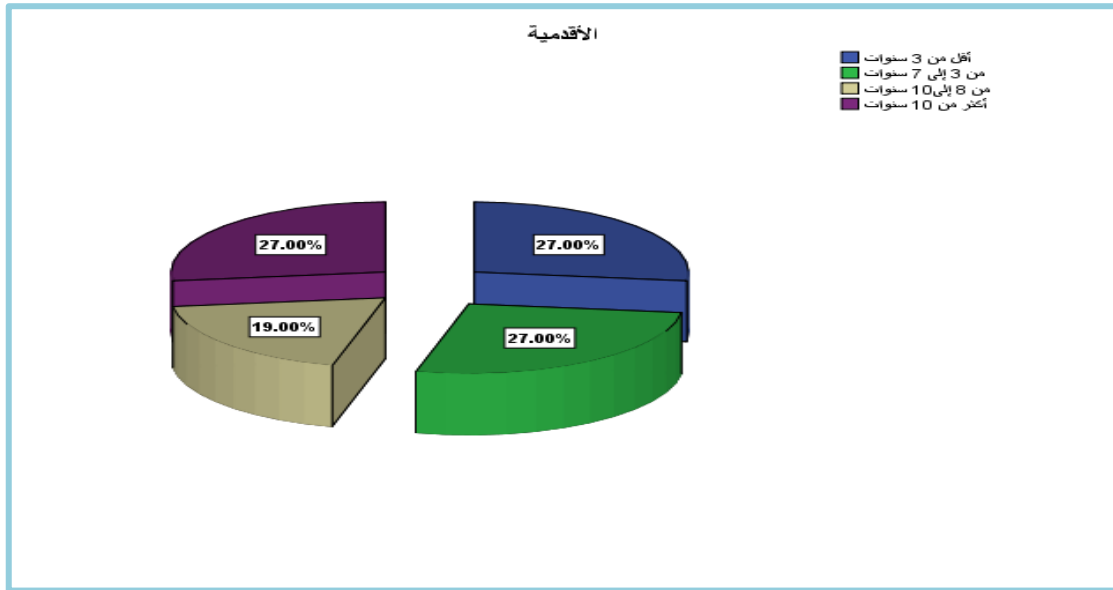
▪ متغير الأقدمية:

جدول رقم (09): توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الأقدمية (سنوات الخدمة

في مهنة التمريض).

النسبة المئوية	التكرار	فئات الأقدمية
27%	27	أقل من 3 سنوات
27%	27	من 3 إلى 7 سنوات
19%	19	من 8 إلى 10 سنوات
27%	27	أكثر من 10 سنوات
100%	100	المجموع

يتبين من الجدول رقم (09) أن نسبة (27%) من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية نجدها عند كل من الممرضين الذين لديهم مدة أقدمية في العمل أقل من 3 سنوات، والذين تتراوح أقدميتهم بين (3-7 سنوات)، والذين تتراوح أقدميتهم أكثر من 10 سنوات، أما أدنى نسبة فقد جاءت عند اللذين لهم مدة أقدمية ما بين (8-10 سنوات) بنسبة (19%).



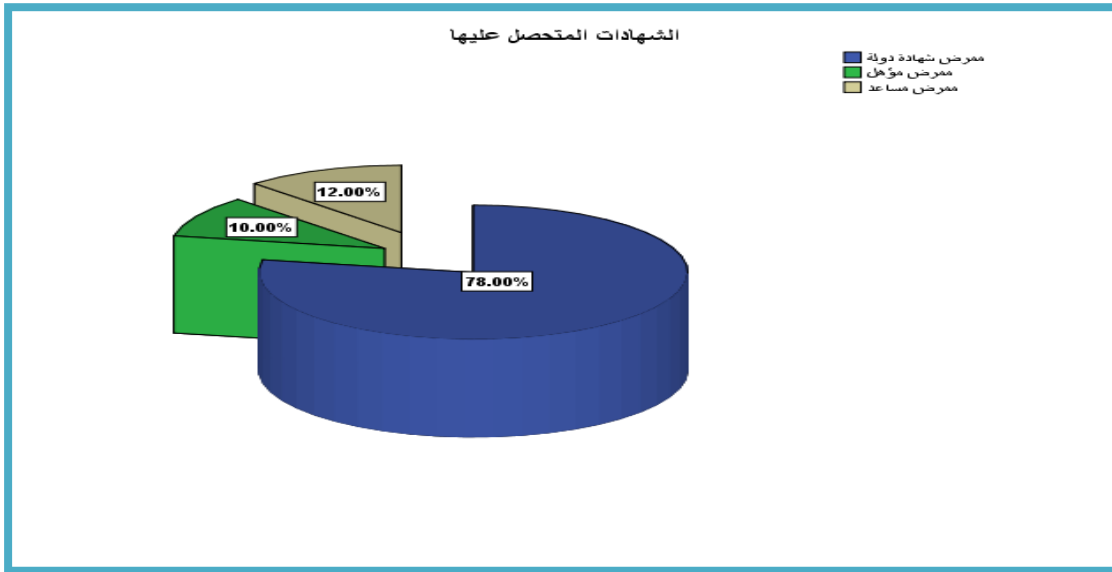
الشكل رقم (16): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الأقدمية

▪ متغير نوع شهادة التمريض المتحصل عليها :

جدول رقم(10): توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير نوع الشهادة المتحصل عليها

النسبة المئوية	التكرار	نوع الشهادة
78%	78	ممرض شهادة دولة
10%	10	ممرض مؤهل
12%	12	مساعد ممرض
100%	100	المجموع

يبين الجدول رقم (10) توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب شهادة التمريض المتحصل عليها، حيث جاءت أعلى نسبة عند الممرضين الحاصلين على شهادة دولة في التمريض ب(78%)، تليها نسبة (12%) بالنسبة للممرضين المتحصلين على شهادة ممرض مؤهل، أما أدنى نسبة فجاءت عند مساعدي التمريض بنسبة (10%).



الشكل رقم (17): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الشهادة المتحصل عليها

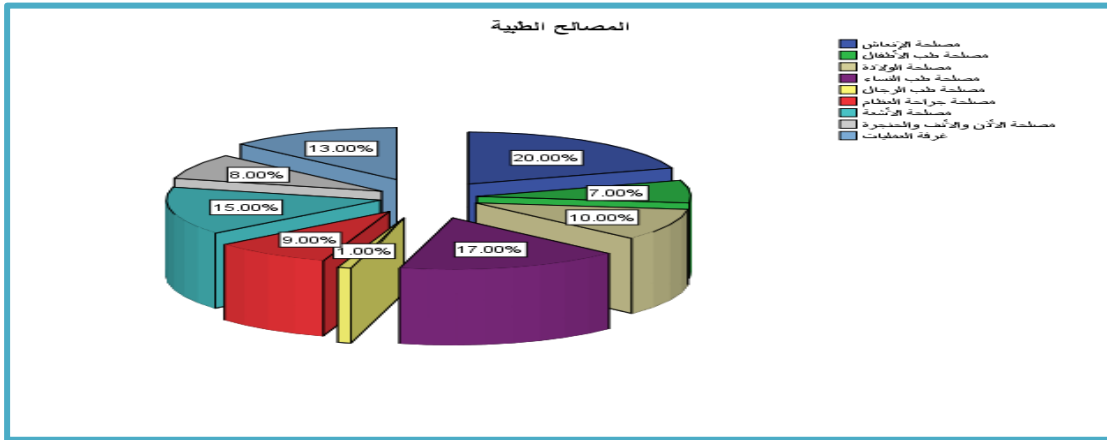
▪ متغير المصلحة التي يعملون بها:

جدول رقم(11): توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المصلحة التي يعملون بها.

النسبة المئوية	التكرار	المصلحة
20%	20	مصلحة الإنعاش
7%	07	مصلحة طب الأطفال
10%	10	مصلحة الولادة
17%	17	مصلحة طب النساء
1%	01	مصلحة طب الرجال
9%	09	مصلحة جراحة العظام
15%	15	مصلحة الأشعة
8%	08	مصلحة الأذن, الأنف والحنجرة
13%	13	غرفة العمليات
100	100	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (11) الذي يمثل نوع المصلحة التي يعملون بها، حيث أن أعلى نسبة جاءت عند الممرضين الذين يعملون: بمصلحة الإنعاش بنسبة (20%)، وتليها مصلحة طب النساء بنسبة (17%)، وتليها مصلحة الأشعة بنسبة (15%)، فتليها مصلحة غرفة العمليات بنسبة (13%)، ثم تليها مصلحة الولادة بنسبة (10%)، ثم تليها مصلحة جراحة العظام بنسبة (9%)، ثم تليها

مصلحة الأنف والأذن والحنجرة بنسبة (8%)، ثم تليها مصلحة طب الأطفال بنسبة (7%)، وأدنى نسبة سجلت لدى الممرضين الذين يعملون بمصلحة طب الرجال بنسبة (1%).



الشكل رقم (18): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير المصلحة التي يعملون بها

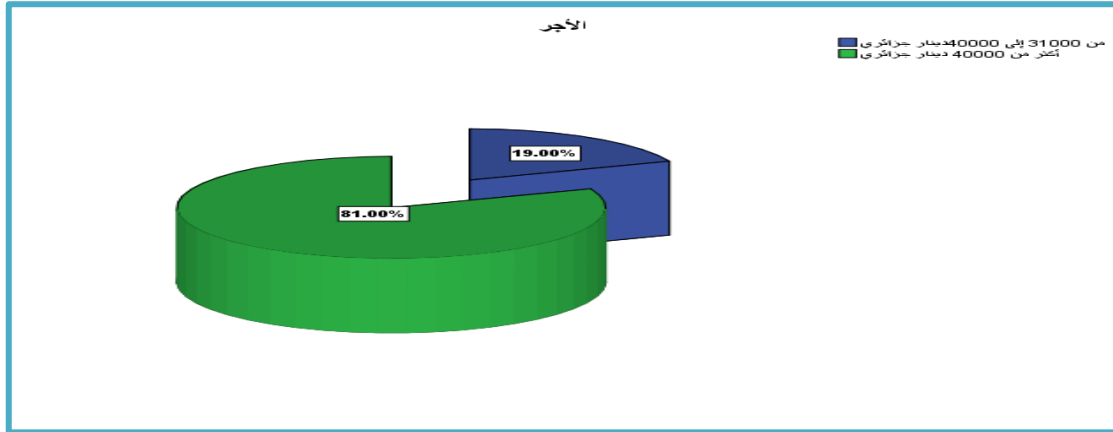
متغير الدخل:

جدول رقم (12): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الدخل

النسب المئوية	التكرار	مستوى الدخل
19%	19	ما بين 20000 دج- 30000 دج
81%	81	ما بين 31000 دج- 40000 دج
100%	100	المجموع

يوضح الجدول رقم (12) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الدخل الذي يتقاضاه الممرض، حيث أن أعلى نسبة جاءت عند أولئك الذين يتراوح دخلهم ما بين 20000 - 30000 دج بنسبة (81%)، وفي الأخير نجد نسبة (19%) من الممرضين يتقاضون أجر ما بين 31000 - 40000 دج .

وبالتالي نلاحظ من خلال المعطيات أن أعلى نسبة جاءت عند الممرضين الذي مستوى دخلهم أكثر من 40000 دج لأن أغلب الممرضين متحصلين على شهادة دولة في التمريض، بالإضافة إلى الزيادة حسب مدة الأقدمية في العمل.



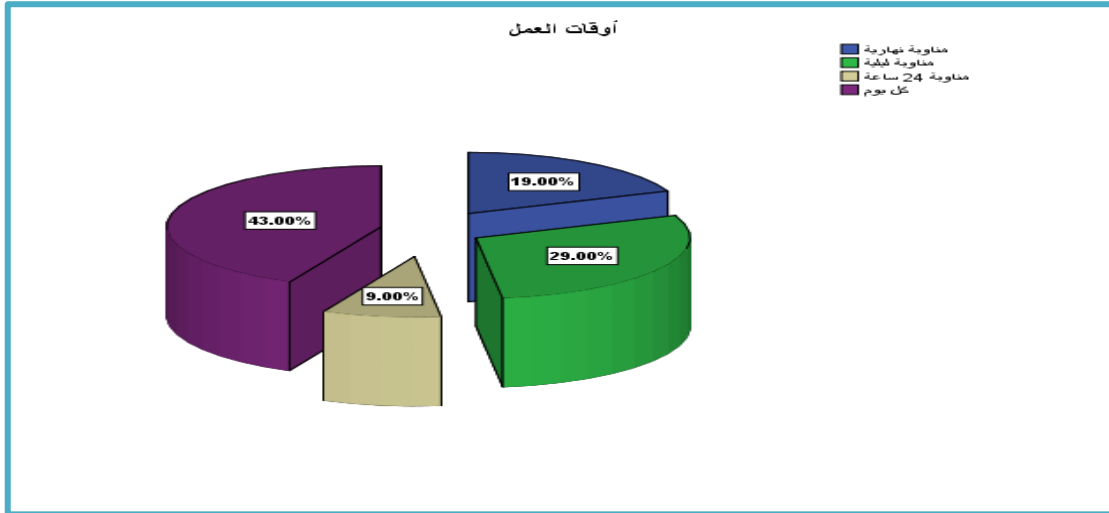
الشكل رقم(19): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير الدخل

■ متغير أوقات العمل:

جدول رقم(13): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير أوقات العمل

النسب المئوية	التكرار	أوقات العمل
19%	19	مناوبة نهـارية
29%	29	مناوبة ليلية
9%	09	مناوبة 24 ساعة
43%	43	كل يوم
100%	100	المجموع

يبين الجدول رقم(13) الخاص بتوزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير أوقات العمل عند المرضين، حيث أن أعلى نسبة جاءت عند المرضين الذين يعملون في كل يوم بنسبة (43%)، تليها نسبة (29%) عند الذين يعملون بالمناوبة الليلية، ثم تليها نسبة (19%) للذين يعملون بالمناوبة النهارية، أما أدنى نسبة جاءت عند المرضين الذين يعملون في مناوبة 24 ساعة بنسبة (9%).



الشكل رقم (20): توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب متغير أوقات العمل

5.1. مراحل الدراسة الإستطلاعية:

مرت الدراسة الإستطلاعية بعدة مراحل تتمثل فيما يلي:

1.5.1. المرحلة الأولى:

قامت الباحثة بزيارة إستطلاعية للمؤسسات الإستشفائية بولاية عين الدفلى، حيث قامت فيها بتسجيل الملاحظات بعد إتصالها بمصلحة التراخيص بالمستشفى حيث قامت بشرح الهدف من الدراسة العلمية.

بعد قبول رئيس مصلحة التراخيص والمرضين بإجراء الدراسة، قامت الباحثة بالإلتقاء برؤساء المصالح الطبية في مستشفيات عيت الدفلى، الذين قدموا لها بعض المرضين العاملين في مصالحيهم، الذين كونوا عينة الدراسة الإستطلاعية (100). مع العلم أن الباحثة إتفقت معهم على الإلتقاء معهم عدة مرات وذلك بعدما تأكدت من موافقتهم.

بعد ذلك قامت الباحثة بمقابلات مع المرضين (عينة الدراسة الأساسية) في أماكن عملهم، وطرحت عليهم مجموعة من الأسئلة حول موضوع الدراسة، وكانت الأسئلة تدور حول المشاكل المهنية التي يواجهونها في مهنتهم، وهل يعانون من الضغط في مجال عملهم؟ وما هي حسب رأيهم مختلف مصادر الضغوط التي يعانون منها؟ وماهي الطرق أو الأساليب التي يعتمدونها من أجل التخفيف من حدة هذه الضغوط التي يعيشونها في مجال مهنتهم من وجهة نظر المرضين؟

والهدف من هذه المرحلة هي من جهة ترجمة وتكييف مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981)، ومن جهة أخرى بناء إستبيان مقنن خاص بالضغوط المهنية كما يدركها المرضى وإستبيان مقنن خاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى.

2.5.1. المرحلة الثانية:

تمت في هذه المرحلة عبر عدة خطوات كان الهدف منها: ترجمة وتكييف مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981)، وكذلك بناء إستبيان مقنن خاص بالضغوط المهنية كما يدركها المرضى وكذلك بناء إستبيان مقنن خاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى.

وتمثلت المرحلة الثانية في الخطوات التالية:

❖ الخطوة الأولى:

تم فيها ترجمة مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981). في نسخته الموجهة للقطاع الصحي والمترجم إلى اللغة الفرنسية من طرف الباحث FONTAINE (فونتان)، والتي إعتد عليها Wiertz (ويرتز) (2012) في دراسته على أطباء الأمراض العقلية في فرنسا، ويتكون هذا المقياس من 22 بند موزعة على 3 أبعاد.

❖ الخطوة الثانية:

تم القيام فيها بإعداد الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها المرضى، حيث تم فيها يلي:

- قامت الباحثة بمراجعة التعاريف المختلفة حول الضغوط المهنية، ومن ثمة الخروج بالتعريف الإجرائي الذي يحدد البنود والأبعاد الأساسية للإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية للمرضى.
- الإطلاع على الإطار النظري المتعلق بالضغوط المهنية لمختلف المنظمات، خاصة تلك المتعلقة بالمستشفيات.
- إجراء العديد من المقابلات الشخصية مع المرضى (أفراد الدراسة الإستطلاعية) في مستشفيات ولاية عين الدفلى، كان الهدف منها الإطلاع عن كثب على الضغوط المهنية التي

يتعرض لها الممرضين، والتعرف على نوع العلاقات التي تربط بين الممرض وغيره وعن طبيعة المهام التي يقوم بها.

- توجيه أسئلة مفتوحة للممرضين (عينة الدراسة الأساسية) حول رؤيتهم للعلاقات التي تربطهم مع الزملاء الممرضين والأطباء والإدارة والمسؤول والمرضى والزوار، وعن أبرز المشكلات والضغوط التي يعانون منها في بيئة العمل وعن تقييمهم لظروف العمل المادية للممرض الجزائري في المؤسسات الإستشفائية.
- الإطلاع على ما توافر لدى الباحثة من إستبيانات ومقاييس أعدت لقياس الضغوط المهنية، بهدف بناء المقياس الحالي، ومن هذه إستبيانات ومقاييس نجد: مقياس الضغوط المهنية من إعداد عسكر (1982)، ومقياس داود (1991)، دراسة درويش جودة (2003)، دراسة محمد فرج (2010).

❖ الخطوة الثالثة:

تم القيام فيها بإعداد الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، حيث تم فيها يلي:

- الإطلاع على التراث النفسي والنظريات التي تفسر إستراتيجيات مواجهة الضغوط.
- الإطلاع على الدراسات السابقة والمقاييس الأجنبية والعربية التي إهتمت بقياس إستراتيجيات المواجهة، كدراسة:

- قائمة طرق المواجهة (Waysrof coping revised) من إعداد كل من Lazarus

(لازاروس) و Folkman (فولكمان) (1984).

- قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة (Coping inventory for strassful situation)

من إعداد (أندروباكر) (1990).

-دراسة درويش (1993).

-دراسة الشايب (1994).

-دراسة Allison (أليسون) (1997).

-دراسة إستراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية من إعداد معاذ (1998).

-دراسة العارضة (1998).

-دراسة إستراتيجيات التكيف من إعداد جهاد عبد الفتاح (1999).

- قامت الباحثة بطرح أسئلة مفتوحة على مجموعة من الممرضين (عينة الدراسة الإستطلاعية)، بهدف التعرف على الطرق والأساليب التي يستخدمها الممرض عندما تواجهه الضغوط المهنية.

3.5.1. المرحلة الثالثة:

مرت هذه المرحلة بعدة خطوات تم فيها ما يلي:

❖ الخطوة الأولى:

قامت الباحثة بترجمة مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) من الفرنسية إلى العربية.

❖ الخطوة الثانية:

بناء على مراجعة التراث النظري في مجال الضغوط المهنية والتعريف الإجرائي الذي وضعته الباحثة للضغوط المهنية للممرضين، بالإضافة إلى مراجعة الأدوات التي تقيس هذا المفهوم (كما سبق ذكرها في المرحلة السابقة)، فلقد تم صياغة عبارات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، في صيغته الأولى وتكون من (117) عبارة.

❖ الخطوة الثالثة:

بناء على مراجعة التراث النظري في مجال إستراتيجيات مواجهة الضغوط والتعريف الإجرائي الذي وضعته الباحثة إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الممرضين، بالإضافة إلى مراجعة الأدوات التي تقيس هذا المفهوم (كما سبق ذكرها في المرحلة السابقة)، فلقد تم صياغة عبارات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، في صيغته الأولى وتكون من (60) عبارة.

❖ الخطوة الرابعة:

تم تقديم مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين في صورته الأولى، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، إلى أسانذة مختصين في اللغة العربية.

❖ الخطوة الخامسة:

بعد القيام بالتصحيات اللغوية التي إقتراحها المختصون في اللغة ، تم عرض أدوات الدراسة في صورتها المبدئية على الأستاذ المشرف، وبعد إجراء التعديلات اللازمة وفق إقتراحاته؛ تم عرض هذه الأدوات في صورتها المبدئية على إلى مجموعة من المحكمين تسعة (09) من عدة تخصصات (عدد من الأساتذة في علم النفس من جامعة تيزي وزو، وجامعة الجزائر2، بالإضافة إلى عدد من أصحاب الخبرة في مجال التمريض)؛ وذلك بهدف تقويم هذه الأدوات وإصدار أحكامهم على مدى صلاحيتها، خاصة بهدف إستخلاص صدق المحكمين.

كما طلب من السادة المحكمين إبداء رأيهم حول :

- وضوح تعليمة المقياس.
- الصياغة اللغوية لأسئلة المقياس.
- علاقة البند بالبعد.
- علاقة الأبعاد بموضوع المقياس ككل.
- سلم التنقيط المعتمد.

علما أنه تم تقديم هذه الأدوات (مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين في صورته الأولية، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين)، للمحكمين مرفقة بالتعاريف الإجرائية للمتغيرات الثلاث، وطلب منهم إبداء ملاحظاتهم ومقترحاتهم حول مدى ملائمة هذه الأدوات.

وقد قدمت الأدوات السابقة في شكل إستمارات كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(14): الخاص بكيفية تقديم أدوات الدراسة الأساسية للمحكمين.

رقم البند	البند	يقيس	لا يقيس	إقتراح تعديل أو تغيير	سبب التعديل
01					
02					

❖ الخطوة السادسة:

بعد جمع الإستمارات والتي هي في الأصل صور لمقياس الإحتراق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، والتي قدمت للمحكّمين، وذلك بهدف إستطلاع آرائهم حول مدى ملائمتها، بالإضافة إلى الإقتراحات والإضافات التي يرونها مناسبة.

وقامت بعد ذلك الباحثة بتفريغ تكرارات تقديراتهم لكل أداة على حدة، وهذا ما ستوضحه هذه الخطوة.

• بالنسبة لمقياس الإحتراق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981):

أقر المُحكّمون أن هذا المقياس لا يحتاج لتعديل، وأن النسخة المترجمة إلى العربية مناسبة ومتقاربة مع النسخة الفرنسية؛ ويمكن لعينة الدراسة الأساسية فهمه والإجابة عنه.

• بالنسبة للإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين:

اقترح المُحكّمون تعديل عدد من عبارات هذا الإستبيان وحذف بعضها، كما هو مبين في الجداول التالية:

جدول رقم (15): تعديلات عبارات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين

العبرة بعد التعديل	العبرة قبل التعديل
العبرة 01: أعاني من تعرق اليدين حتى في درجات الحرارة المنخفضة.	العبرة 01: أعاني من زيادة تعرق كفات اليدين حتى في درجات الحرارة المنخفضة.
العبرة 02: أعاني قلة التركيز.	العبرة 02: أعاني فقدان القدرة على التركيز.
العبرة 04: أعاني من إرتفاع ضغط الدم.	العبرة 04: يرتفع ضغط الدم عن المعدل الطبيعي.
العبرة 09: أعاني من تشنج عضلي في بعض الأحيان بدون مبرر.	العبرة 11: أعاني من توتر عضلي في بعض الأحيان بدون مبرر.
العبرة 13: أعاني من التعب الجسدي وعدم القدرة على العمل.	العبرة 15: أعاني من الأرهاق الجسدي وعدم القدرة على العمل.
العبرة 18: المصلحة التي أعمل بها تتطلب مجهودا بدنيا كبيرا.	العبرة 20: المصلحة التي أعمل بها تتطلب مجهودا بدنيا.
العبرة 30: يقلقني إحتمال إصابتي بأمراض معدية بسبب إحتكاكي بالمرضى.	العبرة 32: يقلقني إحتمال إصابتي بأمراض معدية بسبب عملي في القسم.
العبرة 94: أشعر بأن نظام العقوبات غير عادل.	العبرة 96: أشعر بأن العقوبات الإدارية التي تتخذها الإدارة لمعاقبة المخالفين دائما غير عادلة
العبرة 107: أشعر بأن الأجهزة الموجودة في المستشفى لا تلبى إحتياجات المرضى.	العبرة 109: أشعر بأن الأجهزة الموجودة في المستشفى لا تلقى لسد إحتياجات المرضى.

كما تم حذف بندين: - أشعر بالصداع معظم فترة العمل.

- أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط ولو بسيط.

وفي الأخير تم إعادة كتابة عبارات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين بعد التصحيح وإلغاء ما تم إلغاؤه من طرف المحكمين، وذلك باختيار العبارات التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي أو تفوق نسبة 80%، وبعدم قسم عدد المحكمين الذين وافقوا على صلاحية العبرة على العدد الإجمالي للمحكمين.

• بالنسبة للإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين:

إقتراح المُحكِّمُون تعديل عددٍ من العبارات هذا الإستبيان وحذف بعضها، كما هو مبين في الجدول

التالية:

جدول (16): تعديلات عبارات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين:

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
العبارة 14: أستثمر الوقت المخصص للعمل بشكل دقيق دون هدر.	العبارة 14: أستثمر الوقت المخصص للعمل بشكل دقيق.
العبارة 19: أنتظم بالزيارات والجوانب الشخصية.	العبارة 19: أتقيد بأوقات الزيارات والجوانب الشخصية.
العبارة 21: أستخدم أسلوب الإسترخاء.	العبارة 21: أستخدم أسلوب الإسترخاء
العبارة 24: أستخدم أسلوب الإسترخاء وإدارة الإجهاد.	العبارة 24: عندما تواجهني مشكلة أختار أفضل الحلول لمعالجتها.
العبارة 27: عندما تواجهني مشكلة أختار البديل المناسب لحلها.	العبارة 27: عندما تواجهني مشكلة أتوقع النتائج المترتبة عنها.
العبارة 27: عندما تواجهني مشكلة أتوقع ما ستؤول إليه النتائج.	العبارة 30: أحاول أن أعرف العوامل المسببة للضغط وأعمل على معالجتها.
العبارة 30: أنظم أسباب التعرض للضغط وأعمل على معالجتها.	العبارة 46: أنتظم في النوم.
العبارة 46: أنتظم في النوم والتغذية.	العبارة 52: أصبح جد متوترا.
العبارة 51: أصبح جد متوترا ومنقبضا.	العبارة 50: أنتظم في التغذية.

وفي الأخير تم إعادة كتابة عبارات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين بعد التصحيح ما تم تعديله من طرف المحكمين، وذلك بإختيار عبارات التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي أو تفوق نسبة 80%، وبعدها قسم عدد المحكمين الذين وافقوا على صلاحية العبارة على العدد الإجمالي للمحكمين.

4.5.1. المرحلة الرابعة:

تمت هذه المرحلة عبر عدة خطوات كان الهدف منها إجراء الدراسة السيكومترية لأدوات الدراسة التي هي: مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، من أجل تكييف الأداة الأولى وبناء الأداة الثانية والثالثة.

وتمثلت الخطوات فيما يلي :

❖ الخطوة الأولى:

تم حساب صدق مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) بإستعمال طريقة المحكمين، حيث تم تفرغ تكرارات تقديراتهم لكل بند على حدة، ثم حوّلت إلى نسبٍ مئوية، وذلك بتقسيم عدد المحكمين الذين وافقوا على صلاحية البند على العدد الإجمالي للمحكمين، وضرب الناتج في (100)، وبعدها إختيرت البنود التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي 80% فأكثر؛ مع العلم أن كل البنود تحصلت على نسبة الإتفاق أكثر من 80%. كما تم أيضاً حساب صدق هذا المقياس بطريقة الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي.

❖ الخطوة الثانية:

تم حساب صدق الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين بإستعمال طريقة المحكمين، حيث تم تفرغ تكرارات تقديراتهم لكل عبارة على حدة، ثم حوّلت إلى نسب مئوية، وذلك بتقسيم عدد المحكمين الذين وافقوا على صلاحية العبارة على العدد الإجمالي للمحكمين، وضرب الناتج في (100)، وبعدها إختيرت العبارات التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي 80% فأكثر، أما العبارات التي كانت نسبة الإتفاق عليها أقل من 80% فقد تم مراجعتها بحذفها أو تغييرها أو تعديلها حسب ما جاءت به آراء المحكمين.

كما تم أيضاً حساب صدق هذا الإستبيان بطريقة الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي.

❖ الخطوة الثالثة:

تم حساب صدق الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين بإستعمال طريقة المحكمين، حيث تم تفرغ تكرارات تقديراتهم لكل عبارة على حدة، ثم حوّلت إلى نسب مئوية، وذلك بتقسيم عدد المحكمين الذين وافقوا على صلاحية العبارة على العدد الإجمالي للمحكمين، وضرب الناتج في (100)، وبعدها إختيرت العبارات التي حصلت على نسبة تقديرات تساوي 80% فأكثر، أما العبارات التي كانت نسبة الإتفاق عليها أقل من 80%، فقد تم مراجعتها بحذفها أو تغييرها أو تعديلها حسب ما جاءت به آراء المحكمين.

كما تم أيضاً حساب صدق هذا الإستبيان بطريقة الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي.

❖ الخطوة الرابعة:

تم إعادة تقديم مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين في صورتهم النهائية لأفراد عينة الدراسة الإستطلاعية (100 ممرض)، بعد ما تم الالتقاء معهم مرة أخرى كما اتفق عليه، وذلك بقصد:

- معرفة مدى وضوح هذه البنود والعبارات والتعليمات، ومدى فهم أفراد العينة الاستطلاعية لها.
- الحصول على إجابات أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية على أدوات الدراسة لحساب ثبات هذه الأدوات.

وكان يطلب من كل فرد من أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية أن يؤكد وضوح تعليمات وبنود مقياس مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981)، وعبارات كل من الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية للممرضين والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، والإجابة عليهم.

❖ الخطوة الخامسة:

بعد إجابة كل أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية على الأدوات (مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين)، تم حساب ثباتهم بإستخدام برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS. 20.).

6.1. نتائج الدراسة الإستطلاعية:

- تمثلت نتائج الدراسة الإستطلاعية على العموم فيما يلي:
- تم الوقوف في الدراسة الإستطلاعية على معاناة الممرضين (أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية) في أماكن عملهم.
- بينت الدراسة الإستطلاعية أن أهم مؤشرات الضغوط المهنية كما يدركها الممرضين هي: الأعراض العضوية، طبيعة العمل، ظروف العمل، العلاقة مع الزملاء الممرضين، العلاقة مع

الزملاء الأطباء، العلاقة مع المرضى، العلاقة مع الزوار، العلاقة مع المسؤولين والإدارة، الأدوات والمستلزمات الطبية، بعد الترقية والراتب؛ وهي التي صيغت على شكل أبعاد للإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين.

- بينت الدراسة الإستطلاعية أن أهم مؤشرات بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين هي: إستراتيجية التجنب، إستراتيجية التخطيط، إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الدعم الإجتماعي، إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، إستراتيجية الردود الإنفعالية؛ وهي التي صيغت على شكل أبعاد للإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين.
- بينت الدراسة الإستطلاعية أن بعض العوامل مثل: الجنس، الأقدمية في مهنة التمريض، الأجر وأوقات العمل، تلعب دورا في العلاقة بين الإحترق النفسي وكل من الضغوط المهنية وإستراتيجيات مواجهتها لدى الممرضين.
- تم تبني كل من مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، كأدوات للدراسة الأساسية، بعدما تأكد من صدقهم وثباتهم.
- تم تحديد الوقت اللازم للإجابة على أدوات الدراسة، حيث تراوح ما بين 20 إلى 30 دقيقة لكل أداة.

2. الدراسة الأساسية:

لإجراء الدراسة الأساسية تم إتباع الخطوات التالية:

1.2. منهج الدراسة الأساسية:

تحتاج الدراسة العلمية إلى قواعد يتبعها الباحث للوصول إلى الهدف المسطر بدقة وموضوعية وبأسلوب علمي، حيث يعرف الجوهري المنهج على " أنه الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة من مشاكل، أو هو أسلوب تفكير المنظم والكيفية التي يصل بها الباحث إلى أهدافه (الجوهري وآخرون، 1979، ص170).

ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإستخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي نحاول من خلاله وصف الظاهرة موضوع الدراسة "الإحترق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية وإستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين"، وتحليل بياناتها وبيان العلاقة بين مكوناتها والآراء التي تطرح حولها والعمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها، وهو أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنتظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسات الدقيقة، حيث يعرف المنهج الوصفي بأنه "المنهج الذي يتناول دراسة أحداث وظواهر، وعلى الباحث أن يتفاعل معها فيصنفها ويتفاعل معها" (إحسان أغا، 2002، ص43)

2.2. المعاينة:

يقصد بها إختيار عينة الدراسة أي إختيار جزء من المجتمع الأصلي للدراسة لتمثيل الظاهرة المدروسة في دراستنا، إذ يترتب على سلامة إختيار العينة تمثيل المجتمع الذي سحبت منه تمثيلاً صحيحاً، بالتالي يمكن تعميم ما نحصل عليه من نتائج على المجتمع. إذ تتوقف دقة البيانات التي نحصل عليها على مدى تمثيل العينة للمجتمع الذي تجرى عليه الدراسة، أي أن الهدف الأساسي من عملية المعاينة هو الحصول على عينة ممثلة لخصائص المجتمع (رجاء محمود أبو علام، 2006، ص153).

بمعنى أن المعاينة هي إختيار جزء من المجتمع الأصلي لدراسته، لأن إستجواب الجزء كإستجواب المجتمع ككل، وهذا ما يؤكد كل من Quivy (كيفي)، و Vanpenhoudt (فانبونهودت) حيث يقولان: « يكفي إختيار مجموعة أفراد كعينة والملاحظات التي يتوصل إليها الباحث عنها يمكن تعميمها على المجتمع الأصلي». ولذلك كان موضوع المعاينة - وما يزال - من الأمور المهمة للغاية بالنسبة للباحثين، إذ تتوقف دقة البيانات التي يحصلون عليها على مدى تمثيل العينة للمجتمع الذي تجري عليه الدراسة. أي أن الهدف الأساسي من عملية المعاينة هو الحصول على عينة ممثلة لخصائص المجتمع. وتتضمن المعاينة مجموعة من العمليات تسمح بانقاء مجموعة من مجتمع البحث، بهدف بناء عينة تمثيلية لهذا المجتمع (نقلا عن: رجاء بوروبي فريدة، 2012، ص 313).

1.2.2. المجتمع الأصلي:

بغض النظر عن الأسلوب الذي يستخدم في إختيار العينة، فإن الخطوة الأولى في إختيار العينة هي تحديد المجتمع الأصلي، والمجتمع الأصلي هو الجماعة التي يهتم بها الباحث، والتي يريد

أن يتوصل إلى نتائج قابلة للتعميم عليها؛ وهو المجتمع الذي يحدد له خاصية واحدة على الأقل فارقة تميزه عن غيره من المجتمعات أو الجماعات، وهو المجتمع الذي يسحب منه الباحث عينة بحثه (نقلا عن: (رجاح بوروي فريدة، 2012، ص 313).

وعليه فإن المجتمع الأصلي للدراسة يتكون من جميع المرضين الحاصلين على شهادة تؤهلهم للقيام بمهنة التمريض والذين هم: ممرضين المتحصلين على شهادة دولة في التمريض ، ممرضين متحصلين على شهادة ممرض مؤهل ،وممرضين مساعدين وممرضين رئيسيين يزاولون عملهم بمستشفيات ولاية عين الدفلى من كلا الجنسين (ذكور - إناث) ومن مختلف الأعمار، ومن مختلف الأقسام في هذه المستشفيات والبالغ عددهم (636) موزعين على مستشفيات ولاية عين الدفلى (مستشفى فارس يحي (مليانة)، مستشفى مكور حمو(عين الدفلى)، مستشفى أحمد الأطرش (خميس مليانة)).

2.2.2. عينة الدراسة الأساسية:

يعرف موريس أنجرس العينة بأنها: "مجموعة فرعية من عناصر مجتمع بحث معين" (أنجرس موريس، 2006، ص301).

كما تعرف العينة كذلك على أنها جزء من مجتمع الدراسة، يتم إختيار بطرق مختلفة بعرض دراسة هذا المجتمع ، فالعينة ممثلة للمجتمع المسحوبة منه (بوعلاق محمد، 2009، ص15) فدراسة أي ظاهرة نفسية أو إجتماعية أو مهنية كانت تعتمد أساسا على العينة المأخوذة من الظاهرة، إذ أنه بدون عينة لا نستطيع دراسة أي مشكلة، فتمثلت عينة هذه الدراسة في الممرضين العاملين بمستشفيات ولاية عين الدفلى.

3.2.2. حجم عينة الدراسة الأساسية:

حجم العينة هو عدد العناصر المنتقاة لتكون عينة ومن المتعارف عليه أنه كلما كان حجم عينة البحث كبيرا، كلما كانت النتائج المتحصل عليها أكثر دقة وتمثيلا، لكن هناك العديد من العوامل التي تحول دون قدرة الباحث على تبني عينة كبيرة لدراسته كعامل الوقت، المال... إضافة إلى أن الدراسات المنهجية الحديثة أكدت أنه كلما كان المجتمع الأصلي كبيرا كلما كان للباحث حرية اختيار حجم عينة بحثه (أنجرس موريس، 2004، ص 318).

و من المتعارف عليه أنه كلما كان حجم عينة البحث كبيرا كلما كانت النتائج المتحصل عليها أكثر دقة وتمثيلا للمجتمع الأصلي، ففي البحوث الوصفية إذا كان المجتمع صغيرا أي عدة مئات، يفضل

أن لا تقل العينة عن نسبة 20 %، وإذا كان المجتمع كبيرا أي عدة آلاف يفضل أن لا تقل النسبة عن 10 %، وإذا كان مجتمع الدراسة كبيرا جدا أي عشرات الآلاف يفضل أن لا تقل العينة عن 05 %، وإن الزيادة في حجم العينة يمكن أن يوفر تمثيلا عاليا لخصائص المجتمع الأصلي، وتكون نتائج الدراسة أصدق وأكثر تعميما (رجاح بوروي فريدة، 2012، ص 317).

بل أن هناك من يذهب إلى أنه يمكن أخذ عينة قوامها 3%، لأن الدراسات المنهجية الحديثة أكدت أنه كلما كان المجتمع الأصلي كبيرا، كلما كان للباحث حرية اختيار حجم العينة بحثه حتى انه يمكن أخذ عينة قوامها 0.032% أو 0.006% (أنجيس موريس، 2004: 320).

ونظرا لكبر المجتمع الأصلي ومراعاة لإمكانات الدراسة والزمن المتاح لها، اضطرت الباحثة إلى أخذ عينة قوامها 50%، أي ما يعادل (318) ممرضا وممرضة. إلا أن هناك (118) منهم لم يجيبوا على كل أدوات الدراسة، أو تركوا معظم البنود والعبارات دون إجابة، ومنه تم إستبعاد هؤلاء الأفراد. وعليه أصبح يبلغ حجم عينة الدراسة الأساسية (200) ممرضا وممرضة من العاملين في مختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، وموزعين على مستشفى فارس يحي (مليانة)، مستشفى مكور حمو(عين الدفلى)، مستشفى أحمد الأطرش (خميس مليانة).

4.2.2. طريقة إختيار عينة الدراسة الأساسية:

تمت عملية إختيار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة، حيث تعتبر أفضل الطرق لإختيار العينة، لأن إستخدامها يعني أن لكل فرد من أفراد المجتمع فرصة متساوية لإختياره في العينة، إذ أن إحتمال تمثيل العينة أعلى في الطريقة العشوائية، والمعايينة العشوائية مهمة أيضا لأنها تتطلب ضروري في الإحصاء الإستدلالي، والذي يمكن الباحث من تعميم نتائج العينة على المجتمع (رجاء محمود أبو علام، 2006، ص 158).

فالعينة العشوائية البسيطة عبارة عن شكل مبسط تعرف على أن كل وحدة من المجتمع لها نفس فرصة الإختيار (محمود أبو شنب، 2007، ص 322)، ومصطلح "بسيط" يعني أن السحب سيتم بطريقة مباشرة على أساس قاعدة مجتمع البحث (أنجيس موريس، 2006، ص 304).

وبما أن هذه الطريقة من المعايينة تعطي فرصة لكل فرد من أفراد عينة الدراسة الأساسية في الإلتناء أو عدمه لهذه العينة، من خلال السحب بالصدفة من بين مجموع عناصر المجتمع الأصلي للدراسة؛ حيث قامت الباحثة بمساعدة إدارة كل مستشفى بكتابة بترقيم وريقات صغيرة(من رقم 1 إلى 636)، وسجلت فيها إسم ولقب الممرض والمصلحة التي يعمل فيها، ثم قامت بطي كل وريقة؛ ثم

قامت بخلط الورقات مع بعضها البعض، وقامت بسحب يدوي لعدد من الورقات ولم تتوقف إلا عندما تحصلت (318) ورقة.

وكما سبق ذكره فإن من (318) فرد من أفراد عينة الدراسة تعاملت الباحثة مع (200) فرد فقطن للأسباب المذكورة آنفا.

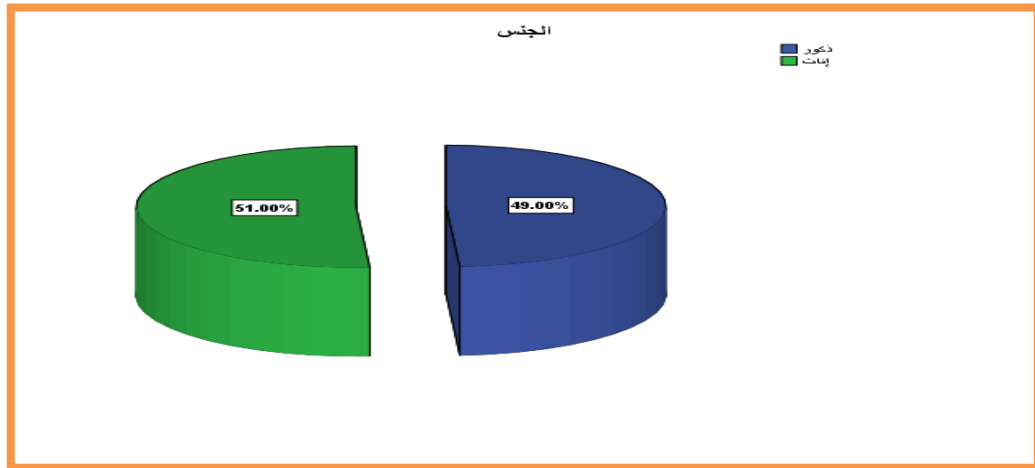
5.2.2. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

▪ متغير الجنس:

الجدول رقم (17): توزيع العينة حسب متغير الجنس.

النسب المئوية	التكرار	الجنس
49%	98	ذكر
51%	102	أنثى
100	200	المجموع

يوضح الجدول رقم (17) الخاص بمتغير الجنس أن نسبة الإناث بلغت نسبتهم (51%)، مقابل (49%) من الذكور. ويلاحظ أيضا من خلال الجدول أن النسب تقريبا متقاربة، ولكن هناك إرتفاع طفيف للإناث على الذكور، ربما لأن المهنة تجتذب الإناث على الذكور لأن لهن قابلية للقيام بهذا النوع من الأعمال أي الرعاية والتمريض، وقد جاء في الجانب النظري أن أول من قام بهذه المهنة هم إناث، فالأمهات تسهرن على رعاية أفراد عائلتها وتمريضهم في حالة المرض.



الشكل رقم(21): توزيع العينة حسب متغير الجنس

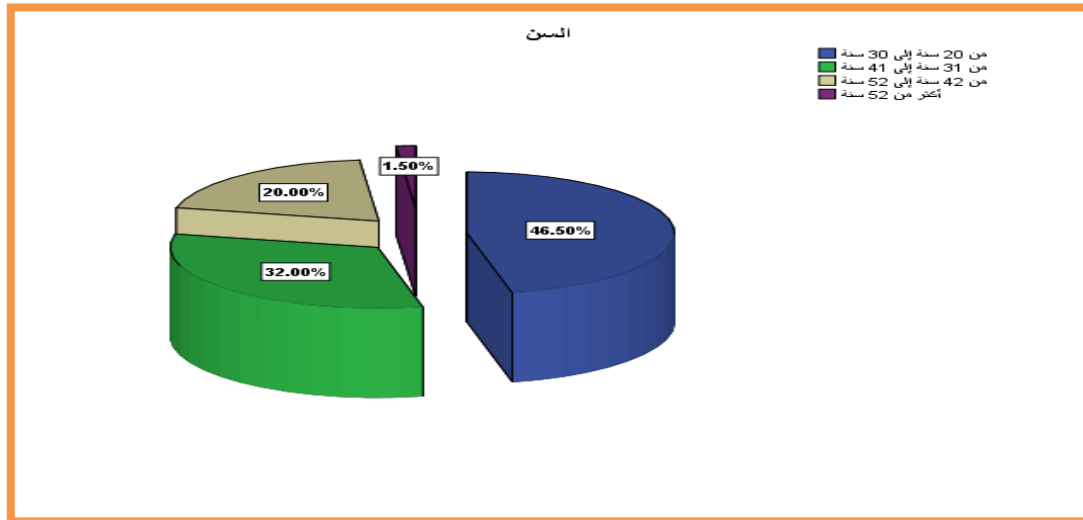
▪ متغير السن:

جدول رقم(18): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن.

النسبة المئوية %	التكرار	فئات السن
46.50%	93	من 20 إلى 30 سنة
32%	64	من 31 إلى 41 سنة
20%	40	من 42 إلى 52 سنة
1.50%	03	أكثر من 52 سنة
100%	200	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول رقم(18) أن الفئة التي يتراوح سنها بين 20-30 سنة عند الممرضين قد حظيت بأعلى نسبة ب(46.50%)، تقابلها نسبة (32%) يتراوح سنهم بين 31-41 سنة، أما نسبة(20%) يتراوح سنهم بين 42-52 سنة، أما أدنى نسبة فجاءت عند الذين يتراوح سنهم أكثر من 52 سنة بنسبة (1.5%).

وكما يلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة للممرضين الذين يتراوح سنهم بين 20-30 سنة و 31-41 سنة هي تعتبر فئة شبابية وهذا ما تتطلبه هذه المهنة من حركة كثيرة والنشاط الدائم، وكذلك يفسر أن المؤسسات بدأت توظف الممرضين الجدد.



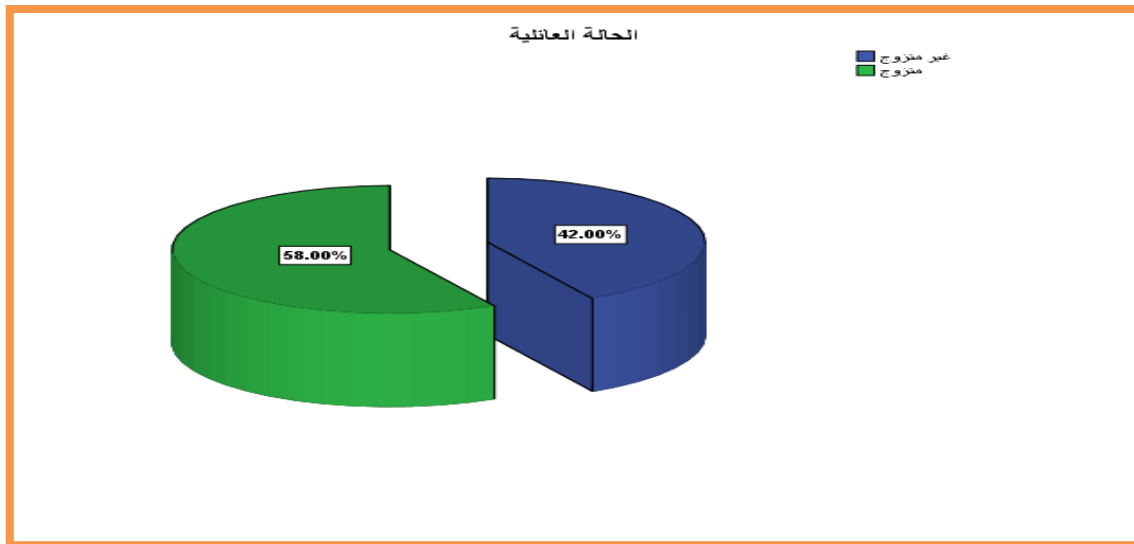
الشكل رقم(22): توزيع العينة حسب متغير السن

▪ الحالة العائلية:

جدول رقم(19): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة العائلية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة العائلية
42%	84	غير متزوج
58%	115	متزوج
100%	200	المجموع

يوضح الجدول رقم(19) أن هناك (58%) من العمال المتزوجين ويمثلون أكبر نسبة من إجمال العينة، في حين تقدر نسبة غير المتزوجين بـ 42%. وعليه نستنتج أن أغلبية العمال متزوجين.



الشكل رقم(23): توزيع العينة حسب متغير الحالة العائلية

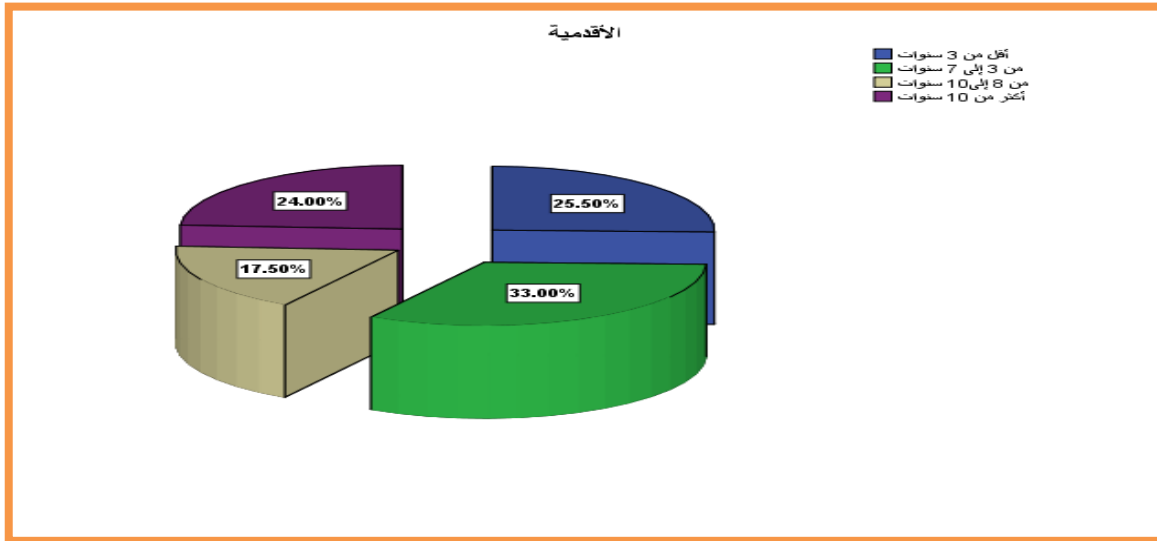
▪ متغير الأقدمية:

جدول رقم(20): توزيع سنوات الخدمة في مهنة التمريض

النسبة المئوية	التكرار	فئات الخبرة
25.5%	51	أقل من 3 سنوات
33%	66	من 3 إلى 7 سنوات
17%	35	من 8 إلى 10 سنوات
24%	48	أكثر من 10 سنوات
100%	200	المجموع

يتبين من الجدول رقم (20) أن أكبر نسبة نجدها عند المرضين الذين لديهم مدة أقدمية في العمل تتراوح بين (3-7سنوات) بنسبة (33%) ، تليها نسبة (25.5%) مدة الأقدمية أقل من 3

سنوات، ثم تليها نسبة (24%) تتراوح أقدميتهم أكثر من 10 سنوات، أما أدنى نسبة فقد جاءت عند اللذين لهم مدة أقدمية ما بين (8-10سنوات) بنسبة (17.5%).



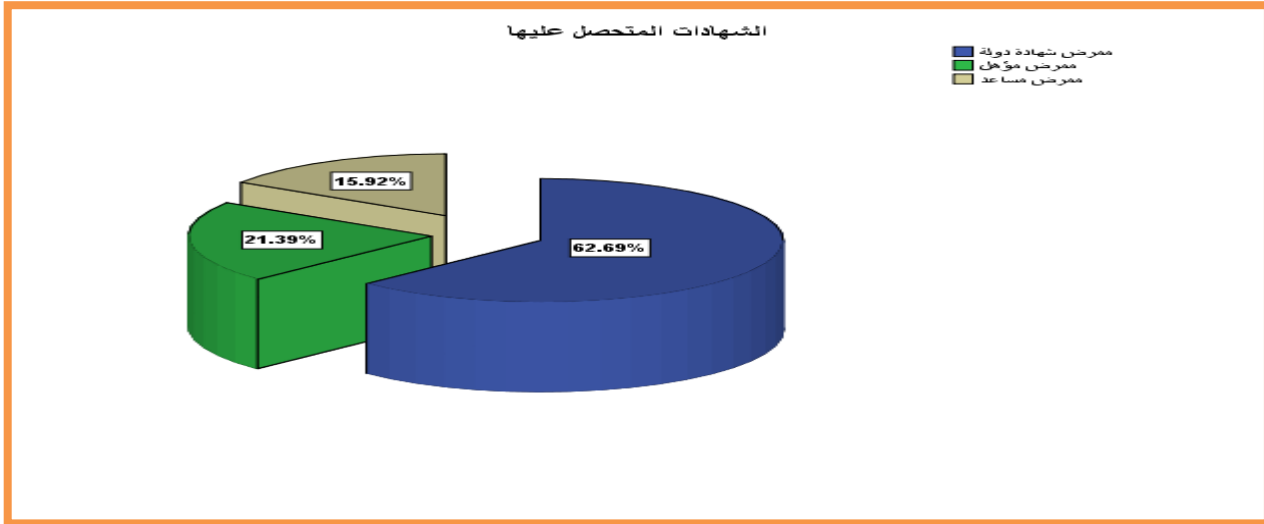
الشكل رقم(24): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الأقدمية

▪ متغير نوع شهادة التمريض المتحصل عليها :

جدول رقم(21): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير نوع الشهادة المتحصل عليها

النسبة المئوية	التكرار	نوع الشهادة
62.7%	126	ممرض شهادة دولة
21.4%	43	ممرض مؤهل
15.9%	32	مساعد ممرض
100%	200	المجموع

يبين الجدول رقم (21) توزيع العينة حسب شهادة التمريض المتحصل عليها ،حيث جاءت أعلى نسبة عند الممرضين الحاصلين على شهادة دولة في التمريض ب(62.7%)، تليها نسبة (21.4%) بالنسبة للممرضين المتحصلين على شهادة ممرض مؤهل، أما أدنى نسبة فجاءت عند مساعدي التمريض بنسبة (15.9%).



الشكل رقم(25): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الشهادة المتحصل عليها

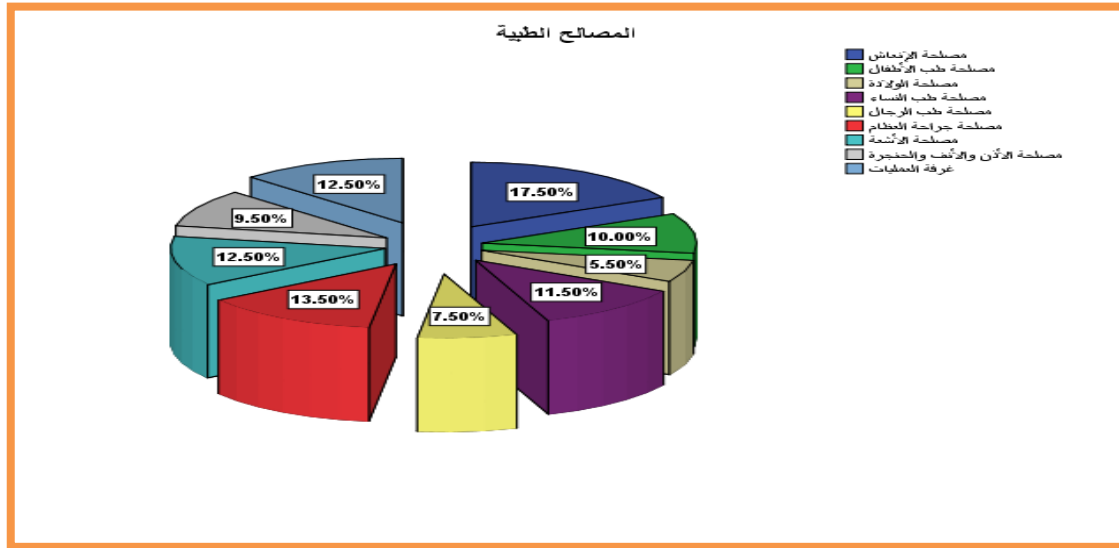
▪ متغير المصلحة التي يعملون بها:

جدول رقم(22): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب المصلحة التي يعملون بها.

النسبة المئوية	التكرار	المصلحة
20.5%	41	مصلحة الإنعاش
06%	12	مصلحة الإستعجالات
3.5%	07	مصلحة طب الأطفال
6,5%	13	مصلحة الولادة
15.5%	31	مصلحة طب النساء
03%	06	مصلحة طب الرجال
7.5%	15	مصلحة جراحة العظام
15%	30	مصلحة الأشعة
10.5%	21	مصلحة الأذن, الأنف والحنجرة
12%	24	غرفة العمليات
100%	200	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (22) الذي يمثل نوع المصلحة التي يعملون بها، حيث أن أعلى نسبة جاءت عند الممرضين الذين يعملون: بمصلحة الإنعاش بنسبة (20.5%)، وتليها مصلحة طب النساء بنسبة (15.5%)، وتليها مصلحة الأشعة بنسبة (15%)، فتليها مصلحة غرفة العمليات بنسبة (12%)، ثم تليها مصلحة الأنف والأذن والحنجرة بنسبة (10.5%)، ثم تليها مصلحة جراحة العظام بنسبة (7.5%)، ثم تليها مصلحة الولادة بنسبة (6.5%) ثم تليها مصلحة الإستعجالات بنسبة

(6%)، ثم تليها مصلحة طب الأطفال بنسبة (3.5%)، وأدنى نسبة سجلت لدى الممرضين الذين يعملون بمصلحة طب الرجال بنسبة (3%).



الشكل رقم (26): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المصلحة التي يعمل بها

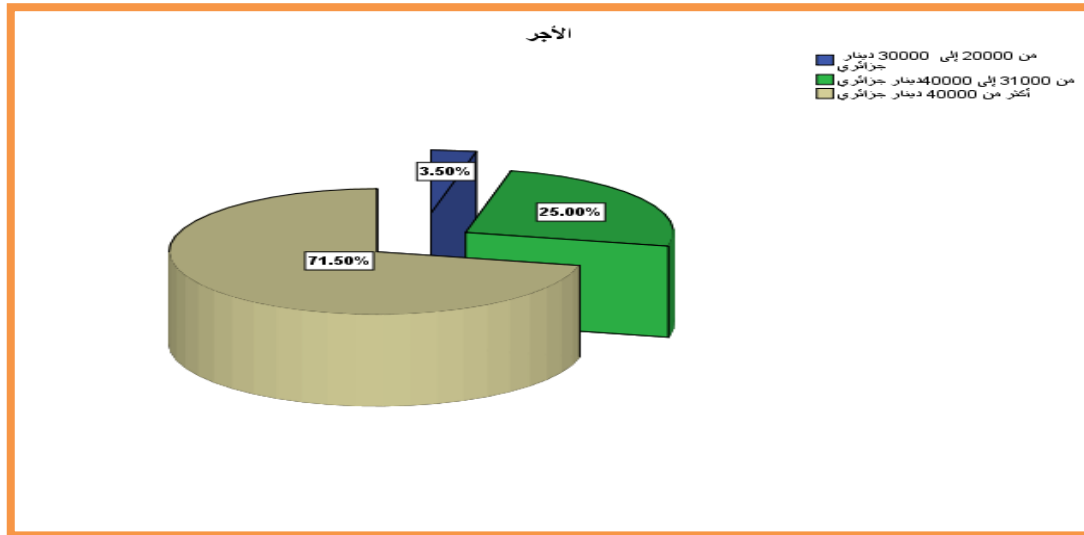
متغير الدخل:

جدول رقم (23): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الدخل

النسب المئوية	التكرار	مستوى الدخل
3.5%	7	ما بين 20000 دج - 30000 دج
25%	50	ما بين 31000 دج - 40000 دج
71.5%	143	أكثر من 40000
100%	200	المجموع

يوضح الجدول رقم (23) الذي توزيع العينة حسب متغير الدخل الذي يتقاضاه الممرض، حيث أن أعلى نسبة جاءت عند أولئك الذين يتراوح دخلهم أكثر من 40000 دج بنسبة (71.5%)، تليها نسبة (25%) عند الممرضين الذين يتراوح دخلهم بين 31000 - 40000 دج، وفي الأخير نجد نسبة (3.5%) من الممرضين يتقاضون أجر يتراوح ما بين 20000 - 30000 دج.

وبالتالي نلاحظ من خلال المعطيات أن أعلى نسبة جاءت عند الممرضين الذي مستوى دخلهم أكثر من 40000 دج لأن أغلب الممرضين متحصلين على شهادة دولة في التمريض، بالإضافة إلى الزيادة حسب مدة الأقدمية في العمل.



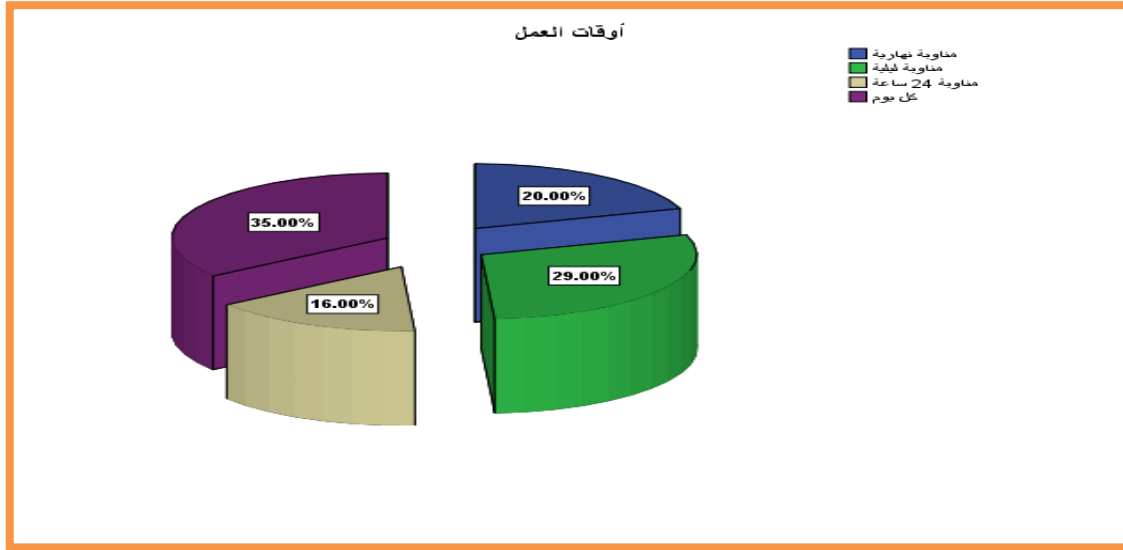
الشكل رقم(27): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الدخل

▪ متغير أوقات العمل:

جدول رقم(24): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير أوقات العمل.

النسب المئوية	التكرار	أوقات العمل
20%	40	مناوبة نهائية
29%	58	مناوبة ليلية
16%	32	مناوبة 24 ساعة
35%	70	كل يوم
100%	200	المجموع

يبين الجدول رقم (24) توزيع العينة حسب متغير أوقات العمل عند المرضين، حيث أن أعلى نسبة جاءت عند المرضين الذين يعملون في كل يوم بنسبة (35%)، تليها نسبة (29%) عند اللذين يعملون بالمناوبة الليلية، ثم تليها نسبة (20%) للذين يعملون بالمناوبة النهارية، أما أدنى نسبة جاءت عند المرضين الذين يعملون في كل يوم بنسبة (16%)،



الشكل رقم (28): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير أوقات العمل.

3.2. تحديد المجال المكاني والزمني للدراسة الأساسية:

• **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة الميدانية بمختلف مصالح مستشفيات (مستشفى فارس يحي (مليانة)، مستشفى مكور حمو (عين الدفلى)، مستشفى أحمد الأطرش (خميس مليانة)) بولاية عين الدفلى.

• **الحدود الزمانية:** يرتبط المجال الزمني بفترة تطبيق أدوات الدراسة التي بدأت من شهر سبتمبر (2014) إلى غاية نهاية جانفي (2015).

4.2. أدوات الدراسة الأساسية:

تتعدد أدوات البحث العلمي التي تستخدم في جمع المعلومات والبيانات اللازمة للإجابة على تساؤلات الدراسة من أفراد مجتمع الدراسة، أو من أفراد عينتها. وحسب ما أشار إليه سليمان عبيدات أنها: "تتراوح ما بين الملاحظة والمقابلة والإستبانة، والإختبار المقياس (سليمان عبيدات، 1998، ص125).

وتم الإعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، والإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين. وسوف يتم عرض كل أداة بالتفصيل:

1.4.2. مقياس الإحترق النفسي Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981):

إستعملت عدة مقاييس للكشف عن ظاهرة الإحترق النفسي، لكن يعتبر مقياس (ماسلاش) الأكثر إستخداما لقياس الإحترق النفسي عند الأفراد (Lindblom, 2006, p.59). ذلك لأنه إستعمل في عدة دراسات علمية، مما أدى إلى التحقق من صدقه وثباته في عدة دراسات عبر أنحاء العالم (Dion, 1994, pp210-227).

وقد تم إستخدام في هذه الدراسة مقياس Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) في نسخته الموجهة للقطاع الصحي والمترجم إلى اللغة الفرنسية من طرف الباحث FONTAINE (فونتان)، والتي إعتمد عليها Wiertz (ويرتز) (2012) في دراسته على أطباء الأمراض العقلية في فرنسا.

❖ وصف مقياس الإحترق النفسي Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981):

يتكون هذا المقياس من (22) بند، على شكل بنود تسأل من خلالها الممرض عن شعوره نحو مجموعة من السلوكيات المتصلة بالمهنة، ويستجيب الممرض وفقا للتدرج السباعي (أبدا، بعض الأحيان في السنة، مرة واحدة في الشهر على الأقل، بعض الأحيان في الشهر، مرة واحدة في الأسبوع، بعض الأحيان في الأسبوع، دائما)؛ وتوزع بنود المقياس على ثلاث أبعاد هي:

- **الإرهاك الإنفعالي:** يشير الإجهاد الإنفعالي حسب (ماسلاش) إلى إستنفاد الطاقة الجسمية، وإستنفاد للموارد الإنفعالية والعاطفية، ويتكون هذا البعد من تسع فقرات (09) (Mhboobeh, 2012).
 - **تبلد المشاعر:** هو بعد (اللأسنة) أو تبلد المشاعر، فيتميز بإتجاه السلبي نحو المهنة، ويتكون هذا البعد من خمس فقرات (05) (Cameron, 2010 p, p761-802).
 - **نقص الشعور بالإنجاز الشخصي:** يعكس هذا البعد التقدير السلبي للذات وتناقص في الأداء، وعدم بذل أي جهد، ويمكن هذا البعد من ثمان فقرات (08) (Galanakis, 2009, pp52-70).
- ويبين الجدول التالي توزيع بنود المقياس على الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي.

جدول رقم (25): توزيع بنود المقياس على أبعاده الثلاثة

المجموع	العبارات	الأبعاد
09	1,2,3,6,8,13,14,16,20	الإجهاد الإنفعالي
05	5,10,11,15,22	تبلد المشاعر
08	4,7,9,12,17,18,19,21	نقص الشعور بالإنجاز الشخصي
22	المجموع	

❖ طريقة تصحيح مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson

(جاكسون)(MBI) (1981):

حسب (ماسلاش) عند تصحيح إستجابات الأفراد تعطى درجات من 0 إلى 6 درجات، وبما أن بعد الإنهاك الإنفعالي وتبلد المشاعر بعدين سلبيين تكون بدائل على فقرات هذين البعدين كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم(26): بدائل البنود السلبية

لا يحدث أبدا	بضع مرات في السنة	مرة في الشهر على الأقل	بضع مرات في الشهر	مرة في الأسبوع على الأقل	بضع مرات في الأسبوع	كل يوم تقريبا
0	1	2	3	4	5	6

أما البعد الثالث الشعور بالإنجاز الشخصي يعد بعد إيجابي، فإن فإذا ما أريد الحصول على الدرجة الكلية للإحترق النفسي، فإنه يتم عكس بنود البعد الأخير لتصبح كلها سلبية، وبالتالي يتم جمع درجات الفرد على كل البنود(الأسئلة)؛ وقد إقترح هذا الإجراء من طرف عدد من الباحثين قاموا بدراسات ميدانية إستعانوا بها بمقياس (ماسلاش) للإحترق النفسي التي منها دراسة : فرحات والضريري(2010).

الجدول رقم(27): بدائل البنود الإيجابية

لا يحدث أبدا	بضع مرات في السنة	مرة في الشهر على الأقل	بضع مرات في الشهر	مرة في الأسبوع على الأقل	بضع مرات في الأسبوع	كل يوم تقريبا
6	5	4	3	2	1	0

❖ طريقة تفسير مقياس الإحترق النفسي Maslach (ماسلاش) و Jackson

(In: Abel & Sewell ,1999 ,pp287-293):(1981) (MBI) (جاكسون)

بما أن البدائل المتاحة للإجابة على البنود تتراوح بين (0-6) فإن درجة الممرض على بعد الإنهاك الإنفعالي تتراوح بين (0-54)، وعلى بعد تبدل المشاعر بين (0-30)، في حين تتراوح درجة المستجيب على بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي ما بين (0-48)، على هذا الأساس يمكننا تصنيف إستجابة الممرضين على الأبعاد الثلاثة من منخفضة إلى مرتفعة، مروراً بالمستوى المعتدل أو المتوسط، وفق المعايير التي وضعتها (ماسلاش) ويبين ذلك الجدول التالي:

جدول(28): تصنيف الدرجات على الأبعاد الثلاثة

مستوى الإحترق النفسي			
مرتفع	متوسط	منخفض	البعد
أكثر من 27	26-17	أقل من 16	الإنهاك الإنفعالي
أكثر من 13	12-7	أقل من 6	تبدل المشاعر
أكثر من 39	38-32	أقل من 31	نقص الشعور بالإنجاز الشخصي

وتقدر الدرجة الكلية القصوى للمستجيب على المقياس بـ (132) درجة: $(22 \times 6) = (132)$ بينما أدنى درجة كلية للمستجيب تقدر بـ (0) درجة: $(22 \times 0) = (0)$

وتجدر الإشارة إلى أن المقياس في نسخته الأصلية، يستجيب فيه الفرد مرتين لكل بند، مرة على تكرر الشعور ومرة على شدته.

وبما أن الدراسات السابقة بينت أن الإجابة على تكرر الشعور بالإحترق النفسي ترتبط ارتباطاً وثيقاً مع شدته، لهذا إكتفت الباحثة في الدراسة الحالية بحساب تكرر الشعور بالإحترق النفسي عند الممرض، وهذا ما عملت به الكثير من الدراسات سواء كانت أجنبية مثل: Abel و Sewell (1999)، أو العربية مثل: السلخي(2013).

❖ الخصائص السيكومترية لمقياس الإحترق النفسي Maslach (ماسلاش) و Jackson

(جاكسون)(MBI) (1981)، في الدراسة الحالية:

بغرض التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس (الصدق والثبات)، تمّ تطبيق المقياس بعد تعديله على عينة تقنين مكونة من (100) ممرض من مختلف الأقسام بمستشفيات ولاية عين الدفلى (انظر خصائص عينة في الدراسة الاستطلاعية).

▪ صدق مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) وأبعاده في الدراسة الحالية:

حسب سليمان عبيدات يقصد بالصدق بأنه: " قدرته على قياس ما وضع لقياسه" (سليمان عبيدات، 1988، ص 15).

وتم التحقق من صدق هذا الإستبيان بإستخدام طريقتين صدق المحتوى والصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي وهي كالتالي:

• صدق المحتوى:

إن صدق المحتوى يتطلب أدلة منطقية وليست إحصائية، حيث يتم التحليل المنطقي لمحتويات المقياس ومطابقتها مع محتويات الجانب السلوكي المقاس من قبل المحكمين، ويفضل الإعتماد على أكثر من محكم للحصول على تقديرات متجانسة ومتناسقة، وذلك بتقدير وتقييم كل بند من بنود المقياس (سعيد حسن الغامدي، 2003، ص 28).

ومن أجل الوقوف على صدق محتوى هذا المقياس في الدراسة الحالية، تم عرضه في صورته الأولية على (09) محكمين، بهدف التأكد من صدق تمثيل بنوده وملائمتها لقياس ما وضعت لقياسه، كما طلب من السادة المحكمين إبداء رأيهم حوله.

ولقد إتفق معظم المحكمين على سلامة ترجمة هذا المقياس وبالتالي ملائمة المقياس ككل، وبيين الجدول التالي تقديرات المحكمين لجوانب هذا المقياس.

جدول (29): تقديرات المحكمين لجوانب مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI). (1981).

نسبة إتفاق المحكمين	مميزات مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981)
95%	وضوح تعليمة المقياس
88%	الصياغة اللغوية لأسئلة المقياس
90%	علاقة البند بالبعد
100%	علاقة الأبعاد بموضوع المقياس ككل
95%	سلم التنقيط المعتمد

• الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي:

تمّ حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند ودرجة مقياس الإحترق النفسي (الدرجة الكلية للمقياس).

جدول رقم(30): معاملات الارتباط بين درجة كل بند ودرجة مقياس الإحترق النفسي (الدرجة الكلية للمقياس).

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
01	**0.463	06	**0.410	11	**0.417	16	**0.354	21	0.203**
02	**0.316	07	**0.378	12	**0.262	17	**0.409	22	0.266**
03	**0.226	08	**0.334	13	**0.315	18	**0.402		
04	**0.232	09	**0.361	14	**0.478	19	**0.394		
05	**0.450	10	**0.327	15	**0.380	20	**0.230		

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(30) أنّ معاملات الارتباط بين درجات البنود والدرجة الكلية للمقياس كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ المقياس يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق مقياس الإحترق النفسي.

وتمّ كذلك حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند ودرجة كل بعد كما يلي:

▪ صدق بعد الإنهاك الإنفعالي:

جدول رقم(31): معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد الإنهاك الإنفعالي.

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
01	**0.534	06	**0.429	14	**0.527
02	**0.427	08	**0.359	16	**0.432
03	**0.323	13	**0.354	20	**0.344

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(31) أنّ معاملات الارتباط بين درجات البنود ودرجة بعد الإنهاك الإنفعالي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد الإنهاك الإنفعالي.

▪ صدق بعد تبدل المشاعر:

جدول رقم(32): معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد تبدل المشاعر.

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
05	**0.580	10	**0.417	11	**0.573	15	**0.486
						22	**0.505

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(32) أنّ معاملات الارتباط بين درجات البنود ودرجة بعد تبدل المشاعر دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا.

وهذا مؤشر على صدق بعد تبدل المشاعر.

▪ صدق بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي:

جدول رقم(33): معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
04	**0.350	09	**0.564	17	**0.505	19	**0.441
07	**0.391	12	**0.419	18	**0.521	21	**0.401

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم (33) أنّ معاملات الارتباط بين درجات البنود ودرجة بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا.

وهذا مؤشر على صدق بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

وتمّ كذلك حساب معاملات الارتباط بين مقياس الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي -

تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي).

جدول رقم(34): قيم معاملات الارتباط بين مقياس الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي - تبدل

المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي).

المتغيرات	بعد الإنهاك الإنفعالي	بعد تبدل المشاعر	بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي
الإحترق النفسي (المقياس ككل)	**0.931	**0.841	**0.895

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من خلال الجدول رقم (34) أنّ قيم معاملات الارتباط بين مقياس الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$).

مما يشير إلى صدق مقياس الإحترق النفسي من خلال الاتساق بين درجاته الكلية وأبعاده.

▪ ثبات مقياس مقياس الإحترق النفسي Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) وأبعاده في الدراسة الحالية:

يشير الثبات إلى الدرجة الحقيقية التي تعبر عن أداء الفرد على إختبار ما، ومعنى ثبات الدرجة أن المفحوص يحصل عليها في كل مرة يختبر فيها سواء بالاختبار نفسه أو بصورة مكافئة له تقيس الخاصية نفسها (صفوت فرج، 2007، ص 295).

وقد تم في الدراسة الحالية حساب الثبات على عينة التقنين (عينة الدراسة الإستطلاعية) المكوّنة من (100) ممرض من مختلف الأقسام بمستشفيات ولاية عين الدفلى (أنظر خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية)، بطريقتين؛ طريقة التجزئة النصفية، وطريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.

• طريقة التجزئة النصفية:

يتم في هذه الطريقة تقسيم المقياس إلى قسمين متساويين، ليحصل كل فرد من أفراد العينة على درجتين؛ إحداهما في النصف الأول، وثانيهما على النصف الأخير؛ ثم يحسب معامل الارتباط بين النصفين (معمرية بشير، 2007، ص 176).

فبعد حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، تم تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) (Coefficient Spearman Brown) والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (35): معامل ثبات مقياس الإحترق النفسي وأبعاده بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس وأبعاده	عدد البنود	معامل برسون	معامل سبيرمان براون
الإحترق النفسي (المقياس ككل)	22	0.657	0.793
الإنهك الإنفعالي	09	0.653	0.790
تبدل المشاعر	05	0.516	0.681
نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	08	0.666	0.799

يتضح من خلال الجدول رقم (35) أن معاملات الارتباط بالنسبة لأبعاد المقياس قد تراوحت ما بين (0.516) و (0.666)، وبالنسبة للمقياس ككل قد بلغت (0.657)؛ ويعد إجراء تعديل الطول باستخدام معادلة (سبيرمان براون) تم الحصول على قيم الثبات بالنسبة للأبعاد والتي تراوحت ما بين

(0.681) و(0.799)، وهي قيم مرتفعة وتدل على أن أبعاد المقياس تتمتع بثبات عالي، في حين تم الحصول على قيمة الثبات بالنسبة للمقياس ككل والتي بلغت (0.793)، وهي قيمة مقبولة جداً، وتشير إلى تمتع المقياس ككل بثبات عالٍ.

• **طريقة الاتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ):**

تم إيجاد درجة ثبات المقياس بالنسبة لهذه الطريقة بالاعتماد على معامل Alpha Cronback (ألفا كرونباخ) لكل بعد وللمقياس ككل.

جدول رقم(36): معامل ثبات مقياس الإحترق النفسي (المقياس ككل) وأبعاده باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ).

المقياس وأبعاده	عدد البنود	طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.
الإحترق النفسي (المقياس ككل)	22	0.879
الإنهاك الإنفعالي	09	0.884
تبلد المشاعر	05	0.676
نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	08	0.861

يتضح من خلال الجدول رقم(36) أنّ معاملات الثبات باستخدام معامل (ألفا كرونباخ) بالنسبة لأبعاد المقياس قد تراوحت ما بين (0.676) و(0.884)، وهي قيم مقبولة جداً وتدل على أن لهذه الأبعاد ثبات عالي، أما نتيجة ثبات المقياس ككل بلغت (0.879) وهي قيمة مقبولة جداً، وتشير إلى تمتع المقياس ككل بثبات عالٍ.

2.4.2. الإستبيان المقتن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين: (من إعداد الباحثة)

بناءً على مراجعة التراث النظري في مجال الضغوط المهنية والتعريف الإجرائي الذي وضعته الباحثة للضغوط المهنية للممرضين، بالإضافة إلى مراجعة الأدوات السابقة الذكر (أنظر مراحل الدراسة الإستطلاعية)، فلقد تم صياغة عبارات هذه الأداة المتكون من (117) عبارة في صورته الأولية، وبعد التعديل أصبح في صورته النهائية متكون من (115).

❖ **وصف الإستبيان المقتن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين:**

يتكون من (115) عبارة في صورته النهائية، يقيس الضغوط المهنية كما يدركها الممرضون وذلك وفقاً لعشرة أبعاد كما هو موضح فيما يلي:

- **البعد الأول: الأعراض العضوية:** من حيث الأعراض الجسمية التي تلازمه أثناء تأديته مهامه يتكون من (13) عبارة.
 - **البعد الثاني: طبيعة العمل:** من حيث نظام تتابع فترات العمل والراحة، والنظم والتعليمات؛ يتكون من (16) عبارة.
 - **البعد الثالث: ظروف العمل:** من حيث التهوية، والإضاءة، الخدمات المقدمة، الأدوات والإمكانيات؛ ويتكون من (15) عبارة.
 - **البعد الرابع: العلاقة مع الزملاء المرضى:** من حيث العلاقة الشخصية، تبادل المعلومات والخبرات والتعاون في حل المشاكل؛ يتكون من (12) عبارة.
 - **البعد الخامس: العلاقة مع الأطباء:** من حيث التعاون، والتقدير والإحترام؛ ويتكون من (09) عبارات.
 - **البعد السادس: العلاقة مع المرضى:** من حيث الشكر والعرفان؛ يتكون من (09) عبارات.
 - **البعد السابع: العلاقة مع الزوار:** من حيث الإحترام والتقدير؛ يتكون من (09) عبارات.
 - **البعد الثامن: العلاقة مع المسؤولين والإدارة:** من حيث العدالة في التعامل، المساعدة في حل المشاكل، التوجيه والإرشاد، القرارات الإدارية؛ يتكون من (14) عبارة.
 - **البعد التاسع: الأدوات والمستلزمات الطبية:** من حيث توافرها وجاهزيتها للإستعمال؛ يتكون من (10) عبارات.
 - **البعد العاشر: الراتب والترقية:** من حيث كفايته، تناسبه مع طبيعة العمل، ونظام الترقيات؛ يتكون من (08) عبارات.
- ويوضح الجدول التالي ذلك:

جدول رقم (37): أبعاد الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين.

أرقامها	عدد العبارات	الأبعاد
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13	13	الأعراض العضوية
14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29	16	طبيعة العمل
42,43,44,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41	15	ظروف العمل
45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56	12	العلاقة مع الزملاء الممرضين
57,58,59,60,61,62,63,64,65	09	العلاقة مع الزملاء الأطباء
66,67,68,69,70,71,72,73,74	09	العلاقة مع المرضى
75,76,77,78,79,80,81,82,83	09	العلاقة مع الزوار
84,85,86,87,88,89,90,91,92,93,94,95,96,97	14	العلاقة مع المسؤولين والإدارة
98,99,100,101,102,103,104,105,106,107	10	الأدوات والمستلزمات الطبية
108,109,110,111,112,113,114,115	08	بعد الترقية والراتب

❖ تصحيح الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين:

يعتبر هذا الإستبيان من نوع التقرير الذاتي، يجب عليه الممرضين في ضوء طريقة (ليكرت) خماسي التدرج (دائماً - غالباً-أحياناً-نادراً-أبداً)، ويبدأ التصحيح بإعطاء المستجيب الدرجات التالية على التوالي (5, 4, 3, 2, 1)، على الترتيب تبعاً. بمعنى حددت الأوزان التي أعطيت للعبارات كما يلي: دائماً (5) درجات، غالباً (4) درجات، أحياناً (3) درجات، نادراً (2) درجتين، أبداً (1) درجة واحدة.

❖ تفسير الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين:

تتراوح الدرجة الكلية للإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين ما بين (115 - 557)، مع العلم أنه كلما إرتفعت درجة الممرض على هذا الإستبيان، كلما عانى من الضغوط المهنية.

❖ الخصائص السيكومترية للإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين:

بغرض التأكد من الخصائص السيكومترية لهذه الأداة (الصدق والثبات)؛ تمّ تطبيقه بعد تصميمه من طرف الباحثة، على عينة تقنين مكوّنة من (100) ممرض من مختلف الأقسام بمستشفيات ولاية عين الدفلى.

وتتمثل هذه الخصائص فيما يلي:

▪ صدق الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين:

حسب سليمان عبيدات يقصد بالصدق بأنه: " قدرته على قياس ما وضع لقياسه" (سليمان عبيدات، 1988، ص 15).

تمّ التحقق من صدق هذا الإستبيان باستخدام طريقتين صدق المحتوى والصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي وهي كالتالي:

• صدق المحتوى:

إن صدق المحتوى يتطلب أدلة منطقية وليست إحصائية، حيث يتم التحليل المنطقي لمحتويات المقياس ومطابقتها مع محتويات الجانب السلوكي المقاس من قبل المحكمين، ويفضل الإعتماد على أكثر من محكم للحصول على تقديرات متجانسة ومتناسقة، وذلك بتقدير وتقييم كل بند من بنود المقياس (سعيد حسن الغامدي، 2003، ص 28).

ومن أجل الوقوف على صدق محتوى هذا الإستبيان في الدراسة الحالية، تم عرضه في صورته الأولية على (09) محكمين، بهدف التأكد من صدق تمثيل عباراته وملائمتها لقياس ما وضعت لقياسه، كما طلب من السادة المحكمين إبداء رأيهم حوله.

ولقد إتفق معظم المحكمين على طول الإستبيان وعلى تغيير الصياغة اللغوية لبعض العبارات، ويبين الجدول التالي تقديرات المحكمين لجوانب هذا الإستبيان.

جدول (38): تقديرات المحكمين لجوانب الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين.

نسبة إتفاق المحكمين	مميزات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين
91,66 %	وضوح تعليمة المقياس
66,66 %	الصياغة اللغوية لأسئلة المقياس
80 %	علاقة العبارة بالبعد
100 %	علاقة الأبعاد بموضوع المقياس ككل
91,66 %	سلم التقيط المعتمد

▪ الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي:

تمّ حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين (الدرجة الكلية للإستبيان)، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم(39): معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة الإستبيان المقنن الخاص بالضغط المهنية كما يدركها الممرضين (الدرجة الكلية للإستبيان).

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.578	101	**0.407	76	**0.300	51	**0.493	26	**0.553	1
**0.347	102	**0.531	77	**0.257	52	**0.422	27	**0.354	2
**0.378	103	**0.545	78	*0.255	53	**0.515	28	**0.364	3
**0.420	104	**0.636	79	*0.235	54	**0.460	29	**0.553	4
*0.225	105	**0.468	80	**0.490	55	**0.408	30	**0.200	5
*0.219	106	**0.499	81	**0.375	56	**0.461	31	**0.293	6
**0.427	107	**0.272	82	**0.284	57	**0.417	32	**0.384	7
**0.396	108	**0.384	83	**0.409	58	**0.557	33	**0.615	8
**0.279	109	**0.553	84	**0.493	59	**0.275	34	**0.358	9
**0.515	110	**0.457	85	**0.446	60	**0.391	35	**0.429	10
**0.424	111	**0.486	86	**0.558	61	**0.346	36	**0.379	11
**0.452	112	**0.278	87	**0.632	62	**0.518	37	**0.564	12
**0.258	113	**0.493	88	**0.349	63	**0.573	38	**0.487	13
**0.384	114	*0.248	89	**0.423	64	**0.615	39	**0.565	14
*0.209	115	**0.428	90	**0.384	65	**0.572	40	**0.428	15
		**0.444	91	**0.293	66	**0.583	41	**0.463	16
		*0.229	92	**0.520	67	**0.661	42	**0.297	17
		*0.231	93	**0.442	68	**0.330	43	**0.266	18
		**0.392	94	**0.553	69	**0.553	44	**0.460	19
		*0.250	95	**0.377	70	**0.307	45	**0.386	20
		**0.412	96	**0.368	71	**0.276	46	**0.365	21
		**0.553	97	**0.553	72	**0.485	47	**0.474	22
		**0.560	98	**0.499	73	**0.441	48	**0.571	23
		**0.413	99	**0.384	74	**0.493	49	*0.516	24
		**0.331	100	**0.449	75	**0.382	50	*0.244	25

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(39) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للإستبيان كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ هذا الإستبيان يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق الإستبيان المقنن الخاص بالضغط المهنية كما يدركها الممرضين.

وتمّ كذلك حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة كل بعد كما يلي:

▪ صدق بعد الأعراض العضوية:

جدول رقم(40): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد الأعراض العضوية.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
01	**0.344	05	**0.646	09	**0.733	13	**0.685
20	**0.703	06	**0.575	10	**0.642		
03	**0.753	07	**0.699	11	**0.742		
04	**0.344	08	**0.603	12	**0.776		

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(40) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد الأعراض العضوية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل على أنه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً. وهذا مؤشر على صدق بعد الأعراض العضوية.

▪ صدق بعد طبيعة العمل:

جدول رقم(41): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد طبيعة العمل.

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
14	**0.569	18	**0.288	22	**0.590	26	*0.234
15	**0.531	19	**0.592	23	**0.682	27	**0.677
16	**0.696	20	**0.617	24	**0.705	28	**0.669
17	**0.495	21	**0.509	25	**0.516	29	**0.646

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 - *معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05

$\alpha =$

يتبين من الجدول رقم(41) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد طبيعة العمل دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل على أنه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً. وهذا مؤشر على صدق بعد طبيعة العمل.

▪ صدق بعد ظروف العمل:

جدول رقم(42): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد ظروف العمل.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.790	42	**0.774	38	**0.358	34	**0.557	30
**0.518	43	**0.780	39	**0.658	35	**0.456	31
**0.561	44	**0.786	40	**0.534	36	**0.461	32
		**0.729	41	**0.731	37	**0.653	33

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(42) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد ظروف العمل

دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل

عل أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد ظروف العمل.

▪ صدق بعد العلاقة مع الزملاء الممرضين:

جدول رقم(43): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع الزملاء الممرضين.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.627	54	**0.428	51	**0.534	48	**0.613	45
**0.679	55	**0.262	52	**0.512	49	**0.647	46
**0.555	56	*0.235	53	**0.627	50	**0.683	47

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم (43) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد العلاقة مع

الزملاء الممرضين دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد

يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل عل أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد العلاقة مع الزملاء الممرضين.

▪ صدق بعد العلاقة مع الأطباء:

جدول رقم(44): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع الأطباء.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.751	63	**0.688	60	**0.542	57
**0.288	64	**0.774	61	**0.618	58
*0.229	65	**0.810	62	**0.710	59

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم (44) أنّ معاملات الارتباط بين درجات البنود ودرجة بعد العلاقة مع الأطباء دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد العلاقة مع الأطباء.

▪ صدق بعد العلاقة مع المرضى:

جدول رقم(45): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع المرضى.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.396	72	**0.457	69	*0.262	66
**0.362	73	**0.432	70	**0.405	67
**0.462	74	**0.494	71	**0.584	68

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(45) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد العلاقة مع المرضى دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد العلاقة مع المرضى.

▪ صدق بعد العلاقة مع الزوار:

جدول رقم(46): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع الزوار.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.796	81	**0.744	78	**0.514	75
**0.613	82	**0.700	79	**0.650	76
*0.253	83	**0.699	80	**0.775	77

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم (46) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد العلاقة مع الزوار دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد العلاقة مع الزوار.

▪ صدق بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة:

جدول رقم(47): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.596	96	**0.581	92	*0.250	88	*0.245	84
*0.245	97	**0.556	93	**0.435	89	**0.438	85
		**0.712	94	**0.643	90	**0.497	86
		**0.593	95	**0.668	91	**0.565	87

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(47) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة.

▪ صدق بعد الأدوات والمستلزمات الطبية:

جدول رقم(48): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد الأدوات والمستلزمات الطبية

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.686	107	**0.720	104	*0.224	101	*0.678	98
		**0.632	105	**0.593	102	**0.729	99
		**0.664	106	**0.727	103	**0.658	100

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(48) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد الأدوات والمستلزمات الطبية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدل على أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً.

وهذا مؤشر على صدق بعد الأدوات والمستلزمات الطبية.

▪ صدق بعد الراتب والترقية:

جدول رقم(49): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد الراتب والترقية.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.733	114	**0.702	112	**0.746	110	*0.615	108
**0.694	115	**0.613	113	**0.780	111	**0.678	109

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(49) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد الراتب والترقية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً. وهذا مؤشر على صدق بعد الراتب والترقية.

وتمّ كذلك حساب معاملات الارتباط بين الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية).

جدول رقم(50): قيم معاملات الارتباط بين الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية).

المتغيرات	بعد الأعراض العضوية	بعد طبيعة العمل	بعد ظروف العمل	بعد العلاقة مع الزملاء الممرضين	بعد العلاقة مع المرضى	بعد العلاقة مع الزوار	بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة	بعد الأدوات والمستلزمات الطبية	بعد الراتب والترقية
الضغوط المهنية كما يدركها الممرضين (الإستبيان ككل)	**0.590	**0.630	**0.685	**0.667	*0.243	**0.462	**0.461	**0.478	*0.530

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من خلال الجدول رقم(50) أنّ قيم معاملات الارتباط بين الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف

العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$).

مما يشير إلى صدق الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين من خلال الاتساق بين درجاته الكلية وأبعاده.

▪ **ثبات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين وأبعاده:**

تمّ حساب الثبات على عينة التقنين (عينة الدراسة الإستطلاعية) المكوّنة من (100) ممرض من مختلف الأقسام بمستشفيات ولاية عين الدفلى (انظر خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية)، بطريقتين؛ طريقة التجزئة النصفية، وطريقة الاتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ).

• **طريقة التجزئة النصفية:**

في هذه الطريقة، يتم تقسيم المقياس إلى قسمين متساويين ليحصل كل فرد من أفراد العينة على درجتين؛ أحدهما في النصف الأول، وثانيهما على النصف الأخير. ثم يحسب معامل الارتباط بين النصفين (معمرية بشير، 2007: 176).

فبعد حساب معامل الارتباط Pearson (برسون)، تم تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون) (Coefficient Spearman Brown) والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (51): معامل ثبات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين وأبعاده بطريقة التجزئة النصفية.

معامل سبيرمان براون	معامل برسون	عدد العبارات	الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين
0.680	0.515	115	الضغوط المهنية كما يدركها الممرضين (الإستبيان ككل)
0.824	0.700	13	الأعراض العضوية
0.790	0.653	16	طبيعة العمل
0.744	0.593	15	ظروف العمل
0.716	0.558	12	العلاقة مع الزملاء الممرضين
0.615	0.444	09	العلاقة مع الأطباء
0.614	0.441	09	العلاقة مع المرضى
0.738	0.582	09	العلاقة مع الزوار
0.701	0.540	14	العلاقة مع المسؤولين والإدارة
0.717	0.558	10	الأدوات والمستلزمات الطبية
0.744	0.592	08	الراتب والترقية

يتضح من خلال الجدول رقم (51) أن معاملات الارتباط بالنسبة لأبعاد الإستبيان المقنن قد تراوحت ما بين (0.441) و(0.700)، وبالنسبة للإستبيان ككل قد بلغت (0.515)؛ وبعد إجراء تعديل الطول باستخدام معادلة (سبيرمان براون) تم الحصول على قيم الثبات بالنسبة للأبعاد والتي تراوحت ما بين (0.614) و(0.824)، وهي قيم مرتفعة وتدل على أن أبعاد الإستبيان تتمتع بثبات عالي، في حين تم الحصول على قيمة الثبات بالنسبة للإستبيان ككل والتي بلغت (0.680)، وهي قيمة مقبولة جداً، وتشير إلى تمتع الإستبيان ككل بثبات عال.

▪ طريقة الاتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ):

تم إيجاد درجة ثبات الإستبيان المقنن بالنسبة لهذه الطريقة بالإعتماد على معامل ألفا كرونباخ (Alpha Cronback) لكل بعد و للإستبيان ككل.

جدول رقم(52): معامل ثبات مقياس الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ).

طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.	عدد العبارات	الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين
0.680	115	الضغوط المهنية لدى الممرضين (المقياس ككل)
0.873	13	الأعراض العضوية
0.840	16	طبيعة العمل
0.859	15	ظروف العمل
0.763	12	العلاقة مع الزملاء الممرضين
0.731	09	العلاقة مع الأطباء
0.684	09	العلاقة مع المرضى
0.833	09	العلاقة مع الزوار
0.717	14	العلاقة مع المسؤولين والإدارة
0.819	10	الأدوات والمستلزمات الطبية
0.757	08	الراتب والترقية

يتضح من خلال الجدول رقم(52) أنّ معاملات الثبات بإستخدام معامل (ألفا كرونباخ) بالنسبة لأبعاد المقياس قد تراوحت ما بين (0.684) و(0.873) وهي قيم مقبولة جداً وتدل على أن لهذه الأبعاد ثبات عالي، أما نتيجة ثبات الإستبيان ككل بلغت (0.680) وهي قيمة مقبولة جداً، وتشير إلى تمتع الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين ككل بثبات عال.

3.4.2. الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين: (من لإعداد الباحثة)

قامت الباحثة بالإطلاع على التراث النفسي والنظريات التي تفسر الضغوط وأساليب مواجهتها، كما إطلعت على الدراسات السابقة والمقاييس الأجنبية والعربية التي إهتمت بأساليب المواجهة؛ فوضعت إستبيان مقنن، يهدف إلى قياس أساليب مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، وقد راعت الباحثة في إعدادها على أن يكون مشتملا على مجموعة من الأبعاد التي تقيس أساليب المواجهة التي يلجأ إليها الممرضون لمواجهة الضغوط المهنية التي يتعرضون لها في مجال عملهم.

❖ وصف الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين:

قامت الباحثة بصياغة مجموعة من العبارات لقياس الأساليب أو الإستراتيجيات التي يتبعها الممرض عادة وتساعد على التكيف مع المشكلات أو الضغوط التي تواجهه أثناء عمله، وجاءت على شكل إستبيان مقنن خاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين؛ ويتكون هذا الإستبيان من (60) عبارة في صورته الأولية ثم أصبح بعد التحكيم مكون من (61) عبارة.

إذا أصبح الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين يتكون من (61) عبارة، على ستة أبعاد وهي:

- البعد الأول: إستراتيجية التجنب.
- البعد الثاني: إستراتيجية التخطيط.
- البعد الثالث: إستراتيجية حل المشكل.
- البعد الرابع: إستراتيجية الدعم الإجتماعي.
- البعد الخامس: إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية.
- البعد السادس: إستراتيجية الردود الإنفعالية.

ويمكن توضيح هذه الأبعاد موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (53): أبعاد الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين

أرقام العبارات	عدد العبارات	الأبعاد
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	12	إستراتيجية التجنب
22,13,14,15,16,17,18,19,20,21	10	إستراتيجية التخطيط
23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38	16	إستراتيجية حل المشكل
39,40,41,42,43,44	6	إستراتيجية الدعم الإجتماعي
45,46,47,48,49,50	6	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية
50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60	11	إستراتيجية ردود الإنفعالية

❖ تصحيح الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين:

تتم الإجابة على عبارات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، وفقا لمقياس Likert (ليكرت) الخماسي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا)، ويبدأ التصحيح بإعطاء المجيب على هذا الإستبيان الدرجات التالية: (1, 2, 3, 4, 5)، على الترتيب.

❖ الخصائص السيكمترية للإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية

لدى الممرضين وأبعاده:

بغرض التأكد من الخصائص السيكمترية للإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين (الصدق والثبات)؛ تم تطبيق هذا الإستبيان بعد تعديله على عينة تقنين مكوّنة من (100) ممرض من مختلف الأقسام بمستشفيات ولاية عين الدفلى (أنظر خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية).

▪ صدق الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين

وأبعاده:

تمّ التحقق من صدق الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، بإستخدام طريقتين صدق المحتوى والصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي.

➤ صدق المحتوى:

قامت الباحثة بعرض الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين في صورته الأولى على مجموعة من المحكمين (09) محكمين مختصين وأساتذة في علم النفس، لإبداء رأيهم في معاني الأبعاد الإجرائية للإستبيان، من حيث ملائمة عباراته، وصياغتها بصورة سليمة وواضحة، وشطب أو تعديل أو بإضافة عبارات جديدة يجدونها مناسبة.

وبعد الإطلاع على ملاحظاتهم وآرائهم حول الإستبيان تبين أن أغلبهم يتفق على قوة بعض العبارات وحذف بعض العبارات التي لا تتناسب مع الدراسة، وبالتالي صلاحية الإستبيان من وجهة نظرهم بعد التعديل لما أعد لقياسه، مع الأخذ في الحسبان رأي بعض المحكمين في عمل بعض التصحيحات اللغوية في بعض الفقرات، لتصبح أكثر وضوحا و أكثر ملائمة للبيئة الجزائرية.

ومن أجل الوقوف على صدق محتوى هذا الإستبيان في الدراسة الحالية، تم عرضه في صورته الأولى على (09) محكمين، بهدف التأكد من صدق تمثيل عباراته وملائمتها لقياس ما وضعت لقياسه، كما طلب من السادة المحكمين إبداء رأيهم حوله.

ولقد إتفق معظم المحكمين على تغيير الصياغة اللغوية لبعض العبارات، ويبين الجدول التالي تقديرات المحكمين لجوانب هذا الإستبيان.

جدول (54): تقديرات المحكمين لجوانب الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين.

مميزات الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين	نسبة إتفاق المحكمين
وضوح تعليمة المقياس	90%
الصياغة اللغوية لأسئلة المقياس	70%
علاقة العبارة بالبعد	85%
علاقة الأبعاد بموضوع المقياس ككل	100%
سلم التنقيط المعتمد	88%

➤ الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي:

تمّ حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين (الدرجة الكلية للمقياس).

جدول رقم(55): معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين (الدرجة الكلية للمقياس).

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.437	43	**0.415	22	**0.548	1
**0.436	44	**0.393	23	**0.185	2
**0.374	45	**0.430	24	*0.180	3
**0.194	46	**0.540	25	**0.240	4
**0.548	47	**0.471	26	**0.241	5
**0.278	48	*0.346	27	*0.174	6
**0.353	49	**0.446	28	*0.162	7
**0.477	50	**0.500	29	**0.207	8
**0.407	51	**0.540	30	**0.312	9
**0.418	52	**0.536	31	**0.370	10
**0.478	53	**0.495	32	**0.358	11
**0.467	54	**0.569	33	**0.423	12
**0.481	55	**0.548	34	**0.378	13
**0.535	56	**0.545	35	**0.531	14
**0.347	57	**0.472	36	**0.274	15
**0.378	58	**0.573	37	**0.473	16
**0.230	59	**0.421	38	**0.548	17
**0.429	60	**0.495	39	**0.564	18
**0.377	61	**0.489	40	**0.451	19
		**0.520	41	**0.521	20
		**0.201	42	**0.235	21

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(55) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات والدرجة الكلية للإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، كلها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ هذا الإستبيان يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا.

وهذا مؤشر على صدق الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى

الممرضين.

وتمّ كذلك حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة كل بعد كما يلي:

• صدق بعد إستراتيجية التجنب:

جدول رقم(56): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية التجنب.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.536	10	**0.640	07	**0.547	04	*0.142	01
**0.342	11	**0.655	08	**0.357	05	**0.635	02
**0.512	12	**0.637	09	**0.574	06	**0.592	03

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

*معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

يتبين من الجدول رقم(56) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد إستراتيجية التجنب دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$ و $\alpha = 0.05$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا. وهذا مؤشر على صدق بعد إستراتيجية التجنب.

• صدق بعد إستراتيجية التخطيط:

جدول رقم(57): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية التخطيط.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.510	22	**0.676	19	**0.683	16	**0.595	13
		**0.716	20	**0.694	17	**0.688	14
		**0.694	21	**0.751	18	**0.425	15

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(57) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد إستراتيجية التخطيط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا. وهذا مؤشر على صدق بعد إستراتيجية التخطيط.

• صدق بعد إستراتيجية حل المشكل:

جدول رقم(58): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية حل المشكل.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.664	35	**0.652	31	**0.613	27	**0.543	23
**0.694	36	**0.734	32	**0.695	28	**0.690	24
**0.633	37	**0.708	33	**0.615	29	**0.713	25
**0.722	38	**0.667	34	**0.627	30	**0.677	26

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم (58) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد إستراتيجية حل المشكل دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا.

وهذا مؤشر على صدق بعد إستراتيجية حل المشكل.

• صدق بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي:

جدول رقم(59): معاملات الارتباط بين كل بند ودرجة بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.553	43	**0.788	41	**0.728	39
**0.601	44	**0.752	42	**0.689	40

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(59) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع بإتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيرا واحدا متناسقا.

وهذا مؤشر على صدق بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي.

• صدق بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية:

جدول رقم(60): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.738	49	**0.627	47	**0.665	45
**0.627	50	**0.782	48	**0.642	46

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(60) أنّ معاملات الارتباط بين درجات البنود ودرجة بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً. وهذا مؤشر على صدق بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية.

• صدق بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية:

جدول رقم(61): معاملات الارتباط بين كل عبارة ودرجة بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.433	59	**0.675	55	**0.635	51
**0.460	60	**0.686	56	**0.564	52
**0.598	61	**0.647	57	**0.642	53
		**0.542	58	**0.700	54

**معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من الجدول رقم(61) أنّ معاملات الارتباط بين درجات العبارات ودرجة بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$)، مما يعني أنّ البعد يتمتع باتساق داخلي جيد؛ ما يدلّ عل أنّه يقيس متغيراً واحداً متناسقاً. وهذا مؤشر على صدق بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية.

وتمّ كذلك حساب معاملات الارتباط بين الإستبيان المقتن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية).

جدول رقم (62): قيم معاملات الارتباط بين الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية).

المتغيرات	بعد إستراتيجية التجنب	بعد إستراتيجية التخطيط	بعد إستراتيجية حل المشكل	بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي	بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية
إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين (المقياس ككل)	**0.446	**0.756	**0.754	**0.697	**0.442	**0.700

**معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$

يتبين من خلال الجدول رقم (62) أنّ قيم معاملات الارتباط بين الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$). مما يشير إلى صدق الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين من خلال الإتساق بين درجاته الكلية وأبعاده.

■ ثبات الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده: تمّ حساب الثبات على عينة التقنين (عينة الدراسة الإستطلاعية) المكوّنة من (100) ممرض من مختلف الأقسام بمستشفيات ولاية عين الدفلى (انظر خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية)، بطريقتين؛ طريقة التجزئة النصفية، وطريقة الإتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.

➤ طريقة التجزئة النصفية:

بعد حساب معامل الارتباط Pearson (بيرسون)، تمّ تصحيح الطول بمعادلة (Coefficient Spearman Brown) (سبيرمان براون) والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (63): معامل ثبات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده بطريقة التجزئة النصفية.

معامل سبيرمان براون	معامل بيرسون	عدد العبارات	الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده
0.828	0.706	61	إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين (المقياس ككل)
0.736	0.582	12	إستراتيجية التجنب
0.785	0.646	10	إستراتيجية التخطيط
0.872	0.773	16	إستراتيجية حل المشكل
0.720	0.563	06	إستراتيجية الدعم الاجتماعي
0.664	0.497	06	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية
0.720	0.562	11	إستراتيجية الردود الإنفعالية

يتضح من خلال الجدول رقم (63) أن معاملات الارتباط بالنسبة لأبعاد الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، قد تراوحت ما بين (0.497) و(0.773)، وبالنسبة للإستبيان ككل قد بلغت (0.706)؛ وبعد إجراء تعديل الطول باستخدام معادلة (سبيرمان براون) تم الحصول على قيم الثبات بالنسبة للأبعاد والتي تراوحت ما بين (0.664) و(0.872)، وهي قيم مرتفعة وتدل على أن أبعاد هذا الإستبيان تتمتع بثبات عالي، في حين تم الحصول على قيمة الثبات بالنسبة للإستبيان ككل والتي بلغت (0.828)، وهي قيمة مقبولة جداً، وتشير إلى تمتع الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين ككل بثبات عال.

➤ طريقة الاتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ):

تم إيجاد درجة ثبات الإستبيان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، بطريقة الاتساق الداخلي بالإعتماد على معامل Alpha Cronback (ألفا كرونباخ) لكل بعد وللإستبيان ككل.

جدول رقم (64): معامل ثبات الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده باستخدام طريقة الإتساق الداخلي بمعامل (ألفا كرونباخ).

طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.	عدد العبارات	الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين وأبعاده
0.922	61	إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين (المقياس ككل)
0.765	12	إستراتيجية التجنب
0.785	10	إستراتيجية التخطيط
0.913	16	إستراتيجية حل المشكل
0.778	06	إستراتيجية الدعم الإجتماعي
0.691	06	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية
0.819	11	إستراتيجية الردود الإنفعالية

يتضح من خلال الجدول رقم (64) أنّ معاملات الثبات باستخدام معامل (ألفا كرونباخ) بالنسبة لأبعاد الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، قد تراوحت ما بين (0.691) و(0.819)، وهي قيم مقبولة جدا وتدل على أن لهذه الأبعاد ثبات عالي، أما نتيجة ثبات الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين ككل بلغت (0.922) وهي قيمة مقبولة جدا، وتشير إلى تمتع هذا الإستیبان ككل بثبات عال.

5.2. كيفية إجراء الدراسة الأساسية:

لقد تم إجراء الدراسة الأساسية عن طريق المقابلة أو ما يعرف بمقابلة البحث مع عينة الدراسة الأساسية، حيث تم التقاء بأفرادها في مقر عملهم، بعدما قدمت الباحثة نفسها وشرحت في أي إطار تتم هذه الدراسة، ثم طلبت منهم المساهمة في هذه الدراسة، وذلك بإعطائها بعض المعلومات الخاصة بموضوع الدراسة. فسمحت هذه المقابلة أيضا بتكوين علاقة ثقة بين الباحثة وأفراد العينة، مما ساعدها من جهة على الحصول على بيانات دقيقة، خاصة فيما يخص البيانات الشخصية (السن، الحالة العائلية، المدخول الشهري...)، ومن جهة أخرى تم تطبيق أدوات الدراسة الأساسية بكل سهولة. حيث تم عرض مقياس الإحتراق النفسي لـ Maslach (ماسلاش) و Jackson (جاكسون) (MBI) (1981) أولاً، ثم الإستیبان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يدركها الممرضين، وفي الأخير الإستیبان المقنن الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين على عينة الدراسة الأساسية، بعدما تم شرح طريقة الإجابة، وتوضيح لهم أي غموض.

6.2. إجراءات تفرغ بيانات الدراسة الأساسية للتحليل:

تم استخدام الحاسوب الآلي في تحليل البيانات والوصول إلى النتائج، ونظرا لتعدد متغيرات الدراسة (الإحترق النفسي، الضغوط المهنية، إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية)، وحجم العينة 200 ممرض وممرضة، تطلب ذلك من الباحثة ترتيب البيانات و قامت بتفريغها وفق نظام الحاسوب. وقامت بترميز المتغيرات والخصائص الأساسية لعينة الدراسة الأساسية، وبعدها أدخلت جميع الدرجات المتحصل عليها بعد التطبيق النهائي لمقاييس الدراسة في ذاكرة الحاسوب وبداية المعالجة الإحصائية بالإعتماد على برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS. 20).

7.2. الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الأساسية:

لا يمكن لأي باحث إتمام بحثه دون الاستعانة بالأساليب الإحصائية، مهما كان نوع الدراسة التي يقوم بها، فبفضل هذه الأساليب يمكن معرفة ما إذا كانت هنالك علاقة بين متغيرات الدراسة أو عدم وجودها. وتم في الدراسة الحالية المعالجة الإحصائية للبيانات بالإعتماد على رزنامة البرنامج الإحصائي في العلوم الإنسانية (SPSS. 20).

ويتضمن هذا البرنامج العديد من الإجراءات الإحصائية الشائعة التي تتيح للباحث تحليل العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وقد مكن لنا من تحليل بيانات الدراسة بالتقنيات الإحصائية التالية:

❖ المتوسط الحسابي:

حساب المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على بنود المقاييس ويعد المتوسط الحسابي من مقاييس النزعة المركزية الذي يوضح مدى تقارب الدرجات من بعضها وإقترابها من المتوسط، وهو مجموعة من الدرجات المتحصل عليها على مجموع أفراد العينة.

❖ الإنحراف المعياري :

يعتبر الإنحراف المعياري من أهم مقاييس التشتت، ويعرف على أنه الجذر التربيعي لمتوسط مربعات القيم عن متوسطها الحسابي، والإنحراف المعياري يفيدنا في معرفة توزيع أفراد العينة ومدى إنسحابها (مقدم عبد الحفيظ ، 2003، ص71)

❖ معامل الارتباط (بيرسون):

يرمز لهذا المعامل ب (r) وهو أحد المؤشرات الإحصائية البارامترية لدراسة قوة واتجاه العلاقة بين متغيرين (y, x) أحدهما مستقل والثاني تابع، ويستعمل هذا المعامل عندما يفترض الباحث أن أي تعير في المتغير الأول يتبعه تغير في المتغير الثاني (بوعلاق محمد، 2009، ص 79) كما يعرف معامل الارتباط (بيرسون) على أنه معامل يدلنا أولاً على قوة العلاقة بين متغيرين وعلى إتجاه هذه العلاقة موجبة أو سالبة (فريد كامل، 2006، ص 164) وقد تم الإعتماد في الدراسة الحالية على حساب معامل (بيرسون) لأنه من أهم المعاملات وأكثرها شيوعاً ودقة، وعن طريقه يتم إيجاد القيمة الارتباطية بين المتغيرات، وكذا تحديد قوة الارتباط واتجاهه (موجب أو سالب) وبالتالي رفض أو قبول فرضية البحث.

❖ إختبار (ت) T- test:

إختبار (ت) T- test هو إختبار باراميتري يعتمد على التوزيع الطبيعي للعينات المدروسة ويستخدم لتحديد مدى الفروق بين الجنسين (مقدم عبد الحفيظ، 2003، ص 47) يستخدم عندما يتعلق الأمر باختبار فرضية بديلة حول الفروق المشاهدة بين عينتين أو أكثر، ويستخدم من أجل معرفة احتمال حدوث مثل تلك الفروق في المجتمع الإحصائي. وإذا توفرت للباحث عينتان فقط، يجب عندئذ على الباحث استخدام إختبار (T) الذي يسمح له بتحويل الفروق المشاهدة بين العينتين (من خلال المتوسطين الحسابيين لهما) إلى قيمة معيارية تائية (بوحفص عبد الكريم، 2005، ص 175).

وهناك عدة طرق لحساب معامل (T) وطبقت الباحثة في الدراسة الحالية إختبار (T) لعينتين مستقلتين وغير متجانستين وغير متساويتين في الحجم.

❖ إختبار التباين الأحادي (ANOVA):

يستخدم إختبار تحليل التباين الأحادي كأسلوب إحصائي عند القيام بالمقارنة تتضمن أكثر من متوسطين - أكثر من مجموعتين - فهو إمتداد لإختبار (T) لدراسة الفروق.

الفصل السابع

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

1. عرض وتفسير ومناقشة النتائج

1.1. عرض النتائج:

1.1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

1.1.2. عرض نتائج الفرضية الثانية

1.1.3. عرض نتائج الفرضية الثالثة

1.1.4. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

1.1.5. عرض نتائج الفرضية الخامسة

1.1.6. عرض نتائج الفرضية السادسة

1.1.7. عرض نتائج الفرضية السابعة

2.1. تفسير ومناقشة النتائج:

2.1.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

2.1.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

2.1.3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

2.1.4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

2.1.5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

2.1.6. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة

2.1.7. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة

2. الإستنتاج العام

1. عرض وتفسير ومناقشة النتائج:

1.1. عرض النتائج:

1.1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد علاقة بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى عين الدفلى".

الجدول رقم(65): قيم معاملات الارتباط بيرسون بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى عين الدفلى".

المتغيرات	البيانات الإحصائية	العينة	قيمة "ر"	قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" (Sig)	مستوى الدلالة المعتمد	الدلالة
الإحترق النفسي/ الضغوط المهنية	200	0.359	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ الأعراض العضوية	200	0.123	0.083	0.01	غير دالة	
الإحترق النفسي/ طبيعة العمل	200	0.300	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ ظروف العمل	200	0.253	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ العلاقة مع الزملاء الممرضين	200	0.243	0.001	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ العلاقة مع الأطباء	200	0.272	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ العلاقة مع المرضى	200	0.157	0.026	0.05	دالة	
الإحترق النفسي/ العلاقة مع الزوار	200	0.274	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ العلاقة مع المسؤولين والإدارة	200	0.287	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ الأدوات والمستلزمات الطبية	200	0.305	0.000	0.01	دالة	
الإحترق النفسي/ الراتب والترقية	200	0.150	0.034	0.05	دالة	

يلاحظ من الجدول رقم (65) أنه:

- بالنسبة لدرجات الإحترق النفسي ودرجات الضغوط المهنية: فإن قيمة معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.359$) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي ($Sig = 0.000$) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.01$)، وهذا يعني أنّ هناك علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية. أي أنه

كلما كانت هناك ضغوط مهنية كلما كان الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى أكثر عرضة للإحترق النفسي.

- بالنسبة للإحترق النفسي وأبعاد الضغوط المهنية التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية: فإن قيم ($r = 0.300$, $r = 0.253$, $r = 0.243$, $r = 0.272$, $r = 0.157$, $r = 0.274$, $r = 0.287$, $r = 0.305$, $r = 0.105$) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي ($\text{Sig} = 0.000$, $\text{Sig} = 0.000$, $\text{Sig} = 0.000$, $\text{Sig} = 0.001$, $\text{Sig} = 0.000$, $\text{Sig} = 0.026$, $\text{Sig} = 0.000$, $\text{Sig} = 0.000$, $\text{Sig} = 0.034$)، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.01$ أو $\alpha = 0.05$)، وهذا يعني أنّ هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي وأبعاد الضغوط المهنية التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية).

أي أنه كلما كانت هذه الأبعاد مصدراً للضغوط المهنية لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، كلما كانوا أكثر عرضة للإحترق النفسي.

- بالنسبة للإحترق النفسي وبعد الأعراض العضوية: فإن قيمة $r = 0.123$ ، جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي $\text{Sig} = 0.083$ ، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.01$)، وهذا يعني أنّه لا يوجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي وبعد الأعراض العضوية لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

وعليه تحققت الفرضية الأولى فيما يخص فقط العلاقة بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية.

2.1.1. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على:

"توجد علاقة بين الإحترق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى".

الجدول رقم (66): قيم معاملات الارتباط بيرسون بين الإحترق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

المتغيرات	البيانات الإحصائية	العينة	قيمة "ر"	قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" (Sig)	مستوى الدلالة المعتمد	الدالة
الإحترق النفسي / إستراتيجية التجنب	200	0.051	0.474	0.01	غير دالة	
الإحترق النفسي / إستراتيجية التخطيط	200	-0.190	0.007	0.01	دالة	
الإحترق النفسي / إستراتيجية حل المشكل	200	-0.194	0.006	0.01	دالة	
الإحترق النفسي / إستراتيجية الدعم الإجتماعي	200	0.136	0.054	0.01	غير دالة	
الإحترق النفسي / إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	200	0.081	0.255	0.01	غير دالة	
الإحترق النفسي / إستراتيجية الردود الإنفعالية	200	0.308	0.000	0.01	دالة	

يلاحظ من الجدول رقم (66) أنّ:

- بالنسبة لدرجات الإحترق النفسي ودرجات الإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية التالية: إستراتيجية التخطيط وإستراتيجية حل المشكل: فإن قيم معاملات الارتباط بيرسون "ر" قدرت على التوالي: ($r = 0.190$ ، $r = -0.194$)، جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي ($Sig = 0.007$ ، $Sig = 0.006$)، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.01$)، وهذا يعني أنّه توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي وكل من إستراتيجية التخطيط وإستراتيجية حل المشكل. أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعانون من الإحترق النفسي لا يستعملون إستراتيجية التخطيط وإستراتيجية كأساليب لمواجهة الضغوط المهنية.

■ بالنسبة لدرجات الإحترق النفسي وإستراتيجية الردود الإنفعالية: فإن قيمة معامل الارتباط بيرسون "ر" قدرت ب ($r = 0.308$) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي ($0.000 = \text{Sig}$) ، وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.01$)، وهذا يعني أنّه توجد علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي وإستراتيجية الردود الإنفعالية. أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعانون من الإحترق النفسي يستعملون إستراتيجية الردود الإنفعالية كأسلوب لمواجهة الضغوط المهنية.

■ بالنسبة لدرجات الإحترق النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية التالية: إستراتيجية التجنب وإستراتيجية الدعم الإجتماعي وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية: فإن قيم معاملات الارتباط بيرسون "ر" قدرت على التوالي: ($r = 0.051$ ، $r = 0.136$ ، $r = -0.081$) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة لـ "ر" تساوي ($0.474 = \text{Sig}$) ، ($0.054 = \text{Sig}$ ، $0.255 = \text{Sig}$)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha = 0.01$)، وهذا يعني أنّه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الإحترق النفسي وكل من إستراتيجية التجنب وإستراتيجية الدعم الإجتماعي وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية. أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعانون من الإحترق النفسي لا يلجؤون إلى هذه الإستراتيجيات كأساليب لمواجهة الضغوط المهنية. وعليه تحققت الفرضية الثانية فقط فيما يخص الإستراتيجيات إستراتيجية التالية: التخطيط وإستراتيجية حل المشكل وإستراتيجية الردود الإنفعالية.

3.1.1. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل".

سيتم عرض الفرضية الثالثة من خلال فرضياتها الجزئية التالية:

1.3.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)".

الجدول رقم (67) : نتائج اختبار "T" للفروق فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير الجنس.

الدلالة	مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة المحسوبة Sig	قيمة "T "	الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المعطيات الإحصائية المتغيرات	
								الذكور	الإناث
غير دالة	0.05	0.353	0.931	3.028	23.352	70.47	98	الإحترق النفسي	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.705	-0.379	-0.686	12.877	28.24	98	الإنهك الإنفعالي	
								ذكور	إناث
دالة	0.05	0.004	2.901	2.680	06.544	11.34	98	تبدل المشاعر	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.505	0.668	1.035	11.260	30.89	98	نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	
								ذكور	إناث

يتبين من الجدول رقم (67) ما يلي:

- بالنسبة للإحترق النفسي وأبعاده التالية: الإنهك الإنفعالي- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي : فإن قيم المتوسطات الحسابية للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) قدرت على التوالي: ب ($70.47 = \bar{X}$ ، $28.24 = \bar{X}$ ، $30.89 = \bar{X}$)، بينما قدرت على التوالي قيم المتوسطات الحسابية للإناث (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) ب ($67.44 = \bar{X}$ ، $28.93 = \bar{X}$ ، $29.85 = \bar{X}$)، أي بفروق جاءت على التوالي: (3.028، -0.686، 1.035)، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفروق نجد أنها دالة لأن قيم T ($0.931 = T$ ، $-0.379 = T$ ، $0.668 = T$) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأن قيم الدلالة المحسوبة ($0.353 = \text{Sig}$ ، $0.705 = \text{Sig}$ ، $0.505 = \text{Sig}$) تساوي ($\alpha = 0.05$). وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده التالية:

الإرهاك الإنفعالي - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، أي أن الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يعانون بنفس الدرجة من الإحترق النفسي وأبعاده التالية: الإرهاك الإنفعالي - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

■ بالنسبة لبعد تبدل المشاعر: فإن قيمة المتوسط الحسابي للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) قدرت بـ $\bar{X}=11.34$ بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للإناث (الممرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) بـ $\bar{X}=08.66$ ، أي بفرق قدر بـ 2.680، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه دالة لأن قيمة T تساوي (T = 2.901) جاءت دالة إحصائياً؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (Sig = 0.004) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص بعد تبدل المشاعر، وذلك لصالح للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)؛ بمعنى أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يعانون من تبدل المشاعر أكثر من الممرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى. وعليه تحققت الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الثالثة فيما يخص فقط بعد تبدل المشاعر.

2.3.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير الأقدمية) أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) ".

❖ بالنسبة لمتغير الأقدمية فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم (68): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، و متغير الأقدمية) أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات

إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدالة	مستوى الدالة	قيمة الدالة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	الأقدمية
غير دالة	0.05	0.141	1.843	960.386 521.081	3 195 198	2881.157 101610.803 104491.960	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الإحترق النفسي	- أقل من 3 سنوات.
غير دالة	0.05	0.345	1.112	181.474 163.175	3 195 198	544.422 31819.116 32363.538	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الإرهاك الإنفعالي	- من 3 سنوات إلى 7 سنوات.
غير دالة	0.05	0.190	1.605	70.672 44.029	3 195 198	212.016 8585.662 8797.678	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	تبلد المشاعر	من 8 سنوات إلى 10 سنوات.
غير دالة	0.05	0.460	0.866	103.915 120.003	3 195 198	311.746 23400.555 23712.302	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	-أكثر من 10 سنوات.

يتبين من الجدول رقم (68) أنه:

- بالنسبة للإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي- تبلد المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي): فإن قيم "ف" قدرت ب (ف= 1.843، ف= 1.112، ف= 1.605، ف= 0.866)، جاءت غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (0.141= Sig، 0.345= Sig، 0.190= Sig، 0.460= Sig)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي- تبلد المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، حسب متغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

أي أنه مهما كانت سنوات أقدمية الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتعرضون لنفس درجة أو بدرجة متقاربة من الإحترق النفسي وأبعاده. وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الثالثة.

3.3.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي- تبلد المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير

الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج).

❖ بالنسبة لمتغير الأجر فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم (69): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، و متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدالة	مستوى الدالة	قيمة الدالة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	
غير دالة	0.05	0.061	2.841	1473.501 518.664	2 197 199	2947.002 102176.873 105123.875	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الإحترق النفسي	الأجر: -من 20000 دج إلى 30000 دج
غير دالة	0.05	0.128	2.078	335.885 161.657	2 197 199	671.771 31846.424 32518.195	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الإرهاك الإنفعالي	310 - 00 دج إلى 40000 دج.
غير دالة	0.05	0.334	1.455	149.146 43.165	2 197 199	298.293 8503.527 8801.820	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	تبدل المشاعر	-أكثر من 40000 دج.
غير دالة	0.05	0.502	0.691	83.046 120.101	2 197 199	166.093 23659.987 23826.080	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	

يتبين من الجدول رقم (69) أنه:

■ بالنسبة للإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي): فقيم "ف" قدرت بـ (ف= 2.841، ف= 2.078، ف= 1.455، ف= 0.391)، جاءت غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدالة المحسوبة تساوي "Sig" (Sig = 0.061، Sig = 0.128، Sig = 0.334، Sig = 0.502)، أكبر من مستوى الدالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، حسب متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج)؛ أي أنه مهما كانت الأجر التي يتقاضاها الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتعرضون لنفس درجة أو بدرجة متقاربة من الإحترق النفسي وأبعاده.

وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الثالثة.

4.3.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، تعزى لمتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)."

❖ بالنسبة لمتغير أوقات العمل فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من

فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم(70): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، ومتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

المتغيرات		المعطيات الإحصائية		مصدر التباين		مجموع المربعات		درجات الحرية		مستوى المربعات		قيمة "ف"		قيمة الدلالة "ف" Sig		مستوى الدلالة		الدالة			
أوقات العمل: - مناوبة نهائية - مناوبة ليلية - مناوبة 24 ساعة - كل يوم	الإحترق النفسي	بين المجموعات	219.074	3	73.025	0.136	0.938	0.05	غير دالة	داخل المجموعات	104904.801	196	73.025	0.136	0.938	0.05	غير دالة	المجموع	105123.875	199	535.229
	الإرهاك الإنفعالي	بين المجموعات	211.202	3	70.401	0.427	0.734	0.05	غير دالة	داخل المجموعات	32306.993	195	70.401	0.427	0.734	0.05	غير دالة	المجموع	32518.195	199	164.832
	تبدل المشاعر	بين المجموعات	138.249	3	46.083	1.043	0.375	0.05	غير دالة	داخل المجموعات	8663.571	196	46.083	1.043	0.375	0.05	غير دالة	المجموع	8801.820	199	44.202
	نقص الشعور بالإنجاز الشخصي	بين المجموعات	79.359	3	26.453	0.218	0.884	0.05	غير دالة	داخل المجموعات	23746.721	196	26.453	0.218	0.884	0.05	غير دالة	المجموع	23826.080	199	121.157

يتبين من الجدول رقم (70) أنه:

■ بالنسبة للإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي): فقيم "ف" قدرت بـ (ف = 0.136، ف = 0.427، ف = 1.043، ف = 0.218)، جاءت

غير دالة إحصائياً لأن قيم الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (Sig = 0.938، Sig = 0.734، Sig = 0.375، Sig = 0.884)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، حسب متغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)؛ أي أنه مهما كانت أوقات العمل فإن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يتعرضون لنفس الدرجة أو بدرجة متقاربة من الإحترق النفسي وأبعاده (الإرهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي).

وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الثالثة.

1.1.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل".

سيتم عرض الفرضية الرابعة من خلال فرضياتها الجزئية التالية:

1.4.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)".

الجدول رقم (71) : نتائج اختبار "T" للفروق فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء -

العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير الجنس.

الدلالة	مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة المحسوبة Sig	قيمة "T "	الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	البيانات الإحصائية المتغيرات	
غير دالة	0.05	0.844	-0.197	-1.491	55.171	373.22	98	ذكور	الضغوط المهنية
					52.080	374.72	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.554	0.593	0.797	10.059	36.57	98	ذكور	الأعراض العضوية
					08.926	35.77	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.172	1.371	2.085	10.403	53.43	98	ذكور	طبيعة العمل
					11.080	51.34	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.699	-0.387	-0.608	10.974	50.74	98	ذكور	ظروف العمل
					11.243	51.35	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.053	1.943	2.055	07.915	35.90	98	ذكور	العلاقة مع الزملاء الممرضين
					07.026	33.84	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.576	-0.560	-0.507	06.846	29.07	98	ذكور	العلاقة مع الأطباء
					05.931	29.58	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.688	-0.402	-0.316	05.997	30.45	98	ذكور	العلاقة مع المرضى
					05.095	30.76	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.573	-0.565	-0.589	07.311	29.99	98	ذكور	العلاقة مع الزوار
					07.412	30.58	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.148	-1.452	-1.749	08.619	45.64	98	ذكور	العلاقة مع المسؤولين والإدارة
					08.414	47.39	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.560	-0.183	-1.196	07.069	32.50	98	ذكور	الأدوات والمستلزمات الطبية
					07.152	33.70	102	إناث	
غير دالة	0.05	0.587	-0.544	0.464	06.341	28.93	98	ذكور	الراتب والترقية
					05.709	29.39	102	إناث	

يتبين من الجدول رقم (71) ما يلي:

- بالنسبة للضغوط المهنية وأبعادها التالية: الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية): فإن قيم المتوسطات الحسابية للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) قدرت على التوالي:

$$35.90 = \bar{X}, 50.74 = \bar{X}, 53.43 = \bar{X}, 36.57 = \bar{X}, 373.22 = \bar{X}$$

بينما قدرت على التوالي قيم المتوسطات الحسابية للإناث (الممرضات والعاملين بمختلف مصالح

مستشفى ولاية عين الدفلى) بـ ($\bar{X}=374.72$ ، $\bar{X}=35.77$ ، $\bar{X}=51.34$ ، $\bar{X}=51.35$ ، $\bar{X}=33.84$ ، $\bar{X}=29.58$ ، $\bar{X}=30.76$ ، $\bar{X}=30.58$ ، $\bar{X}=47.39$ ، $\bar{X}=33.70$ ، $\bar{X}=29.39$)، أي بفروق جاءت على التوالي: (-1.491، 0.797، 2.085، -0.608، 2.055، -0.507، -0.316، -0.589، -1.749، -1.196، -0.464)، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفروق نجد أنها دالة لأن قيم $T = -0.197$ ، $T = 0.593$ ، $T = 1.371$ ، $T = -0.387$ ، $T = 1.943$ ، $T = -0.560$ ، $T = -0.402$ ، $T = -0.565$ ، $T = -1.452$ ، $T = -0.183$ ، $T = -0.544$)، جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (Sig) 0.844، Sig 0.554، Sig 0.172، Sig 0.699، Sig 0.053، Sig 0.576، Sig 0.688، Sig 0.573، Sig 0.148، Sig 0.560، Sig 0.587)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنّه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، أي أن المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يتعرضون بنفس الدرجة أو درجة متقاربة إلى الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية) .

وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرابعة.

2.4.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) ."

❖ بالنسبة لمتغير الأقدمية فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم(72): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، ومتغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدالة	مستوى الدالة	قيمة الدالة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية المتغيرات
غير دالة	0.05	0.864	0.246	704.910 2869.644	3 195 198	2114.729 559580.567 561695.296	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الضغوط المهنية
غير دالة	0.05	0.368	1.059	93.522 88.295	3 195 198	280.566 17217.585 561695.296	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الأعراض العضوية
غير دالة	0.05	0.678	0.507	59.066 116.523	3 195 198	177.197 22721.898 22899.095	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	طبيعة العمل
غير دالة	0.05	0.822	0.305	37.917 124.268	3 195 198	113.750 24232.250 24346.000	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	ظروف العمل
غير دالة	0.05	0.499	0.794	44.281 55.787	3 195 198	132.844 10878.522 11011.367	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع الزملاء الممرضين
غير دالة	0.05	0.194	1.586	64.215 40.501	3 195 198	192.644 7897.658 8090.302	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع الأطباء
غير دالة	0.05	0.538	0.725	22.347 30.808	3 195 198	67.040 6007.503 6074.543	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع المرضى
غير دالة	0.05	0.227	1.461	78.760 53.914	3 195 198	236.279 10513.229 10749.508	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع الزوار
غير دالة	0.05	0.530	0.738	53.539 72.507	3 195 198	160.618 14138.849 14299.467	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع المسؤولين والإدارة
غير دالة	0.05	0.109	2.048	104.384 50.972	3 195 198	313.151 9939.582 10252.734	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الأدوات والمستلزمات الطبية
غير دالة	0.05	0.217	1.496	54.012 36.093	3 195 198	162.035 7038.136 7200.171	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الراتب والترقية

يتبين من الجدول رقم (72) أنه:

- بالنسبة للضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية): فقيم "ف" قدرت بـ (ف= 0.246، ف= 1.059، ف= 0.507، ف= 0.305، ف= 0.794، ف= 1.586، ف= 0.725، ف= 1.461، ف= 0.738، ف= 2.048، ف= 1.496)، جاءت غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدالة المحسوبة تساوي "Sig" (Sig = 0.864، Sig = 0.368، Sig = 0.678،

Sig ، 0.227= Sig ، 0.538= Sig ، 0.194= Sig ، 0.499= Sig ، 0.822=Sig ، 0.530= Sig ، 0.109= Sig ، 0.217= Sig)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$). وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى في الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء المرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، حسب متغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

أي أنه مهما كانت أقدمية المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتعرضون لنفس درجة أو بدرجة متقاربة من الضغوط المهنية وأبعادها. وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرابعة.

3.4.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء المرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) ".

❖ بالنسبة لمتغير الأجر فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم(73): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الضغوط المهنية بأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء المرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، ومتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى

40000 دج، أكثر من 40000 دج) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة الدلالة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	
غير دالة	0.05	0.122	2.127	6016.238 2828.794	2 197 199	12032.475 557272.480 569304.955	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الضغوط المهنية	الأجر: من 20000 دج إلى 30000 دج 31000 دج - إلى 40000 دج. أكثر من 40000 دج.
غير دالة	0.05	0.439	0.826	74.371 90.075	2 197 199	148.742 17744.813 17893.555	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الأعراض العضوية	
غير دالة	0.05	0.106	2.272	260.559 114.686	2 197 199	521.119 22593.236 23114.355	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	طبيعة العمل	
غير دالة	0.05	0.141	1.982	241.300 121.745	2 197 199	482.601 23983.794 24466.395	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	ظروف العمل	
غير دالة	0.05	0.309	1.182	66.843 56.547	2 197 199	133.687 11139.813 11273.500	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع الزملاء الممرضين	
غير دالة	0.05	0.361	1.025	41.767 40.755	2 197 199	83.533 8028.687 8112.220	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع الأطباء	
غير دالة	0.05	0.145	0.945	59.201 30.443	2 197 199	118.401 5997.179 6115.580	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع المرضى	
غير دالة	0.05	0.107	2.260	120.594 53.350	2 197 199	241.188 10509.992 10751.180	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع الزوار	
غير دالة	0.05	0.276	1.296	94.194 72.697	2 197 199	188.388 14321.367 14509.755	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	العلاقة مع المسؤولين والإدارة	
غير دالة	0.05	0.975	0.025	1.322 52.033	2 197 199	2.644 10250.476 10253.120	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الأدوات والمستلزمات الطبية	
غير دالة	0.05	0.987	0.013	0.481 36.581	2 197 199	0.962 7202.593 7203.555	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	الراتب والترقية	

يتبين من الجدول رقم (73) أنه:

- بالنسبة للضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية): فقيم "ف" قدرت بـ (ف= 2.127، ف= 0.826، ف= 2.272، ف= 1.982، ف= 1.182، ف= 1.025، ف= 1.945، ف= 2.260، ف= 1.296، ف= 0.025، ف= 0.013)، جاءت دالة غير إحصائياً

لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (Sig = 0.122= Sig ،0.439= Sig ،0.106= Sig ،0.141= Sig ،0.309= Sig ،0.361= Sig ،0.146= Sig ،0.107= Sig ،0.276= Sig ،0.975= Sig ،0.987= Sig)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$). وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها حسب متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج). أي أنه مهما كانت قيمة الأجر التي يتقاضاها الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتعرضون بنفس الدرجة أو بدرجة متقاربة إلى الضغوط المهنية وأبعادها.

وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الرابعة.

4.4.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم).

❖ بالنسبة لمتغير أوقات العمل فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من

فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم(74): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، ومتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

Sig = 0.828، Sig = 0.947، Sig = 0.905، Sig = 0.959، Sig = 0.974)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: الأعراض العضوية - طبيعة العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية، حسب متغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)؛ أي أنه مهما كانت أوقات العمل فإن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، يتعرضون بنفس الدرجة أو درجة متقاربة إلى الضغوط المهنية وأبعادها التالية: الأعراض العضوية - طبيعة العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية.

■ بالنسبة لبعده ظروف العمل فقيمة "ف" قدرت ب (ف = 2.685)، جاءت دالة إحصائياً؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة " Sig " تساوي (Sig = 0.048)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص ظروف العمل، حسب أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)؛ ولمعرفة لصالح من تكون الفروق تم مقارنة قيم الفروق بين المتوسطات بقيمة الفرق الحرج المحسوب بأسلوب " LSD " للمقارنات البعدية بين المتوسطات، التي جاءت قيمته تساوي 0.005. وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجدها جاءت لصالح الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة بمتوسط حسابي قدر ب 54.72، مقارنة بالممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة النهارية الذي قدر المتوسط الخاص بهم ب 47.43.

أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة أكثر عرضة لضغوط ظروف العمل أكثر من غيرهم.

وعليه تحققت الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الرابعة فيما يخص فقط بعد ظروف

العمل.

1.1.1. 5. عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على:

" توجد فروق بين المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى للمتغيرات التالية: الجنس، الأقدمية، الأجر، أوقات العمل".

سيتم عرض وتفسير الفرضية الخامسة من خلال فرضياتها الجزئية التالية:

1.5.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق بين الجنسين (الممرضات والمرضى العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)".

الجدول رقم (75) : نتائج اختبار "T" للفروق فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية) ، تعزى لمتغير الجنس.

الدالة	مستوى الدالة المعتمد	قيمة الدالة المحسوبة Sig	قيمة "T"	الفرق بين المتوسطين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	البيانات الإحصائية المتغيرات	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.321	0.995	1.071	07.449	34.55	98	إستراتيجية التجنب	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.096	-1.675	-1.528	06.994	33.78	98	إستراتيجية التخطيط	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.180	-1.344	-2.228	12.540	56.68	98	إستراتيجية حل المشكل	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.701	-0.384	-0.244	04.302	21.27	98	إستراتيجية الدعم الإجتماعي	
								ذكور	إناث
دالة	0.05	0.005	2.819	1.906	04.979	18.10	98	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	
								ذكور	إناث
غير دالة	0.05	0.279	-1.085	-1.127	07.794	33.01	98	إستراتيجية الردود الإنفعالية	
								ذكور	إناث

يتبين من الجدول رقم (75) ما يلي:

- بالنسبة إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية الردود الإنفعالية: فإن قيم المتوسطات الحسابية للذكور (المرضى العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) قدرت على التوالي: ($\bar{X}=34.55$ ، $\bar{X}=33.87$ ، $\bar{X}=56.68$ ، $\bar{X}=21.27$ ، $\bar{X}=33.01$)، بينما قدرت على التوالي قيم المتوسطات الحسابية للإناث (المرضى والعاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) بـ ($\bar{X}=33.48$ ، $\bar{X}=35.30$ ، $\bar{X}=58.91$ ، $\bar{X}=21.51$ ، $\bar{X}=34.14$)، أي بفروق جاءت على التوالي: (1.071، -1.528، -2.228، -0.244، -1.127)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفروق نجد أنها غير دالة لأن قيم T ($T=0.995$ ، $T=-1.675$ ، $T=-1.344$ ، $T=-0.384$ ، $T=-1.085$) تساوي (Sig) تساوي (Sig=0.321، Sig=0.096، Sig=0.180، Sig=0.701، Sig=0.279) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضى والعاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية

الردود الإنفعالية، أي أن الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية.

■ بالنسبة لإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية: فإن قيمة المتوسط الحسابي للذكور(الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) قدرت بـ $\bar{X}=18.10$ بينما قدرت قيمة المتوسط الحسابي للإناث (الممرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) بـ $\bar{X}=16.20$ ، أي بفرق قدر بـ 1.906، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجده أنه دالة لأن قيمة T تساوي (2.819 = T) جاءت دالة إحصائياً؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (0.005 = Sig) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، وذلك لصالح الذكور(الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)؛ بمعنى أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من الممرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى. وعليه تحققت الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الخامسة فيما يخص فقط إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية.

2.5.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى لمتغير الأقدمية) أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) ".

❖ بالنسبة لمتغير الأقدمية فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين،

وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم(76): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، ومتغير الأقدمية) أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدالة	مستوى الدالة	قيمة الدالة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	الأقدمية
غير دالة	0.05	0.844	0.274	16.096 58.804	3 195 198	48.289 11466.706 11514.995	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية التجنب	- أقل من 3 سنوات.
غير دالة	0.05	0.437	0.911	38.419 42.160	3 195 198	115.258 8221.285 8336.543	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية التخطيط	- من 3 سنوات إلى 7 سنوات.
غير دالة	0.05	0.441	0.902	125.027 138.651	3 195 198	375.080 27036.880 27411.960	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية حل المشكل	- من 8 سنوات إلى 10 سنوات.
غير دالة	0.05	0.979	0.063	1.266 20.191	3 195 198	3.750 3937.276 3941.075	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية الدعم الإجتماعي	- أكثر من 10 سنوات.
غير دالة	0.05	0.996	0.020	0.471 23.941	3 195 198	1.414 4668.576 4669.990	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	- أكثر من 10 سنوات.
دالة	0.05	0.028	3.091	160.600 51.958	3 195 198	481.799 10131.799 10613.598	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية الردود الإنفعالية	- أكثر من 10 سنوات.

يتبين من الجدول رقم (76) أنه:

- بالنسبة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية: فقيم "ف" قدرت ب (ف= 0.274، ف= 0.911، ف= 0.902، ف= 0.063، ف= 0.020)، جاءت غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (Sig = 0.844، Sig = 0.437، Sig = 0.441، Sig = 0.979، Sig = 0.996)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية

التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية)، حسب متغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

▪ بالنسبة لإستراتيجية الردود الإنفعالية: فقيمة "ف" قدرت ب (ف= 3.091)، جاءت دالة إحصائياً، لأن قيمة الدلالة المحسوبة " Sig " تساوي (Sig = 0.028)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجية الردود الإنفعالية لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى حسب الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات). ولمعرفة لصالح من تكون الفروق تم مقارنة قيم الفروق بين المتوسطات بقيمة الفرق الحرج المحسوب بأسلوب " LSD " للمقارنات البعدية بين المتوسطات، التي جاءت قيمته تساوي على التوالي 0.003 و 0.027 . وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجدها جاءت لصالح الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أقل من 3 سنوات، بمتوسط حسابي قدر ب 35.72، مقارنة بالممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أكثر من 10 سنوات الذي قدر المتوسط الخاص بهم ب 30.96.

أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أقل من 3 سنوات يستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من غيرهم. وعليه تحققت الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الخامسة فقط فيما يخص إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية.

3.5.1.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود

الإنفعالية)، تعزى لمتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) .

❖ بالنسبة لمتغير الأجر فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين،

وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم(77): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، ومتغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة الدلالة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	الأجر:
غير دالة	0.05	0.546	0.608	35.292 58.093	2 197 199	70.584 11444.411 11514.995	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية التجنب	من-20000 دج إلى 30000 دج
غير دالة	0.05	0.441	0.822	34.564 42.072	2 197 199	69.127 8288.268 8357.395	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية التخطيط	31000 -دج إلى 40000 دج.
غير دالة	0.05	0.690	0.371	51.491 138.713	2 197 199	102.982 27326.538 27429.520	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية حل المشكل	أكثر من 40000 دج.
غير دالة	0.05	0.300	1.210	24.366 20.136	2 197 199	48.733 3966.847 4015.580	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية الدعم الإجتماعي	40000 دج.
غير دالة	0.05	0.199	1.626	38.205 23.493	2 197 199	76.409 4628.211 4704.620	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	
غير دالة	0.05	0.515	0.666	36.090 54.174	2 197 199	72.181 10672.374 10744.555	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية الردود الإنفعالية	

يتبين من الجدول رقم (77) أنه:

- بالنسبة إستراتيجيات مواجهة الضغوط (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية): فقيم "ف" قدرت ب (ف= 0.608، ف= 0.822، ف= 0.371، ف= 1.210، ف= 1.626، ف= 0.666)، جاءت غير دالة إحصائياً لأن قيمة الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (Sig

$0.546 = \text{Sig}$ ، $0.441 = \text{Sig}$ ، $0.690 = \text{Sig}$ ، $0.300 = \text{Sig}$ ، $0.199 = \text{Sig}$ ، $0.515 = \text{Sig}$ ، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية) حسب متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج)؛ أي أنه مهما كانت الأجر التي يتقاضاها الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يستعملون نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط لمواجهة الضغوط المهنية.

وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الخامسة.

4.5.1.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

" توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، تعزى لمتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)".

❖ بالنسبة لمتغير أوقات العمل فلا يمكن تطبيق "T" لأن هذا المتغير يتكون من أكثر من فئتين، وعليه يستعمل تحليل التباين الأحادي.

الجدول رقم (78): نتائج تحليل التباين الأحادي لدرجات إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، ومتغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

الدلالة	مستوى الدلالة	قيمة "ف" Sig	قيمة "ف"	مستوى المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	المعطيات الإحصائية المتغيرات	
								إستراتيجية التجنب	أوقات العمل:
غير دالة	0.05	0.067	2.425	137.384 56.647	3 196 199	412.153 11102.842 11514.995	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية التجنب	أوقات العمل:
غير دالة	0.05	0.955	0.109	4.657 42.568	3 195 199	13.972 8343.243 8357.395	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية التخطيط	- مناوبة نهائية
غير دالة	0.05	0.991	0.036	5.033 139.870	3 196 199	15.098 27414.422 27429.520	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية حل المشكل	- مناوبة ليلية
غير دالة	0.05	0.746	0.410	8.340 20.360	3 196 199	25.019 3990.561 4015.580	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية الدعم الاجتماعي	- مناوبة 24
دالة	0.05	0.006	4.234	95.444 22.542	3 196 199	286.332 4418.288 4704.620	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	- مناوبة 24
غير دالة	0.05	0.523	0.750	40.657 54.197	3 196 199	121.972 10622.583 10744.555	بين المجموعات داخل المجموعات المجموع	إستراتيجية الردود الإنفعالية	- كل يوم

يتبين من الجدول رقم (78) أنه:

- بالنسبة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية: فقيم "ف" قدرت ب (ف= 2.425، ف= 0.109، ف= 0.036، ف= 0.410، ف= 0.750)، جاءت غير دالة إحصائياً لأنّ قيم الدلالة المحسوبة تساوي "Sig" (0.067= Sig، 0.955= Sig، 0.991= Sig، 0.746= Sig، 0.523= Sig)، أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$). وهذا يعني أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، حسب متغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)؛ أي أنه مهما كانت أوقات العمل فإن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية).

■ بالنسبة لإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية: فقيمة "ف" قدرت ب (ف = 4.234)، جاءت دالة إحصائية؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة " Sig " تساوي (Sig = 0.006)، أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، حسب أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم). ولمعرفة لصالح من تكون الفروق تم مقارنة قيم الفروق بين المتوسطات بقيمة الفرق الحرج المحسوب بأسلوب " LSD " للمقارنات البعدية بين المتوسطات، التي جاءت قيمته تساوي على التوالي 0.002 ، 0.007 . وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية نجدها جاءت لصالح الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة بمتوسط حسابي قدر ب 18.75، مقارنة بالممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة ليلية الذي قدر المتوسط الخاص بهم ب 15.45.

أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة يستعملون إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من غيرهم. وعليه تحققت الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الخامسة فيما يخص فقط إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية.

1.1.6. عرض نتائج الفرضية السادسة:

تنص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى منخفضي ومرتعي الإحترق النفسي، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)".

الجدول رقم (79) : نتائج اختبار "T" للفروق بين الممرضين منخفضي ومرتعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع

الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية).

الدلالة	مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة المحسوبة Sig	قيمة "T "	الفرق بين المتوسطين	الإحتراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	
دالة	0.05	0.000	-5.250	-37.306	52.945	354.96	98	منخفضي الإحتراف النفسي	الضغوط المهنية
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
غير دالة	0.05	0.939	-0.077	-0.103	09.488	36.11	98	منخفضي الإحتراف النفسي	الأعراض العضوية
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.001	-3.348	-4.977	10.921	49.83	98	منخفضي الإحتراف النفسي	طبيعة العمل
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.000	-3.957	-5.990	11.751	48.00	98	منخفضي الإحتراف النفسي	ظروف العمل
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.002	-3.177	-3.307	07.803	33.16	98	منخفضي الإحتراف النفسي	العلاقة مع الزملاء المرضى
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.000	-3.735	-3.268	06.370	27.66	98	منخفضي الإحتراف النفسي	العلاقة مع الأطباء
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.006	-2.782	-2.156	06.128	29.51	98	منخفضي الإحتراف النفسي	العلاقة مع المرضى
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.000	-4.547	-4.510	07.318	27.99	98	منخفضي الإحتراف النفسي	العلاقة مع الزوار
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.000	-5.006	-5.711	09.362	43.62	98	منخفضي الإحتراف النفسي	العلاقة مع المسؤولين والإدارة
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.000	-4.908	-4.717	07.578	31.21	98	منخفضي الإحتراف النفسي	الأدوات والمستلزمات الطبية
								مرتقي الإحتراف النفسي		102
دالة	0.05	0.003	-3.058	-2.564	06.755	27.86	98	منخفضي الإحتراف النفسي	الراتب والترقية
								مرتقي الإحتراف النفسي		102

يتبين من الجدول رقم (79) ما يلي:

■ بالنسبة للضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء
المرضى- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين
والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية): فإن قيم المتوسطات الحسابية للمرضى
منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى قدرت على التوالي:

$$\text{ب) } (27.66 = \bar{X}, 33.16 = \bar{X}, 48.00 = \bar{X}, 49.83 = \bar{X}, 354.96 = \bar{X})$$

$\bar{X} = 29.51, \bar{X} = 27.99, \bar{X} = 43.62, \bar{X} = 31.21, \bar{X} = 27.86$)، بينما قدرت على التوالي

قيم المتوسطات الحسابية المرضى مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى
ولاية عين الدفلى) ب ($\bar{X} = 392.26, \bar{X} = 54.80, \bar{X} = 53.99, \bar{X} = 36.47, \bar{X} = 30.93$)،

$\bar{X} = 31.67, \bar{X} = 32.50, \bar{X} = 49.33, \bar{X} = 35.93, \bar{X} = 30.42$)، أي بفروق جاءت على
التوالي: (-37.306، -4.977، -5.990، -3.307، -3.268، -2.156، -4.510، -5.711،

-4.717، -2.564)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفروق نجد أنها دالة لأن قيم $T (T = -5.250$

، $T = -3.348, T = -3.957, T = -3.177, T = -3.735, T = -2.782, T = -4.547, T = -5.006$

جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة (Sig) $(T = -3.058, T = -4.908, T = -5.006$

تساوي (Sig) $(0.000 = \text{Sig}, 0.001 = \text{Sig}, 0.000 = \text{Sig}, 0.002 = \text{Sig}, 0.000 = \text{Sig})$

$(0.006 = \text{Sig}, 0.000 = \text{Sig}, 0.000 = \text{Sig}, 0.000 = \text{Sig}, 0.003 = \text{Sig})$ ، أصغر من مستوى

الدلالة المعتمدة لدينا $(\alpha = 0.05)$.

وهذا يعني أنّه توجد فروق دالة إحصائياً بين المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين

بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة

العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء المرضى- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى-

العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الراتب والترقية، وذلك لصالح المرضى مرتفعي

الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى. وذلك لصالح المرضى

مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

بمعنى أن المرضى مرتفعي الإحترق النفسي يتعرضون للضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة

العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء المرضى- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى-

العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية،

أكثر من الممرضين منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى.

■ بالنسبة لبعدها الأعراض العضوية: فإن قيمة المتوسط الحسابي للممرضين منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى قدرت على التوالي: $\bar{X}=36.11$ ، بينما قدرت على التوالي قيمة المتوسط الحسابي للممرضين مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) بـ $\bar{X}=36.22$ ، أي بفرق قدر بـ -0.103 ، فبمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجد أنه غير دال لأن قيمة $T=0.077$ ، جاءت غير دالة إحصائية؛ لأن قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي (Sig=0.939) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص بعد الأعراض العضوية، أي أنهم يعانون من نفس الأعراض العضوية.

وعليه تحققت الفرضية السادسة فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الراتب والترقية.

7.1.1. عرض نتائج الفرضية السابعة:

تتص هذه الفرضية على ما يلي:

"توجد فروق بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية) "

الجدول رقم (80) : نتائج اختبار "T" للفروق بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - إستراتيجية الردود الإنفعالية).

الدالة	مستوى الدالة المعتمد	قيمة الدالة المحسوبة Sig	قيمة "T "	الفرق بين المتوسطين	الإتحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المعطيات الإحصائية	
								المتغيرات	
غير دالة	0.05	0.690	-0.399	-0.430	07.708	33.79	98	منخفضي الإحتراق النفسي	إستراتيجية التجنب
								مرتفعي الإحتراق النفسي	
دالة	0.05	0.000	-3.605	-3.209	5.063	36.13	98	منخفضي الإحتراق النفسي	إستراتيجية التخطيط
								مرتفعي الإحتراق النفسي	
دالة	0.05	0.000	-3.815	-6.130	10.850	60.82	98	منخفضي الإحتراق النفسي	إستراتيجية حل المشكل
								مرتفعي الإحتراق النفسي	
دالة	0.05	0.003	-2.960	-1.845	04.283	22.29	98	منخفضي الإحتراق النفسي	إستراتيجية الدعم الإجتماعي
								مرتفعي الإحتراق النفسي	
غير دالة	0.05	0.811	0.240	0.165	04.424	17.21	98	منخفضي الإحتراق النفسي	إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية
								مرتفعي الإحتراق النفسي	
دالة	0.05	0.000	-4.258	-4.268	08.004	31.41	98	منخفضي الإحتراق النفسي	إستراتيجية الردود الإنفعالية
								مرتفعي الإحتراق النفسي	

يتبين من الجدول رقم (80) ما يلي:

- بالنسبة إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي:

فإن قيم المتوسطات الحسابية للمرضين منخفضي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى قدرت على التوالي: ب ($\bar{X}=36.13$ ، $\bar{X}=60.82$ ، $\bar{X}=22.29$)، بينما قدرت على التوالي قيم المتوسطات الحسابية للمرضين مرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى ب ($\bar{X}=32.92$ ، $\bar{X}=54.69$ ، $\bar{X}=20.45$)، أي بفروق جاءت على التوالي: (-3.209، -6.130، -1.845)، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفروق نجد أنها دالة لأن قيم T ($T = -3.605$ ، $T = -3.815$ ، $T = -2.960$) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيم الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي ($Sig = 0.000$ ، $Sig = 0.000$ ، $Sig = 0.003$) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنّه توجد فروق دالة إحصائياً بين المرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي، وذلك لصالح المرضين منخفضي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

بمعنى أن الممرضين منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية التخطيط، إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الدعم الإجتماعي لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من الممرضين مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

■ بالنسبة لبعء إستراتيجية الردود الإنفعالية:

فإن قيمة المتوسط الحسابي للمرضين منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، قدرت على التوالي بـ $\bar{X}=31.41$ ، بينما قدرت قيم المتوسط الحسابي للممرضين مرتفعي الإحترق النفسي العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى بـ $\bar{X}=35.68$ ، أي بفرق قدر بـ -4.268 ، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذا الفرق نجده أنه غير دال لأن قيمة T تساوي ($T = -4.258$) جاءت دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي ($Sig = 0.000$) أصغر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنّه توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، وذلك لصالح الممرضين مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

بمعنى أن الممرضين مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من الممرضين منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

■ بالنسبة لبعء إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية:

فإن قيم المتوسط الحسابي للممرضين منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، قدرت على التوالي بـ $\bar{X}=33.79$ ، $\bar{X}=17.21$ بينما قدرت قيم المتوسط الحسابي للممرضين مرتفعي الإحترق النفسي العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى بـ $\bar{X}=34.22$ ، $\bar{X}=17.05$ ، أي بفرق قدر بـ -0.430 ، 0.165 ، فمراجعة الدلالة الإحصائية لهذه الفروق نجدها أنها غير دالة لأن قيم T تساوي ($T = -0.399$)، ($T = 0.240$) جاءت غير دالة إحصائياً؛ لأنّ قيمة الدلالة المحسوبة (Sig) تساوي ($Sig = 0.690$) أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة لدينا ($\alpha=0.05$).

وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص بعد إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، بمعنى أن الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية المتمثلة في إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية. وعليه تحققت الفرضية السابعة فيما يخص إستراتيجية التخطيط، إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الدعم الإجتماعي وإستراتيجية الردود الإنفعالية.

2.1. تفسير ومناقشة النتائج:

1.2.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يبين التحليل الإحصائي للفرضية الأولى أنها تحققت فقط فيما يخص العلاقة بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل، ظروف العمل، العلاقة مع الزملاء الممرضين، العلاقة مع الأطباء، العلاقة مع المرضى، العلاقة مع الزوار، العلاقة مع المسؤولين الإدارة، الأدوات والمستلزمات الطبية، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى. وهذا يعني أنّ هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة- الأدوات والمستلزمات الطبية) والإحترق النفسي.

أي أنه كلما كانت هذه الأبعاد مصدرا للضغوط مهنية لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى كلما كانوا أكثر عرضة للإحترق النفسي.

ويلاحظ أن هذه العلاقة طردية، أي أن مستوى الإحترق النفسي يتماشى بطريقة طردية مع الضغط، لأنه حسب محمد صلاح الدين أبو العلا (2009) فالضغط حالة نفسية أو ذهنية وإجتماعية تنتاب الإنسان وتتسم بالشعور بالإرهاق الجسمي والبدني، قد يصل إلى الإحترق النفسي الذي يتسم بالضيق والشعور بالتعاسة وعدم القدرة على التأقلم (محمد صلاح الدين أبو العلا ، 2009، ص9).

وهذا ما يشير إليه الكثير من الباحثين وعلى رأسهم (ماسلاش) و(جاكسون) (1996) الذين يرون أن مستوى الإحترق النفسي مرهون بدرجة الضغط المهني، فكلما زاد الضغط المهني ارتفع معه

الإحترق النفسي؛ فهذه النتيجة جد منطقية لأن زيادة كمية العمل عبارة عن زيادة المسؤوليات مما يؤدي إلى شعور الممرض بالإرهاك والإحترق، وكل إنخفاض في درجات الضغط المهني يصاحبه إنخفاض في مستويات الإحترق النفسي.

ودراسة كل من (ماسلاش) و(جاكسون) (1996) تؤكد على أن "الضغوط العمل دور كبير في شعور الموظف بأعراض الإحترق النفسي"، كما أشارت الدراسة إلى أن "التمادي في الشعور بضغط العمل يؤدي إلى حالة من الإعياء العاطفي المصحوب بالعديد من التداعيات، منها الشعور بالتعب الجسمي والنفسي والعقلي (In: Shailesh Kumar ,2007,p1).

وفي نفس السياق تذهب العديد من الدراسات لتؤكد أن الإحترق النفسي يتولد نتيجة للتعرض المستمر للضغوط ، وهو يأتي على شكل إستنزاف عاطفي وبدني وإنفعالي والذي يساهم بإعطاء نظرة سلبية لقدرة الفرد في عمله (علي عسكر، 1999، ص176). بمعنى أن الضغوط ترتبط بطبيعة الأعمال والمهام والأنشطة التي يمارسها العمال في عملهم (Dollard ,2001 ,p16).

وقد وجدت دراسة كل من مسلم عياد أبو مسعود سماهر (2010) وعواد (2010) ومشرف وعودة (2002)، أنه كلما زادت درجة الضغط كلما زادت درجة الإحترق النفسي، فهناك علاقة بين ضغط العمل والإحترق النفسي.

كما أسفرت دراسة رجاء مريم الأحمد حول "مصادر الضغوط النفسية في مهنة التمريض" على أن (78.9%) من الممرضات يشعرن بدرجات مرتفعة من الضغوط النفسية و المهنية (رجاء مريم الأحمد، 2008، ص486).

وقد أضاف Claude Lemoine (كلود لوموان) (2003) أن العمل الذهني يولد تعباً عصبياً أو نفسياً وذلك نتيجة لظروف العمل (Lemoine, 2003 ,P66).

كما أشار عسكر وأحمد عبد الله 1998 في دراستهما أن زيادة الضغوط وعدم القدرة على مواجهتها تصل بالفرد إلى حالة من الإحترق النفسي (علي عسكر وأحمد عبد الله، 1998، ص72).

كما يؤكد كل من مقابلة وراشدان (1997) أن الإحترق النفسي هو نتيجة الضغوط الشديدة، التي تسببها أعباء العمل ومتطلباته، مما تتعكس آثاره السلبية مع العملاء وعلى المؤسسات؛ كما يعتبر إستنزاف الطاقة النفسية المخزنة لدى الفرد الذي يؤدي به إلى حالة عدم الاتزان.

في حين تشير دراسة Papadatou (باباداتو) (1994) إلى العوامل التي تؤدي إلى حالات الإحترق الوظيفي في وحدات العناية بمرضى السرطان، فقد أكدت أن كثرة الأعمال المعطاة للممرضة،

وطول ساعات العمل وكثرة التعامل مع مرضى الحالات الحرجة والوفيات، من أسباب الإحترق الوظيفي، وهذا ما يتشابه مع نتائج دراسة Frenck (فرانك)(2000) الموضوعية التقييمية لقياس الضغط الوظيفي التمريضي، فقد عرفوا عدة عوامل منتجة للتوتر والضغط في بيئة عمل التمريض (نقلا عن: التوجري، 2007، ص73).

وعلى العموم توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن الضغط في بيئة العمل يمكن أن يحدث إحترقا نفسيا لدى الممرضين وذلك لعدة أسباب، حيث بيت دراسة كل من Tyler (تايلر) و Ellison (إيلسون) (1996) أن مصادر الضغط عند الممرضين تتمثل في نقص الخبرة التدريبية، وكثرة الخلاف مع الأطباء والخلاف مع الزملاء، وعبء العمل ونقص التشجيع الاجتماعي، كما أن تأخير أو توقيف الترقية أو تقليل مناسبات الإرتقاء يؤدي إلى الإحباط (بورزوان حسيبة، 2009، ص148) وترى الباحثة أن الظروف التي يعمل بها الممرضين في بيئة العمل تؤثر على مستوى الضغوط الواقعة عليهم، فمهنة التمريض من المهن ذات الضغط العالي وهو ضغط سلبي نتيجة مسؤوليات العاملين فيها أكبر من قدرتهم، وذلك لقلتهم وكثرة الغياب وكثرة المشكلات المرضية الناتجة عن العمل في هذه المهنة، إضافة لذلك هذه المهنة تتطلب درجة عالية من المهارة والتركيز والعمل مع أشخاص مختلفين كما تتطلب توفير الخدمات على مدى أربع والعشرين ساعة، وتتطلب مجهودا عاطفيا كبيرا، وأيضا من أسباب الضغط ضيق الوقت وكثرة مقاطعة الممرضين المهنة بشكل متواصل خلال أدائهم للعمل، بالإضافة إلى طول ساعات العمل وتأثير المناوبات الليلية.

لهذا توصلت نتائج الدراسة الحالية إلى أن مصادر الضغوط المهنية التي تؤدي إلى الإحترق النفسي لدى الممرضين، تمثلت فيما يلي:

أولا: طبيعة وظروف العمل، من حيث نظام تتابع فترات العمل والراحة، والنظم والتعليمات، بالنسبة لطبيعة العمل؛ ومن حيث التهوية، والإضاءة، الخدمات المقدمة، الأدوات والإمكانات، بالنسبة لظروف العمل؛ ويرجع ذلك إلى طبيعة عمل الممرضين هي في حد ذاتها مصدر للإحترق النفسي لأن المهام التي يقوم بها تتطلب السرعة في التنفيذ و بالتالي يستنفذ الممرض كل طاقته في التركيز على ما يقوم به من أعمال و التي تؤدي به إلى بذل جهد كبير لإنجاز المهام خاصة في مواجهة الحالات المستعجلة والخطيرة، كما أن حالات موت المرضى عادة ما تشعره بالإخفاق و تأنيب الذات بسبب عجزه عن إنقاذه من الهلاك كذلك نظرة الناس إلى مهنة التمريض كأنها مهنة سهلة يمكن

ممارستها ولا تحتوي على إرغامات ومتطلبات و قدرات كبيرة من اجل تقديم الخدمات الصحية ورعاية المرضى (ميهوبي فوزي، 2011).

وهذا ما أكدته عدة دراسات منها: دراسة (جبرسييس) (2005) التي توصلت إلى أن الإدراك المرتفع لعبء العمل يرتبط بزيادة الضغط النفسي والتوتر عند ممرضين العناية المركزة، وقد كان لإرتفاع إدراك عبء العمل لدى الممرضين التأثير السلبي على إدراك جودة وسلامة الرعاية التمريضية المقدمة في الأقسام المختلفة.

و دراسة الهمشري (1993) التي أشارت إلى أن إرتفاع ساعات العمل والضوضاء ورداءة نوعية الأجهزة وضعف التهوية والروتين، والضغط اليومي يؤدي إلى شعور عينة دراسته بالتوتر النفسي. وفي حين توصلت دراسة (جري توفت) و(أندرسون) حول الأطباء، التي وجدت أن العبء الزائد والمسؤولية على حياة المرضى هي أهم مصادر الضغط وتؤدي إلى إرتفاعه لديهم (نقلا عن: إسماعيل طه وأطاف ياسين، دت، ص 121).

وحسب Heart Math (هارت مات) (2004) فالضغط يؤثر على جودة الخدمة المقدمة وطبيعة العلاقة بين زملاء العمل ورغبة الممرضين في تطوير أنفسهم وقدرتهم، حيث أكثر من 43% من الممرضين يعانون من تعرض عالي لعوامل الإحترق النفسي في بيئة عملهم، ومن الإرهاق العاطفي والشعور بعدم السيطرة على ضغط العمل؛ وأيضا حسب الدراسة التي أجراها Nurse Week (نورس ويك) (2001) ففي اليابان برز تعبير (كاروشي) وهو تعبير في اللغة اليابانية يعبر عن الوفاة نتيجة العمل الزائد، وعلى الرغم من أنه ليس هناك تشخيص طبي لتعريف المشكلة ولكن في اليابان هو يعكس حالات يحصل فيها إعطاء تعويض نتيجة حدوث الإجهاد الزائد في بيئة العمل وهو الأمر الأكثر حدوثا في بيئة العمل التمريضية (In : Hoshuyama,2003).

بالإضافة إلى أنه قد بين كل من Maslach (ماسلاش) و Leiter (ليتر) (1988) أن إلحاح المشرفين عليهم وعدم توفر الوقت اللازم لتنفيذ عملهم وتلقيهم لأوامر متناقضة من طرف الآخرين، فكل هذا يؤدي بالممرضين في الوقوع تحت وطأة الإجهاد والتوتر. وفي نفس السياق وجد أن هناك علاقة ايجابية بين رئيس غير مرح و بين الإنهاك الانفعالي النفسي (عسكر وأحمد عبد الله، 1998، ص 63) كما توصلت دراسة رضا يوسف و غلام رضا (2005) إلى أن الممرضات العاملات في الرعاية النفسية يتعرضن لدرجة كبيرة من الإجهاد الانفعالي، وكشفت على وجود علاقة دالة إحصائيا بين معدل الإجهاد الانفعالي الشعور بضغط العمل. وكذا أظهرت نتائج دراسة بن زروال فتيحة (2013)

أن 72.70% من عمال مصلحة الإستعجالات في مستشفى أم البواقي يعانون من الإجهاد وأن أهم أسبابه توقيت العمل و غياب الدعم الاجتماعي.

وحسب دراسة Acken (آكان) وآخرون (2003) فإن زيادة إعطاء ممرض مريضاً إضافياً كان مربوطاً بزيادة 7% من حالات وفيات المرضى، و 23% من حالات الإحترق النفسي. كما إتفقت الدراسة مع نتائج دراسة أحمد وزملائه (1998) التي هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية، وتحديد الآثار النفسية على ضغط العمل عند الممرضين في أقسام مختلفة، وقد خلصت إلى أن مصادر الضغوط النفسية لديهم هي عبء العمل والضوضاء والمعدات الطبية وموت المرضى (رجاء مريم الأحمد، 2008، ص 489).

أما دراسة (شوستر) (1999) فقد أشارت إلى أن الضغوط المهنية لدى الممرضين تزيد لكثرة الحوادث الخطيرة والحرجة التي تتطلب المتابعة الدائمة من جانبهم (نقلا عن: مسلم عياد أبو مسعود سماهر 2010، ص 107).

وثانياً: العلاقة مع كل من الزملاء الممرضين والأطباء والمرضى والزوار والمسؤولين والإدارة، حيث تظهر العلاقة مع الزملاء الممرضين في العلاقة الشخصية بينهم، والتبادل بينهم في المعلومات والخبرات والتعاون في حل المشاكل؛ في حين تظهر العلاقة مع الأطباء في التعاون، والتقدير والإحترام؛ أما العلاقة مع المرضى فتظهر في الشكر والعرفان؛ وتظهر العلاقة مع الزوار أيضاً في الإحترام والتقدير؛ وفي الأخير تظهر العلاقة مع المسؤولين والإدارة في العدالة في التعامل، المساعدة في حل المشاكل، التوجيه والإرشاد، القرارات الإدارية. سوء علاقة الممرضين مع الزملاء الأطباء، كما أشار Buch (بوش) (1972) أن العلاقة التي تكون قائمة على أساس التعسف والأناية وعدم الإهتمام بأمور الآخرين، فإن مجال الإحترق الوظيفي يكون كبير جداً (نقلا عن: ضيف الله النفيعي، 2000، ص 63).

وذلك نتيجة فقدان الممرض الدعم الاجتماعي من قبل زملائه، كما أن طبيعة العلاقة التي تربط الأفراد بعضهم ببعض تحدد درجة الضغط النفسي لديهم، فعندما تكون هذه العلاقة ذات طبيعة تنافسية وغير متوازنة، الأمر الذي يزيد حدة الضغط النفسي، وهذا ما توصلت إليه دراسة Swanson (سوانسون) (1999)، التي بينت أن الغيرة والتنافس وسوء العلاقة، أو التواصل مع زملاء العمل يؤدي إلى زيادة الضغط النفسي في العمل (نقلا عن: مرشدي الشريف، 2008، ص 56). إضافة إلى أن

إنخفاض مستوى الدعم الإجتماعي وزيادة الضغوط النفسية في العمل لدى العاملين في مهنة التمريض (رجاء مريم الأحمد، 2008، ص484).

كما أن العلاقات السيئة والشحنات بين العاملين والمديرين تزيد من احتمال زيادة الضغط النفسي لديهما (Zeire, 1994, pp525-539)، وهذا ما توصلت إليه دراسة (أمبيركو) وزملاءه (2007) التي بينت أن ضغط العمل وسوء العلاقة بين الزملاء الأطباء يرتبط بشكل مستقل أيضا مع ارتفاع مستوى الإحترق النفسي (نقلا عن: مسلم عياد أبو مسعود سماهر، 2010، ص107).

كما أن الدراسة الحالية توصلت إلى ما توصلت إليه دراسة (تشابمان) (1995) إلى أن الممرضين والممرضات يدركون إنخفاض مستوى مساندة زملائهم يؤدي إلى شعورهم بازدياد مستوى الضغط المهني (نقلا عن محمد فرج الله، 2010، ص103).

في حين تؤكد دراسة Demerouti (ديميروتي) وآخرون (2000) التي دارت "الإحترق الوظيفي عند الممرضات" أن الممرضات تعانين خطر الإحترق الوظيفي بسبب الضغوط النفسية الناتجة عن التفاعل مع المرضى، و قلة الوقت المتوفر للتعامل معهم مما يؤدي إلى الإنهاك العاطفي لديهم، ويتسبب في زيادة الضغوط الوظيفية عليهم، حيث أن تقديم الخدمة التمريضية لمرضى يعانون أمراضا مختلفة وفي أوضاع نفسية سيئة هو بذاته مصدر ضغط لعمل الممرضين.

وقد أشارت لذلك كل من دراسة Ullrich (بوليريش) و Fiterold (فيتيرولد) (1990) أن الضغوط المهنية لدى الأطباء والممرضين في جناح الأمراض السرطانية مرتبطة إلى حد ما بنقص الثقة بالنفس عند مواجهة الحالات المستعصية التي يصعب معها تغيير مسار المرض، كما أن ظروف العمل وإنخفاض مستوى الرضا، وصعوبة التعامل مع المرضى من أكثر المصادر التي تسبب الضغط النفسي للممرضين.

وتوصلت دراسة كل من Buranard (بورناراد) وآخرين (1995) و Carson (كارسون) (1992) و Hawley (هاولي) (2000) أن الممرضين يعانون من مشكلات في السلامة الشخصية ومن مشكلات مع المرضى ووجود حالات من العنف المفاجئ من قبلهم، كما أنهم يواجهون صعوبات فيما يتعلق بتوفير الحماية لهم من المراجعين (الحسيني، 2007).

ففي كثير من الأحيان يكون الممرضين أول من يقابل المريض أو عائلته في المستشفى، ونتيجة لذلك يميل المرضى وعائلاتهم إلى إلقاء اللوم عليهم. وقد تنعكس الظروف النفسية التي يعانيها المريض ومرافقوه على الممرضين، إذ يتعرض الكثير من الممرضين إلى الإهانات والشتم والسب من

قبل المريض أو من قبل مرافقيهم , بإضافة إلى تدخل الأهل والمرافقين بطبيعة مهنة الممرضين وطلب القيام بأعمال ولو كانت تتعكس سلبا على المريض.

أما دراسة الوائلي (1998) هدفت إلى التعرف على مستويات ضغط العمل بين الممرضين في مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة في الأردن، وقد أشارت النتائج إلى أفراد العينة قيماو مصدر ضغط التعامل مع زوار المريض بالمرتبة الأولى من حيث الترتيب مقارنة بمصادر ضغط بيئة العمل الأخرى.

ثالثا: الراتب والترقيات: وفي هذا الصدد يرى الخريشات وعربيات (2005) أن هذه حالة الضغوط التي تؤدي إلى الإحترق النفسي، تبدأ من اللحظة التي يشعر فيها الفرد القائم بالعمل بضعف قدرته على إشباع طموحاته وتنفيذ توقعاته من هذا العمل، ثم عجزه على تنفيذ متطلبات العمل المطلوبة، سواء الحاجة لبعض المعدات أو التقنيات الغير متوفرة، أو لبعض المهارات الشخصية لدى الشخص الذي لا يملكها ,مما يولد لديه الشعور بالقلق وضعف الحماس والتوتر الذي ينعكس على سلوك الفرد وتعامله مع الآخرين.

كما تتفق هذه الدراسة مع دراسة سماهر مسلم (2010) التي وجدت أن الاحترق النفسي في بعد الشعور بنقص الانجاز منخفض و يرجع ذلك إلى عدم التقييم الايجابي لأدائهم.

كما يعد تأخر النمو الوظيفي ،وعدم القدرة على التطور المهني والإفتقار الى فرص الترقية من أهم مسببات الضغط النفسي المهني بسبب الشعور بعدم الأمن النفسي أو الوظيفي أو الخوف من الفصل أو التقاعد المبكر (Hurrell & Murphy,1996 ,p398).

و نجد هذه العوامل مجتمعة تحد من قدرة الممرض على أداء مهامه بصورة جيدة، فيتأثر سلبا، إذ يشعر انه لا يؤدي عمله بالشكل الصحيح و لا يقوم بواجبه اتجاه المرضى، و بالتالي يشك في قدراته و إمكانياته و كفاءته المهنية على الانجاز و العطاء، و بالتالي يميل إلى التقدير السلبي لذاته في هذه الحالة يعاني الممرض من احتراق نفسي.

وترى الباحثة أن العمل الزائد من أكثر أسباب الضغوط تكرارا لدى الممرضين بسبب زيادة حجم العمل لديهم وكثرة المسؤوليات التي يكلفون بها، وتعرضهم لمواقف فعلية تثير لديهم الشعور بالقلق والتوتر بسبب تعرضهم لمواقف حياة وموت المرضى وشعورهم بالمسؤولية نحو المرضى، فضلا عن الإرتباط النفسي والعاطفي بهم.

وبالمقابل لم تحقق الفرضية الأولى فيما يخص العلاقة بين الإحترق النفسي وبعد الأعراض العضوية، بمعنى، أنه لا توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وبعد الأعراض العضوية، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى.

2.1.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

أفرزت معالجة الفرضية الثانية بإستعمال معامل (بيرسون) أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الإحترق النفسي وبعض إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية مثل: إستراتيجية الردود الإنفعالية التي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الإنفعالات وخفض المشقة والضييق الإنفعالي الذي يسببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة (طه عبد العظيم حسين وسلامة حسين عبد العظيم، 2006، ص91).

ويمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الإستجابات الإنفعالية التي تولدها الوضعية عدة أشكال، إذ تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الإنفعال بطرق مختلفة، فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الإنتباه أو الهروب أو تمنى زوال مصدر الضيق والإنزعاج، فهي تعمل على تغيير إتجاه الإنتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة؛ أما الطريقة الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الإنفعالية هي توظيف نشاط معرفي الذي يغير ويبدل المعنى الذاتي للتجربة، مثل إعادة التقييم الإيجابي الذي يتضمن تحويل الحدث أو إعادة تقييم الوضعية وتضخيم الجوانب الإيجابية للحدث أو إعادة التقييم الإيجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي ويظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة في التخفيف وتقليل المستوى الإنفعالي شرط ألا يتعدى الضغط عتبة معينة (Dantchev, 1989, p25).

وعليه تبين نتائج هذه الدراسة أن الممرضين الذين يعانون من الإحترق النفسي يستعملون إستراتيجية الردود الإنفعالية كأسلوب لمواجهة الضغوط المهنية، هذا يعني أن إستراتيجية الردود الإنفعالية تتماشى مع الإحترق النفسي عند الممرضين بطريقة طردية، وهذا ما يبدو بديها حسب رأي الباحثة، إذ أن الإنسان الذي ينال منه الإجهاد ذروته، فإن أولى تصرفاته أو ردود أفعاله تكون لا واعية وفوضوية، وتتمثل في الانفجار أمام أي موقف ضاغط، ولا ننتظر منه رد فعل أو تعامل إيجابي مع الموقف؛ الأمر الذي يجعل إستراتيجية الردود الإنفعالية تبرز بقوة دون غيرها من الإستراتيجيات لمواجهة الإحترق النفسي المرتفع الذي تعاني منه عينة الدراسة.

ويمكن إرجاع ذلك أيضا إلى تعدد مصادر الضغوط المهنية التي يعاني منها الممرض ونذكر منها (ظروف العمل، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الأطباء، ومع الزوار...)، وهناك ضغوط أخرى يكون المريض نفسه مصدرا لها، والمتمثلة في قلة الإحترام، والسلوك العدواني من طرفه ومن طرف عائلته، والنظرة المتدنية للمجتمع وغير المشجعة لمهنة التمريض، وندرة العلاوات والحوافز المادية، وضغوط المحيط الخارجي المتمثلة في الأسرة ومشاكل الحياة اليومية. وترجع الباحثة ذلك إلى طبيعة مهنة التمريض فهي تمارس في المستشفى الذي لا يخفى على أحد أنه يعج بالمواقف الضاغطة والمتنوعة ففي كثير من الأوقات يجد الممرض نفسه عاجزا عن مواجهة هذه الضغوط والتخلص منها بأفضل طريقة ممكنة وبالتالي يلجأ إلى إستراتيجية الردود الإنفعالية بهدف التخلص من أعراض الضغوط المهنية وليس من أسبابها.

وكذلك تعزي الباحثة إستعمال الممرضين إستراتيجية ردود الإنفعالية بشكل كبير إلى الكيفية التي يدركون و يقيمون بها الأحداث والمواقف والوضعية الضاغطة، حيث يدركونها و يقيمونها على أنها غير قابلة للتغيير وصعبة التحكم، وهذا ما يؤدي بهم إلى السعي إلى خفض الضغط والتوتر الإنفعالي مع عدم التفكير في تغيير المشكل، كما يرجع ذلك إلى غياب الدعم الإجتماعي الذي يمثل دور العائلة، الأصدقاء، وزملاء العمل في المساعدة على حل المشكل.

وترى الباحثة أنه من الطبيعي أن يتعرض الإنسان للضغط النفسي ما دام يعيش ويتفاعل مع نفسه، وتتفاعل شخصيته مع مكونات البيئة المحيطة به، ولا شك أن الضغوط المهنية تنتج نتيجة ذلك التفاعل، فهي تولد حالة من التوتر الشديد يحدث بسبب العوامل الداخلية والخارجية التي تضغط على الممرض وهذا لعدم تحقيقها، وتخلق حالة من إختلال التوازن وإضطراب السلوك، أو عند إحساس الممرض بالضغط فإنه يسعى إلى التخلص منه أو التخفيف من حدته وهذا بغية تقليص التوتر الناتج عن الضغط وخفض الضيق الإنفعالي؛ وتعتقد الباحثة أن مستوى منخفض من الضغط يعطي دافعية للتقدم والعطاء حيث أن الضغوط تسهم في تشكيل جوانب كثيرة في شخصية الممرض وتشكيل مهاراته وخبراته النفسية والإجتماعية، وتصل قدراته وإستعداداته وتجعل منه كائن إجتماعي قادر على التكيف والتوافق النفسي، وهي تمكنه من تشكيل تفاعلات سلوكية يظهر منها الممرض متكيف أو يعاني من سوء التكيف.

ويتبين مما سبق أن الممرضين يجدون صعوبة كبيرة في إدارة مطالبهم الخارجية والداخلية التي تضغط عليهم، فهم ينظرون إليها على أنها تشكل خطرا وتهديدا وبالتالي فهي تفوق قدراتهم وإمكاناتهم

الشخصية، وهذا ما نتج عنه إنفعالات سلبية كالغضب والخوف، وهم بذلك يستعملون إستراتيجية المواجهة التي تعتمد على الإنفعال بهدف تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط، وهذا ما أشار إليه كل من (لازاروس) و(فولكمان) في تصنيفهما لإستراتيجية المواجهة.

وتفسر الباحثة العلاقة الإرتباطية الموجبة بين مستوى الإحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة الإنفعالية، بأن الممرض يقيم الحدث الضاغط على أنه يمثل تهديدا مرتفعا، وتكون قدرته على التعامل مع الضغوط ومواجهتها منخفضة، فإن التهديد الحقيقي يمكنه الشعور به، وبالتالي زيادة الضغط لديه، أما إذا كانت قدرته على مواجهة الإحتراق النفسي لديه منخفضة، وهذا ما يفسر العلاقة الإرتباطية السالبة بين الإحتراق النفسي وإستراتيجية حل المشكل.

ولقد جاءت نتائج الدراسة الحالية مؤيدة لمجموعة من الدراسات حول العلاقة الإرتباطية الموجبة بين الإحتراق النفسي وإستراتيجية الردود الإنفعالية، والتي منها: دراسة طاهري (2014) التي بينت أنه توجد علاقة إرتباطية موجبة بين الإحتراق النفسي وإستراتيجية المركزة حول الإنفعال، أي كلما إزدادت درجة الضغط النفسي إزدادت درجة الإستراتيجية المركزة على الإنفعال، ويلاحظ أيضا أن معامل الإرتباط بين الدرجة الكلية للإحتراق النفسي ودرجة إستراتيجية المواجهة المركزة حول حل المشكل يساوي (-0.46) وهو دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، وهو يدل على وجود علاقة إرتباطية سالبة بين الإحتراق النفسي وإستراتيجية المواجهة المركزة حول حل المشكل، وهذا يعني أن مستوى الإحتراق النفسي المنخفض يصاحبه إستخدام إستراتيجية المواجهة المركزة حول المشكل (طاهري، 2014، ص112).

وبينت أيضا أن نتائج الفرضية الثانية وجود علاقة إرتباطية سلبية بين الإحتراق النفسي وبعد إستراتيجية التخطيط وإستراتيجية حل المشكل، مع العلم أن هذه الأخيرة تعطي إنطبعا على أن إستراتيجية حل المشكل، إذا إستطاع الفرد أن يفعلها ويكثر من إستعمالها، فإنها ستؤثر وتزيد حتما من شعور الفرد بإنجاز وتقادي نقص الشعور بإنجاز، لكن المشكلة أن إستعمال هذه الإستراتيجية ليس في متناول جميع الأفراد؛ وهذا ما تؤكدته دراسة Lazarus (لازاروس) (1988) التي رتبت إستراتيجية حل المشكل، في المرتبة الخامسة،

وفيما عدى النتيجتين السابقتين اللتين تم التوصل إليهما في الدراسة الحالية، فإنه تم التوصل أيضا إلى أن إستراتيجية التجنب والدعم الإجتماعي، والعناية بالصحة الجسمية عند الممرض ليس لها إرتباط مع الإحتراق النفسي، ومن الواضح أن الضغوط المتعددة التي يعيش تحت طائلتها الممرض، تجعله

لا يكاد يخرج من دوامة الإحترق النفسي برغم إستعماله الإستراتيجيات حل المشكل والتخطيط وإستراتيجية الردود الإنفعالية بدرجة أكبر؛ وهذه النتيجة لا تتفق مع بعض نتائج الدراسات مثل: دراسة Wenger (وينجر) (1990) أن أكثر إستراتيجيات التكيف مستخدمة من طرف عينة الدراسة هي: البحث عن الدعم الإجتماعي، التجنب والإبتعاد. وهذا ما أظهرته أيضا دراسة درويش (1993) حول أكثر الإستراتيجيات إستخداما وهي الإنعزال والإسترخاء والبحث عن الدعم الإجتماعي والتعبير عن المشاعر؛ في حين كانت إستراتيجيات التمرينات الجسمية والتحول عن الموقف والعدوان اللفظي والجسدي إستراتيجيات قليلة الإستخدام. أما دراسة Schinn (سكين) فكانت إستراتيجية الدعم الإجتماعي والتمارين الرياضية والإسترخاء هي الأكثر إستخداما. كما خلصت دراسة إستراتيجيات المواجهة التي قام بها Johnston (جونستون) (1993)، إلى أن أساليب المواجهة التي إعتمدتها عينة الدراسة هي مساندة دعم العائلة والأصدقاء والزملاء والهوايات والراحة. أما ترتيب إستراتيجيات التكيف الأكثر إستخداما في دراسة معاذ العارضة (1998) كان على النحو التالي: إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الضبط الذاتي، إستراتيجية البعد الديني، إستراتيجية الإنسحاب والإنعزال.

وفي ضوء كل ما سبق يتبين من نتائج الفرضية الثانية أن هناك إتفاق مع بعض الدراسات حول العلاقة بين إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية والإحترق النفسي، وإختلاف مع البعض الأخر، وترى الباحثة أن السبب في ذلك يعود إلى تباين ظروف عمل الممرض الجزائري، وبالتالي يختلف إستخدام تلك الإستراتيجيات في ضوء متطلبات هذه المهنة. لهذا فدراسات مثل: دراسة نجوى زكي ومديحة عثمان (1998) التي تم فيها التوصل إلى وجود إرتباط دال موجب بين أساليب المواجهة غير الفعالة (القلق، خفض التوتر، تجاهل المشكل، تأنيب النفس) وبين الإحترق النفسي، كما خلصت الدراسة إلى وجود إرتباط دال سالب بين أساليب المواجهة الفعالة (التركيز على حل المشكل، اللجوء إلى الأصدقاء، البحث عن الدعم الروحي، التركيز على الإيجابيات) وبين مقياس الإحترق الكلي. والنتيجة نفسها نجدها في دراسة Angel (أنجيل) وآخرون (2003)، حيث أشارت إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين إستراتيجية المواجهة وبين الإحترق النفسي عدى بعد تبدل الشعور، كما بينت أن إستراتيجية الإنسحاب ثم العودة إلى العمل والدعم الإجتماعي، وإستراتيجية الصحة الجسمية إحتلت المراتب الأخيرة.

3.2.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

سوف يتم تفسير الفرضية الثالثة من خلال تفسير فرضياتها الجزئية، وذلك من خلال المتغيرات التالية:

❖ متغير الجنس:

لقد توصلت نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الثالثة إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص بعد تبدل المشاعر وذلك لصالح للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)؛ بمعنى أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يعانون من تبدل المشاعر أكثر من الممرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

كما توصلت نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الثالثة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى) فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي ونقص الشعور الإنجاز الشخصي)؛ ويمكن أن نستنتج أن عدم وجود فروق بين الجنسين في بعدي الإنهاك الإنفعالي ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي بسبب معاناة الجنسين بنفس الدرجة في كلا البعدين، لأنهما يتعرضا إلى نفس الضغوط، حيث يتفاعل كلاهما مع تلك البيئة بما فيها أحداث تؤثر في شخصيتهما، مما قد يؤدي في بعض الأحيان الفرق بين الممرضين والمرضات في الإحترق النفسي.

ويمكن أن إرجاع ذلك أيضا إلى نفس المستوى من الإلتزام في العمل لدى الممرضين من الجنسين، وتعرضهم لنفس الأعباء المهنية، والضغط الممارس من الإدارة، ونقص الإعتراف والتقدير، ونقص الإمكانيات، والضغوط الخارجية، وشعور الممرضين بعدم الأمان إتجاه المرضى وخوفهم من وقوع الأخطاء، يعتبر من العوامل التي تؤدي بطريقة مباشرة للإحترق النفسي لدى الممرضين؛ حيث يتساوى الجنسان في ضغوط العمل، وهذا أيضا راجع إلى حرص كل منهما على إكمال عمله على نحو أفضل لسد حاجيات الحياة.

إضافة إلى هذا فإن كلا الجنسين يعملان تحت نفس ظروف العمل الصعبة وبنفس إمكانيات، وهي عوامل تقرب درجة الإحترق النفسي منهم، إذ أن طبيعة مهنة التمريض تتطلب نفس الأدوار والواجبات مع نفس المسؤوليات المهنية. كما يمكن لمحيط العمل، سوء التسيير وتنظيم مصالح المستشفيات،

ونقص قنوات الإتصال، عدم التعاون والمساندة من طرف زملاء العمل أن تؤدي إلى الإحترق النفسي لدى الممرضين.

هذا وقد إتفقت هذه النتيجة مع دراسة كل من عودة (1998)، و ضيف الله النفيعي (2000)، والكلابي ورشيدا (2001)، وإتفقت كذلك مع دراسة جلولي شتوحي (2003) حول الإنهاك المهني لدى الممرضين وإستراتيجيات المقاومة، والتي توصلت إلى أنه لا يوجد فروق بين الإناث الذكور في مستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين. وقد توصلت أيضا دراسة حلي مصطفى (2016) التي أجراها في مصلحة الإستعجالات بمستشفى نذير محمد ببتيزي وزو إلى أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإحترق الوظيفي لدى الممرضين وفق متغير الجنس.

في حين توصلت دراسة عطية منصور (2008) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الضغوط المهنية وأبعادها والمساندة الإجتماعية وأبعادها ومصادر الكفاءة الذاتية وأبعادها بالإحترق النفسي بأبعاده الثلاثة (الإنهاك الإنفعالي، وتبلد المشاعر، ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي) والتعرف على إسهام كل من الضغوط المهنية على المساندة الإجتماعية والكفاءة الذاتية على التنبؤ بالإحترق النفسي، توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنس والإحترق النفسي. ونجد أيضا دراسات أخرى أقرت بعدم وجود فروق بين الجنسين كدراسة بنار رقية (2012) التي أقيمت على مجموعة من الأساتذة، وقد أرجعت عدم وجود فروق يعزى متغير الجنس إلى أنه مع المتغيرات التي طرأت على المجتمع وخروج المرأة للعمل وزيادة المسؤولية لم يعد هناك الكثير من الإختلاف بينها وبين الرجل؛ كما أكدت دراسة شرقي حورية (2010) في مجال الصحة التي بينت أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي لمتغير لجنس لدى العاملين بمستشفى مستغانم.

في حين لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج تحقيق أجرته المؤسسة الأوربية التي توصلت إلى أن الإحترق الوظيفي يظهر بدرجة عالية لدى الإناث بسبب تحملهم عبء زائد، يظهر في القيام بالمهام المنزلية والرعاية اليومية للأطفال، كما يرفع التقسيم المضطرب للعمل المنزلي الغير متكافئ من درجة الضغط اليومي لدى المرأة العاملة؛ وقد إعتبرت المؤسسة الأوربية أن هذا العبء المزدوج له نتائج سلبية على صحة العاملات. كما أظهرت بعض الدراسات أن المحيط العائلي يلعب دور هام في ظهور الإحترق الوظيفي، فعندما تصبح الحياة العائلية مصدر مشاكل فإن مستوى الإحترق النفسي يرتفع ويظهر التوتر لدى العاملات، وبهذا فإن الصراع (عائلة-عمل) يعتبر مصدر أساسي

لحدوث الإحترق النفسي؛ وفي المقابل فإن مستوى الإحترق النفسي يرتفع عند الرجال عندما ترتفع الضغوط المهنية لكن بطريقة مستقلة عن الضغوط العائلية (In:Grebot,2008)

وفي نفس السياق لا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة أجراها عسكر وزملائه (1986) حيث هدفت إلى الكشف عن أثر بعض العوامل الديمغرافية في الإحترق النفسي، وتوصلت إلى أن الذكور كانوا أكثر تعرضا للإحترق النفسي من نظرائهم الإناث.

وفي نفس السياق توصلت دراسة الجامعي (1996) التي أجريت على (165) طبيبا عاملا بمستشفى الملك خالد بمدينة الرياض إلى وجود بعض الفروق الجوهرية بين الإناث والذكور فيما يتعلق بالمنافسة مع الزملاء وبين السعوديين وغيرهم فيما يتعلق بالتعليم الطبي المستمر " (نقلا عن بحري، 2008).

كما جاءت الدراسة الحالية مؤيدة جزئيا للدراسة التي أجراها كل من الخرايشة وعريبات (2005) في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقا لمتغير الجنس بالنسبة لبعد الإجهاد الإنفعالي بينما جاءت معاكسة في بعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، إذ أن هناك وجود فروق دالة إحصائية وفقا لمتغير الجنس ولصالح الإناث بالنسبة لبعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي. كذلك الدراسة التي قام بها محمد الزيودي (2007) إذ خلصت إلى نتائج جزئية تمثلت في عدم وجود فروق دالة إحصائية وفقا لمتغير الجنس في بعدي تبدل الشعور ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي، فيما أشارت الدراسة إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين والمعلمات في بعد الإجهاد الإنفعالي لصالح الذكور. وهذا ما توصلت إليه كل من دراسات Genglass (جونجلاس) و Bunk (بانك) (1988)، ودراسة عدنان الفرج (2001)، ودراسة أسامة بطامية والمعتصم بالله الجوازنة (2004)، ودراسة Mchaurine (مكورين) (2008) حيث توصلوا لوجود فرق دال إحصائيا لصالح المعلمين الذكور.

ومن خلال عرضنا لهذه الدراسات التي جاءت بعضها مؤيدة والبعض الآخر معاكسة لنتائج الدراسة التي قمنا بها مع وجود دلالة إحصائية في مستوى الإحترق النفسي حسب متغير الجنس في بعض الدراسات وعدم وجودها في دراسات أخرى.

❖ متغير الأقدمية:

أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الثالثة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى فيما يخص الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر، الشعور بنقص الإنجاز الشخصي) تعزى لمتغير

الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

قد تظهر هذه النتيجة لأول وهلة غير منطقية، لكن يمكن إرجاعها إلى أنه مهما كانت أقدمية الممرضين فإنهم يتعرضون لضغوط مهنية متقاربة، فالممرضين أقل خبرة قد يشعرون بتدني إنجازهم الشخصي مع زيادة إجهادهم البدني، ولا يحصلون على راتب مناسب للحياة، ومن ثم فقد يقل رضاهم الوظيفي خاصة إذا كانوا من الشخصيات الطموحة الملتزمة التي تضع كثيرا من الأهداف، وتسعى لأن تتقدم في عملها بسرعة؛ فتصطدم بالواقع المهني الجامد، حيث يتعرضون لخيبة أمل شديدة بين التوقعات المبدئية للعامل والواقع المهني بما فيه من روتين؛ مما قد يزيد من ضغوطهم وينتهي بهم الأمر بالوصول لمرحلة الإحترق النفسي. أما الممرضين ذوي الخبرة في مجال التمريض فتقع عليهم ضغوط متشابهة ومنها سوء علاقتهم بزملائهم وعائلات المرضى، وكثرة متطلبات الحياة عليهم؛ مع عدم قدرتهم على التكيف معها بطريقة مقبولة، بل يشعرون بإحباط أهدافهم فيميلون للإستسلام، ويقرر الممرض منهم أن يظل كما هو ويواجه هذه الضغوط أو يلجأ إلى التقاعد المبكر الذي يعتبر من مظاهر الإحترق النفسي، حيث ذكر سعيد حسن الغامدي (2001) أن "هناك علاقة إيجابية بين الإتجاه نحو التقاعد المبكر وزيادة سنوات الخبرة، فكلما زادت الخبرة كلما زاد الإتجاه نحو التقاعد المبكر لما في العمل من ضغوط يصعب مواجهتها (سعيد حسن الغامدي، 2001، ص49).

وقد لاحظت الباحثة أن نتائج المتحصل عليها في هذه الفرضية يمكن إرجاعها إلى كون عامل الأقدمية عاملا ثانويا، فقد يكون هناك من العوامل الأخرى ذات الأولوية في حدوث الإحترق النفسي عند الممرضين كعامل الخبرة مثلا، كما يمكن أن يكون للخلط بين مصطلحي الأقدمية والخبرة تأثير على نتائج الدراسات، فنجد بعض الأفراد لديهم أقدمية معتبرة في العمل في حين لا يمتلكون الخبرة الكافية. وترى الباحثة أن أصحاب الخبرة قد يكونون أكثر عرضة للإحترق النفسي عند تعرضهم للمواقف الضاغطة المستمرة، والتي يعتبرونها حجر عثرة في طريقهم، وأن أهمية الخبرة المهنية أهم وأسبق من الأقدمية في العمل.

ومن هنا قد يكون لمتغير خبرة الممرض دلالة في تأثير على الإحترق النفسي بدلا من سنوات الأقدمية، كما أن العمل والنشاط أمر طبيعي لحيوية ونشاط الأفراد وأن طول سنوات العمل إذ لم

تصطدم بمعوقات وضغوطات صعبة، فأنها لا تشكل مشكلا أو ضغطا على الأفراد إلى درجة الإحترق النفسي.

وقد إتفقت نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الثالثة مع نتيجة دراسة الحرتاوي (1991) التي توصلت إلى عدم وجود فروق تعزى للأقدمية في المهنة، وكذلك دراسة عليجات (1993)، ودراسة الوائلي (1995) ودراسة عبد الرحمان (1992)، ودراسة كل من الطحانية وزياد لطفي (1993) والتي أفادت كل منها بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الأقدمية في المهنة.

كما تتماشى مع كل من دراسة خولة يحي ورننا حامد (2001)، ودراسة عدنان الفرج (2001)، ودراسة كل من فوزية الجمالي وعبد الحميد سعيد (2003)، ودراسة Snow (سنو) (2008) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة لمتغير الأقدمية في العمل.

في حين تعارضت هذه النتيجة مع عدة دراسات منها: دراسة ماهر يوسف (2014)، ودراسة السلخي (2012)، حيث توصلوا إلى أن مستويات الإحترق النفسي تختلف باختلاف عدد سنوات العمل. وأيضا دراسة كل من منصور السيد (2001) ودراسة Gates (غايتس) (2007) حيث وجدا فروق لصالح المعلمين الأقل خبرة؛ ونفس النتيجة توصلت إليها دراسة محمد الزيودي (2007) التي أقيمت على عينة من المعلمين وبينت النتائج أن ذوي المستوى الأقدمية القليلة يتعرض لمستوى أعلى من الإحترق النفسي؛ بالإضافة إلى دراسة ساري (2004) التي أقيمت على عينة من المشرفين في تركيا باستخدام مقياس (ماسلاش) فأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في بعد نقص الشعور بالإنجاز، لصالح المشرفين الأقل خبرة؛ كما أشارت دراسة دبابسة (1993) التي أظهرت الفروق دالة إحصائية لصالح ذوي أقل أقدمية في المهنة.

وفي نفس السياق توصلت دراسة كل من الخرابشة وعريبات (2005)، ودراسة Davis (دايفيس) إلى أن هناك فروق دالة لصالح لأقل أقدمية في العمل؛ أما دراسة العمري والشديفات وأبونبعة (2008) تحت عنوان " تأثير الأنماط القيادية لمديري المدارس على الإحترق النفسي لدى المعلمين" قد أسفرت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإحترق النفسي تعزى لمتغير الأقدمية (نقلا عن: عبد القادر عابدين محمد، 2011، ص450).

وكما بينت دراسة (قوغباز) وآخرون (2007) تحت عنوان "الإحترق النفسي لدى أساتذة الجامعة المحاضرين" والتي توصلت إلى أن مستوى الإحترق النفسي يتأثر بمجموعة من العوامل من جملتها عامل الأقدمية (مسلم عياد أبو مسعود سماهر، 2010، ص75).

وحسب علي عسكر (2003) فإن الأفراد الذين يتمتعون بخبرة أكثر نجدهم هم الجادين والمهتمين بعملهم، وبالتالي فإن هذه الفئة هي التي تكون عرضة للإحترق النفسي (علي عسكر، 2003، ص122).

❖ متغير الأجر:

بينت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الثالثة عدم وجود فروق دالة إحصائية في الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر، نقص الشعور بالإنجاز الشخصي) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى حسب متغير الأجر، ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الأجر لا يلعب دورا في ظهور الإحترق النفسي، لأن حصول العامل على مكافآت تشجيعية والأجور المرتفعة من شأنها أن تساهم في زيادة الشعور بالرضا، والجدير بالذكر أن هذه الحوافز المادية لا يقتصر تأثيرها على الإشباع الإقتصادي فحسب، بل لها تأثير على الحالة النفسية للممرضين؛ فالحصول على الزيادة في الأجر من شأنه أن يحقق إشباعا إجتماعيا ونفسيا، وذلك لأن الدخل المادي ليس أداة إشباع للحاجات الإقتصادية فحسب، وإنما له مدلول إجتماعي، ودليل على تقدير العامل الجيد. وهذا ما أكدته (هرزبرغ) (1936) الذي أشار إلى أن الأجر لا يلعب الدور الكبير في إشباع حاجات الفرد وخاصة النفسية، ولا يحقق سوى الحاجات المادية، ولا يحقق الرضا عن العمل بصورة كلية، هذا لأنه يمنع ظهور مشاعر الإستياء لدى الفرد.

في حين لم تتفق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الثالثة مع نتائج بعض الدراسات التي منها: دراسة العمري (2002) التي بينت على أن هناك علاقة بين الإحترق النفسي والراتب الشهري، ونفس النتيجة توصلت لها دراسة العبادي (1992)، وكذلك دراسة شمسان (2001) التي بينت أن الرضا المالي جاء في المرتبة الثالثة بين عوامل الرضا الوظيفي.

❖ متغير أوقات العمل:

أوضحت نتائج الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الثالثة أنه لا توجد فروق في الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي، تبدل المشاعر، ونقص الشعور بإنجاز الشخصي) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى حسب متغير أوقات العمل (مناوبة النهارية،

مناوبة الليلية ، مناوبة 24 ساعة ، كل يوم)؛ وهذا يعني أن الممرضين العاملين بمختلف المصالح يتعرضون لنفس درجة الإحترق النفسي فيما يخص أوقات العمل المعمول بها، التي هي حسب kampenz (كامبنز) عبارة عن تنظيم ساعات العمل، بحيث يمكن تشغيل فرق مختلفة من العمال لفترات عمل خلال أوقات مختلفة أثناء الأربع والعشرين ساعة (Colquhoun & al, 1968).

وبالرغم من أن ظروف وخصائص العمل بالمناوبة يشكل أحداثا مثيرة للضغط قد تسهم في ظهور الإحترق النفسي والإكتئاب والقلق وإختلاف المظاهر السلوكية المرتبطة بذلك، ومن ثمة فهي بمثابة متغيرات نفسية وسلوكية تسهم في إختلال الصحة النفسية والجسدية للممرضين، والتي تشير إلى الخبرة الوجدانية تتجلى في التشاؤم، الحزن، التذمر الإنشغال، الشعور بالفشل، عدم الرضا، الشعور بالذنب، صعوبة النوم فقدان الشهية، واللجوء إلى المنشطات والمهدئات.

وقد إتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة كل زقار وبلاش بومعالي حول الإحترق النفسي لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات الطبية والجراحية، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الإحترق النفسي لدى ممرضي الإستعجالات حسب نوع المناوبة .

في حين إختلفت نتائج هذه الفرضية مع ما توصلت له دراسة (دومبر)(2003) حول العوامل المسببة للإحترق النفسي للعاملين بالتمريض، حيث بينت أن العمل بالمناوبة الليلية يزيد من ظاهرة الإحترق النفسي لدى العاملات؛ كما بينت دراسة Inah (اينا) وآخرون(2013) أن زيادة ساعات العمل مهئى لظهور أعراض الإحترق النفسي، وهو ما تؤكدته دراسة Khajemhanasiri وآخرون (2014) التي أجريت على عينة من عمال المناوبة والتي بينت نتائجها أن مستويات الإحترق النفسي ترتفع لدى عمال المناوبة، ويرتبط ذلك مع زيادة مدة العمل لهذا النظام، في حين أظهرت دراسة Luca (لوكا) وآخرون أن إنتشار الضغوط يرتفع لدى عمال المناوبة النهارية مقارنة بالمناوبة الليلية.

كما بين كل من Geagen (جيغن) و Lert (ليرت) و Marne (مارن) (1993) الذين قاموا بدراسة طويلة ما بين 1980-1990 حول ظروف عمل الممرضات بالمستشفيات العمومية الفرنسية، والتي ضمت 571 ممرضة تعمل بعضهن بدورية النهار والبعض بدورية الليل، والبعض الآخر بالتناوب؛ وتوصلت إلى أهم النتائج المتمثلة في أن من العوامل التي تزيد من شدة الإنهاك المهني أوقات العمل، وكذلك أن نوعية ساعات العمل بمعنى المضبوطة والمبرمجة مسبقا مع فترات كافية للراحة كانت من بين أهم عوامل الرضا عند الممرضات، أما ساعات العمل التناوبي خاصة العمل الليلي، فتمثل عاملا من عوامل الإنهاك.

كما توصلت دراسة العزيز وردة (2010) التي دارت حول "علاقة الإلتزام التنظيمي بالإحترق النفسي لدى عمال الدوريات"، إلى أن عمال الدوريات يعانون من مستوى مرتفع للإحترق النفسي على جميع أبعاده، رغم أن العمل بالدوريات يؤثر على الإيقاعات الفيزيولوجية للجهاز العصبي (كالحرارة، ومعدل السكر في الدم، وعملية التحول الغذائي)، كما يؤثر على النشاط المعرفي وفي دوافع العمل؛ غير أن هذا النوع من العمل يمكن أن يصبح طبيعياً، أو أقل إجهاد عندما يألف الأفراد ظروف العمل. ومن بين النتائج المتوصل إليها أيضاً في الدراسة أن ممرضين مناوبة يشكون من سرعة التعب والإرهاق وضعف الطاقة اللازمة لإداء العمل، آلام الظهر، إضافة إلى بعض مؤشرات اضطراب النوم وخاصة منها صعوبة الإستيقاظ في كل فترات النوم، كما أن قلة التركيز واضح بشكل ملموس على أداء الممرضين في بعض الأحيان.

مع العلم أن هناك من يؤكد على الآثار السلبية للعمل بالمناوبة مثل (كولكهاون) وزملائه الذين توصلوا إلى كون نظام العمل بالمناوبة يؤدي إلى اضطرابات بيولوجية وفسيولوجية متمركزة حول كل من صعوبة النوم والاضطرابات الهضمية والخلل في مستوى وظائف المخ. إضافة إلى أنه حسب Goswami (جوسوامي) (2012) و Pinilla (بينبلا) (2014) فنظام المناوبة المختلفة يتميز بإضطراب أوقات النوم، العمل الليلي، طول مدة العمل، تغيير المناوبات أوقات العمل والراحة، كذلك قد ينتج عنه إنخفاض الوظائف المعرفية.

وكذلك كل من (موريس) و (مونتال) اللذان أشرفا على دراسة في بعض المؤسسات لثلاث دول إسكندنافية هي: السويد والنرويج والدانمارك، والتي إستمرت لست (06) سنوات، حول "أثر العمل بالمناوبة على العامل" توصلوا إلى نتيجة مفادها أن: العمل الليلي مغاير لفيزيولوجية جسم العامل العادية، وأن الليل أحسن وقت للراحة.

وقد أظهرت نتائج دراسة Kong (كونج) وآخرون (2008) بأن العوامل المرتبطة بساعات العمل (العمل بالمناوبة الليلية، ساعات العمل الإضافي اليومية، الأسبوعية والليلية) زادت من خطر الإصابة بالنعاس الشديد مع نهاية المناوبة؛ وهو ما جاء أيضاً في نتائج دراسة Eldevik (إيلديفيك) وآخرون (2013) أين إرتبط النعاس والأرق والإرهاق الشديد بالعودة السريعة بين المناوبات (أي أقل من 11 ساعة بين مناوبات العمل)، ويعد الإرهاق واحد من أكثر المشكلات التي لا يمكن تجنبها في العمل بنظام المناوبة.

1.2.4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

سوف يتم تفسير الفرضية الرابعة من خلال تفسير فرضياتها الجزئية، وذلك من خلال المتغيرات التالية:

❖ متغير الجنس:

أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرابعة أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممرضين العاملين بمستشفيات ولاية عين الدفلى فيما يخص الضغوط المهنية وأبعاده (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى متغير الجنس.

ويمكن إرجاع ذلك حسب الباحثة إلى أن المناخ التنظيمي في المستشفيات الجزائرية موحد، وكذلك نظام المناوبات الصباحية والمسائية موحد على جميع الممرضين بصرف النظر عن جنسهم، كما أن الضغوط المهنية موحدة على جميع الممرضين، أي تشابه ظروف العمل وتشابه المتاعب والمشكلات والمهام المناطة لهم، وأيضا قلة عدد الذكور الملحقين بمهنة التمريض - حسب إطلاعنا - مما لا يسمح بظهور فروق بين الجنسين في هذه الأبعاد، وكذلك عدم وجود حوافز تدفع إلى التنافس بينهم مما يضعف الدافعية لديهم وبالتالي لا يوجد فروق بين الجنسين.

بالإضافة إلى أن الوسط المهني في الوقت الراهن لم يعد يفرق بين الذكور والإناث، حيث أصبحت الإناث في الوقت الحالي تجابهن ضغوطا مهنية مماثلة للتي يعيشها الرجل، وأصبحت تبحثن عن فرص التطور المهني، وتعملن في كل المجالات وتلتزمن بالتوقيت الرسمي مثلن مثل الرجل.

كما أن كلا الجنسين مكلفين بنفس المسؤوليات إتجاه المرضى، وظروف البيئة والعلاقات داخل العمل، كما أن لكلا الجنسين نفس التوقعات من الوسط الصحي مما يجعلهم يستحضرون مسبقا ماذا سوف يواجهون.

وبينت إستجابات أفراد عينة الدراسة الحالية من خلال على الإجابة على الإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية أن طبيعة العمل مثلها مثل ظروف العمل أو العلاقة مع الممرضين أو العلاقة مع الأطباء، أن الضغوط المهنية لا تتأثر بجنس الممرض، وحسب الباحثة (من خلال إطلاعاتها) إنما تتأثر بشخصية الممرض أكثر، هذه الشخصية المتفاعلة مع الظروف المحيطة بمهنة التمريض وهي

التي تنعكس بقوة وضعف الممرض وبطريقته الخاصة وبأساليبه في التعامل مع المواقف الضاغطة وبخبرته كذلك، فكل هذه العوامل قد يكون لها الأثر الأكبر أكثر من عامل الجنس.

وهذا ما أكدته الكثير من الدراسات منها: دراسة فوفية محمد راضي التي بينت أن الضغوط ترتبط إيجابيا بأبعاد الشخصية، وهذا ما توصل إليه كذلك محمد دسوقي (1998)، حيث بين أن تقدير الضغوط المهنية يختلف باختلاف المهنة بحد ذاتها.

وقد ذكر (شولتز) في هذا الصدد أن مهنة التمريض من أكثر المهن ضغوطا وذلك بسبب عبء العمل الزائد (نقلا عن: شويطر، 2013، ص97)، والنتائج نفسها توصل إليها الباحث الجزائري باهي سلامة (2007) الذي يؤكد على عدم وجود فروق بين الجنسين في شعورهم بأعباء المهنة.

وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة التي توصل إليها كل من عسكر وأحمد (1988) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائيا في ضغوط العمل التي يواجهها الممرضين تعزي متغير الجنس، كما إتفقت مع دراسة اللوزي (1994) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الرضا عن المناخ التنظيمي للعاملين في المستشفيات تعزي متغير الجنس.

إضافة إلى دراسة حسن حريم (2004) التي توصلت إلى أنه لا يوجد إختلاف في ضغوط العمل تعزي لمتغير الجنس، وإتفقت مع دراسة جودة واليافي (2002) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث على بعد ضغوط العمل؛ أما دراسة السقا (2009) توصلت إلى عدم تأثير الجنس على مستوى الشعور بضغط العمل حيث يتعرض الجنسين لضغوط عمل مماثلة، وهذا ما خلصت به أيضا كل من دراسة دخان والحجار (2005) ودراسة عريشة (1992) (نقلا عن: عبد القادر سعيد بنات ، 2009، ص156).

مع العلم أن نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرابعة تعارضت مع عدة دراسات منها: دراسة سعادة وآخرون (2003) حيث أشارت النتائج إلى أنه توجد فروق في ضغوط العمل تعزي لمتغير الجنس، وكذا دراسة Singer (سينجر) (1986)، ودراسة مسلم (2005)، ودراسة ثابت (2003).

كما تعارضت أيضا مع دراسة Stewart (ستيوارت) (2002)، حيث أشارت إلى أن الممرضات يعانين من ضغوط العمل أكثر من الممرضين.

ولم تتفق أيضا مع دراسة كل من عويد المشعان (2001)، تيسير عبد الله (1994)، حيث وجدوا أن الإناث أكثر تعرضا للضغوط المرتبطة بالعمل من الذكور، وعلى العكس كان كل من عليان

(1989)، ومحمد زيد (2002)، وعساف (1992)، قد توصلوا في دراساتهم إلى أن الذكور كانوا أكثر إحساسا بضغط العمل من الإناث (نقلا عن: تغريد زياد عمار، 2006، ص221).

كما توصلت في هذا الصدد دراسة كل من Burley (بيبرلي) (1995) و Pohich (بوهيش) (1989) إلى خلاصة عامة والتي تقر بتأثر كلا الجنسين بالضغط (In : Lachance & al ,2005 ,p149).

❖ متغير الأقدمية:

بينت نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرابعة عدم وجود فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى فيما يخص الضغوط المهنية بأبعادها (الأعراض العضوية-طبيعة العمل-ظروف العمل-العلاقة مع الزملاء الممرضين-العلاقة مع الأطباء-العلاقة مع المرضى-العلاقة مع الزوار-العلاقة مع المسؤولين والإدارة-الراتب والترقية) تعزى لمتغير الأقدمية.

علما أن هذه النتيجة جاءت عكس ما توقعته الباحثة التي إفتترضت العكس، لأن حسبها متاعب التمريض كلما زادت مع مرور الزمن زادت أعباؤها وأثرت أكثر على الممرض. ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى صعوبة المواقف الخاصة بمهنة التمريض، فالممرضين مهما كانت لديهم سنوات الخبرة طويلة أو حديثة في ممارسة هذه المهنة، ليس من السهل عليهم التعود على المشاهد الأليمة، ومن الممكن أن تكون قد صادفتهم العديد من الحالات الحرجة والوفيات...، حيث يجدون أنفسهم عاجزين عن فعل أي شيء للمريض الذي يعاني أمامهم؛ فتراكم هذه المناظر مع مرور الوقت من الصعب أن تفارق ذاكرتهم، فالتعرض لمواقف ضاغطة مع الزمن قد تتسبب في وقوعهم في مستوى مرتفع من الضغوطات.

بالإضافة إلى عدم وجود التشجيع والتحفيز والدعم الإجتماعي والمادي والمعنوي المنتظر من طرف المسؤولين (كالترقية، وغياب المشاركة في قرارات المؤسسة مثلا)، وكذا الظروف الفيزيائية والمادية التي يعملون فيها سواءك كانوا حديثي المهنة أو لديهم أقدمية فيها.

والملاحظ أن نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرابعة، إتفقت مع ما أسفرت عنه بعض الدراسات السابقة منها: دراسة القدومي (1999) التي أثبتت عدم وجود فروق بين أفراد مجتمع الدراسة في ضغط العمل تعزى لسنوات الخبرة، وإتفقت أيضا مع دراسة ميسون السقا (2009) ودراسة جود والباقي (2002)، ودراسة عبد القادر سعيد بنات (2009) الذين أظهروا أنه لا توجد علاقة بين ضغوط العمل وسنوات الخبرة.

كما نجد دراسة الحوشي (2000) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأفراد تبعاً لسنوات خبرتهم في درجة إحساسهم لضغوط العمل؛ وتوافقت مع دراسة مكناسي (2007)، ودراسة اللوزي (1994) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الرضا عن المناخ التنظيمي للعاملين في المستشفيات تعزى لمتغير الخبرة؛ وأيضاً نتيجة دراسة Reynolds (رينولدز) (1997) التي أشارت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات ضغوط العمل التي تواجه الممرضين تعزى لمتغير الخبرة؛ كما إتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة سعادة وآخرون (2003)؛ وكذلك دراسة درويش (2003) ودراسة النعاس (2002)، ودراسة الهنداوي (2002)؛ بالإضافة إلى دراسة المغيدي (2000) ودراسة الدوسري (2005) حول عدم وجود فروق بين ضغوط العمل والولاء التنظيمي تعزى لمتغير الخبرة.

وفي نفس الصدد تشير دراسة عمار (2006) ودراسة حسن حريم (2003) ودراسة نضال ثابت (2003) أن الضغوط لا تختلف باختلاف سنوات الخبرة (نقلاً عن: عبد القادر سعيد بنات، 2009، ص161)

وأيضاً توصلت دراسة قويدر وحابي (2016) إلى عدم وجود فروق في الضغط المهني لدى عمال قطاع الصحة ومن بينهم الممرضين تعزى إلى متغير الأقدمية المهنية.

وفي سياق آخر اختلفت نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرابعة مع العديد من الدراسات، خاصة التي أجريت في المحيط الإستشفائي فمنها من يعزى بالاختلاف في مستويات الضغط المهني إلى الفئة الأكثر أقدمية وأخرى إلى الفئة الأقل أقدمية.

أما بالنسبة للدراسات التي عزت الاختلاف إلى الفئة الأكثر أقدمية، نجد منه دراسة عبد الرحمان بن علي المير (1995)، ودراسة كل من Elkhaulnt (الخولنت) و Algaed (القايد) (2003) فقد وجدوا أن هناك فروق دالة إحصائية بين سنوات الخبرة وإدراك العاملين لمستوى ضغط العمل.

وتشير أيضاً دراسة رجاء مريم الأحمد (2008) إلى وجود فروق بين الأفراد في مستوى الشعور بالضغوط العمل تبعاً لمتغير العمر والخبرة والمستوى الوظيفي لكل فرد؛ تؤكد الدراسة قام بها كل من عبد القادر والمير (1996) على أن صراع الدور وغموض الدور والدخل الشهري والأقدمية تكون مصادر ضاغطة لهؤلاء العاملين.

وجاءت في نفس الساق دراسة المرصد الوطني لسلامة الأطباء بفرنسا، الذي يعتبر تحقيق شمل (920) ممارسا تم نشر نتائجه في شهر ديسمبر (2010) عبر الأنترنت، حيث أكدت النتائج على أن 78% من الممارسين الذين يعانون من الضغط المهني لهم أكثر من 10 سنوات أقدمية في العمل. وفي دراسة مقارنة على نوعية الحياة لدى الممرضين العاملين للباحث Boum Stak Barau (يوم ستارك بارو) وآخرون على عينة قوامها (147) ممارس من العاملين بمصلحة الإنعاش بمستشفى مارسيليا الفرنسي، حيث سجلت مستويات عالية من الضغط المهني بالنسبة لفئة الممارسين ذوي أقدمية في العمل تفوق ثمان سنوات.

في حين أشارت دراسة (كريشيا) (2002) إلى أن الإختصاص والخبرة لهما تأثير مباشر على القدرة على تحمل الضغوط المهنية. في حين جاءت دراسة (تشابمان) (1995) معاكسة، حيث بينت أن الذين أمضوا في العمل سنتين أو أقل كانوا أعلى في مستويات ضغط العمل من زملائهم الآخرين (نقلا عن: رجاء مريم الأحمد، 2008، ص 486).

❖ متغير الأجر:

يتضح من نتائج الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الرابعة أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الممرضين العاملين في مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية بأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، تعزى لمتغير الأجر الشهري؛ وهذا يعني أنه لا توجد فروق في الضغوط المهنية بأبعادها لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى حسب متغير الأجر، أي أنه مهما كانت قيمة الأجر التي يتقاضاها الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتساوون في التعرض إلى الضغوط المهنية بأبعادها. وتتفق هذه النتائج مع دراسة ميسون السقا (2009) التي بينت أنه لا توجد علاقة بين ضغوط العمل تعزى لمتغير الراتب الشهري في جميع مجالات ضغوط العمل الداخلية؛ كما إتقت مع دراسة عبد القادر أحمد مسلم (2007) والتي أظهرت عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حول أبعاد مصادر ضغوط العمل والراتب الشهري للعامل، ونفس النتيجة توصلت إليها دراسة كل من عبد القادر سعيد بنات (2009)، ودراسة محمد صلاح الدين أبو العلا (2009).

ومع العلم أن هناك دراسات إختلفت مع نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرابعة منها دراسة كل من اللوزي والحنيطي (2003)، ودراسة الدوسري (2005)، ودراسة جاد الله (2002)، دراسة الأحمدى (2004)، ودراسة العتبي (1991)، دراسة الطحم (1996)، بحيث أثبتوا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصادر ضغوط العمل تعزى لمتغير الراتب الشهري (الأجر).

وفي نفس السياق أكد Mc Vicar (2003) أن قلة الدخل المادي هو مصدر متزايد للضغط على المرضى، وهناك أدلة على أنه من أسباب الإحترق الوظيفي لهم.

ولعل عدم مناسبة هذا الدخل من العمل، وإحساس المريض أن هذا الأجر الذي يحصل عليه غير مناسب مع الجهد الذي يقوم به، وغير عادل ولا تقدر مجهوداتهم، حيث يعتبر الأجر أحد مولدات القوة للضغط في العمل، خاصة إذا ما كان هناك قصور للإشباع المادي والمعنوي الناجم عن ارتفاع الأسعار السلع والخدمات. فرواتب المرضى بالرغم من الزيادة الحاصلة لا تزال أقل من زملائهم في القطاع الصحي، مما يشكل صعوبات إقتصادية لهم، فالراتب في كثير من الأحيان غير كاف لرعاية عائلة عادية في ظل الأوضاع الإقتصادية الحالية (Burnard & al; 2000).

فالمريض يعمل في بيئة عمل غير جيدة ويتلقى راتب أقل من المهن الأخرى في نفس المستوى التعليمي، وقد يرى المريض أن الأجر والمكافآت التي يحصل عليها غير مناسبة مع الجهد المبذول فينقص وتيرة العمل، مما يحول دون تحقيق أهداف المستشفى من جهة، وإحتمال نشوء صراع مع الإدارة والمرضى وعائلاتهم من جهة أخرى، وذلك لأن المرضى يعتبرون الإدارة غير عادلة ولا تقدر مجهوداتهم ولا مكافأاتهم على أحسن وجه؛ وفي هذا الصدد أوضحت العديد من الدراسات أن المشكلات التي تعاني منها المؤسسات، تعبر عن وجود خلل وعدم التوازن في أنساق البناء الإجتماعي للمؤسسة القائمة بالعمل، وكذلك وجود فرص غير عادلة للترقية والحوافز، ومعاملة المشرفين (عبد الرحمان العيسوي، 1966، ص 39).

❖ متغير أوقات العمل:

بينت نتائج الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الرابعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية، طبيعة العمل، ظروف العمل، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الأطباء، العلاقة مع المرضى، العلاقة مع الزوار، العلاقة مع المسؤولين والإدارة، الأدوات والمستلزمات الطبية، الراتب والترقية) حسب متغير أوقات العمل (مناوبة النهارية، مناوبة الليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم).

وهذا راجع إلى أن الممرضين يمرون بنفس أجواء العمل في مختلف أوقات العمل التي يعمل فيها (المناوبة)، حيث أنه من الصعب إزالة جزء الضغط الوظيفي من المهنة فهو جزء من مهنة التمريض وطبيعة عمل الممرضين، إلا أنه وفي نفس الوقت لا بد من العمل في هذه الضغوط وتقليلها قدر الإمكان من خلال تعلم المهارات اللازمة والموازنة بين مجموعة مختلفة من الأولويات، لما للضغط من تأثير على جودة الخدمة المقدمة .

ويعتبر نظام المناوبة وساعات العمل الطويلة بما فيها تجميع ساعات العمل الأسبوعية أو العمل الإضافي في المرتبة الأولى في ترتيب أعلى عشرة مخاطر السلامة والأمن الصناعي (Standing Human Factors Under)، فهي لطالما إرتبطت بتأثيرها على العامل سواء من الناحية النفسية أو الجسدية أو الإجتماعية ،

فقد قام كل من Almondes (الموندز) و Araujo (أروخو) (2009) بقياس الضغوط والقلق لدى عمال المحروقات باختلاف ظروف نظم العمل بالمناوبة، ضمت العينة (239) عامل (52) منهم عامل بنظام يوم عادي ثابت و(187) عامل بنظام مناوبة مختلفة، أظهرت النتائج أن عمال المناوبة لديهم مستوى قلق أعلى من العمال باليوم العادي؛ حيث بينت نتائج دراسة Neidhammer (نيدهامر) وآخرون (2015) أن مستويات الضغط والقلق مرتبطة بساعات العمل الطويلة أكثر من (48 سا/أسبوع).

كما أن طول ساعات العمل لا يجعل التمريض أولوية لإختيار المهنة (Jack son & Gray 1991)، فجدولة ساعات العمل وطول أوقاتها لا تعطي الممرضين فرصة السيطرة على حياتهم الشخصية، كما أنها تحد من فرصهم لممارسة الأنشطة الإجتماعية.

بالإضافة إلى قلة النوم نتيجة العمل الليلي يؤثر على وظائف الجسم بشكل سلبي على صحة الممرضين وسلامتهم ومستوى أدائهم الوظيفي ومستوى الرعاية التي يتلقاها المرضى، وفي دراسة لمقارنة قلة النوم مع الكحول وجدوا أن قدرة الشخص الجسدية وتركيزه بعد العمل لمدة 17 ساعة متواصلة ، مشابهة لأداء شخص نسبة الكحول في دمه 0.50 % أما العمل لمدة 24 ساعة من غير نوم يشابه أداء شخص نسبة الكحول في دمه 0,1% مما يزيد نسبة الخطأ والإصابة في العمل.

ويوضح الأخصائي في النوم الدكتور الأمريكي (مايكل برويس) " أن نظام العمل المتناوب بين الليل والنهار يكون مريكا للجسم إلى حد كبير، ويصعب التعاطي معه ، ونوه إلى وجود مهن ، ومنها التمريض قد يذهب العامل إلى 24 ساعة من دون نوم للتكيف مع ساعات العمل، على الرغم من أنه

نظام غير فعال إلا أنه ضار جدا، حيث إعتبر الحرمان من النوم لوقت طويل وعدم حصول الفرد على الوقت الكافي من الراحة ، يؤدي في نهاية المطاف إلى حدوث إرباك بين الساعة المتعلقة بالنوم واليقظة والساعة البيولوجية، فهي تبدأ من خطورة إزدیاد الإضطرابات القلبية، والجهاز الهضمي الوعائي وكذلك الإختلال الغذائي.

فإن صعوبة المهنة وطول ساعات العمل وتأثير المناوبات أمر لا يؤثر فقط على الراحة في بيئة العمل بل أيضا على الراحة المنزلية والإجتماعية ، فبيئة العمل مهمة لتحسين مستوى هذه الضغوط والتخفيف منها لأنها أكبر مسبب للضغط (Todd & al 1993)

1.2.5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

سوف يتم تفسير الفرضية الخامسة من خلال تفسير فرضياتها الجزئية، وذلك من خلال المتغيرات التالية:

❖ متغير الجنس:

أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الخامسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين (الممرضات والمرضى العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى)، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية).

وترى الباحثة سبب عدم وجود فروق في إستراتيجيات المواجهة لدى الممرضات المرضيين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، يعود إلى تشابه ظروف وطبيعة العمل في المستشفيات بغض النظر عن جنس الممرض، لأن الممرض مهما كان جنسه له نفس الإحساس بالضغوط، وبالتالي قد يتبنى نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية. رغم أن الممرضة كخيرها من نساء الجزائر، اللواتي إنخرطن في مختلف المجالات والقطاعات، مما أدى بهن إلى التأقلم والتعود على ظروف العمل وضغوطه مثل الرجال. بالإضافة إلى أن إختيار المرأة للعمل في قطاع الصحة وتفضيله على غيره من القطاعات، ربما يكون قد جعل المرأة أكثر تقبلا لهذه المهنة وبالتالي القدرة على التأقلم مع ضغوطات هذه المهنة بنفس التقبل لدى الرجل.

وقد إتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج الدراسة التي أجراها مقداد وخليفة (2012) والتي خلصت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستخدام عينة الدراسة لأنواع إستراتيجيات مواجهة الضغوط، تعزى إلى متغير الجنس. كما أيدت أيضا دراسة معاذ العارضة (1998)، ودراسة صبري

(1996) النتائج المتحصل عليها في هذه الفرضية، حيث أكدت عدم وجود فروق دالة إحصائية في مدى استخدام عينة الدراسة لإستراتيجيات التكيف مع الضغوط، تعزى إلى متغير الجنس (نقلا عن: زياد بركات، 2010، ص21).

كما جاءت بعض الدراسات مخالفة لنتائج هذه الفرضية والتي منها الدراسة التي أجراها بركات (2010)، حيث بينت أنه يوجد فروقا دالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في استخدام الإستراتيجيات الإجتماعية والنفسية والجسمية للتعامل مع الضغوط المهنية تبعا لمتغير الجنس، وجاءت النتائج لصالح الإناث في الإستراتيجيات الإجتماعية والنفسية، ولصالح الذكور في الإستراتيجيات الجسمية (معروف محمد، 2014، ص102).

كما أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الخامسة أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى)، فيما يخص إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية التي كانت لصالح الذكور، وربما يرجع هذا إلى طبيعة الرجل وممارسته الدائمة للرياضة والمحافظة على النظام الغذائي المناسب له، بحكم تخصيصه بعض الوقت لها، عكس المرأة التي تتحمل ضغوط ومسؤوليات العمل والأسرة، لذا لا تجد لديها الوقت المناسب لممارسة هذه الإستراتيجية.

❖ متغير الأقدمية:

بينت نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الخامسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، حسب متغير الأقدمية. وهذا يعني أنه ليس للأقدمية تأثير على مدى استخدام إستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين العاملين في المستشفيات.

وقد جاءت نتائج هذه الفرضية مؤيدة لمجموعة من الدراسات منها دراسة الحرتاوي (1991) ودراسة العدوان (1992)، ودراسة الهمشري (1993)، ودراسة عساف (1989)، التي تؤكد كلها على أن العاملين على إختلاف سنوات عملهم يتعرضون للضغوط المهنية.

بينما لم تتماشى نتائج هذه الفرضية مع بعض الدراسات مثل دراسة مقابلة وسلامة (1993) ودراسة العقرباوي (1994) التي أظهرت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجيات المواجهة، تعزى متغير الأقدمية.

وبالرجوع أيضا إلى نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الخامسة، تبين أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجية الردود الإنفعالية حسب متغير الأقدمية، وجاءت هذه الفروق لصالح الممرضين الذين لديهم أقدمية أقل من 3 سنوات، مقارنة بالممرضين الذين لديهم أقدمية أكثر من 10 سنوات. أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أقل من 3 سنوات يستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من غيرهم. وحسب الباحثة فيمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن الممرضين الأكثر لأقدمية قد تكون خبرتهم زودتهم بأساليب تكيفية سوية لمواجهة الضغوط المهنية التي يتعرضون لها، أما الممرضين حديثي الخبرة (أقدمية أقل من 03 سنوات)، فيستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية التي يتعرضون لها، لأن ليس لديهم الخبرة الكافية لذلك.

❖ متغير الأجر:

تبين من نتائج الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الخامسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الاجتماعي - إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية - وإستراتيجية الردود الإنفعالية)، حسب متغير الأجر.

وهذا يعني أنه لا أثر للأجر الذي يتقاضاه الممرضين في إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية، أي أن الممرضين ذوي الأجر المرتفع والمتوسط والمنخفض، يعتمدون على نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية، وهو هذا يمكن إرجاعه إلى تشابه ظروف العمل عند الممرضين.

❖ متغير أوقات العمل :

تبين من نتائج الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الخامسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الممرضين العاملين في مختلف المصالح الإستشفائية بولاية عين الدفلى، فيما يخص

إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - وإستراتيجية الردود الإنفعالية)، حسب متغير أوقات العمل. ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن الممرضين الذين يعملون في مستشفيات ولاية عين الدفلى يعملون في نفس أجواء العمل في مختلف أوقات العمل التي يعملون فيها، وبالتالي هذا ما يبرر إستعمالهم نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية، بصرف النظر عن أوقات العمل (المنابوة التي يعمل بها).

وقد أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الخامسة أيضا أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمنابوة 24 ساعة يستعملون إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من غيرهم. ويمكن إرجاع ذلك إلى أن الممرضين الذين يعملون في أوقات منابوة 24 ساعة يعتمدون على إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية إلى جانب الإستراتيجيات الأخرى، هذا راجع إلى طبيعة وقت العمل الذي يعملون فيه يتطلب منهم مجهودا كبيرا، خاصة أن الوقت المخصص للراحة غير كافي لإسترجاع الطاقة مما يجعلهم يعتمدون على إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية للمحافظة على اللياقة اللازمة لتأدية المهام الموكلة إليهم.

2.1.6. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

أظهرت نتائج الفرضية السادسة أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي، فيما يخص الضغوط المهنية بأبعادها التالية: طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية؛ وذلك لصالح الممرضين مرتفعي الإحترق النفسي .

وهذا يؤكد أن الممرضين الذين يعانون من الإحترق النفسي بدرجة مرتفعة، أي أن الممرضين قد يستنزفون عاطفيا وبدنيا، وبالتالي ينعكس سلبا على إنتمائهم المهني وجاهزيته للإبداع والتطور، وبالتالي يعانون من الضغوط المهنية، ومصادر هذه الضغوط تتمثل في: طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية.

وتعتبر مثلا طبيعة عمل الممرضين في حد ذاتها مصدر للإحترق النفسي، نظرا لكونهم عرضة بإستمرار للأخطار المختلفة، عبء العمل الزائد وموجهة الحالات المستعجلة.

وحسب Richardson & Burk (ريتشاردسون و بورك) (1990) فإن أسباب الإحترق النفسي يرجع إلى عبء العمل الزائد، المشاكل الإقتصادية، الصراعات العائلية، مدة المناوبات وساعات العمل، عدم الثقة في التشخيص والعلاج والخوف من المساءلة القانونية (نقلا عن: عبد الرحيم الأحمدى، 2002).

بينما يرجع Behar (بيهار) وآخرون (2007) الأسباب إلى صراع عمل-عائلة ، نوعية العمل بالفرق (رديئة أو متوسطة)، غياب فترات الراحة، التوتر الوقتي العالي، السن (الشباب الجدد)، الجنس والخوف من وقوع في الأخطاء الطبية (نقلا عن: حلي مصطفى، 2016، ص164).

وترى Maslach (ماسلاش) (1981) أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدرا للضغط والإنهاء نظرا لكون الممرض عرضة بإستمرار للأخطار المهددة لحيويته كعبء العمل والعوامل الإنفعالية، وفي نفس المسار أشار فهد الربيعة والسماذوي (2003) في دراسة حول الإنهاء النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية بما في ذلك الطب والتمريض والتدريس، توصلت إلى أن مهنة التمريض هي من أكثر المهن التي تخلف شعورا بالإنهاء النفسي خاصة أن العمل بهذه المهنة يتطلب جهدا مضاعفا كما يتطلب الكثير من التركيز بإضافة إلى أن العامل بمهنة التمريض يرتبط بأوقات عمل تختلف عن مهن أخرى.

فحسب Laraba (لارابا) (2007) يصل الممرض إلى تبدل المشاعر تدريجيا، وهي أحيانا نتيجة للإجهاد الإنفعالي، فهو نوع من حفظ الذات، هذا السلوك يحدث بطريقة لا شعورية عند الممرض، وحتى لو لم يكن راض بذلك (ميهوبي فوزي، 2013، ص161).

وقد أكدت دراسة حاتم وهيبة (2005) التي تطرقت لدراسة الإنهاء النفسي لدى الأطباء الجراحين على أن مستوى الإنهاء لدى عينة الدراسة مرتفع، ونفس النتيجة توصلت إليها (2013) على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الإحترق النفسي وعلى إرتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والإحترق النفسي.

كما إتفقت أيضا مع دراسة Chakali (شاكالي) (2000) التي أسفرت على أن 70% من الممرضين بمستشفى البلدية يعانون من الإنهاء الإنفعالي، 30% من تبدل المشاعر، و30% من تدني الشعور بالإنجاز؛ وتتفق كذلك مع دراسة جلوتي (2003) التي بينت أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع

من الإنهاك الإنفعالي؛ كما أثبتت دراسة Rodory (1993) أن نحو 20 % إلى 40 % من المرضى بمستشفى (Bicêtre) في مصلحة السرطان يعانون من الإنهاك المهني. وقد أشارت دراسة كل من Londau (لوندو) (1992) بألمانيا، ودراسة Arnaud (أرنود) (1992) بكندا، ودراسة Behar (بيهار) (1990) بفرنسا، إلى أن 20% إلى 30% من المرضى يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي؛ كما توصلت دراسة البدوي (2000) التي أجريت على (566) ممرض وممرضة في عمان، إلى أن المرضى يعانون بدرجة عالية من الإحترق النفسي ببعده الإجهاد الإنفعالي، وبدرجة متوسطة من الإحترق النفسي ببعده تبدل الشخصية ويعانون بدرجة عالية من الإحترق النفسي ببعده نقص الشعور بالإنجاز الشخصي (نقلا عن: عبد سليم العلي، 2003).

كما توصلت دراسة حلي مصطفى (2016) إلى أن الأطباء والممرضين في مصلحة الإستجالات بتيزي وزو، يعانون من مستوى مرتفع من الإحترق النفسي؛ وتتفق هذه الدراسة مع دراسة بن زروال فتيحة (2013) التي أظهرت أن ممرضي مصلحة الإستجالات في مستشفى أم البواقي يعانون من الإجهاد وأن أسبابه توقيت العمل وغياب الدعم الإجتماعي؛ كما توصلت دراسة Lioyd (ليويد) وآخرون (1994) التي شملت (395) معالج طوارئ في كندا إلى معاناتهم من تبدل الشخصية ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي، وقد أرجعت المنظمة الدولية للعمل (O.I.T) في تحقيق لها حول مصادر الإحترق النفسي لدى موظفي الإستجالات الطبية إلى دوران العمل، اضطراب الحياة العائلية، والخوف من إنتقال العدوى (بن زروال فتيحة، 2013).

فالممرض يخضع دوما لمتطلبات المرضى والتي غالبا ما تفوق قدراته وبالتالي يبدأ الشعور بعدم الفعالية وقلة مردوده، فيفقد نتيجة لذلك الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، ويصبح جاف في معاملته مع المرضى ومع زملاء العمل، ويقيم إنجازاته المهنية تقييما سلبيا.

وما تم التوصل إليه من خلال الفرضية السادسة وحسب الباحثة فإن أحد أسباب الإحترق النفسي لدى الممرضين، يرجع إلى محيط العمل المضطرب وعدم تنظيم المصالح الإستشفائية، فقد لاحظت ذلك العدد الهائل من المرضى الذين يتلقون العلاج في أروقة المصالح؛ هذا ما سبب في بعض الأحيان وقوع مناوشات وحالات العنف اللفظي بين الأطباء والممرضين بل يتعدى الأمر إلى حد تدخل عائلات المرضى التي أصبحت تمارس ضغطا نفسيا قويا على الممرضين. إضافة إلى ذلك غياب الحماية والأمن لديهم بسبب عدم قدرة الإدارة على القيام بمسؤولياتها التنظيمية، إضافة إلى نقص المستلزمات الطبية والأدوية وتعطل الأجهزة المستعملة.

ومن خلال ما سبق يمكن القول أن الضغوط الخارجية والداخلية التي يتعرض لها الممرض، قد تؤدي إلى إستنزاف جسمي إنفعالي ومن أهم مظاهره تبدل المشاعر ونقص الدافعية والأداء النمطي للعمل، وفقدان الإبتكار، ويؤدي إفتقاد الممرض إلى الدعم الإجتماعي ومهارات التكيف لمختلف الأحداث إلى زيادة إحتمال وقوع الممرض فريسة للإحتراق النفسي.

فإن مجمل أعراض الإحتراق النفسي التي يمكن أن يتعرض لها الممرض سواء كانت عضوية أو نفسية تتعكس سلبا على صحته، وتجعله معرضا لإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية؛ وظهور المشكلات والأزمات في حياته المهنية والعائلية، حيث يميل الممرض إلى العزلة والإنسحاب مما يؤثر على أداء رسالته الإنسانية والصحية، وهذا ما أكدته نتيجة هذه الفرضية حول تعرض الممرض إلى مستوى مرتفع من الإحتراق النفسي.

1.2.7. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

بينت نتائج الفرضية السابعة أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي، وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي، وذلك لصالح الممرضين منخفضي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

بمعنى أن الممرضين منخفضي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية التخطيط، إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الدعم الإجتماعي لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من الممرضين مرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

وحسب الباحثة فيمكن إرجاع هذه النتائج إعتقادا على وجهة نظر Lazarus (لازاروس) الذي يرى أن عملية المواجهة ناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة، وبالتالي فنتيجة للتفاعل المستمر بين الممرض وبيئته المهنية، فإنه ووفقا لما ذكره لطفي عبد الباسط (1994) الذي يؤكد أن هذا التفاعل المستمر بين الفرد وبيئته أي الممرض وبيئته (المستشفى) يؤدي إلى إحداث نوع من العلاقات غير الملائمة، والتي تتمثل في الأوضاع المهنية الضاغطة كمشكلات اليومية المستمرة في المستشفى، سواء مع

المرضى، أو الأطباء، أو الزملاء أو المشرفين؛ كل هذا وغيره يحدث بدوره نوعا من المواقف الضاغطة، أو المشكلات التي تفرض نفسها على الممرض، وتوجب عليه مواجهتها، وذلك إما بالتغلب عليها بحلول نهائية تريحه من مصدر الضغط، أي إيجاد حلا جذريا للمشكلة، أو بمحاولة تجاهل المشكلات التي يمر بها وهي ما تعرف بأساليب المواجهة الفعالة.

ففي الحالة الأولى عندما يستخدم الممرضين منخفضي الإحترق النفسي أساليب مواجهة فعالة تقضي على الضغوط وتجنبهم عواقبها السلبية، فيصل الأمر بهم إلى حالة من التوافق والإتزان النفسي؛ أما إذا لجأوا إلى أساليب المواجهة غير الفعالة كالهروب، الإنفعال، الإنكار، التجنب، وإتخاذ أساليب بعيدة كل البعد عن كونها مواجهة فعلية لمصدر الضغط، فيتحولوا إلى حالة من السلبية، لا يبالوا بما يعترضهم من مواقف ضاغطة، وما يعترضهم من مشكلات، فيصبح الممرضين في حالة من العزلة واللامبالاة بل الإنسحاب من المجتمع والتي تمثل أعراضا لظاهرة الإحترق النفسي المرتفع.

ويمكن من خلال أساليب المستخدمة في الدراسة تصنيف الممرضين إلى فئتين: فئة الممرضين منخفضي الإحترق النفسي القادرة على مواجهة مشكلاتها والتصدي لها والتغلب عليها، وبالتالي لا تصل إلى درجة الإحترق النفسي، وهم من يستخدمون أساليب مواجهة الضغوط المهنية الفعالة؛ والفئة الثانية فئة الممرضين مرتفعي الإحترق النفسي غير القادرة على مواجهة مشكلاتها والتصدي لها والتغلب عليها، وبالتالي تصل إلى درجة مرتفعة من الإحترق النفسي، وهم من يستخدمون أساليب مواجهة الضغوط المهنية غير الفعالة.

والملاحظ أن هذه النتيجة تتماشى مع دراسة كل من Boyle (بويل) و Crap yonger (كراب يونجر) و Thomby (تومبي) (1991)، ودراسة كل من Pronost (برونوست) و Tap (تاب) (1996)، حيث خلصت إلى أن إستعمال أساليب المواجهة المركزة حول المشكل يحد من الإنهاك في حين تساهم أساليب المواجهة المتمركزة حول الإنفعال في الإنهاك.

وما يلاحظ بعد الإطلاع على نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة العديدة والمختلفة هو تواجد إختلاف في إستخدام أساليب المواجهة، والذي قد يعود إلى تأثير البيئة المهنية والمناخ التنظيمي السائد فيها، أو البيئة الخارجية، علاوة على الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسات.

وفي نفس السياق وجد Ceslowritz (سيسلوريتز) (1989) أن الممرضين الذين يعانون من إحترق نفسي منخفض يستعملون إستراتيجية المواجهة المتمثلة في إعادة التقييم والبحث عن حل المشكل.

وقد أظهرت أيضا نتائج الفرضية السابعة أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجية الردود الإنفعالية، وذلك لصالح المرضى مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

بمعنى أن المرضى مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من المرضى منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

مع العلم أن إستراتيجية الردود الإنفعالية تهدف إلى التقليل والتعديل من الإنفعالات والمعاناة التي تسببها الأحداث الضاغطة وتتضمن مختلف المحاولات من طرف الفرد لتعديل التوترات الإنفعالية المترتبة عن الوضعية، فهو يحاول تشويه المعنى الذاتي للحدث باللجوء إلى نشاطات معرفية، كالمزاح، الإنقاص من قيمة المظاهر السلبية، وإعادة التقييم الإيجابي (تحويل التهديد إلى تحدي) طايبي نعيمة، 2013، ص285).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات مثل: دراسة كل من Pronost (برونوست) و Tap (تاب) (1996) التي أظهرت بأن المرضى اللذين يعانون مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي يستعملون إستراتيجية متمركزة حول الإنفعال كالهروب ، الإنسحاب؛ وهذا على عكس المرضى اللذين يعانون من مستويات منخفضة من الإحترق النفسي إذ يستعملون إستراتيجيات متمركزة حول المشكل، مع العلم أن هذه الإستراتيجية تساهم في تغيير مباشر للواقع الحالي للعلاقة (فرد- محيط) بتوظيف جهود سلوكية نشيطة مع مواجهة المشكل من أجل حله وتتضمن هذه الإستراتيجية تحفيز وتوظيف خطط عمل تسمح بتغيير الوضع المعاش الشيء الذي يساهم في التغيير من حالته الإنفعالية.

وفي نفس السياق أثبتت الدراسة التي قام بها كل من Corin (كوران) و Bibeau (بيبو) (1985) أن المرضى اللذين يعانون من الإحترق النفسي الشديد يستخدمون الإنسحاب والتجنب بكثرة كإستراتيجية مقاومة.

أما دراسة كل من Lazarus و Folkman (1984) فقد بينت أن الممرض أمام الضغط الشديد، يستعمل إستراتيجية مقاومة قد تصبح غير فعالة، وتظهر عليه سلوكيات إجتماعية سلبية تتمثل في ردود أفعال سلوكية وفيزيولوجية مظطربة (Pronost & Tap, 1996).

وقد أوضحت أيضا نتائج الفرضية السابعة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص بعد إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية؛ وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص بعد إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية. بمعنى أن المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية المتمثلة في إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية.

وفي نفس السياق وجدت دراسة نعيمة طايبي (2013) إختلافات في مستويات الإحترق النفسي للمرضى بإختلاف أساليب المواجهة لديهم، إذ يقل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند المرضى ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع، وبالمقابل فإنه يقل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم عند المرضى ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع. ويزيد إستعمال إستراتيجية التجنب عند المرضى ذوي مستوى تبلد مشاعر مرتفع، كما يزيد إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند المرضى ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض

2. الإستنتاج العام:

الإحترق النفسي عبارة عن حالة من الإرهاق النفسي والإجهاد البدني والشعور بنقص الإنجاز نتيجة للأعباء التي يواجهها الفرد في محيط عمله، ولقد ظهرت العديد من النظريات والدراسات التي تناولت العلاقة بين الضغط المهني والإحترق النفسي؛ فهذا الأخير هو نتيجة لتراكمات الضغوط المهنية.

ونظرا لخطورته فقد زاد إهتمام العلماء به خاصة في الآونة الأخيرة، نظرا لنتائج السلبية التي يتعرض لها المصاب به؛ ومن بين الباحثين الذين إهتموا بالموضوع نجد (كريستينا ماسلاش) ومحمد صلاح الدين أبو العلا وعلي عسكر وغيرهم.

إلا أن هناك شبه إتيافق بين الباحثين والمختصين في أن أسباب الإحترق النفسي هي الضغوط المهنية، التي تعتبر من المواضيع المطروحة في عصرنا هذا وذلك لتفقم الظاهرة، حيث إشمطت معظم المهن؛ وذلك للتغيرات التي طرأت على المجتمع، في ظل زمن السرعة والتكنولوجيا. فالضغط المهني يظهر نتيجة المشاكل التي يصادفها الفرد في مواجهة مطالب الحياة، في عالم اليوم المعقد (هانم بنت حامد ياركندي، 2008، ص 2). ويرجع الإهتمام بالضغوط إلى الآثار السلبية على سلوك الأفراد والجماعات في العمل، حيث وجدت الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية أن 82 % من الأفراد العاملين يعانون فعليا من الضغوط المهنية (عبد الرحمان المير، 1995، ص210).

وهناك من يرجع الضغوط إلى إزياد المتطلبات البيئية على إمكانيات الفرد وإدراكه على أنها غير موازية لقدراته، هذا ما ينجر عنه فشل في مواجهة تلك المتطلبات (علي عسكر وأحمد عباس، 1988، ص69).

فقد أثارت هذه الضغوط إهتمام العديد من الباحثين ذلك للتعرف على مسبباتها والآثار المترتبة عنها من أجل وضع إستراتيجيات ملائمة للحد منها (عبد الرحمان هيجان، 1998، ص43). ويرى محمد أبو العلا 2009 أن الضغط حالة نفسية وذهنية، تؤدي إلى الإرهاق الجسمي الذي يتطور إلى مشاكل أخرى وأهمها الإحترق النفسي. (نقلا عن: محمد صلاح الدين أبو العلا، 2009، ص9).

إلا أن هناك إتفاق بين أغلب الباحثين والمختصين على خطورة كل من الإحترق النفسي والضغط المهنية، على الفرد في كل نواحي حياته؛ بل تعتبر الضغوط المهنية أهم المصادر التي قد تؤدي للإحترق النفسي لدى الفرد.

وهذا ما آثار إهتمام الباحثة حيث حاولت دراسة العلاقة من جهة بين الإحترق النفسي والضغط المهنية، ومن جهة أخرى بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية لدى الممرضين؛ لأن مهنة التمريض مهنة من المهن الشاقة، خاصة وأن الباحثين المختصين قد أجمعوا على ذلك، نظرا للمجهودات التي يقومون بها من أجل السهر على رعاية وسلامة المرضى، وبالمقابل يواجهون مشاكل عديدة في محيط عملهم، هذا ما يجعل الممرض عرضة لضغوط مختلفة في مجال عمله، يمكن أن تسبب له درجات عليا من الضغط ويمكن أن تصل إلى حد الإحترق النفسي.

ولدراسة هذا الموضوع تم الإجابة على تساؤلات الدراسة، من خلال إختبار فرضياتها؛ وبإتباع إجراءات منهجية خاصة بالجانب التطبيقي لهذه الدراسة، التي سمحت بالوصول إلى النتائج التالية:

■ بالنسبة للفرضية الأولى:

تحققت الفرضية الأولى فقط فيما يخص العلاقة بين الإحترق النفسي والضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل، ظروف العمل، العلاقة مع الزملاء الممرضين، العلاقة مع الأطباء، العلاقة مع المرضى، العلاقة مع الزوار، العلاقة مع المسؤولين الإدارة، الأدوات والمستلزمات الطبية، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى. وبالمقابل لم تتحقق الفرضية الأولى فيما يخص العلاقة بين الإحترق النفسي وبعد الأعراض العضوية، بمعنى، أنه لا توجد علاقة إرتباطية بين الإحترق النفسي وبعد الأعراض العضوية، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى.

■ بالنسبة للفرضية الثانية:

تحققت الفرضية الثانية فقط فيما يخص العلاقة بين الإحترق النفسي والإستراتيجيات التالية: التخطيط وإستراتيجية حل المشكل وإستراتيجية الردود الإنفعالية، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، بمعنى أنه توجد علاقة عكسية بين الإحترق النفسي وكل من إستراتيجية حل المشكل وإستراتيجية التخطيط؛ في حين توجد علاقة طردية بين الإحترق النفسي وإستراتيجية الردود الإنفعالية. والإحترق النفسي،

وبالمقابل لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الإحترق النفسي وكل من إستراتيجية التجنب وإستراتيجية الدعم الإجتماعي وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية.

■ بالنسبة للفرضية الثالثة:

تم إختبار هذه الفرضية من خلال فرضياتها الجزئية، والتي تم التوصل فيها إلى النتائج التالية:

✓ **بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى:** تحققت الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الثالثة فيما يخص فقط بعد تبدل المشاعر، بمعنى أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين (المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص بعد تبدل المشاعر، وذلك لصالح للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)؛ بمعنى أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يعانون من تبدل المشاعر أكثر من المرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

وبالمقابل لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الثالثة فيما يخص بعد الإنهاك الإنفعالي وبعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي، بمعنى أن المرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يعانون بنفس الدرجة أو درجة متقاربة من أبعاد الإحترق النفسي التالية: بعد الإنهاك الإنفعالي وبعد نقص الشعور بالإنجاز الشخصي.

✓ **بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية:** لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الثالثة، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، حسب متغير الأقدمية؛ بمعنى أنه لا توجد فروق في الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي - تبدل المشاعر - نقص الشعور بالإنجاز الشخصي) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، حسب متغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات). أي أنه مهما كانت أقدمية الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتعرضون لنفس درجة أو درجة متقاربة من الإحترق النفسي وأبعاده.

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة: لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الثالثة، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، حسب متغير الأجر؛ بمعنى أنه لا توجد فروق في الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي) لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، حسب متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج). أي أنه مهما كانت الأجر التي يتقاضاها الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يتعرضون لنفس درجة أو درجة متقاربة من الإحترق النفسي وأبعاده.

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الرابعة: لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الثالثة، فيما يخص الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، حسب متغير أوقات العمل؛ بمعنى أنه لا توجد فروق في الإحترق النفسي وأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي)، لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى حسب متغير أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)؛ أي أنه مهما كانت أوقات العمل فإن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يتعرضون لنفس الدرجة أو درجة متقاربة من الإحترق النفسي بأبعاده (الإنهاك الإنفعالي- تبدل المشاعر- نقص الشعور بالإنجاز الشخصي).

■ بالنسبة للفرضية الرابعة:

تم إختبار هذه الفرضية من خلال فرضياتها الجزئية، والتي تم التوصل فيها إلى النتائج التالية:

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى: لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرابعة، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادهما التالية: (الأعراض العضوية - طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية -

الراتب والترقية)، أي أن الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يتعرضون لنفس أو بدرجة متقاربة للضغوط المهنية وأبعادها التالية: (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية) .

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية: لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرابعة، بمعنى أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى في الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، حسب متغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة: لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الرابعة، بمعنى أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى في الضغوط المهنية وأبعادها (الأعراض العضوية - طبيعة العمل - ظروف العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، حسب متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج).

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الرابعة: تحققت الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الرابعة فيما يخص فقط بعد ظروف العمل، بمعنى أنه توجد فروق في ظروف العمل لدى الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى حسب أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم)، فيما يخص بعد ظروف العمل؛ وذلك لصالح الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة. أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة أكثر عرضة لضغوط

ظروف العمل أكثر من غيرهم. وبالمقابل لم تتحقق الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الرابعة فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: الأعراض العضوية - طبيعة العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية؛ بمعنى أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: الأعراض العضوية - طبيعة العمل - العلاقة مع الزملاء الممرضين - العلاقة مع الأطباء - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزوار - العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية)، حسب متغير أوقات العمل (مناوبة نهارية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم).

■ بالنسبة للفرضية الخامسة:

تم إختبار هذه الفرضية من خلال فرضياتها الجزئية، والتي تم التوصل فيها إلى النتائج التالية:

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى: تحققت الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الخامسة، فيما يخص فقط إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية، بمعنى أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية؛ وذلك لصالح للذكور (الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى)، أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من الممرضات العاملات بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

وبالمقابل لم تتحقق الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الخامسة، فيما يخص أبعاد إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية التالية: إستراتيجية التجنب - إستراتيجية التخطيط - إستراتيجية حل المشكل - إستراتيجية الدعم الإجتماعي - إستراتيجية الردود الإنفعالية، لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجنسين (الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى) فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط

التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية؛ أي أن الممرضات والممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس أو بدرجة متقاربة إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية.

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية: تحققت الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الخامسة فقط فيما يخص إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية، حسب متغير الأقدمية؛ بمعنى أنه توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فما يخص إستراتيجية الردود الإنفعالية حسب الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات)؛ وذلك لصالح الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أقل من 3 سنوات، مقارنة بالممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أكثر من 10 سنوات. أي أن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين لديهم أقدمية أقل من 3 سنوات يستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من الذين لديهم أقدمية أكثر من 10 سنوات. وبالمقابل لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الخامسة، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، بمعنى أنه لا توجد فروق بين الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الاجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، حسب متغير الأقدمية (أقل من 3 سنوات، من 3 سنوات إلى 7 سنوات، من 8 سنوات إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات).

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة: لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الخامسة، فيما يخص إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (إستراتيجية التجنب-

إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، حسب متغير الأجر؛ بمعنى أنه لا توجد فروق بين المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى في إستراتيجيات مواجهة الضغوط (إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، حسب متغير الأجر (من 20000 دج إلى 30000 دج، من 31000 دج إلى 40000 دج، أكثر من 40000 دج)؛ أي أنه مهما كانت الأجر التي يتقاضاها المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى فإنهم يستعملون نفس أو بدرجة متقاربة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية.

✓ بالنسبة للفرضية الجزئية الرابعة: تحققت الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الخامسة فيما يخص فقط إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية، حسب متغير أوقات العمل؛ بمعنى أنه توجد فروق بين المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لدى المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى حسب أوقات العمل (مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم). وذلك لصالح المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة. أي أن المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى الذين يعملون بمناوبة 24 ساعة يستعملون إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من غيرهم. وبالمقابل لم تتحقق الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الخامسة فيما يخص الإستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية؛ بمعنى أنه لا توجد فروق في إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية)، لدى المرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى حسب متغير أوقات العمل (

مناوبة نهائية، مناوبة ليلية، مناوبة 24 ساعة، كل يوم). أي أنه مهما كانت أوقات العمل فإن الممرضين العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس أو بدرجة متقاربة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التجنب- إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي- إستراتيجية الردود الإنفعالية).

■ بالنسبة للفرضية السادسة:

تحققت الفرضية السادسة فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الراتب والترقية، بمعنى أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص الضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع الزوار- العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الراتب والترقية؛ وذلك لصالح الممرضين مرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى، بمعنى أن هؤلاء يتعرضون للضغوط المهنية وأبعادها التالية: طبيعة العمل- ظروف العمل- العلاقة مع الزملاء الممرضين- العلاقة مع الأطباء- العلاقة مع المرضى- العلاقة مع المسؤولين والإدارة - الأدوات والمستلزمات الطبية - الراتب والترقية، أكثر من الممرضين منخفضي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى. وبالمقابل لم تتحقق الفرضية السادسة فيما يخص بعد الأعراض العضوية، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفيات ولاية عين الدفلى. وبالمقابل مستشفيات ولاية عين الدفلى، فيما يخص بعد الأعراض العضوية، أي أنهم يعانون بدرجة متشابهة لنفس الأعراض العضوية.

■ بالنسبة للفرضية السابعة:

تحققت الفرضية السابعة فيما يخص بعد إستراتيجية التخطيط وبعد إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الدعم الإجتماعي، بمعنى أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين الممرضين منخفضي ومرتفعي الإحتراق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص

إستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية: إستراتيجية التخطيط- إستراتيجية حل المشكل- إستراتيجية الدعم الإجتماعي، وذلك لصالح المرضى منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى. أي أن المرضى منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية التخطيط، إستراتيجية حل المشكل، إستراتيجية الدعم الإجتماعي لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من المرضى مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

تحققت الفرضية السابعة أيضا فيما يخص بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية، بمعنى أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، يخص بعد إستراتيجية الردود الإنفعالية؛ ولكن لصالح المرضى مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى. أي أن المرضى مرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستخدمون إستراتيجية الردود الإنفعالية لمواجهة الضغوط المهنية أكثر من المرضى منخفضي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى.

وبالمقابل لم تتحقق الفرضية السابعة فيما يخص بعد إستراتيجية التجنب وبعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية، بمعنى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى، فيما يخص بعد إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية. أي أن المرضى منخفضي ومرتفعي الإحترق النفسي العاملين بمختلف مصالح مستشفى ولاية عين الدفلى يستعملون نفس أو بدرجة متقاربة لإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية المتمثلة في إستراتيجية التجنب وإستراتيجية العناية بالصحة الجسمية.

وفي الأخير فإذا لم يتم مواجهة الضغوط المهنية، بإستخدام إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية الفعالة، فإنها قد تتراكم لتصل إلى درجاتها العليا التي يمكن أن تتأزم، وتنتقل إلى مرحلة الأخيرة التي تتمثل في الإحترق النفسي، الذي يكون له نتائج وخيمة إما على المؤسسة الإستشفائية أو الممرض، ويكون عرضة لأمراض وأزمات صحية إما نفسية أو جسدية.

خاتمة:

في الدراسة الحالية تم تسليط الضوء على متغيرين من أهم المتغيرات في مجال علم النفس ، متغيران لهما الأثر الكبير على سلوكيات العامل، ألا وهما الإحترق النفسي والضغط المهنية. ولعله لا يختلف إثنان أن الإهتمام الإحترق النفسي والضغط المهنية يعود بالفائدة الكبيرة على العامل والتنظيم الذي يعمل فيه على حد سواء، خاصة أن الدراسات أثبتت أن هذين المتغيرين لهما صلة مباشرة وغير مباشرة بالعديد من المتغيرات الأخرى.

لذا جاءت الدراسة الحالية بهدف معرفة العلاقة الموجودة بين الإحترق النفسي والضغط المهنية لدى الممرضين، والكشف عن أساليب المواجهة التي يستخدمها الممرضين للحد من هذه الظاهرة. ولقد تم تطبيق الدراسة على شريحة هامة من شرائح المجتمع، وهي الممرضين (200 ممرض وممرضة موزعين على ثلاث مستشفيات بولاية عين الدفلى: مستشفى فارس يحي (مليانة)، مستشفى مكور حمو(عين الدفلى)، مستشفى أحمد الأطرش (خميس مليانة)؛ وهذا ما يزيد من أهمية الدراسة، حيث أن مهنة التمريض من أهم المهن الإنسانية التي تساعد الناس.

وإنطلاقاً من النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، والتي من خلالها ندق ناقوس الخطر فإنه على المهتمين بالصحة النفسية للممرض، أن يفتربوا أكثر منه، وذلك بفهم نفسيته، وسلوكه في تفاعله مع البيئة التنظيمية والإجتماعية، وفهم كيفية إدراكه للبيئة التي يعمل ضمنها، ومن ثم إشراكه في التغييرات التي يطمح إليها، في ظل الإصلاحات التي يطالبون بها في المستشفيات؛ إذ لا يجب تجاهل الممرض في أي تغيير. كما يجب تزويد الممرض بكل ما من شأنه أن يساعده على الوقاية من الضغوط المهنية والإحترق النفسي، من خلال تدريبه على إستخدام الإستراتيجيات الفعالة لمواجهتها

ويجب الإشارة إلى أن الدراسة الحالية ما هي إلا محاولة، ولبنة تتطلب المزيد من الدراسات والبحوث من طرف المختصين لبناء إطار نظري شامل، يمكن من تفسير ظاهرة الإحترق النفسي والضغط المهنية عند الممرض الجزائري، ولعله يمكن الوصول من خلال تراكم المعرفة إلى بناء نموذج يقود إلى فهمهما؛ بالتالي تحديد السبل الفعالة للتصدي لها سواء عن طريق الوقاية أو العلاج، بإعتبارهما أكبر المعوقات التي يواجهها الممرض. لأنه بالرغم من أهمية التمريض إلا أنه لم يحظى بمكانة عالية في نظر المجتمع الجزائري، فالمكانة الإجتماعية للممرض جد منخفضة إذ يعتقد عامة الناس أنها في متناول الجميع ولا تتطلب أي قدرات خاصة أو تكوين؛ بل أن المجتمع الجزائري ينظر

إلى الممرض أو الممرضة على أساس أنه خادم أو خادمة لا غير لأنهما يقدمان الخدمات المختلفة للمرضى.

وإنطلقت هذه الدراسة من عدة فرضيات، ومن أجل اختبار هذه الفرضيات تمّ:

- تم تكيف وبناء أدوات الدراسة المتمثلة في: مقياس الإحترق النفسي ل (ماسلاش)، والإستبيان المقنن الخاص بالضغوط المهنية كما يركها الممرضين، المعد من طرف الباحثة، والإستبيان الخاص بإستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين، المعد من طرف الباحثة، من أجل جمع البيانات؛ وذلك بعد الاطلاع على التراث العلمي الخاص بهاذين المتغيرين، ونتائج الدراسة الاستطلاعية. وقد تم القيام بالدراسة السيكومترية بغية تحقيق شروط الصدق والثبات، عن طريق تطبيقها على عينة استطلاعية تتكون من 100 ممرض.

- تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها 200 ممرض عاملين بالمؤسسات الإستشفائية لولاية عين الدفلى (مستشفى فارس يحي (مليانة)، مستشفى مكور حمو (عين الدفلى)، مستشفى أحمد الأطرش (خميس مليانة))

- تم معالجة المعطيات التي تم الحصول عليها إحصائيا، وذلك بعد فرزها وتفرغها في جداول باستعمال برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.20

وتوصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج منها ما دل على تحقيق بعض الفرضيات، ومنها ما دل على عدم تحقيق فرضيات أخرى، وهناك من الفرضيات من تحقق جزءا منها.

لكن في الختام تبقى نتائج الدراسة الحالية رهينة العينة وخصائصها، لأن دراسة الممرضين بولاية عين الدفلى لا تسمح بتعميم النتائج على الممرضين الجزائريين بصفة عامة، ولأن أفراد العينة ينتمون إلى منطقة جغرافية لها طابع خاص يميزها عن غيرها من المناطق الجزائرية، ويعيشون ويعملون في ظروف وتحديات تختلف عن باقي الممرضين.

الإقتراحات:

إنفقت الدراسات السابقة التي إهتمت بمتغيرات الدراسة الإحتراق النفسي والضغط المهنية عند الممرضين، أن هذين الظاهرتين من أبرز المشاكل التي يعاني منها الممرضين في الوسط الإستشفائي، فهي تؤثر على الممرض وتتعرض كذلك بشكل سلبي على المريض، ومن أجل التخفيف من أعراض الظاهرتين نتقدم بمجموعة من الإقتراحات العملية التي يمكن من شأنها إضفاء طابع الحيوية على مهنة التمريض:

- ✓ توعية وتحسيس الممرضين بظاهرة الضغط المهنية والنتائج المترتبة عنها.
- ✓ تحسين ظروف العمل وذلك بتوفير كل المتطلبات المادية والبشرية الضرورية لأداء العمل.
- ✓ تحسين المناخ التنظيمي للعمل من خلال الإهتمام بالجانب التنظيمي وإعادة النظر في نظام الإتصال والعلاوات والمكافآت المعمول بهم في المستشفيات والإهتمام بقضايا الممرضين، ووضع حلول للمشاكل التي تواجههم أثناء تأدية مهامهم وتفويض صلاحيات كافية لهم وإشراكهم في صنع القرارات المتعلقة بعملهم.
- ✓ وضع برنامج لترقية في العمل واضح وإفصاح فرص الترقية والتقدم أمام جميع الممرضين.
- ✓ الإهتمام بالتحفيز المعنوي، فعلى الرغم من أهميته فإن القليل من المسؤولين من يولي الأهمية لهذا، رغم أن هذا النوع من التحفيز لا تقل أهميته عن التحفيز المادي، خاصة فيما يتعلق بالتقليص من مستويات الضغط والإحتراق النفسي.
- ✓ وضع برنامج لتقييم الأداء على أسس عادلة ، وذلك بوضع سجل خاص يدون فيه المشرف المباشر البيانات والملاحظات الإيجابية والسلبية المتعلقة بأداء الممرضين وسلوكهم والأخذ به عند تعبئة التقرير السنوي العلني الخاص بهم.
- ✓ الإهتمام بالظروف الفيزيائية والتصميمية لمراكز العمل والإهتمام بالنظافة والتهوية والإضاءة المناسبة.
- ✓ إحترام المعايير والمواصفات الأرغونوميا الخاصة بالمستشفيات عند تصميمها وبنائها.
- ✓ إعادة هيكلة وتطوير جميع المصالح استشفائية لكي تكون قادرة على إستيعاب العدد الهائل للمرضى وذلك لتحسين ظروف أداء الممرضين للمهنة، فالعدد الهائل من المرضى الذين ينتظرون العلاج في أروقة المصالح الإستشفائية يؤثر سلبا على تأدية الممرضين لمهامهم.

- ✓ تزويد المصالح الإستشفائية بالأجهزة والوسائل الطبية الحديثة التي تساعد المرضى على تأدية مهامهم على أحسن وجه.
- ✓ العمل على زيادة المرضى من حيث العدد في جميع المصالح للتغلب على ضغط العمل الناجم عن عبء العمل والمناوبات.
- ✓ وضع وصف وظيفي خاص بمهنة التمريض في كل المصالح والإختصاصات لتحديد واجباتهم ومسؤولياتهم بشكل واضح يخفف من شعورهم بالضغط الناجمة عن صراع الدور.
- ✓ الإهتمام بالمسار المهني للممرض، وتنظيم عملية الترقية في المناصب بناء على معايير الكفاءة، من أجل خلق جو من العدالة التنظيمية يرفع إحساس الممرض بالأمن الوظيفي فيما يتعلق بمصيره المهني وهذا يجعله يتفرغ لمهنة التمريض ويخفف من مستوى الإحترق النفسي.
- ✓ إخضاع المرضى الذين يعانون من الضغوط المهنية إلى جلسات إرشادية الهدف منها القضاء على الضغط عند الممرض، وكذا إكسابه الإستراتيجيات الضرورية لتفادي الوقوع في الإحترق النفسي.
- ✓ إجراء المزيد من الدراسات حول ضغوط العمل والإحترق النفسي وتحليل أسبابها والعمل على إدارتها بشكل جيد.
- ✓ الإهتمام بالمشاعر الإنسانية للعاملين في مهنة التمريض من قبل المرضى ، وعائلاتهم ، والإدارة والأطباء .
- ✓ إجراء دراسات حول نظام المناوبات على العاملين في مهن تتطلب المناوبة.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

- 1- إبتسام أحمد أبو العمرين، (2008): مستوى الصحة النفسية للعاملين بهيئة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم، رسالة ماجستير، فلسطين.
- 2- إبراهيم أمين القريوتي وفريد مصطفى الخطيب، (2006): الإحترق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الإحتياجات الخاصة بالأردن، مجلة كلية التربية، العدد (23)، دولة الإمارات العربية المتحدة، جامعة الإمارات.
- 3- إبراهيم. القريوتي وإبراهيم أمين وعبد الفتاح فيصل أحمد، (1998): الإحترق النفسي لدى عينة معلمي الطلاب العاديين ومعلمي الطلاب ذوي الإحتياجات الخاصة بدولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة كلية التربية، العدد (15)، دولة الإمارات العربية المتحدة، جامعة الإمارات.
- 4- أبو بكر مصطفى، (2003): إدارة الموارد البشرية محل تحقيق الميزة التنافسية، الإسكندرية، مصر، الدار الجامعية.
- 5- إحسان أغا، (2002)، البحث التربوي: عناصره، مناهجه، أدواته، الطبعة (04)، مكتبة الجامعة الإسلامية.
- 6- أحمد العزيز وأحمد أبو أسعد، (2009): التعامل مع الضغوط، عمان، الأردن، دار الشروق.
- 7- أحمد عبد الحليم عربيات، (1994): مصادر الضغط النفسي لدى المراهقين كما يدركها المراهقون والمعلمون والمرشدون، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الأردن، الجامعة الأردنية.
- 8- أحمد عبد المطيع الشخابنة، (2010): التكيف مع الضغوط النفسية، الأردن، دار حامد للنشر والتوزيع.
- 9- أحمد ماهر، (2002): السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات، الإسكندرية. مصر، الدار الجامعية.
- 10- إدريس ثابت والمرسي جمال الدين، (2002): السلوك التنظيمي نظريا ونماذج، القاهرة، الدار الجامعية.

- 11- إسماعيل طه وألطف ياسين، (دون تاريخ): الضغوط المهنية وعلاقتها بالتوافق المهني لدى أساتذة الجامعة، كلية تربية البنات، مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد، العدد (12).
- 12- إعتدال معروف،(2001): مهارات مواجهة الضغوط في الأسرة في العمل في المجتمع، الرياض، المملكة العربية السعودية، مكتبة الشهري.
- 13- أمل الشامات، (2004): مصادر ضغوط العمل التنظيمية لدى مديرات المدارس في مدينة الرياض، مجلة مستقبل التربية العربية، العدد (37)، الرياض.
- 14- أمل سليمان تركي العنزي، (2004): أساليب مواجهة الضغوط عند الصحاحات والمصابات بالإضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية) -دراسة مقارنة-، رسالة ماجستير، كلية التربية. جامعة الملك سعود.
- 15- أنجيس مورييس، (2006): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تدريبات علمية، ترجمة صحراوي بوزيد وبوترقة كمال وسبعون سعيد، الجزائر، دار القصبه للنشر.
- 16- إيمان محمود القماح، (2002): علاقة مفهوم الذات بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الراشدين الصريين والإماراتيين - دراسة حضارية-، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية.
- 17- برحيل فاطمة الزهراء،(2009): دور الطبيب والممرض في العلاج الطبي، مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية، العدد (24)، عنابة، الجزائر، إصدار جامعة باجي مختار.
- 18- بن زروال فتيحة، (2013): الإجهاد المهني لدى العاملين بمصلحتي الإستجالات والتوليد (المصادر، الأعراض وإستراتيجيات المواجهة) دراسة ميدانية بالقطاعات الإستشفائية لولاية أم البواقي، الجزائر، مجلة حوليات جامعة قالمة للعلوم الإجتماعية والإنسانية، العدد (07).
- 19- بن طاهر بشير، (1992): الضغط المهني أبعاده وعلاقته بالإجهاد النفسي وإستراتيجيات التصرف لدى أساتذة التعليم الثانوي، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر، جامعة وهران.

- 20- بن عبد الله عبد القادر، (2012): مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى طلبة الجامعة تخصص علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية في ضوء بعض المتغيرات، أطروحة دكتوراه العلوم في الإرشاد النفسي الرياضي، الجزائر، جامعة الجزائر3.
- 21- بوتوتة لامية، (2015): التوافق المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفيات العمومية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر، جامعة تيزي وزو.
- 22- بوروبي رجاح فريدة، (2012): السكن وعلاقته بتركيبية العائلة الجزائرية وظهور الضغوط فيها، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم في علم النفس الاجتماعي غير منشورة، الجزائر، جامعة منتوري -قسنطينة-
- 23- بوعلاق محمد، (2009): الموجه في الإحصاء الوصفي والإستدلالي في العلوم النفسية والاجتماعية والتربوية، الجزائر، دار الأمل للطباعة والنشر والتوزيع. الجزائر.
- 24- تايلر شيلي، (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وآخرون، عمان، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 25- تغريد زياد عمار، (2006): أثر بعض المتغيرات الداخلية على مستوى ضغط العمل لدى الهيئة الإدارية والأكاديمية في الجامعات الفلسطينية لقطاع غزة ، رسالة ماجستير، فلسطين.
- 26- جدو عبد الحفيظ، (2014): إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر، جامعة سطيف.
- 27- جمال محمود أبو شنب،(2007): البحث العلمي التصميم والتنفيذ التجريبي. الجزء الثاني، الأزارطة، مصر، دار المعرفة الجامعية.
- 28- جيرارد جرينبرج وروبرت بارون، (2004): إدارة السلوك في المنظمات، تعريب محمد رفاعي وبسيوني إسماعيل، الرياض، السعودية، دار المريخ للنشر.
- 29- حاتم وهيبة، (2005): الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الإستعجالات- دراسة مقارنة- ، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
- 30- حامد زهران عبد السلام، (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، الطبعة الثالثة، عالم الكتب.
- 31- حسن الجنابي، (1984): أسس التمريض، الرياض، المملكة العربية السعودية، المعهد الطبي الفني.

- 32- حسن الموسوي، (1998): الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية، المجلة التربوية، العدد (47).
- 33- حسن حريم، (2004): ضغوط العمل لدى الكادر التمريضي في المستشفيات الخاصة بالأردن، مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد الثاني.
- 34- حسين أحمد حشمت ومصطفى حسين باهي، (2006): التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، الدار العلمية للنشر والتوزيع.
- 35- حسين طه عبد العظيم وحسين سلامة عبد العظيم، (2006): إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان، الأردن، دار الفكر.
- 36- حسين فايد، (2005): علم النفس العام : رؤية معاصرة، القاهرة، مصر، مؤسسة طيبة ومؤسسة حورس للنشر.
- 37- حسين منصور، (2006): المسؤولية الطبية، الإسكندرية، مصر، دار الفكر الجامعي.
- 38- حمو خضير وياسين الخرشة، (2007): إدارة الموارد البشرية، عمان، الأردن، دار الميسرة للنشر والطباعة.
- 39- حنان عبد الرحيم الأحمد، (2002): ضغوط العمل لدى الأطباء: المصادر والأعراض. مركز البحوث. معهد الإدارة العامة.
- 40- الخالدي عطاً الله والعلمي. سعد الدين، (2009): الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، عمان، الأردن، دار الصفاء.
- 41- خولة يحي وورنا نجيب حامد، (2001): مصادر الإحترق النفسي لدى معلمي الطلبة المعوقين عقليا في اليمن، مجلة مركز البحوث التربوية العدد (20)، قطر، جامعة قطر.
- 42- راضي محمد جبرهواش وعبد الحفيظ قاسم الشايب، (2012): مستوى الإحترق النفسي لدى معلمات التربية الخاصة مقارنة بالمعلمات العاديات في محافظة الباحة في المملكة العربية السعودية، المملكة العربية السعودية، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، مجلد (01)، العدد(07).
- 43- رجاء محمود أبو علي، (2007): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. الطبعة (5)، مصر، دار النشر للجامعات.

- 44- رجاء مريم الأحمد، (2007): الإستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية- دراسة ميدانية على طلبة كلية التربية بجامعة دمشق-، دمشق، سوريا، مجلة إتحاد الجامعة العربية للتربية وعلم النفس، المجلد الخامس، العدد الأول.
- 45- رجاء مريم الأحمد،(2008): مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض (دراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق)، دمشق، سوريا، مجلة جامعة دمشق، العدد (02).
- 46- زهير الصباغ ، (1981): ضغط العمل، المجلة العربية للإدارة، العدد الأول.
- 47- زهير الصباغ، (1999): مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين، دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة، مجلة البصائر، العدد (2)، المجلد (3).
- 48- زياد بركات، (2010): الإستراتيجيات التكيفية مع الضغوط المهنية لدى معلمي المدارس الحكومية في محافظة طولكرم بفلسطين، فيسطين، جامعة القدس المفتوحة.
- 49- سامر جميل رضوان، (2002): الصحة النفسية، عمان، الأردن، دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- 50- ستورا جان بنجامان، (1997): الإجهاد أسبابه وعلاجه، ترجمة أنطوان هاشم، بيروت، لبنان، منشورات عويدات .
- 51- سعد الإمارة، (2001): الضغوط النفسية، مجلة النبأ، العدد (54).
- 52- سعد الدوسري، (2005): ضغوط العمل وعلاقتها بالولاء التنظيمي في الأجهزة الأمنية - دراسة ميدانية على منسوبي شرطة المنظمة الشرقية-، رسالة ماجستير غير منشورة، المملكة العربية السعودية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 53- سعد جلال، (1995): الصحة العقلية والأمراض النفسية والذهانات العقلية، القاهرة، مصر، دار الفكر العربي.
- 54- سعيد حسن الغامدي، (2003): إختلاف الخصائص السيكومترية لأداء القياس في ضوء تغاير عدد بدائل الإستجابة والمرحلة الدراسية- دراسة حالة مقياس ليكرت-، ماجستير، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى.

- 55- سلطان عويد المشعان، (2001): مصادر الضغوط في العمل لدى المعلمين الكويتيين وعند الكويتيين في مرحلة المتوسط، سوريا، مجلة دمشق للأدب والعلوم الإنسانية والتربوية، المجلد(16)، العدد (01).
- 56- سليجمان مارتين ، (2003): تعلم التفاؤل، ترجمة دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن دار جرير للنشر والتوزيع.
- 57- سليمان صالح العبشي، (1999): المتغيرات التنظيمية وأثرها على ضغوط العمل، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، المملكة العربية السعودية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإدارية..
- 58- سليمان عبيدات، (1988):. القياس والتفويم التربوي، عمان، الأردن، كلية التربية، الجامعة الأردنية.
- 59- سمير عسكر، (1988): متغيرات ضغط العمل : دراسة نظرية وتطبيقية في قطاع المصارف بدولة الإمارات العربية، الإدارة العامة، العدد(60).
- 60- سيجموند فرويد، (1985): القلق، ترجمة عثمان نجاتي، القاهرة، مصر، دار النهضة العربية.
- 61- السيد جاد الرب، (1991): إدارة الضغوط التنظيمية كأحد العوامل المحددة للكفاءة الإدارية العليا في المنظمة دراسة تطبيقية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد (01)، القاهرة، مصر، جامعة عين شمس.
- 62- السيد عبد العاطي، (1970): علم الاجتماع الصناعي، بيروت، لبنان، الشركة الشرقية للنشر والتوزيع.
- 63- السيد عبد العاطي، (1970): علم الاجتماع الصناعي، بيروت، لبنان، الشركة الشرقية للنشر والتوزيع.
- 64- سيزلافي أندرو وولاس مارك، (1991): السلوك التنظيمي والأداء، ترجمة جعفر أبو القاسم أحمد، لندن، معهد الإدارة العامة.
- 65- سيماني مراد، (2012): إستراتيجيات التعامل عند الذين يعانون من الإحتراق النفسي لدى الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي بوهران، الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران.

- 66- شاهين فارسين،(1990): التمريض في الوطن المحتل، رام الله، فلسطين، دار الأرقم للطباعة والنشر.
- 67- شتوحي جولي نسيم، (2003): الإنهاك المهني عند الممرضين وإستراتيجيات المقاومة المستخدمة، شهادة ماجستير غير منشورة في علم النفس الإجتماعي، الجزائر، جامعة الجزائر.
- 68- شرناعي حليم، (2015): الضغوط المهنية ومصادرها لدى أساتذة التكوين المهني، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، الجزائر، جامعة تيزي وزو.
- 69- صفوة فرج، (2007): القياس النفسي، القاهرة، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 70- صلاح الدين البخيت وزينب الحسن، (2011): الإحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي المهنيين في السودان، السودان، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد(03)، العدد (01).
- 71- صلاح الدين محمد عبد الباقي، (2001): السلوك الإنساني في المنظمات، الإسكندرية، القاهرة، دار الجامعة للطباعة والنشر.
- 72- صلاح الدين عبد الباقي، (2003): السلوك الفعال في المنظمات، الإسكندرية، القاهرة، دار الجامعة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 73- صندلي ريمة، (2012): الضغوط النفسية وإستراتيجيات المواجهة لدى المراهق المحاول للإنتحار، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر، جامعة فرحات عباس، سطيف.
- 74- ضيف الله النفيعي، (2000): الإحتراق الوظيفي في المنظمات الحكومية الخدمية في محافظة جدة، المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، الإقتصاد والإدارة.
- 75- طايبي نعيمة، (2013): علاقة الإحتراق النفسي ببعض الإضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى الممرضين. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، الجزائر، جامعة الجزائر 2.
- 76- طلال حيدر البدوي، (2000): درجة الإحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان وأثر بعض المتغيرات في ذلك. رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن، جامعة مؤتة.

- 77- طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم، (2006): إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، عمان، الأردن، دار الفكر.
- 78- عبد الحميد الشاذلي، (1977): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية"، الإسكندرية، مصر، المكتب العالمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- 79- عبد الرحمان العيسوي، (1988): أمراض العصر، الأمراض النفسية الأمراض العقلية والسيكولوجية، الإسكندرية، مص، دار المعرفة الجامعة.
- 80- عبد الرحمان العيسوي،(2008): كيفية مواجهة ضغوط الحياة المعاصرة، مجلة التربية، العدد 166، الدوحة، قطر.
- 81- عبد الرحمان الهيجان، (1998): ضغوط العمل مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها، الرياض، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة.
- 82- عبد الرحمان بن علي المير، (1995): العلاقة بين ضغوط العمل وبين الولاء التنظيمي والأداء والرضا الوظيفي والصفات الشخصية- دراسة مقارنة-، مجلة الإدارة العامة، المجلد(35)، العدد (02)، الرياض، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة .
- 83- عبد الرحمان سليمان الطريري، (1994): الضغط النفسي، مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، بيروت، لبنان، مطابع شركة الصفحات الذهبية المحدودة.
- 84- عبد الرحمان محمد السيد، (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية، الجزء الأول، القاهرة، مصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- 85- عبد العزيز خزايلة، (1997): الرضا الوظيفي للمرضين والمرضات العاملين في وزارة الصحة بالأردن، الأردن، مركز دراسات المستقبل.
- 86- عبد القادر أحمد مسلم، (2007): مصادر الضغوط المهنية وآثارها في الكليات التقنية في محافظات غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، فلسطين.
- 87- عبد القادر سعيد بنات، (2009): ضغوط العمل وأثرها على أداء الموظفين في شركة الاتصالات الفلسطينية في منطقة قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، فلسطين.
- 88- عبد القادر عابدين محمد، (2011): الإحترق النفسي لدى المشرفين التربويين في مديريات التربية والتعليم في الضفة الغربية، مجلة الجامعة الإسلامية، العدد (02)، فلسطين، جامعة القدس.

- 89- عبد الله. الضريبي، (2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة دمشق، المجلد(26)، العدد (04).
- 90- عبد المحسن فهد السيف، (2000): محددات الإعياء المهني بين الجنسين في مؤسسات الرعاية الإجتماعية ببعض مدن المملكة العربية السعودية. المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة، المجلد (39)، العدد(04).
- 91- عبد المنعم الحنفي، (1995): موسوعة الطب النفسي، القاهرة، مصر، مكتبة مدبولي.
- 92- عبد المنعم ميلاد، (2002): الصحة النفسية، الإسكندرية، مصر، مؤسسة شباب الجامعة.
- 93- عثمان فاروق السيد، (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة، مصر، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع.
- 94- عزالدين فراج، (1969): الصحة النفسية والإسعافات الأولية والأمن الصناعي، دار الطباعة الحديثة.
- 95- العزيز وردة، (2010): علاقة الإلتزام التنظيمي بالإحترق النفسي عند عمال الدوريات . رسالة ماجستير في علم النفس العمل والتنظيم . كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، الجزائر، جامعة الجزائر،
- 96- العزيز وردة، (2016): علاقة المناخ التنظيمي وبعض المتغيرات الفردية بالإحترق النفسي لدى المعلم الجزائري في المرحلة الابتدائية. أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم، الجزائر، جامعة البليدة 2.
- 97- عطوي عاشور، (2008): الضغوط المهنية لدى المعلمين لنظام التقاعد وعلاقته بالرضا الوظيفي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، الجزائر/ جامعة قسنطينة.
- 98- علاء الدين كفاي،(1997): الصحة النفسية، الطبعة الرابعة، هاجر للطباعة والتوزيع.
- 99- علي حمدي، (2008): سيكولوجية الإتصال وضغوط العمل، القاهرة، مصر، دار الكتاب الحديث.

- 100- علي الشكعة، (2009): إستراتيجيات مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة، نابلس، فلسطين، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد (23)، العدد (02).
- 101- علي النوشان، (2006): ضغوط العمل وأثرها على عملية إتخاذ القرارات دراسة مسحية على القيادات الإدارية في عدد من الأجهزة الأمنية والمدنية في الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض. أكاديمية نايف للعلوم العربية.
- 102- علي عسكر، (1999): علم النفس الصناعي والتنظيمي بين النظرية والتطبيق، الكويت، دار الكتاب الحديث.
- 103- علي عسكر، (2000): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر القلق)، الكويت، دار الكتاب الحديث.
- 104- علي عسكر، (2003): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر القلق)، الكويت، دار الكتاب الحديث.
- 105- عيطور دليلة، (1997): الضغط النفسي والإجتماعي لدى الممرضين . رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم النفس وعلوم التربية، الجزائر، جامعة الجزائر.
- 106- فاروق السيد عثمان، (2001): إدارة الضغوط النفسية، القاهرة، مصر، دار الفكر العربي.
- 107- فاروق عبد قليه وعبد المجيد السيد محمد، (2005): السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، عمان، الأردن، دار الميسرة للنشر.
- 108- فائق فرزي عبد الخالق، (1996): ضغوط العمل، مجلة آفاق الإقتصادية، المجلد(17)، العدد (67)، دولة الإمارات المتحدة، إتحاد غرفة التجارة الصناعة في دولة الإمارات.
- 109- فريد كامل أبوزينة وآخرون، (2006): مناهج البحث العلمي والإحصاء، عمان، الأردن، دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- 110- فونتانا دافيد، (1994): الضغوط النفسية: تغلب عليها وابدأ الحياة، ترجمة: حمدي الفرماوي ورضا أبو السريع، القاهرة، مصر، مكتبة الانجلو المصرية.

- 111- قدور بن عباد هوارية، (2014): المساندة الإجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر، جامعة وهران.
- 112- كلاوس شويخ وغيرت شراينكة، (2007): ترجمة إلياس حاجوح، سوريا، دار علاء الدين للنشر.
- 113- لطفى الشرييني، (2001): موسوعة شرح المصطلحات النفسية (إنجليزي - عربي)، بيروت، لبنان، دار النهضة.
- 114- لطفى الشرييني، (دون تاريخ): الإكتئاب: الأسباب والمرض والعلاج، القاهرة، مصر، دار النهضة العربية.
- 115- لمونس فايزة، (2012): الضغوط المهنية وإستراتيجيات المواجهة لدى القابات، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، الجزائر، جامعة المسيلة.
- 116- لوكيا الهاشمي و بن زروال فتيحة، (2006): الإجهاد، عين مليلة، الجزائر، دار المدى للطباعة والنشر والتوزيع.
- 117- ليلي شريف، (2002): أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقته بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة القلبية والعصبية والعامية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، سوريا، جامعة دمشق.
- 118- ماجد العطية، (2003): سلوك المنظمة سلوك الفرد والجماعة، العراق، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 119- ماجدة بهاء السيد عبيد، (2008): الضغط النفسي، عمان، الأردن، دار الصفاء.
- 120- ماك.ر. مكمين، (1996): الحل الأمثل للضغوط، كيف نستفيد من ضغوط الحياة اليومية، ترجمة سلام منير حبيب، القاهرة، مصر، دار الثقافة.
- 121- مالك أحمد الرشيد، (1995): الإحترق النفسي لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعات الأردنية الحكومية وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن، جامعة اليرموك.
- 122- ماهر عطوة الشافعي، (2002): التوافق المهني للمرضين وعلاقته بسماتهم الشخصية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، غزة، فلسطين، الجامعة الإسلامية.

- 123- المجلس الصحي الفلسطيني،(1999): الملتقى للتمريض والقبالة، العدد (1)، القدس، فلسطين، نشرة غير دورية يصدرها المجلس الصحي الفلسطيني.
- 124- محسن عقرون الوائلي، (1998): مستويات ضغوط العمل بين الممرضين القانونيين- مقارنة بين مستشفيات وزارة الصحة والمستشفيات الخاصة-، الأردن، جامعة اليرموك.
- 125- محمد إسماعيل بلال، (2005): السلوك التنظيمي بين النظرية والتطبيق، الإسكندرية ، مصر، جامعة الأزاريطة.
- 126- محمد أحمد عبد الجواد، (2000): إدارة ضغوط العمل والحياة، طنطا، مصر، دار النشر للثقافة والعلوم.
- 127- محمد الزيودي، (2007): مصادر الضغوط النفسية والإحترق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة دمشق، المجلد (23)، العدد (2)، سوريا.
- 128- محمد السيد عبد الرحمان، (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية، الجزء الأول، القاهرة، مصر، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- 129- محمد بخيص وكاظم معتوق، (1991): مشكلات وهموم كهمة التمريض، أضواء على واقع مهنة التمريض، بالضفة والقطاع، دراسة منشورة، رام الله. فلسطين.
- 130- محمد بركات العدوان، (1992): مستوى ومصادر ضغط العمل لدى مديري المدارس الثانوية في محافظة البلقاء، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن، الجامعة الأردنية.
- 131- محمد حسن حمادات، (2006): وظائف وقضايا معاصرة في الإدارة التربوية (التوتر، الأزمات، التغيير، الوقت، التنمية وإدارة الجودة الشاملة)، عمان، الأردن، دار حامد للنشر والتوزيع.
- 132- محمد سلطان، (2002)، إدارة الموارد البشرية، الإسكندرية، مصر، الدار الجامعية.
- 133- محمد صلاح الدين أبو العلا، (2009): ضغوط العمل وأثرها على الولاء التنظيمي- دراسة تطبيقية على المدراء العاملين في وزارة الداخلية في قطاع غزة-، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، غزة، فلسطين، الجامعة الإسلامية.
- 134- محمد عبيدات ومحمد أبو نصار ومببطين عقلة، (1999): منهجية البحث العلمي القواعد المراحل والتطبيقات، ط(02)، عمان، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.

- 135- محمد علي شهيبي، (1995): السلوك الإنساني في المنظمات، القاهرة، مصر، مطبعة جامعة القاهرة.
- 136- محمد عوض الترتوري، (2006): إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز العلوم، عمان، الأردن، دار الميسرة للنشر والتوزيع.
- 137- محمد لطفي راشد، (1992): نحو إطار شامل لتفسير ضغوط العمل وكيفية مواجهتها، مجلة الإدارة العامة، العدد (75)، الرياض. السعودية.
- 138- محمد محمود حسني وحسن عبد المالك محمود، (1993): ضغوط العمل لدى المعلمين وعلاقتها بنمط السلوك القيادي لناظر المدرسة، مجلة الأبحاث التربوية. العدد (34)، جامعة الأزهر.
- 139- محمد يوسف عبد الفتاح، (1999): الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الإرشادية، مجلة البحوث التربوية، العدد (15)، قطر، جامعة قطر.
- 140- محمود العميان، (2005): السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، عمان، الأردن، دار وائل للنشر.
- 141- محمود جمال السلخي، (2013): مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي التربية الإسلامية العاملين في المدارس الخاصة في مدينة عمان في ضوء بعض المتغيرات، دراسات علوم التربية، المجلد (40)، الملحق (4)، الأردن.
- 142- مرشدي الشريف، (2008): مصادر الضغط المهني وإستراتيجيات التعامل لدى الجراحين، رسالة ماجستير غير منشور، في علم النفس، الجزائر، جامعة الجزائر.
- 143- مسلم عياد أبو مسعود سماهر، (2010): ظاهرة الإحترق الوظيفي لدى الموظفين الإداريين العاملين في وزارة التربية والتعليم العالي بقطاع غزة، أسبابها كيفية علاجها، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التجارة، غزة، فلسطين، الجامعة الإسلامية.
- 144- مصطفى السيد راغب الأقرع، (2005): سيكولوجية الإحترق النفسي في العمل، دراسة العلاقة في الإحترق النفسي بضغط العمل والتشوهات المعرفية والذكاء الوجداني، رسالة دكتوراه، القاهرة، مصر، جامعة عين شمس.
- 145- مصطفى فهمي، (1979): الدراسات السيكلوجية في التكيف، الطبعة 2، القاهرة، مصر، دار الطباعة الخانجي.

- 146- معاذ العارضة، (1998): إستراتيجية تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في مدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس، رسالة ماجستير غير منشورة، نابلس، فلسطين، جامعة النجاح الوطنية.
- 147- معروف الشايب، (1994): الإستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية التعامل مع الضغوط النفسية لديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الأردن، الجامعة الأردنية.
- 148- معمريه بشير، (2012): أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته، الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- 149- مقداد محمد وخليفة فاضل عباس، (2012)، الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها لدى معلمي نظام الفصل بمملكة البحرين، مختبر تطوير المنافسات النفسية والتربوية، العدد (09).
- 150- مقدم سهيل، (2010): إستراتيجيات التعامل مع مواقف الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى أساتذة التعليم الثانوي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجزائر، جامعة وهران.
- 151- مقدم عبد الحفيظ ، (2003): الإحصاء والقياس النفسي التربوي، ط2، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 152- منصوري مصطفى، (2010): الضغوط النفسية والمدرسية، الجزائر، دار قرطبة.
- 153- منى محمد بدران، (1998): الإحترق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، مصر، معهد الدراسات والبحوث التربوية والنفسية.
- 154- مها محمد السعيد درويش، (1993): إستراتيجيات التوافق للضغوط النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية في العاصمة الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الأردن، الجامعة الأردنية.
- 155- مهند عبد سليم عبد العلي، (2003): مفهوم الذات وأثر بعض المتغيرات الديموغرافية وعلاقته الظاهرة الإحترق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية والحكومية في محافظتي جنين ونابلس، رسالة ماجستير غير من غير منشورة، فلسطين، جامعة النجاح الوطنية.

- 156- موساوي ليندة، (2001): علاقة الضغط المهني، بعض المتغيرات المهنية والفردية عند المرضى، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، الجزائر، جامعة الجزائر.
- 157- موسى لنبهاني، (2004): أساسيات القياس في العلوم السلوكية، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- 158- موسى المدهون الجزراوي، (1995): تحليل السلوك التنظيمي، عمان، الأردن، المركز العربي للخدمات الجامعية.
- 159- مؤيد السالم، (1990): التوتر التنظيمي، مفاهيمه وأسبابه وإستراتيجيات إدارته، الرياض، المملكة العربية السعودية، الإدارة العامة، العدد(18).
- 160- ميسون السقا، (2009): أثر ضغوط العمل إتجاه القرارات، دراسة ميدانية على المصاريف العامة في قطاع غزة، فلسطين، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية.
- 161- ناصر العدلي، (1993): إدارة السلوك التنظيمي، الرياض، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة.
- 162- ناصر العدلي، (1995): السلوك الإنساني والتنظيمي في الإدارة، منظور كلي مقارن، الرياض، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة للبحوث العربية.
- 163- نبيلة أحمد حبيب، (2010): الضغوط النفسية وإستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة، فلسطين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، فلسطين، جامعة الأزهر.
- 164- ندى يحي، (1998): مصادر ومستوى الضغط النفسي بالروح المعنوية كما يراها معلمو وكالة الغوث في منظمة نابل التعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، نابلس، فلسطين، جامعة النجاح.
- 165- نزمين أحمد السعداني، (2005): علاقة العوامل التنظيمية والوظيفية والديموغرافية بالإحترق الوظيفي التطبيق على هيئة التمريض بمستشفيات القاهرة الكبرى، رسالة ماجستير، القاهرة، مصر.
- 166- نشوة كريم، (2007): الإحترق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ- ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير، الفيوم، مصر، جامعة الفيوم.

- 167- نضال ثابت، (2003): **ضغوط العمل وعلاقتها بالإتجاه نحو مهنة التدريس لدى المعلمين بمحافظة غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة، فلسطين، جامعة الأزهر.
- 168- نوال بنت عثمان الزهراني، (2008): **الإحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الإحتياجات الخاصة**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، مكة، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى.
- 169- هارون بسام سعود والمغربي عربي حمودة، (2003): **الإحتراق النفسي لدى المدربين العاملين في تدريب كرة القدم في الأندية الأردنية**، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، المجلد (19)، العدد (4)، عمان.
- 170- هانم بنت حامد ياركندي، (2008): **ضغوط العمل وعلاقتها بالقيادة التربوية ووجهة الضبط لدى مديرات المدارس بمحافظة جدة**، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد(89)، الرياض، السعودية.
- 171- هند عبد الله الحرتاوي، (1991): **مستويات الإحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين في المدارس الحكومية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الأردن، جامعة اليرموك.
- 172- هنية محمود محمد السباعي، (2001): **ضغوط العمل، مستوياتها مصادرها وإستراتيجيات إدارتها لدى الإداريات والفنيات السعوديات العاملات في الجامعات السعودية**، رسالة ماجستير غير منشورة، مكة، المملكة العربية السعودية، جامعة أم القرى.
- 173- الوافي الطاهر، (2013): **التحفيز وأداء الممرضين (دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية - عالية صالح-)**، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير غير منشورة، الجزائر، جامعة قسنطينة.
- 174- يحي عبد الجواد درويش جودة، (2003): **مصادر الضغوط لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية، فلسطين**.
- 175- يخلف عثمان، (2001): **علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة**، الدوحة، قطر، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 176- يسرى ماليل صياح، (2012): **تأثير تعب الكادر التمريضي على سلامة المرضى، ملتقى إتحاد المستشفيات العربية، عمان**.

- 177- يوسف سيد جمعة، (2000): الفروق بين الفصامين والأسوياء الذكور في نمط السلوك
أ- وإستراتيجيات مواجهة الضغط، دراسات في علم النفس الإكلينيكي، القاهرة، مصر، دار
غريب.
- 178- يوسف سيد جمعة، (2000): الفروق بين الفصامين والأسوياء الذكور في نمط السلوك
أ- وإستراتيجيات مواجهة الضغط، دراسات في علم النفس الإكلينيكي، القاهرة، مصر، دار
غريب.
- 179- يوسف سيد جمعة، (2001): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، القاهرة،
مصر، دار غريب.
- 180- يوسف سيد جمعة، (2006): إدارة ضغوط العمل، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث،
القاهرة، مصر، جامعة القاهرة.
- 181- يوسف سيد جمعة، (2007): إدارة ضغوط العمل، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث،
كلية الهندسة، القاهرة، مصر، جامعة القاهرة.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

- 182- Abalain. christine & autre, (1983) : **Generalites sur les soins infirmiers**, les
édions Foucher, paris.
- 183- Abel. M, & Sewell, J. (1999); **Stress and burnout in rural and urban
secondary school teachers**, The Journal of Educational Research, 92,5, 287-293.
- 184- Aluja. A, Blanch. A, & Garcia. L, (2005): **Dimensionality of the Maslach
Burnout Inventory in School Teachers: A Study of Several Proposals**,
European Journal of Psychological Assessment, 21,1, 67-76.
- 185- Bacqué.S.M.F.(1999); **Deuil et Santé**, France, Editions Odile Jacobn,.
- 186- Brouwers. A, Tomic. W, (2000): **A logitudinal study of teacher burnout and
perceived self - efficacy in classroom management**, teaching and Teacher
Education,16, 239 - 253.
- 187- Cameron Montgomery & Serge Demers & Yvan Morin,(2010) : **Le stress, les
stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel chez les stagiaires
francophones en enseignement primaire et secondaire**, Revue Canadienne De
L'Éducation, 33,4, 761-802.
- 188- Chiu, S. & Tsai, M. (2006): **Relationships among burnout, Job involvement
and organizational citizenship behavior**, Journal of Psychology, 140, 517 - 530.

- 189-** Dion, G. & Tessier, R., (1994) : **Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson**, Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 26 ,2,210–227.
- 190-** Dorman. J.(2003):**Testing a Model For Teacher Burnout**, Australian Journal of Education al & Developmental Psychology, 3,35 - 47.
- 191-** Galanakis. M.& Moraitou. M.& Garivaldis. F & Anastasios Stalikas, (2009): **Factorial Structure and Psychometric Properties of the Maslach, Europe's**, Journal of Psychology 4.
- 192-** Gibson,J. & Ivancevich,J.m. & Donnelly,J.H.& Konopask,R « **Organizational Behavior :structure ; Process** » New York, Mc-Graw-Hill company, Inc.
- 193-** Glenn. A. R (1997): Prevention of burnout, journal of Advances in Psychiatric Treatment, 3,282-289
- 194-** Janson, J.& Tevan,(2007): **Teacher Temperament, Correlates with teacher Caring, Burnout and organisational outcomes**, Communicational Education, .
- 195-** Jenkins,S. & Calhoun,J.F, (1991): **Teacher stress** : Issues and intervention. Psychology in the Schools,
- 196-** Jungwee. park, (2007): **Work stress and Job performance**, statistics Canada-catalogue no,75-001-XIE, prerspectives @Statcam.Ca.
- 197-** Kawakami,N. & Haratoni, T.(1999): **Epidemiology of Job stress and halth**, in Japan : Reviw of current evidence and future direction industrial Health.
- 198-** Khiati. M ,(1994) : **Guide des soins infirmiers**, Alger, office des publication universitaire.
- 199-** Kim-Wan Mo,(1991): **Teacher Burnout: Relations with Stress, Personality, and Social Support**, Education Journal, 19.
- 200-** Lindblom. KM & Linton SJ & Bryngelsson IL,(2006): **Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors**, International journal of behavior, 13.
- 201-** Mahboobeh Jamshidirad & Jayakaran Mukundan & Vahid Nimehchisalem,(2012): **Language Teachers' Burnout and Gender**, International Journal of Applied Linguistics & English Literature,1,4; September.
- 202-** Maslach,C.& Jackson,S. (1981): **The measurement of experienced burnout**, **Journal of occupational Behaviour**. 2, 99-113.
- 203-** Peters.S. & Master.s p,(2007) : **Vaincre l'épuisement professionnel :toutes les clés pour comprendre le burnout** , France.Robert Laffont .
- 204-** Schepman,B & Zarate, A,(2008): **The Relationship between Burnout, Negative Affectivity and Organizational Citizenship Behavior for Human Services Employees**, **proceedings of world academy of science**, engineering and technology , 437 - 442.
- 205-** Schwab,R.& Jackson,S.& Randall, S., (1986), **Educator burnout: Sources And Comseqences**, Educatonal Research Quarterly,10, 3,14- 30.
- 206-** Slivar, B, (2001): **The syndrome of burnout, self-image, and anxiety with grammar school students**, Horizons of Psychology,10, 2,21-32

- 207-** Talmor. R & Reiter. S & Feigin, N, (2005): **Factors relating to regular education teacher burnout in inclusive education**, European Journal of Special Needs Education,20, 2, May: 215–229
- 208-** Tavis. T.W & Schreurs J.G.& Schaufeli. W.B. (1999): **Construct validity of the Maslach Burnout Inventory– General Survey: a tow samples examination of its factors structure and correlates**, Work and Stress, 13, 3, 223,237.
- 209-** Virginia. H. (1976): **The concept of nursing research associate emeritus. Yale university school of nursing**, Connecticut, USA, Journal of advanced nursing.
- 210-** WWW .gulfkids.com
- 211-** WWW .sehha.com
- 212-** WWW.almualem.net
- 213-** WWW.marefa.org
- 214-** Zalaquett. Carlos, P, & Wood. Richard J., (1997): **Evaluating Stress A Book of Resources**, The Scarecrow Press, Inc, Lanham, Md.,& London.

الملاحق

مقياس الضغوط المهنية في صورة الأولوية

الجزء الأول:

المعلومات الشخصية:

الجنس: أ- ذكر ب- أنثى

السن:

من 20 إلى 30 سنة: من 31 إلى 41 سنة: من 42 إلى 52 سنة:
52 فأكثر:

الحالة العائلية: أ- أعزب: ب- متزوج (ة): ج- مطلق (ة):
د- أرمل (ة):

سنوات الخدمة في مهنة التمريض :

أقل من 3 سنوات من 3 إلى 7 سنوات من 8 إلى 10 سنوات أكثر من 10 سنوات

أذكر المصلحة التي تعمل بها:

نوع شهادة التمريض المتحصل عليها:

ممرض حاصل على شهادة دولة: ممرض مؤهل: ممرض مساعد:

ما هي اوقات عملك: أ- كل يوم: ب- المناوبة النهارية: ج- المناوبة الليلية: د-
مناوبة 24 الساعة:

ما هو مستوى دخلك: من 20000 دج إلى 30000: من 31000 إلى 40000 دج:
أكثر من 40000 دج

مقياس الضغوط المهنية:

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة	الرقم
					بعد الأعراض العضوية	
					أعاني من زيادة تعرق كفات اليدين حتى في درجات الحرارة المنخفضة	1
					أعاني فقدان القدرة على التركيز	2
					أواجه صعوبات في التنفس في بعض الأوقات	3
					يرتفع ضغط الدم عن المعدل الطبيعي	4
					أشعر بجفاف الفم والحنجرة	5
					أعاني من الصداع أثناء العمل	6
					أشعر بالصداع معظم فترة العمل	7
					أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط ولو بسيط	8
					أشعر بالألام في مفاصلي	9
					أشعر بالألام أسفل الظهر أثناء العمل	10
					أعاني من توتر عضلي في بعض الأحيان بدون مبرر	11
					أعاني من حموضة في المعدة	12
					أعاني من اضطرابات في المعدة تفقدي الاستمتاع بالطعام	13
					أشعر بزيادة خفقان القلب أثناء العمل	14
					أعاني من الأرهاق الجسدي وعدم القدرة على العمل	15
					بعد طبيعة العمل	
					أشعر أن ضغط و أعباء العمل علي في القسم كبير	16
					يزعجني العمل بنظام المناوبات	17
					واجبات العمل المطلوبة مني غير محددة وغير واضحة	18
					إذا أتيت فرصة عمل أفضل من التمريض سأختارها	19
					المصلحة التي أعمل بها تتطلب مجهودا بدنيا	20
					يضايقتني العمل أثناء فترات الراحة اليومية	21

					يزعجني أن فترات الراحة أثناء المناوبة قليلة	22
					أعتقد أن عدد الممرضين في القسم غير كافي	23
					التغيير في فترة العمل يؤثر على حياتي وعلاقاتي الإجتماعية	24
					غالبا ما أشعر بأن جوالعمل بالمستشفى متعب	25
					أشعر أن المستشفى غير مريح وغير مناسب لطبيعة العمل	26
					إنطباعي عن العمل يتغير مع الوقت	27
					تناول المشروبات أثناء المناوبة يريحني نفسيا.	28
					أشعر أنني غير مرتاح في محيط العمل	29
					أجد نفسي مقيد بنظم وتعليمات أراها غير مناسبة لي	30
					أجبر نفسي بالقوة للذهاب الى العمل	31
					بعد ظروف العمل	
					يقلقتني إحتمال إصابتي بأمراض معدية بسبب عملي في القسم	32
					يزعجني كثرة التنبيهات داخل القسم	33
					أشعر بالتوتر كلما رن جرس الهاتف أو جرس باب القسم	34
					يصيبني الإحباط لمواجهتي مشكلات تتعلق بالنظافة داخل القسم	35
					تزعجني الأضواء الساطعة في القسم المستمرة على مدار الساعة	36
					أشعر بقلّة ملائمة التهوية في محيط عملي في المستشفى	37
					يزعجني عدم ملائمة حرارة القسم للجو الخارجي (الحرارة العالية أو البرودة الشديدة)	38
					إن الخدمات المقدمة للمرضين في المستشفى غير مناسبة من حيث (الأكل والشرب والترفيه...)	39
					أشعر أن المساحة المخصصة لي في غرفة التمريض في المستشفى غير مطابقة للمواصفات الطبية السليمة	40
					أشعر بأن المرافق التي أستعملها في المستشفى غير آمنة وغير سليمة	41
					طريقة تقديم الوجبات للمرضين غير ملائمة	42
					أشعر بأن قلّة الأماكن المخصصة للزائرين في المستشفى يسبب الإرتباك والأزعاج للمرضين	43
					النظافة والترتيب غير ملائمان في محيط العمل في المستشفى	44
					كمية الطعام المقدمة ذات جودة عالية	45
					أعاني من كثرة الضوضاء في مكان العمل	46

-بعد العلاقة مع الزملاء الممرضين						
					أغضب بسرعة مع الزملاء لأتفه الأسباب	47
					تتسم علاقتي المهنية بالتوتر مع بعض الزملاء	48
					اشعر بالتوتر كلما تأخر زميلي لاستلام المناوبة	49
					ترقية بعض الزملاء والذين هم في نفس مستواي يضغط عليا نفسيا.	50
					أشعر في كثير من الأحيان بأنني أسبب الإزعاج لزملائي	51
					أعتقد أن التنسيق مع زملائي في العمل قليل جدا	52
					علاقتي الاجتماعية مع الزملاء تقتصر على وقت العمل فقط	53
					يتعاون زملائي في حل المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء العمل	54
					أبادل المعلومات والخبرات ببني وبين زملائي	55
					أعتقد أنه من الصعب تكوين علاقات مع زملاء العمل	56
					أشعر أن زملائي لا يقدرّون الجهود التي أقوم بها في عملي	57
					لايوجد تعاون ببني وبين زملائي في العمل	58
-بعد العلاقة مع الزملاء الأطباء						
					اشعر بالتوتر من التعامل مع الأطباء.	59
					يزعجني دخول الأطباء المفاجئ على المريض أثناء عملي معه وبدون استئذان	60
					أشعر أن الأطباء لا يقدرّون الجهود التي أقوم بها في العمل	61
					انزعج من عدم تواجد الأطباء في القسم طوال الوقت	62
					انزعج من تلقي الوصفات الطبية على الهاتف لمرضى الحالات الخطيرة.	63
					يزعجني بعض التقصير من بعض الأطباء في القسم	64
					علاقتي مع الأطباء ممتازة	65
					أنزعج كثيرا من نظرة التعالي على الممرضين من طرف الأطباء	66
					يتعاون الأطباء مع الممرضين	67
-بعد العلاقة مع المرضى						
					اعمل بتركيز اكبر مع الحالات الحرجة	68
					أشعر أن المرضى لا يقدرّون عمل الممرض ولا يحترمونه	69

					يزعجني إنعدام رغبة المرضى في إتباع الإرشادات التي أقدمها لهم	70
					أقوم بواجبي في العمل تجاه المرضى بغض النظر عن العائد المادي	71
					اشعر أن جهدي مع المرضى يشكر عليه غيري	72
					اشعر أن الخدمة التمريضية المقدمة للمريض تحتاج إلى تحسين	73
					أعاني من الإنتقادات والإساءات من جانب المرضى وأقاربهم داخل المستشفى	74
					مطالب المرضى ترهقني	75
					أتجنب العمل مع بعض الحالات المرضية	76
					-بعد العلاقة مع الزوار	
					أصبح متوترا كلما اقترب موعد الزيارة	77
					يزعجني دخول الزوار للسؤال عن حالاتهم في غير وقت الزيارة	78
					يزعجني عدم احترام سياسة القسم لأوقات الزيارة من قبل الزوار و العاملين	79
					أشعر بالضيق لأنني أتعامل يوميا مع عدد من الأشخاص أكثر من طاقتي	80
					تعامل عائلات المرضى مع الممرضين لا يقوم على أساس الإحترام	81
					عدم الالتزام بقوانين الزيارة يؤثر المشاكل مع الزوار و الطاقم الطبي	82
					تدخل الزوار في شؤون مرضاهم بشكل كبير يزعج الممرضين	83
					سامحي بدخول زوار بعض الحالات دون غيرهم في غير موعد الزيارة يضعني في صراع نفسي.	84
					وجود رجال أمن لتنظيم الزيارة يريحني من عبئ المواجهة مع الزوار	85
					-بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة	
					يزعجني كثرة التعليمات و التوجيهات من رئيسي المباشر	86
					أتوتر كلما أردت تغيير جدول مناويتي بعد إقراره	87
					أرى أن الإدارة لا تشجع العاملين في المستشفى على تحسين أدائهم	88
					اشعر بالتوتر عند الشروع بوضع جدول مناوبات جديد	89
					اشعر أن علاقة مسؤولي المباشر بي ممتازة	90
					يزعجني التمييز الواضح بين زملائي من قبل المسئول المباشر	91
					يزعجني عدم وجود معايير واضحة للترقيات	92
					أشعر أن الإدارة لا تراعي النواحي الإنسانية في العمل	93

					94	أنفذ تعليمات المسئول حسب سياسة المستشفى.
					95	أرى أن إدارة المستشفى لا توفر لي دورات تدريبية لزيادة المعرفة التمريضية
					96	أشعر بأن العقوبات الإدارية التي تتخذها الإدارة لمعاقبة المخالفين دائما غير عادلة
					97	أشعر أن القرارات الإدارية تتعارض كثيرا مع العناية بالمرضى
					98	لا يتعامل المسئول المباشر معي في تحقيق خدمة أفضل للمرضى
					99	أشعر أن المسئول يحرص على تطوير أدائي في العمل
					-بعد الأدوات و المستلزمات الطبية-	
					100	يزعجني ضياع وقت كبير من العمل في البحث عن الأجهزة السليمة.
					101	يزعجني عدم توفر المستلزمات الطبية الضرورية للعمل بشكل كاف.
					102	عدم توفر الأجهزة بشكل كاف يشعرني بالتقصير
					103	خدمات صيانة الأجهزة الطبية ممتازة
					104	يزعجني تكديس الأجهزة الطبية المعطلة في القسم
					105	أشعر بالإنزعاج لأن الأجهزة الموجودة في المستشفى قديمة
					106	تواجهني مشاكل في الأدوات و الأجهزة التي أستخدمها في العمل
					107	كثيرا ما يتوقف العمل بسبب نقص في المواد والأدوية المطلوبة لإتمام العمل
					108	كثيرا ما يتعطل العمل بسبب خلل أو عطل في الأجهزة المستخدمة
					109	أشعر بأن الأجهزة الموجودة في المستشفى لا تلقى لسد إحتياجات المرضى
					-بعد الراتب والترقية-	
					110	يزعجني عدم مكافئة الراتب لمقدار الجهد المبذول
					111	يزعجني عدم توفير حوافر مالية مناسبة
					112	يزعجني عدم وجود حوافر معنوية
					113	الراتب الشهري لا يلبي إحتياجاتي الأساسية لي ولاسرتي.
					114	راتبي لا يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به
					115	راتبي الشهري الذي أتقاضاه من عملي بالمستشفى مناسب ويكافئ جهدي
					116	فرص الترقية والتقدم الوظيفي في عملي منعدمة
					117	الزيادات السنوية التي تطرأ على راتبي غير مناسبة لجدول غلاء المعيشة

مقياس إستراتيجيات المواجهة في صورته الأولية

الرقم	العبرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
بعد إستراتيجية التجنب						
1	أترك مكان العمل لفترة زمنية وجيزة ثم أعود ثانية					
2	أذهب في نزهة قصيرة مع الأصدقاء.					
3	أتوقف عن العمل اليومي الروتيني وأقوم بمهام أقل إجهاد					
4	أخذ عطلة قصيرة من العمل					
5	أتجنب السكوت والجلوس لفترة طويلة					
6	أشاهد البرامج المتلفزة					
7	أسمع الموسيقى الهادئة					
8	أذهب إلى الأندية الرياضية لممارسة الأنشطة الرياضية المفضلة					
9	ألجأ إلى ممارسة هواياتي المحببة عند التعرض لموقف فيه نوع من الضغط					
10	أحاول أن أنام					
11	أحاول إيجاد وسيلة لعدم التفكير في المشكل لتجنبه					
12	أتناول أحد الأكلات المفضلة					
بعد إستراتيجية التخطيط						
13	أعمل بوتيرة هادئة					
14	أستثمر الوقت المخصص للعمل بشكل دقيق دون هدر					
15	أترك المبادرة للآخرين					

					أقوم بواجبات العمل كاملة	16
					أرتاح في وقت الراحة من العمل	17
					أستخدم أساليب إدارة الوقت بحكمة	18
					أنتظم بالزيارات والجوانب الشخصية	19
					أضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها	20
					أستخدم أسلوب الإسترخاء وإدارة الإجهاد	21
					أقوم بعملتي على أحسن وجه	22
					بعد إستراتيجية حل المشكل	
					أستخدم أسلوب علمي في مواجهة مشاكل العمل	23
					عندما تواجهني مشكلة أختار البديل المناسب لحلها	24
					أجمع المعلومات عن المشكلة التي تواجهني	25
					أطور مهاراتي في حل المشكلات	26
					عندما تواجهني مشكلة أتوقع ما ستؤول إليه النتائج	27
					أقيم الخطوات التي أعتمدها في حل المشاكل التي أواجهها	28
					أستفيد من الآخرين في معالجة المشاكل	29
					أنظم أسباب التعرض للضغط وأعمل على معالجتها	30
					أختار الموقف الأكثر أمانا عند التعرض للإجهاد	31
					أفعل ما أظنه أفضل لحل المشكل	32
					أفكر في الطريقة التي إستعملتها في حل المشاكل المشابهة	33
					أحدد خطة للعمل وأتبعها	34
					أحلل المشكل قبل رد الفعل	35
					أفكر فيما حدث وأستفيد من أخطائي	36
					أغتتم الفرصة لإظهار ما أقدر عليه	37
					أحاول تنظيم نفسي للتحكم في المشكل أفضل	38
					بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي	
					أحاول الحصول على دعم ومساندة الزملاء في المستشفى	39

					أبحث عن الأشخاص المقربين للتحدث معهم	40
					أحاول الحصول على دعم الأصدقاء	41
					أتبادل الآراء مع زملائي في العمل في نفس القسم أو أقسام أخرى	42
					أحسن مهارات الإتصال مع الآخرين	43
					أنخرط إجتماعيا وأتجنب الجلوس منفردا	44
					بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	
					أحافظ على عادات صحية جيدة مثل المشي والركض مرة واحدة على الأقل في الأسبوع	45
					أنتظم في النوم والتغذية	46
					أمارس بعض التمارين في مكان العمل لفترة وجيزة	47
					أستمر في التدريب الجسدي المنتظم	48
					أمارس التمارين والألعاب الرياضية بعيدا عن العمل	49
					بعد الردود الإنفعالية	
					ألوم نفسي على تورطي في هذه الوضعية	50
					أصبح جد متوترا ومنقبضا	51
					أشعر بالقلق لعدم قدرتي على تجاوز الوضعية	52
					لا أصدق ما يحدث لي	53
					ألوم نفسي لحساسيتي المفرطة وإنفعالي أمام الوضعية	54
					ألوم نفسي على عدم معرفة ما أقوم به إتجاه هذه الوضعية	55
					أعجز ولا أعرف كيف أتصرف	56
					أنشغل بما سأقوم به	57
					أحمل المسؤولية للآخرين	58
					أعيد التفكير في نقائصي وسوء تكميفي العام	59
					أغضب وأنفعل	60

مقياس ماسلاش

يحدث							لا يحدث أبدا	1
كل يوم تقريبا	بضع مرات في الأسبوع	مرة في الأسبوع على الأقل	بضع مرات في الشهر	مرة في الشهر على الأقل	بضع مرات في السنة	لا يحدث أبدا		
							أشعر أنني مستنزف إنفعاليا بسبب عملي.	1
							أشعر أن طاقتي استنفذت عند نهاية يوم العمل.	2
							أشعر بالتعب عندما أستيقظ في الصباح وأعلم أنني سأواجه يوما آخر من العمل.	3
							أستطيع بكل سهولة تفهم ما يشعر به المرضى الذين أعالجهم.	4
							أشعر بأنني أتكفل ببعض المرضى بطريقة غير إنسانية وكأنهم ليسوا بشرا.	5
							العمل مع الأشخاص على مدار اليوم يتطلب مني جهدا كبيرا .	6
							أتكفل بمشاكل المرضى بفعالية كبيرة.	7
							أشعر بالإرهاك بسبب العمل الذي أقوم به.	8
							لدي إنطباع بأنني أمارس تأثير إيجابي على الأشخاص بفضل عملي .	9
							أصبحت عديم الإحساس نحو الأشخاص منذ أن حصلت على هذا العمل.	10
							أخشى من أن يجعلني هذا العمل قاسيا إنفعاليا.	11
							أشعر بالطاقة و الحيوية.	12
							أشعر بالإحباط بسبب عملي.	13
							أشعر بأنني أعمل "بمشقة كبيرة" عند القيام بعملي.	14
							لا أهتم لما يحدث لبعض المرضى الذين أتعامل معهم.	15
							العمل بشكل مباشر مع الأشخاص يحدث لي ضغطا عاليا.	16
							أجد سهولة كبيرة في خلق جو نفسي مريح مع المرضى.	17
							أشعر بالعزم عندما أكون قريبا من المرضى الذين	18

							أتعامل معهم.	
							أنجزت أشياء كثيرة ذات أهمية في هذا العمل.	19
							أشعر بأنني في قمة الإرهاق.	20
							أعالج المشاكل الإنفعالية بهدوء كبير في العمل.	21
							أشعر أن المرضى الذين أعالجهم يحملونني مسؤولية بعض مشاكلهم.	22

نموذج طلب التحكيم

البيانات الشخصية:

إسم واللقب الأستاذ:

الدرجة العلمية:

التخصص العلمي:

القسم/ الجامعة:

في صدد تحضيرنا دراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم بعنوان " الإحتراق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية وإستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين" ولتحقيق أهداف هذا الدراسة يتطلب منا الإعتماد على أدوات مناسبة لجمع البيانات وقياس متغيراتها. وتقديرا لخبرتكم العلمية والعملية نرجوا إبداء رأيكم ومقترحاتكم في صدق وصلاحيه هاته الأدوات من حيث:

- مدى مناسبة كل عبارة للبعد التي تقيسه
 - مدى وضوح البنود من صياغة ومعنى
 - تصحيح العبارات الغير واضحة
 - الإتفاق على العبارات المناسبة
 - إستبعاد العبارات غير المناسبة
 - إبداء الملاحظات التي ترونها ضرورية
- وتتمثل أدوات الدراسة في كل من مقياس الإحتراق النفسي لماسلاش, مقياس الضغوط المهنية ومقياس إستراتيجيات المواجهة من إعداد الباحثة.

قائمة الأساتذة المحكمين:

الهيئة المستخدمة	الرتبة العلمية	الأسم واللقب
جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	بوطاف مسعود
جامعة تيزي وزو	أستاذة محاضرة أ	بوروبي رجاح فريدة
جامعة تيزي وزو	أستاذة محاضرة أ	حداد نسيمة
جامعة تيزي وزو	أستاذة محاضرة أ	عداد حسان
جامعة تيزي وزو	أستاذة محاضرة أ	خمنو دنيا
جامعة تيزي وزو	أستاذة محاضرة أ	الأحسن حمزة
جامعة خميس مليانة	أستاذة محاضرة أ	العزيز وردة
جامعة جيجل	أستاذة محاضرة أ	مجيدر بلال

مقياس الضغوط المهنية في صورته النهائية

أخي الممرض / أختي الممرضة

تحية تقدير وإحترام وبعد

تتشرف الباحثة بأن تكونوا ضمن العينة التي سيجرى عليها الدراسة, والذي هو مكمل للحصول على شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم تحت عنوان " الإحترق النفسي وعلاقته بالضغوط المهنية و إستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين" حيث تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية في المستشفى للتعرف على مستويات الضغوط المهنية التي يواجهها الممرض في مجال عمله وكذا ماهي أساليب وإستراتيجيات المعتمدة من أجل التخفيف من حدة هذه الضغوط.

لذا نرجو من سيادتكم المساهمة في تحديد هذه الضغوط وكيفية التغلب عليها حسب طبيعة معاشتكم لبيئة العمل بوضع علامة (x) في الخانة التي ترونها الأنسب لحالتكم , أملنا أن تتسم إجاباتكم بالدقة والموضوعية لما لها من أهمية كبرى في إنجاز هذه الدراسة , وما يترتب عليه من نتائج قد تساهم في تحسين الظروف العملية في المستشفى, علما أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها هي مخصصة لأغراض البحث العلمي فقط.

أعلمكم أنه لا يوجد إجابات صحيحة أو أخرى خاطئ, وإنما الإجابات الصحيحة هي التي تعبر بصدق عن حالتكم .

وشكرا على تعاونكم مسبقا

الجزء الأول:

المعلومات الشخصية:

الجنس:

أ- ذكر

ب- أنثى

السن:

من 20 إلى 30 سنة:

من 31 إلى 41 سنة:

من 42 إلى 52 سنة:

52 سنة فأكثر:

الحالة العائلية: أ- أعزب:

ب- متزوج (ة):

ج- مطلق (ة):

د- أرمل (ة):

سنوات الخدمة في مهنة التمريض :

أقل من 3 سنوات

من 3 إلى 7 سنوات

من 8 إلى 10 سنوات

أكثر من 10 سنوات

أذكر المصلحة التي تعمل بها:

نوع شهادة التمريض المتحصل عليها:

ممرض حاصل على شهادة دولة:

ممرض مؤهل:

ممرض مساعد:

ما هي اوقات عملك: أ- كل يوم:

ب- المناوبة النهارية:

ج- المناوبة الليلية:

د- مناوبة 24 الساعة:

ما هو مستوى دخلك: من 20000 دج إلى 30000:

من 31000 إلى 40000 دج:

أكثر من 40000 دج

مقياس الضغوط المهنية:

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة	الرقم
					بعد الأعراض العضوية	
					أعاني من زيادة تعرق كفات اليدين حتى في درجات الحرارة المنخفضة	1
					أعاني فقدان القدرة على التركيز	2
					أواجه صعوبات في التنفس في بعض الأوقات	3
					يرتفع ضغط الدم عن المعدل الطبيعي	4
					أشعر بجفاف الفم والحنجرة	5
					أعاني من الصداع أثناء العمل	6
					أشعر بالألم في مفاصلي	7
					أشعر بالألم أسفل الظهر أثناء العمل	8
					أعاني من تشنج عضلي في بعض الأحيان بدور مبرز	9
					أعاني من حموضة في المعدة	10
					أعاني من اضطرابات في المعدة تفقدي الاستمتاع بالطعام	11
					أشعر بزيادة خفقان القلب أثناء العمل	12
					أعاني من التعب الجسدي وعدم القدرة على العمل	13
					بعد طبيعة العمل	
					أشعر أن ضغط و أعباء العمل علي في القسم كبير	14
					يزعجني العمل بنظام المناوبات	15
					واجبات العمل المطلوبة مني غير محددة وغير واضحة	16
					إذا أتاحت فرصة عمل أفضل من التمريض سأختارها	17
					المصلحة التي أعمل بها تتطلب مجهودا بدنيا كبيرا	18
					يضايقني العمل أثناء فترات الراحة اليومية	19
					يزعجني أن فترات الراحة أثناء المناوبة قليلة	20
					أعتقد أن عدد الممرضين في القسم غير كافي	21
					التغيير في فترة العمل يؤثر على حياتي وعلاقتي الإجتماعية	22

					غالباً ما أشعر بأن جو العمل بالمستشفى متعب	23
					أشعر أن المستشفى غير مريح وغير مناسب لطبيعة العمل	24
					إنطباعي عن العمل يتغير مع الوقت	25
					تناول المشروبات أثناء المناوبة يريحني نفسياً.	26
					أشعر أنني غير مرتاح في محيط العمل	27
					أجد نفسي مقيد بنظم وتعليمات أراها غير مناسبة لي	28
					أجبر نفسي بالقوة للذهاب الى العمل	29
					بعد ظروف العمل	
					يقلقني احتمال إصابتي بأمراض معدية بسبب إحتكاكي بالمرضى	30
					يزعجني كثرة التنبيهات داخل القسم	31
					أشعر بالتوتر كلما رن جرس الهاتف أو جرس باب القسم	32
					يصيبني الإحباط لمواجهتي مشكلات تتعلق بالنظافة داخل القسم	33
					تزعجني الأضواء الساطعة في القسم المستمرة على مدار الساعة	34
					أشعر بقلّة ملائمة التهوية في محيط عملي في المستشفى	35
					يزعجني عدم ملائمة حرارة القسم للجو الخارجي (الحرارة العالية أو البرودة الشديدة)	36
					إن الخدمات المقدمة للمرضى في المستشفى غير مناسبة من حيث (الأكل والشرب والترفيه...)	37
					أشعر أن المساحة المخصصة لي في غرفة التمريض في المستشفى غير مطابقة للمواصفات الطبية السليمة	38
					أشعر بأن المرافق التي أستعملها في المستشفى غير آمنة وغير سليمة	39
					طريقة تقديم الوجبات للمرضى غير ملائمة	40
					أشعر بأن قلّة الأماكن المخصصة للزائرين في المستشفى يسبب الإرتباك والأزعاج للمرضى	41
					النظافة والترتيب غير ملائمان في محيط العمل في المستشفى	42
					كمية الطعام المقدمة ذات جودة عالية	43
					أعاني من كثرة الضوضاء في مكان العمل	44
					-بعد العلاقة مع زملاء الممرضين	
					أغضب بسرعة مع زملاء لأتفه الأسباب	45
					تتسم علاقتي المهنية بالتوتر مع بعض الزملاء	46

					اشعر بالتوتر كلما تأخر زميلي لاستلام المناوبة	47
					ترقية بعض الزملاء والذين هم في نفس مستواي يضغط عليا نفسيا.	48
					أشعر في كثير من الأحيان بأنني أسبب الإزعاج لزملائي	49
					أعتقد أن التنسيق مع زملائي في العمل قليل جدا	50
					علاقتي الاجتماعية مع الزملاء تقتصر على وقت العمل فقط	51
					يتعاون زملائي في حل المشكلات التي يمكن أن تحدث أثناء العمل	52
					أبادل المعلومات والخبرات بيني وبين زملائي	53
					أعتقد أنه من الصعب تكوين علاقات مع زملاء العمل	54
					أشعر أن زملائي لا يقدرّون الجهود التي أقوم بها في عملي	55
					لايوجد تعاون بيني وبين زملائي في العمل	56
					-بعد العلاقة مع الزملاء الأطباء-	
					اشعر بالتوتر من التعامل مع الأطباء.	57
					يزعجني دخول الأطباء المفاجئ على المريض أثناء عملي معه وبدون استئذان	58
					أشعر أن الأطباء لا يقدرّون الجهود التي أقوم بها في العمل	59
					انزعج من عدم تواجد الأطباء في القسم طوال الوقت	60
					انزعج من تلقي الوصفات الطبية على الهاتف لمرضى الحالات الخطيرة.	61
					يزعجني بعض التقصير من بعض الأطباء في القسم	62
					علاقتي مع الأطباء ممتازة	63
					أنزعج كثيرا من نظرة التعالي على الممرضين من طرف الأطباء	64
					يتعاون الأطباء مع الممرضين	65
					-بعد العلاقة مع المرضى-	
					اعمل بتركيز اكبر مع الحالات الحرجة	66
					أشعر أن المرضى لا يقدرّون عمل الممرض ولا يحترمونه	67
					يزعجني إنعدام رغبة المرضى في إتباع الإرشادات التي أقدمها لهم	68
					أقوم بواجبي في العمل تجاه المرضى بغض النظر عن العائد المادي	69
					اشعر أن جهدي مع المرضى يشكر عليه غيري	70

					اشعر أن الخدمة التمريضية المقدمة للمريض تحتاج إلى تحسين	71
					أعاني من الإنتقادات والإساءات من جانب المرضى وأقاربهم داخل المستشفى	72
					مطالب المرضى ترهقني	73
					أتجنب العمل مع بعض الحالات المرضية	74
					-بعد العلاقة مع الزوار-	
					أصبح متوترا كلما اقترب موعد الزيارة	75
					يزعجني دخول الزوار للسؤال عن حالاتهم في غير وقت الزيارة	76
					يزعجني عدم احترام سياسة القسم لأوقات الزيارة من قبل الزوار و العاملين	77
					أشعر بالضيق لأنني أتعامل يوميا مع عدد من الأشخاص أكثر من طاقتي	78
					تعامل عائلات المرضى مع الممرضين لا يقوم على أساس الإحترام	79
					عدم الالتزام بقوانين الزيارة يثير المشاكل مع الزوار و الطاقم الطبي	80
					تدخل الزوار في شؤون مرضاهم بشكل كبير يزعج الممرضين	81
					سامحي بدخول زوار بعض الحالات دون غيرهم في غير موعد الزيارة يضعني في صراع نفسي.	82
					وجود رجال أمن لتنظيم الزيارة يريحني من عبئ المواجهة مع الزوار	83
					-بعد العلاقة مع المسؤولين والإدارة-	
					يزعجني كثرة التعليمات و التوجيهات من رئيسي المباشر	84
					أتوتر كلما أردت تغيير جدول مناويتي بعد إقراره	85
					أرى أن الإدارة لا تشجع العاملين في المستشفى على تحسين أدائهم	86
					اشعر بالتوتر عند الشروع بوضع جدول مناوبات جديد	87
					اشعر أن علاقة مسؤلي المباشر بي ممتازة	88
					يزعجني التمييز الواضح بين زملائي من قبل المسئول المباشر	89
					يزعجني عدم وجود معايير واضحة للترقيات	90
					أشعر أن الإدارة لا تراعي النواحي الإنسانية في العمل	91
					أنفذ تعليمات المسئول حسب سياسة المستشفى.	92
					أرى أن إدارة المستشفى لا توفر لي دورات تدريبية لزيادة المعرفة التمريضية	93
					أشعر بأن نظام العقوبات غير عادلة	94

					أشعر أن القرارات الإدارية تتعارض كثيراً مع العناية بالمرضى	95
					لا يتعامل المسؤول المباشر معي في تحقيق خدمة أفضل للمرضى	96
					أشعر أن المسئول يحرص على تطوير أدائي في العمل	97
					بعد الأدوات و المستلزمات الطبية	
					يزعجني ضياع وقت كبير من العمل في البحث عن الأجهزة السليمة.	98
					يزعجني عدم توفر المستلزمات الطبية الضرورية للعمل بشكل كاف.	99
					عدم توفر الأجهزة بشكل كاف يشعرنى بالتقصير	100
					خدمات صيانة الأجهزة الطبية ممتازة	101
					يزعجني تكديس الأجهزة الطبية المعطلة في القسم	102
					أشعر بالإنزعاج لأن الأجهزة الموجودة في المستشفى قديمة	103
					تواجهني مشاكل في الأدوات و الأجهزة التي أستخدمها في العمل	104
					كثيراً ما يتوقف العمل بسبب نقص في المواد والأدوية المطلوبة لإتمام العمل	105
					كثيراً ما يتعطل العمل بسبب خلل أو عطل في الأجهزة المستخدمة	106
					أشعر بأن الأجهزة الموجودة في المستشفى لا تلبي لحد احتياجات المرضى	107
					بعد الراتب والترقية	
					يزعجني عدم مكافئة الراتب لمقدار الجهد المبذول	108
					يزعجني عدم توفير حوافز مالية مناسبة	109
					يزعجني عدم وجود حوافز معنوية	110
					الراتب الشهري لا يلبي احتياجاتي الأساسية لي ولاسرتي.	111
					راتبي لا يتناسب مع أهمية العمل الذي أقوم به	112
					راتبي الشهري الذي أتقاضاه من عملي بالمستشفى مناسب وكافئ جهدي	113
					فرص الترقية والتقدم الوظيفي في عملي منعدمة	114
					الزيادات السنوية التي تطرأ على راتبي غير مناسبة لجدول غلاء المعيشة	115

مقياس إستراتيجيات المواجهة في صورته النهائية

الرقم	العبرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
بعد إستراتيجية التجنب						
1	أترك مكان العمل لفترة زمنية وجيزة ثم أعود ثانية					
2	أذهب في نزهة قصيرة مع الأصدقاء.					
3	أتوقف عن العمل اليومي الروتيني وأقوم بمهام أقل إجهاد					
4	أخذ عطلة قصيرة من العمل					
5	أتجنب السكوت والجلوس لفترة طويلة					
6	أشاهد البرامج المتلفزة					
7	أسمع الموسيقى الهادئة					
8	أذهب إلى الأندية الرياضية لممارسة الأنشطة الرياضية المفضلة					
9	ألجأ إلى ممارسة هواياتي المحببة عند التعرض لموقف فيه نوع من الضغط					
10	أحاول أن أنام					
11	أحاول إيجاد وسيلة لعدم التفكير في المشكل لتجنبه					
12	أتناول أحد الأكلات المفضلة					
بعد إستراتيجية التخطيط						
13	أعمل بوتيرة هادئة					
14	أستثمر الوقت المخصص للعمل بشكل دقيق					
15	أترك المبادرة للآخرين					
16	أقوم بواجبات العمل كاملة					

					أرتاح في وقت الراحة من العمل	17
					أستخدم أساليب إدارة الوقت بحكمة	18
					أتقيد بأوقات الزيارات والجوانب الشخصية	19
					أضع أهداف واقعية يمكن تحقيقها	20
					أستخدم أسلوب الإسترخاء	21
					أقوم بعملية على أحسن وجه	22
					بعد إستراتيجية حل المشكل	
					أستخدم أسلوب علمي في مواجهة مشاكل العمل	23
					عندما تواجهني مشكلة أختار أفضل الحلول لمواجهتها	24
					أجمع المعلومات عن المشكلة التي تواجهني	25
					أطور مهاراتي في حل المشكلات	26
					عندما تواجهني مشكلة أتوقع النتائج المترتبة عنها	27
					أقيم الخطوات التي أعتمدها في حل المشاكل التي أواجهها	28
					أستفيد من الآخرين في معالجة المشاكل	29
					أحاول أن أعرف العوامل المسببة للضغط وأعمل على معالجتها	30
					أختار الموقف الأكثر أمانا عند التعرض للإجهاد	31
					أفعل ما أظنه أفضل لحل المشكل	32
					أفكر في الطريقة التي إستعملتها في حل المشاكل المشابهة	33
					أحدد خطة للعمل وأتبعها	34
					أحلل المشكل قبل رد الفعل	35
					أفكر فيما حدث وأستفيد من أخطائي	36
					أغتتم الفرصة لإظهار ما أقدر عليه	37
					أحاول تنظيم نفسي للتحكم في المشكل أفضل	38
					بعد إستراتيجية الدعم الإجتماعي	
					أحاول الحصول على دعم ومساندة الزملاء في المستشفى	39
					أبحث عن الأشخاص المقربين للتحدث معهم	40

					أحاول الحصول على دعم الأصدقاء	41
					أتبادل الآراء مع زملائي في العمل في نفس القسم أو أقسام أخرى	42
					أحسن مهارات الإتصال مع الآخرين	43
					أنخرط إجتماعيا وأتجنب الجلوس منفردا	44
					بعد إستراتيجية العناية بالصحة الجسمية	
					أحافظ على عادات صحية جيدة مثل المشي والركض مرة واحدة على الأقل في الأسبوع	45
					أنتظم في النوم	46
					أمارس بعض التمارين في مكان العمل لفترة وجيزة	47
					أستمر في التدريب الجسدي المنتظم	48
					أمارس التمارين والألعاب الرياضية بعيدا عن العمل	49
					أنتظم في التغذية	50
					بعد الردود الإنفعالية	
					ألوم نفسي على تورطي في هذه الوضعية	51
					أصبح جد متوترا	52
					أشعر بالقلق لعدم قدرتي على تجاوز الوضعية	53
					لا أصدق ما يحدث لي	54
					ألوم نفسي لحساسيتي المفرطة وإنفعالي أمام الوضعية	55
					ألوم نفسي على عدم معرفة ما أقوم به إتجاه هذه الوضعية	56
					أعجز ولا أعرف كيف أتصرف	57
					أنشغل بما سأقوم به	58
					أحمل المسؤولية للآخرين	59
					أعيد التفكير في نقائصي وسوء تكميفي العام	60
					أغضب وأنفعل	61

مقياس الإحترق النفسي في صورة الت النهائية

يحدث						لا يحدث أبدا		
كل يوم تقريبا	بضع مرات في الأسبوع	مرة في الأسبوع على الأقل	بضع مرات في الشهر	مرة في الشهر على الأقل	بضع مرات في السنة			
							<p>أشعر أنني مستنزف إنفعاليا بسبب عملي.</p> <p>Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail</p>	1
							<p>أشعر أن طاقتي استنفذت عند نهاية يوم العمل.</p> <p>Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail</p>	2
							<p>أشعر بالتعب عندما أستيقظ في الصباح وأعلم بأنني سأواجه يوما آخر من العمل.</p> <p>Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail</p>	3
							<p>أستطيع بكل سهولة تفهم ما يشعر به المرضى الذين أعالجهم.</p> <p>Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent</p>	4
							<p>أشعر بأنني أتكفل ببعض المرضى بطريقة غير شخصية وكأنهم ليسوا بشرا.</p> <p>Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets</p>	5
							<p>العمل مع الأشخاص على مدار اليوم يتطلب مني جهدا كبيرا .</p> <p>Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort</p>	6
							<p>أتكفل بمشاكل المرضى بفعالية كبيرة.</p> <p>Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades</p>	7
							<p>أشعر بالإنهاك بسبب العمل الذي أقوم به.</p> <p>Je sens que je craque à cause de mon travail</p>	8
							<p>لدي إنطباع بأنني أمارس تأثير إيجابي على الأشخاص بفضل عملي .</p> <p>J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens</p>	9
							<p>أصبحت عديم الإحساس نحو الأشخاص منذ أن حصلت على هذا العمل.</p> <p>Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail</p>	10
							<p>أخشى من أن يجعلني هذا العمل قاسيا إنفعاليا.</p> <p>Je crains que ce travail m'endurcisse émotionnellement</p>	11
							<p>أشعر بالطاقة و الحيوية.</p> <p>Je me sens plein(e) d'énergie</p>	12

						أشعر بالإحباط بسبب عملي. Je me sens frustré(e) par mon travail	13
						أشعر بأنني أعمل "بمشقة كبيرة" عند القيام بعملتي. Je sens que travaille « trop dur » dans mon travail	14
						لا أهتم لما يحدث لبعض المرضى الذين أتعامل معهم. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	15
						العمل بشكل مباشر مع الأشخاص يحدث لي ضغطا عاليا. Travailler en contact direct avec les gens me stress trop	16
						أجد سهولة كبيرة في خلق جو نفسي مريح مع المرضى. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	17
						أشعر بالعزم عندما أكون قريبا من المرضى الذين أتعامل معهم. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	18
						أنجزت أشياء كثيرة ذات أهمية في هذا العمل. J'ai accomplie beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	19
						أشعر بأنني في قمة الإرهاق. Je me sens au bout du rouleau	20
						أعالج المشاكل الإنفعالية بهدوء كبير في العمل. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	21
						أشعر أن المرضى الذين أعالجهم يحملونني مسؤولية بعض مشاكلهم. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	22