

جامعة الجزائر 2 "أبو القاسم سعد الله"

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية في تعديل العلاقة
بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى
المرضى العاملين في مصالحي الأمراض المعدية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث ل.م.د. في علم نفس الصحة.

إشراف الأستاذة الدكتورة:
زناد دلييلة

إعداد الطالب:
بوخروف سمير

السنة الجامعية:

2019 - 2018

شكر وعرّفان

أبدأ شكري خالصا لله عز وجل المتفضّل بجليل النعم وعظيم الجزاء، وأحمده على هدايته وتوفيقه لي لإنجاز هذا العمل.

بشعور غامر بالتقدير والوفاء، أتقدم بشكري الخالص العميق مقرونا بجزيل العرفان والامتنان إلى أستاذتي الفاضلة المُشرفة الدكتورة زناد دليّة، التي منحتني الوقت والجهد والاهتمام طيلة مرحلة البحث، على نصائحها وتوجيهاتها العلمية القيّمة لإخراج هذا البحث في أحسن صورة، والتي يعود لها الفضل لوصولي لهذا المستوى. فشكرا جزيلا لأستاذتي القديرة.

كما يقودني واجب الاعتراف بالفضل التقدّم بجزيل الشكر إلى كل من ساعدني وسهّل عليّ إجراء الدراسة الميدانية، وإن كنت أخص بالذكر رؤساء مصالح الأمراض المُعدية: البروفيسور عاشور والبروفيسور زميت على مستوى مستشفى "القطار العادي فليسي"، البروفيسور شريف على مستوى مصلحة الأمراض المُعدية لمستشفى "بوفاريك"، البروفيسور بودراهم على مستوى مصلحة الأمراض المُعدية لمستشفى "فرانتز فانون" والبروفيسور عفيري على مستوى مصلحة الأمراض المُعدية لمستشفى "تذير محمد"، وكذا المختصين النفسانيين العاملين في هذه المصالح: ونوري مهدي، رحموي آسيا، قرنان مريم الذين قدّموا لي مساعدة وتوجيهات قيّمة.

إلى الأستاذ عليّ عبد الوهاب الذي قدّم لي المساعدة في التحليل الاحصائي.

إلى الأساتذة الذين تفضلوا بتحكييم المقياس المستخدم في الدراسة وتزويدي بالتصحيحات اللازمة.

ويُسعدني أن أتقدّم بجزيل الشكر وخالص الامتنان لأعضاء لجنة المناقشة المحترمين، على تفضلهم وقبولهم مناقشة هذه الأطروحة وإثراءها وتقييمها بملاحظاتهم العلمية السديدة.

وفي الأخير أشكر كل من ساعدني من قريب أو من بعيد لإتمام هذا العمل.

الإهداء

إلى روعي أبي وأمي الطاهرتين، رحمهما الله وطيب ثراهما، وأسكنهما الفردوس
الأعلى، اللذين لو مازالا على قيد الحياة لكانت فرحة عُمرهما.

إلى كل أفراد أسرتي.

إلى كل من علّمني حرفاً من بحر المعرفة.

إلى كل من رافقني في درب طلب العلم.

إلى ملائكة الرحمة الذين يسهرون ويتعبون من أجل راحة المرضى والتخفيف من
آلامهم ومعاناتهم.

إليهم جميعاً أهدى هذا الجهد المتواضع

- الملخص:

أُجري البحث الحالي لإبراز الدور المعدل لكل من استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.

ولتحقيق أهداف البحث والإجابة على التساؤلات المطروحة في البداية والتحقق من فرضياته، تم اختيار عينة قصدية تتكون من ممرضين يزاولون عملهم على مستوى مصالح الأمراض المعدية التابعة للمستشفيات التالية: مستشفى "القطار العادي فليسي" بالجزائر العاصمة، مستشفى بوفاريك بالبلدية، مستشفى "نذير محمد" بتيزي وزو ومستشفى "فرانتر فانون" ببجاية، حيث تكوّنت هذه العينة من 84 ممرض وممرضة (13 ذكور، 71 إناث)، تتراوح أعمارهم من 21 سنة إلى 54 سنة.

ولقد تم تطبيق على هذه العينة 04 مقاييس وهي: مقياس أعراض الضغط المهني، مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس الصلابة النفسية ومقياس نوعية الحياة في العمل للممرضين. وبعد التحقق من صدق وثبات المقاييس وجمع المعطيات والقيام بالمعالجات والتحليلات الاحصائية، أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين درجة الضغط المهني والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وكذا جميع أبعادها المتمثلة في: توافق حياة شخصية/حياة مهنية، تصميم العمل، ظروف العمل، مهنة التمريض والمجتمع، وجود علاقة ارتباطية سالبة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام ودرجة الضغط المهني وكذا علاقة ارتباطية موجبة بين بُعد استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال ودرجة الضغط المهني، وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وكذا جميع أبعادها المتمثلة في: الالتزام، التحكم والتحدي ودرجة الضغط المهني، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل، كما جاءت أيضا العلاقات بين هذا البعد وأبعاد نوعية الحياة في العمل كلها دالة وموجبة، بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة له دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وكذا مع بُعدي ظروف العمل ومهنة التمريض والمجتمع لنوعية حياة العمل، كما أن بُعد التحكم للصلابة النفسية له علاقة ارتباطية موجبة مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وكافة أبعادها، كما أن لبُعد الالتزام للصلابة النفسية علاقة ارتباطية موجبة مع بُعد مهنة التمريض والمجتمع لنوعية حياة العمل، في حين لم يكن للصلابة

النفسية وأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى أفراد عينة الدراسة الحالية.

- **الكلمات المفتاحية:** الأمراض المستشفوية، الضغط المهني، الممرضون، نوعية الحياة في العمل، استراتيجيات المواجهة، الصلابة النفسية.

- Résumé :

La présente étude a pour objectif, de démontrer l'effet modérateur des stratégies d'ajustement et de l'endurance, sur la relation entre le stress professionnel et la qualité de vie au travail, chez les infirmiers travaillant au niveau des services des maladies infectieuses.

Afin d'atteindre les objectifs et de vérifier les hypothèses de cette étude, un échantillonnage a été réalisé sur des infirmiers qui travaillent dans les services des maladies infectieuses, composé de 84 Individus (13 hommes et 71 femmes) âgé entre 21 et 54 ans, ceux qui sont actif au niveau des services des maladies infectieuses , rattachés à quatre hôpitaux situés au centre du pays qui sont les suivants: hôpital «el kettar el aadi flissi» à Alger, hôpital de «Boufarik » à Blida, hôpital de «Nedir Mohammed» à Tizi Ouzou et l'hôpital de «Frantz Fanone» à Bejaia.

Pour ce faire, plusieurs échelles ont été appliquées, à savoir, l'échelle des symptômes du stress professionnel, l'échelle de l'endurance, l'échelle des stratégies d'ajustement et l'échelle de la qualité de vie professionnelle chez les infirmiers.

Après avoir vérifié leur validité et fiabilité et après avoir traité les données, les résultats ont montré une corrélation négative entre le stress professionnel perçu par ces infirmiers et la qualité de vie au travail avec toutes ses dimensions, une corrélation négative entre la première dimension des stratégies d'ajustement (centrée sur les tâches) et le niveau du stress professionnel et une corrélation positive entre la dimension des stratégies d'ajustement centrée sur l'émotion et le niveau du stress professionnel, une corrélation négative entre l'endurance et toutes ses dimensions et le stress professionnel, une corrélation positive entre les stratégies d'ajustement centrées sur les tâches et la qualité de vie au travail avec toutes ses dimensions, les

stratégies d'ajustement centrées sur les tâches ont un effet modérateur sur la relation entre le stress professionnel et la qualité de vie au travail, une corrélation positive entre l'endurance ainsi que ses dimensions et la qualité de vie au travail et ses dimensions, l'endurance ainsi que ses dimensions n'ont pas un effet modérateur sur la relation entre le stress professionnel et la qualité de vie au travail chez ces infirmiers.

Mots clés: Maladies nosocomiales, Stress professionnel, Infirmiers, Qualité de vie au travail, Stratégies d'ajustement, Endurance.

فهرس المحتويات

شكر و عرفان

الإهداء

ملخص الدراسة

الصفحة	المحتوى
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
01	مقدمة
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
08	1- الاشكالية
23	2- فرضيات الدراسة
23	3- تحديد مفاهيم الدراسة
29	4- أهداف الدراسة
30	5- أهمية الدراسة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة	
34	تمهيد
35	I- الضغط النفسي
35	1- مفهوم الضغط النفسي
37	2- تعريف الضغط النفسي
38	2-1- الضغط النفسي كمثير خارجي
38	2-2- الضغط النفسي كاستجابة
38	2-3- الضغط النفسي كتفاعل بين المثير والاستجابة
39	3- لمحة تاريخية
40	4- النظريات المفسرة للضغط النفسي
40	4-1- النظرية الفيزيولوجية للضغط
42	4-2- النظرية الايكولوجية

42	3-4- نظرية "سبيلرجر" (Spielberger)
43	4-4- نظرية التقدير المعرفي
45	5- أنواع الضغوط النفسية
45	1-5- الضغط النفسي الأساسي
45	2-5- الضغط النفسي التعاطفي
46	3-5- الاحتراق النفسي
46	4-5- الضغط النفسي التراكمي
49	6- آثار الضغط النفسي السلبي
49	1-6- على المستوى العلائقي
49	2-6- على المستوى المهني
49	3-6- على المستوى السلوكي
50	4-6- على المستوى الفيزيولوجي
50	5-6- على المستوى العاطفي
50	7- تفاوت حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد
51	8- الضغط المهني
51	1-8- تعريف الضغط المهني
53	2-8- مصادر الضغط المهني
57	3-8- مصادر الضغوط المهنية في مهنة التمريض
57	4-8- الضغط النفسي والإرهاك المهني لدى العاملين في مجال العلاقات الإنسانية
58	5-8- نظريات الضغوط المهنية
62	6-8- التدخلات الخاصة بتخفيض مستويات الضغط المهني
64	II- استراتيجيات المواجهة
64	1- تعريف استراتيجيات المواجهة
67	2- لمحة تاريخية عن مفهوم استراتيجيات المواجهة
70	3- آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة
71	4- تصنيف استراتيجيات المواجهة
72	1-4- أسلوب المواجهة المركّز على المشكل
72	2-4- أسلوب المواجهة المركّز على الانفعالات
77	5- استراتيجيات المواجهة التكيفية واستراتيجيات المواجهة غير التكيفية

78	6- النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة
78	6-1- المنظور الحيواني
78	6-2- النظرية السلوكية
78	6-3- النظرية النفسية المعرفية
81	6-4- النظرية الاستباقية كتوجّه جديد لاستراتيجيات المواجهة
84	- خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الصلابة النفسية	
86	- تمهيد
87	1- مفهوم الصلابة النفسية
88	2- تعريف الصلابة النفسية
89	3- لمحة تاريخية عن مفهوم الصلابة النفسية
92	4- أبعاد الصلابة النفسية
92	4-1- الالتزام
93	4-2- التحكم
95	4-3- التحدي
96	5- خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة
97	6- خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة
98	7- أهمية الصلابة النفسية
99	7-1- الصلابة النفسية والصحة الجسمية
100	7-2- الصلابة النفسية والتكيف
100	7-3- الصلابة النفسية والمجموعات
101	- خلاصة الفصل
الفصل الثالث: نوعية الحياة في العمل	
103	- تمهيد
104	I- نوعية الحياة
104	1- مفهوم نوعية الحياة
105	2- تعريف نوعية الحياة
107	3- من الرفاهية الذاتية، السعادة والرضا إلى نوعية الحياة
108	4- الاتجاهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة

108	4-1- نموذج (Reich & Zautra, 1984)
109	4-2- الاتجاه النفسي
110	4-3- نموذج (Bubolz et coll., 1980)
110	4-4- نموذج (Bigelow et coll., 1986)
111	4-5- المنظور المعرفي (Cognitive Perspective)
113	4-6- الاتجاه الطبي
113	4-7- نموذج (Abbey & Andrews, 1985)
114	4-8- النموذج النظري العربي لنوعية الحياة
116	5- أبعاد نوعية الحياة
119	6- مؤشرات نوعية الحياة
119	6-1- الرضا
119	6-2- الكفاءة والإنتاجية
119	6-3- الاستقلالية وعدم التبعية للآخرين
120	6-4- الشعور بالانتماء والقدرة على الاندماج الاجتماعي
120	7- نوعية الحياة كمنظور شامل
123	II- نوعية حياة العمل
123	1- مفهوم نوعية حياة العمل
123	2- تعريف نوعية حياة العمل
125	3- الخلفية التاريخية لنوعية حياة العمل
127	4- العلاقة بين نوعية الحياة العامة ونوعية الحياة في العمل
127	4-1- نموذج التحويل
128	4-2- نموذج التعويض
128	4-3- نموذج الانقسام
129	4-4- نموذج التوفيق
129	5- أبعاد نوعية حياة العمل
132	6- مؤشرات نوعية الحياة في العمل
133	7- قياس نوعية حياة العمل
133	7-1- نموذج (Karasek, 1985)
134	7-2- نموذج (Siegrist, 1996)

135	8- عوائق تطبيق نوعية حياة العمل
137	- خلاصة الفصل
الفصل الرابع: مهنة التمريض	
139	- تمهيد
140	1- مفهوم مهنة التمريض
141	2- التطور التاريخي لمهنة التمريض
144	3- طبيعة مهنة التمريض
145	3-1- ازدواجية تبعية الممرضين في المستشفى
145	3-2- عبء العمل
145	3-3- ورديات العمل
147	4- شروط ومبادئ مهنة التمريض
149	5- نظريات التمريض
149	5-1- نظرية الاحتياجات
150	5-2- نظرية التكيف
151	5-3- النظرية الإنسانية / الإجمالية
151	6- صعوبات مهنة التمريض
155	- خلاصة
الفصل الخامس: الأمراض المستشفوية	
157	- تمهيد
158	1- تعريف الأمراض المستشفوية
158	2- مخاطر الوسط الاستشفائي
158	2-1- المخاطر البيولوجية
162	2-2- المخاطر الكيميائية
169	3- طرق انتقال الأمراض المستشفوية
170	4- مراقبة الأمراض المستشفوية
171	4-1- تطبيق برنامج مراقبة الأمراض المستشفوية
174	4-2- المراقبة الفعالة للأمراض المستشفوية كعملية تنظيمية
176	5- تنظيم برامج مكافحة الأمراض المستشفوية
178	5-1- تحديد المسؤوليات في إطار برنامج مكافحة الأمراض المستشفوية

186	6- الوقاية من الأمراض المستشفوية
190	6-1- التصنيف حسب نوع الخطر
191	6-2- التقليل من خطر انتقال العدوى من شخص لآخر
196	6-3- الوقاية من انتشار البكتيريا متعدّدة المقاومة للمضادات الحيوية
197	6-4- العزل الصحي
202	7- حوادث التعرض للدم
202	7-1- تعريف
202	7-2- أخطار انتقال العوامل المُعدية عن طريق حوادث التعرض للدم
203	7-3- طرق ووسائل الحماية من حوادث التعرض للدم
208	7-4- الاجراءات الواجب القيام بها بعد وقوع حادث التعرض للدم
210	8- الاتفاقية الأوربية المتعلقة بالوقاية من الجروح الناجمة عن استعمال الأدوات الحادة في القطاع الاستشفائي والصحي، كنموذج لتسيير حوادث التعرض للدم
الجانب التطبيقي	
الفصل السادس: الاجراءات المنهجية للبحث	
216	- تمهيد
217	1- القراءة والدراسة الاستطلاعية
219	2- منهج البحث
220	3- مجالات الدراسة
221	4- عينة البحث
229	5- أدوات وتقنيات البحث
230	5-1- الملاحظة
231	5-2- استبيان المعلومات العامة
232	5-3- مقياس أعراض الضغوط المهنية
234	5-4- مقياس الصلابة النفسية
241	5-5- قائمة استراتيجيات المواجهة للوضعية الضاغطة
244	5-6- مقياس نوعية الحياة في العمل للمرضين
250	6- المعالجة الاحصائية
الفصل السابع: عرض النتائج	
254	- تمهيد

255	1- العرض الوصفي لنتائج الدراسة
256	1-1- نتائج الاحصاء الوصفي للضغط المهني
258	1-2- نتائج الاحصاء الوصفي لنوعية الحياة في العمل
264	1-3- نتائج الاحصاء الوصفي لاستراتيجيات المواجهة
269	1-4- نتائج الاحصاء الوصفي للصلابة النفسية
274	2- عرض نتائج التحليل الاحصائي لمتغيرات الدراسة
274	2-1- عرض نتائج الفرضية الأولى
275	2-2- عرض نتائج الفرضية الثانية
276	2-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
278	2-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
279	2-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة
283	2-6- عرض نتائج الفرضية السادسة
285	2-7- عرض نتائج الفرضية السابعة
الفصل الثامن: تفسير ومناقشة النتائج	
289	1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى
305	2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية
201	3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة
331	4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة
339	5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة
352	6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة
363	7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة
376	- الاستنتاج العام
385	- النموذج النظري المقترح
389	- الخاتمة
393	- قائمة المراجع
	- الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية "شالوك"	113
02	أهم نماذج وعوامل قياس نوعية الحياة المدركة لدى الفرد	122
03	الأشخاص المستهدفين من العدوى الفيروسية المستشفوية	169
04	يُمثّل أهم الفيروسات المنتقلة عن طريق حوادث التعرض للدم	170
05	إجراءات المكافحة الفورية لمواجهة ارتفاع حالات الإصابة بالأمراض المستشفوية	178
06	تفاوت خطر التعرض للأمراض المستشفوية حسب حالة المريض ونوع التدخلات العلاجية	190
07	يُمثّل أهم الطرق المستعملة في عملية التعقيم الطبي	194
08	الاحتياطات الخاصة في حالة العزل الوقائي	199
09	عزل الوقاية وعزل الحماية	201
10	يُمثّل نسبة أخطار انتقال العدوى عند وقوع حادث تعرّض للدم	203
11	يُمثّل الاجراءات التي تستدعي احترام الاحتياطات المعيارية	205
12	شروط استعمال الأدوات الآمنة	207
13	الخطوات الواجب القيام بها بعد وقوع حادث التعرض للدم	209
14	توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس	222
15	توزيع أفراد عينة البحث حسب فئات السن	223
16	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	224
17	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية العائلية	225
18	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب حالتهم الصحية	226
19	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب أقدمية العمل	227
20	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب أوقات العمل	228
21	يوضّح ارتباط درجات كل بُند مع الدرجة الكلية لمقياس إدراك الضغط المهني	233
22	معامل ثبات مقياس الصلابة النفسية وثبات أبعاده باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ	237
23	يوضّح ارتباط درجات كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسي	239
24	معامل ثبات مقياس الصلابة النفسية وثبات كل بُعد من أبعاده باستخدام معامل "ألفا كرونباخ"	240

242	يوضِّح ثبات (الاختبار وإعادة الاختبار) لمقياس قائمة استراتيجيات المواجهة للوضعيات الضاغطة (CISS)	25
243	يوضح ارتباط درجات كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة	26
244	معامل ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة وثبات كل بُعد من أبعاده باستخدام معامل ثبات "ألفا كرونباخ"	27
245	توزيع البنود حسب الأبعاد الأربعة لمقياس نوعية الحياة في العمل للمرضيين	28
248	بنود مقياس نوعية الحياة في العمل لدى المرضيين قبل وبعد التعديل	29
249	يوضح ارتباط درجات كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة في العمل لدى المرضيين	30
250	معامل ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة وثبات كل بُعد من أبعاده باستخدام معامل ثبات "ألفا كرونباخ"	31
256	نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري للضغط المهني	32
258	نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري لنوعية الحياة في العمل بأبعادها	33
264	نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري لاستراتيجيات المواجهة بأبعادها	34
269	نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري للصلابة النفسية بأبعادها	35
274	معامل الارتباط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل وأبعادها	36
275	معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها والضغط المهني	37
277	معامل الارتباط بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني	38
278	معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها	39
279	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة باستخدام الدرجة الكلية	40
281	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة بالنسبة لبُعد المهام	41
282	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة بالنسبة لبُعد الانفعال لاستراتيجيات المواجهة	42
282	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة بالنسبة لبُعد التجنب لاستراتيجيات المواجهة	43
283	معامل الارتباط بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها	44
285	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة باستخدام الدرجة الكلية للصلابة النفسية	45

286	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة بالنسبة لبُعد الالتزام للصلابة النفسية	46
286	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة بالنسبة لبُعد التحكم للصلابة النفسية	47
287	تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة بالنسبة لبُعد التحدي للصلابة النفسية	48

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	نموذج للضغط النفسي الايجابي حسب (França & Rodrigues, 1997)	47
02	نموذج للضغط النفسي السلبي حسب (França & Rodrigues, 1997)	48
03	نموذج تفاعلي للضغط المهني	59
04	نموذج "مارشال" للضغوط المهنية	60
05	نموذج "كوبر" للضغوط المهنية	62
06	سيرورة استراتيجيات المواجهة	66
07	مراحل ومحددات سيرورة المواجهة	67
08	خصائص استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل	73
09	نوعية الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة	112
10	تصوّر "أبو سريع" وآخرون لمحدّدات نوعية الحياة	115
11	عملية مراقبة الأمراض المستشفوية كسيرورة دائرية	173
12	التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب الجنس	222
13	التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب فئات السن	223
14	التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب المستوى التعليمي	224
15	التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب الوضعية العائلية	225
16	التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب الحالة الصحية	227
17	التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب أقدمية العمل	228
18	التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب أوقات العمل	229
19	التوزيع التكراري للضغط المهني	257
20	التوزيع التكراري لنوعية الحياة في العمل	259
21	التوزيع التكراري لُبعد توافق حياة مهنية/حياة شخصية	260
22	التوزيع التكراري لُبعد تصميم العمل	261
23	التوزيع التكراري لُبعد ظروف العمل	262
24	التوزيع التكراري لُبعد التمريض والمجتمع	263
25	التوزيع التكراري لاستراتيجيات المواجهة	265

266	التوزيع التكراري لُبُعد المهام	26
267	التوزيع التكراري لُبُعد الانفعال	27
268	التوزيع التكراري لُبُعد التجنب	28
270	التوزيع التكراري للصلاية النفسية	29
271	التوزيع التكراري لُبُعد الالتزام	30
272	التوزيع التكراري لُبُعد التحكم	31
273	التوزيع التكراري لُبُعد التحدي	32
280	تمثيل بياني لدرجات نوعية الحياة المتنبئ بها استنادا إلى مُخرجات الانحدار المتعدد الهرمي بالنسبة للدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة	33
385	النموذج النظري المقترح للعلاقات بين متغيرات الدراسة ودور استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام في تعديل العلاقة بين عوامل الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل	34

مقدمة

- مقدمة

إن مصطلح نوعية الحياة من المفاهيم الرئيسية المعاصرة، حيث أنه، حسب الأدبيات، نادرا ما حضي أي مفهوم بهذا الاهتمام الواسع من قِبَل الباحثين الذين ينتمون لمختلف التخصصات، والذي تتقاسمه عدّة ميادين (الطب، علم الأوبئة، الصحة العامة، علم الاجتماع، العلوم الاقتصادية، علم نفس الصحة...).

ويعود ظهور هذا المصطلح لأول مرة إلى نهاية سنوات الخمسينيات من القرن الماضي، إلا أنه لم يعرف انتشارا واسعا في مختلف الأوساط العلمية إلا في الثمانينات أين تطور وأصبح كثير الاستعمال والتداول، حيث أخذ مكان مصطلحات أخرى قريبة منه وذلك باستبدالها واحتواءها مثل السعادة، الرضا عن الحياة، الرفاهية الذاتية بل حتى الصحة في بعض الأحيان.

إن هذا المصطلح، من كثرة استعماله، يبدو واضح وبسيط، لكنه في الواقع، حسب العديد من المختصين، يعتبر من أكثر المفاهيم تعقيدا وصعوبة للتعريف، حيث يرى (McDowell, 2006) أن التعريف الذي قدّمه فريق نوعية الحياة التابع للمنظمة العالمية للصحة (WHOQOL group, 1994) هو الأكثر قبولا وتداولاً، فحسب هذا الفريق نوعية الحياة هي "طريقة إدراك الفرد لمكانته في الحياة، وهذا في إطار الثقافة ونظام القيم التي يعيش في وسطها، وهذا مرتبط مع أهدافه، آماله، معايير واهتماماته، فهو إذا مصطلح شامل وتكاملي، متأثر بصفة مباشرة مع الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، مستوى الاستقلالية، علاقاته الاجتماعية، كل هذا مرتبط بالخصائص الأساسية التي يتميز بها محيطه".

ولقد لقي هذا التعريف قبولا واسعا من طرف المختصين، وهذا راجع إلى أنه يتميز بالمرونة، أي أنه لا يمكن إعطاء نفس المعنى لنوعية الحياة لدى جميع الأفراد أو في جميع المجتمعات، وإنما نوعية الحياة يتفاوت معناها حسب الظروف، الثقافة، القيم، المعتقدات، الدين، المكان والزمان.

(Bruchon-schweitzer M., Boujut E., 2014, P.P. 39-40).

نظرا لتعدد وتشعب مفهوم نوعية الحياة، واستعماله الواسع بين مختلف المجالات والتخصصات، فلقد تم تطوير فروع متعددة وفقا لتعدد وكثرة ميادين الحياة التي يمكن فيها توظيف هذا المفهوم، ولعل من بين أهم أنواعها نجد نوعية الحياة في العمل.

لقد بدأ الاهتمام بنوعية الحياة في العمل داخل الشركات والمنظمات، حيث شرعت الإدارات في العديد من الشركات والمؤسسات الكبيرة في إعداد مشاريع شاملة ومتكاملة، لتحسين إنتاجية القوى العاملة وتطوير أدائها والتخلص من العقبات التي تحول دون تقدمها وتطورها.

إن الاهتمام بنوعية الحياة في العمل الرامي لإيجاد بيئة مهنية آمنة صحية ومناسبة، تتوافر فيها أشكال مشاركة العاملين في الوسط المهني من جهة، والاهتمام بالحياة الأسرية والعائلية من جهة أخرى، يعمل على تحقيق التوازن بين بيئة العمل والمتطلبات العائلية.

إضافة لذلك، فإن نوعية الحياة في العمل تمثل السلوكيات والممارسات التي تقوم بها إدارة المؤسسة، من أجل إرضاء العاملين لديها وإسعادهم وزيادة شعورهم بالثقة والاطمئنان في حياتهم المهنية والأسرية، الذي بدوره يساعد العاملين على أن يكونوا أكثر قدرة وفاعلية في أداء أعمالهم مما يؤدي إلى تحقيق أفضل النتائج (البربري مروان، 2016، ص. ص. 02-03).

إلا أن العديد من العوامل يمكن أن تُعيق كل هذه الجهود المبذولة في هذا الاتجاه، ولعل من أهمها الضغوط المهنية التي تعتبر من أبرز التحديات التي تواجه الفرد في بيئة عمله، والتي يتولد عنها العديد من المطالب التي ربما لا يستطيع الفرد العامل تلبيتها وتحقيقها، ما يؤدي إلى ظهور لديه العديد من الآثار والأعراض السلبية كالإرهاق والإجهاد المهنيين، ارتفاع مستويات القلق ومشاعر الإحباط والغضب والاكئاب... وهو ما يؤثر بدوره سلباً على نوعية الحياة في العمل.

من جهة أخرى، تقترب الأوساط المهنية بمخاطر وتهديدات تؤثر على صحة الأفراد العاملين فيها بطرق مختلفة، هذه المخاطر التي يمكن أن تكون فيزيائية جسمية، كيميائية، بيولوجية، نفسية وحتى تنظيمية، تختلف وتتفاوت حسب درجة الضرر الذي يمكن أن تحدثه لدى الفرد العامل.

وتعتبر المؤسسات الاستشفائية من بين هذه الأوساط المهنية ذات الخطورة العالية على المعالجين، خاصة لدى المرضى، لما تشكّله من تهديدات على صحتهم الجسمية والنفسية. فمخاطر أحداث العمل أو الأمراض المهنية تؤدي إلى تدهور وضعف المردودية ونوعية الأداء الوظيفي لدى المرضى.

ويتميز الوسط الاستشفائي بانتشار مختلف أنواع البكتيريا، الفيروسات والطفيليات المقاومة للمواد المنظفة والمعقمة المستعملة لتوفير النظافة الصحية في المستشفيات (Hygiène hospitalière)، هذه الكائنات المجهرية التي تتسبب في حدوث الأمراض المستشفوية (Maladies nosocomiales).

توصف العدوى بأنها مستشفوية عندما يُصاب بها الفرد في المستشفى، حيث أن هناك نمطان رئيسيان لهذه العدوى: العدوى الناجمة مباشرة عن إحدى الإجراءات العلاجية، والعدوى الناجمة عن البيئة الاستشفائية، حيث يحدث النوع الأول من العدوى عن الإجراءات العلاجية عند دخول الميكروبات في أحد مواقع الجسم العميقة، الناجمة عن استخدام الأدوات الطبية الحادة مثل الحُقن والمبضع... فتصدع الدفاعات الطبيعية الأولية (الجلد والأغشية المخاطية) ضد العدوى يسمح بدخول الجراثيم إلى الأنسجة والأعضاء العميقة داخل الجسم، حيث تستقر وتتكاثر مسببة للعدوى.

إن هذه الأمراض تنتشر خاصة على مستوى مصالحي الأمراض المعدية، التي يتكفل فيها المعالجون بوقاية وعلاج الأمراض المتقلة، وذلك بشتى الطرق كالهواء، شبكة المياه، ولعل من أهم أشكال انتقال هذه الأمراض لأفراد الطاقم الطبي، خاصة الممرضين، نجد حوادث التعرض للدم (Accidents d'exposition aux sang).

فالممرضون العاملون بهذه المصالح، يعيشون يوميا ضغوط كبيرة ومعاناة جراء الخوف والقلق الناجمين عن إمكانية الإصابة بمرض خطير كالسيدا أو التهاب الكبد الفيروسي نمط "أ" ونمط "ج"، وقائمة طويلة من الأمراض الأخرى المعدية التي لا تقل خطورة مثل السل.

نهدف من خلال دراستنا الحالية إلى تسليط الضوء على ما ينجز من آثار عن هذه الظروف المهنية الضاغطة التي يعيشها يوميا الممرضين العاملين في هذه المصالح على نوعية الحياة في العمل لديهم.

كما سنحاول أيضا في إطار هذا البحث إبراز أثر بعض العوامل والمتغيرات النفسية، المتمثلة في الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة، التي نفترض أنها متغيرات معدلة للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين.

انطلاقا مما سبق، واعتمادا على الأسس المنهجية المتعارف عليها، عمدنا لتقسيم هذه الدراسة إلى

جانب نظري وآخر تطبيقي وذلك كالتالي:

الجانب النظري: بعد تحديد أهم مفاهيم الدراسة، ارتأينا تخصيص فصل لكل مفهوم، وعليه جاءت

فصول الجانب النظري كما يلي:

الفصل الأول: فلقد تناول الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، حيث يشمل جزأين:

يتمثل الجزء الأول في الضغط المهني الذي تتمثل عناصره في مفهوم الضغط النفسي لغة واصطلاحاً، تعريف الضغط النفسي، لمحة تاريخية، النظريات المفسرة للضغط النفسي، أنواع الضغوط النفسية، آثار الضغط النفسي السلبي، تفاوت حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد، الضغط المهني وتعريفه، مصادر الضغط المهني، مصادر الضغوط المهنية في مهنة التمريض، الضغط النفسي والإنهاك المهني لدى العاملين في مجال العلاقات الإنسانية، نظريات الضغوط المهنية، التدخلات الخاصة بتخفيض مستويات الضغط المهني.

أما الجزء الثاني فلقد خُصص لاستراتيجيات المواجهة وتعريفها، لمحة تاريخية عن مفهوم استراتيجيات المواجهة، آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة، تصنيف استراتيجيات المواجهة، النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة.

أما الفصل الثاني تعرضنا فيه إلى مفهوم الصلابة النفسية حيث تطرقنا إلى الصلابة النفسية وتعريفها، لمحة تاريخية عن مفهوم الصلابة النفسية، أبعاد الصلابة النفسية، خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة، خصائص ذوي الصلابة المنخفضة، أهمية الصلابة النفسية.

وخصصنا الفصل الثالث لمفهوم نوعية الحياة في العمل، حيث تطرقنا أولاً لنوعية الحياة وتعريفها، من الرفاهية الذاتية، السعادة والرضا إلى نوعية الحياة، الاتجاهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة، أبعاد نوعية الحياة، مؤشرات نوعية الحياة، نوعية الحياة كمنظور شامل، مفهوم نوعية حياة العمل، تعريف نوعية حياة العمل، الخلفية التاريخية لنوعية حياة العمل، العلاقة بين نوعية الحياة العامة ونوعية الحياة في العمل، أبعاد نوعية حياة العمل، مؤشرات نوعية الحياة في العمل، قياس نوعية حياة العمل، عوائق تطبيق نوعية حياة العمل.

أما الفصل الرابع فلقد تناول مفهوم التمريض، التطور التاريخي لمهنة التمريض، طبيعة مهنة التمريض، شروط ومبادئ مهنة التمريض، نظريات التمريض، صعوبات مهنة التمريض.

أما **الفصل الخامس** والأخير فلقد حُصِّص لتحديد مفهوم الأمراض المستشفوية، حيث شمل جانبين:

- **الأول:** يتمثل في تقديم وتعريف الأمراض المستشفوية، مخاطر الوسط الاستشفائي وأنواعها كمصدر لهذه الأمراض، طرق انتقال الأمراض المستشفوية، مراقبة الأمراض المستشفوية، برامج مكافحة الأمراض المستشفوية، الوقاية من الأمراض المستشفوية والعزل الصحي كطريقة فعالة لتفادي أو التقليل من حدوث الأمراض المستشفوية، والذي ينقسم إلى عزل الوقاية وعزل الحماية.

- أما **الجانب الثاني:** من هذا الفصل فلقد ركّزنا فيه على خطر انتقال العدوى إلى أفراد الطاقم الطبي (خاصة الممرضين) في الوسط الاستشفائي عن طريق ما يُسمى بحوادث التعرّض للدم، بصفتها من أخطر أنواع العدوى المستشفوية، حيث تناولنا في هذا الجانب تعريف حوادث التعرّض للدم، أخطار انتقال العوامل المُعدية عن طريق حوادث التعرّض للدم، طرق ووسائل الحماية من حوادث التعرّض للدم، الاجراءات الواجب القيام بها بعد وقوع حادث التعرّض للدم، وفي الأخير أدرجنا الاتفاقية الأوربية المتعلقة بالوقاية من الجروح الناجمة عن استعمال الأدوات الحادة في القطاع الاستشفائي والصحي، كنموذج لتسيير حوادث التعرّض للدم.

- **الجانب التطبيقي:** جاء في ثلاثة فصول، حيث تطرق **الفصل السادس** إلى الأسس المنهجية للبحث وإجراءاته، وفيه تطرقنا للدراسة الاستطلاعية، المنهج المتبع، العينة وطريقة اختيارها وخصائصها، المقاييس المستعملة في البحث واختبار الخصائص السيكومترية لها، اجراءات تطبيق البحث وكذا الأساليب الإحصائية المتبعة.

أما **الفصل السابع** من الجانب التطبيقي فقد تم فيه عرض نتائج الدراسة. وتم في **الفصل الثامن**، تفسير ومناقشة النتائج وتحليلها على ضوء الدراسات السابقة، تُبع باستنتاج عام، وأنهينا الدراسة بخاتمة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية:

إن أفراد الطاقم الطبي يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط المهنية، ويعانون من عدّة آثار نفسية وجسدية نتيجة لهذه الضغوط. كما أن العاملين في قطاع الصحة بكل فئاتهم، بالأخص المعالجين الذين هم دائما بجانب المرضى، خاصة بوحدة الإسعجات والعلاج المكثف والأمراض الثقيلة، غالبا ما يتعرضون لوضعية ضاغطة قصوى في مكافحتهم المستمرة لمعاناة المرضى الذين يتكفلون بهم، وبهذا يمكن أن يتعرضوا إلى أعباء بدنية كبيرة في العمل وكذا لضغوط عقلية ونفسية التي من المهم إدراك تأثيرها في تدهور الحالة الصحية بصفة عامة.

فمعوقات بيئة العمل الاستشفائية كثيرة ومتنوعة، كالمشاكل الخاصة بالتنظيم والعلاقات أو المتعلقة بطبيعة المهمة، حيث يمكن أن يمتزج عدم الرضا وعدم المشاركة في اتخاذ القرار بل الشعور بنقص أو انعدام الأمن والخطر في العمل، والتي تحول دون قيامهم بدورهم بصورة كاملة، وتسبب لهم شعورا بالتوتر والقلق، وتكمن خطورة هذا الشعور في نتائجه السلبية التي تتمثل في حالات مختلفة منها القيام بالواجبات بصورة آلية تفقر إلى الاندماج الوجداني وقلة الدافعية وفقدان القدرة على التركيز أثناء القيام بالوظائف العلاجية (خميس محمد، 2013، ص. 286).

في هذا الاتجاه، أكد (Swinnen I., 2010)، وهو استشاري مختص في تسيير الضغوط المهنية على مستوى المؤسسات، أنه بالرغم من أن الضغط المهني يهدد أي فرد عامل في مكان العمل، فإن بعض أنماط الشخصية وكذا بعض الأنواع من المهن تُعرض أصحابها بصفة أكبر لاحتمال الوقوع في هذا المشكل، حيث أنه، وفقا لدراساته وملاحظاته الميدانية في هذا المجال، فإن الممرضون يمثلون الفئة الأولى بين جميع الفئات المهنية الأخرى المعرضة للاحتراق النفسي تليها مباشرة فئة أطباء الأسنان، وهذا ما أدى به إلى الاستنتاج بأن المهنيين الذين يتعاملون مع الأفراد ذوي معاناة هم الأكثر عُرضة للضغط المهني (Rastelletti A. et al., 2015, P. 06).

فهذه الضغوط الكثيرة والمتنوعة التي يعيشها الممرضون يوميا في إطار أداء وظائفهم العلاجية المختلفة، حظيت باهتمام الباحثين في الكثير من الدول، حيث قاموا بإنجاز العديد من الدراسات في هذا الاتجاه. فلقد بيّنت دراسة (Roday, 1993)، التي أُقيمت على عينة تتكون من 520 ممرض وممرضة، أن 55% منهم عبّروا عن رغبتهم في مغادرة مهنة التمريض، وأن حوالي 25% يعانون من إنهاك انفعالي مرتفع، 16% من فقدان الشعور التعاطفي، و25% من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل. (البدوي طلال، 2000، ص. 56).

أما دراسة (Bakkour R., 2004) على عينة متكونة من 130 ممرض وممرضة عاملين في مصالح العناية المركزة على مستوى 13 مستشفى واقع في شمال لبنان، فلقد بيّنت نتائجها أن ما نسبته 50% من هؤلاء الممرضين أبدوا درجة مرتفعة من الانهاك الانفعالي، وأن 7,7% منهم فقط تحصلوا على مستويات منخفضة منه، كما تم التوصل أيضا إلى أن 50% من هؤلاء الممرضين كانت علاقاتهم مع المرضى آلية تقتصر للقيم الانسانية (déshumanisation).

في دراسة كندية قام بها (Bourbonnais et al., 2000)، على عينة قوامها 2006 ممرض وممرضة عاملين في مختلف المستشفيات، تبين أنه من بين أكثر المشاكل التي يعاني منها هؤلاء الممرضون كانت متعلقة بالصحة العقلية، حيث تم تشخيص هذا النوع من الاضطرابات لدى 25% من المستجوبين. كما كشفت أيضا هذه الدراسة أن معدلات تشخيص مشاكل في الصحة العقلية لدى هؤلاء الممرضين قد تضاعفت أربع مرات بين عامي 1993 و1999 (Perruchoud J., 2008, P. 04).

وقد كشفت العديد من الدراسات أن الضغط المهني يمكن أن يكون له العديد من العواقب الضارة لكل من الممرض ومردودية ونوعية العمل، وذلك وفقا لاختلاف الخصائص والمميزات الفردية للممرضين وكذا المحيط المهني الذي يزاولون فيه مهامهم.

في هذا الصدد، تشتمل نظرية (Jex & Beehr) على ثلاثة أنواع من آثار الضغط المهني لدى الممرضين المتمثلة في الآثار الفيزيولوجية خاصة ارتفاع مستوى الكورتيزول، زيادة معدل ضربات القلب واضطرابها، ارتفاع ضغط الدم، أعراض القلب والأوعية الدموية وآلام الظهر، الآثار النفسية التي تتمثل خاصة في الاكتئاب، القلق والانهاك المهني، والآثار السلوكية التي يمكن أن تشمل خاصة العنف في مكان العمل والحدّ من السلوكيات الأخلاقية، ارتفاع معدلات التغيب.

من جهة أخرى أشار العديد من الباحثين إلى نقص الوعي لدى الكثير من الممرضين حول طبيعة الضغط المهني والآثار التي يمكن أن تتجم عنه، واعتقادهم أن هذه الضغوط تؤثر فقط على طريقة ونوعية أدائهم في العمل، في حين أن الضغط المهني يمكن أن يؤثر كذلك على صحتهم ويؤدي إلى مشاكل صحية يمكن أن تكون خطيرة، حيث أنه إذا لم يكن الممرض على دراية بطبيعة هذه الضغوط المهنية وتأثيراتها والطريقة الملائمة للتعامل معها وتسييرها، فقد يصبح الأمر أسوأ ويمكن أن يصل في بعض الحالات إلى الانتحار (Alomani Q., 2006, P. 13).

من جهة أخرى، أجرى (أحمد وآخرون، 1994)، دراسة هدفت للتعرف إلى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرضون العاملون على مستوى وحدات العناية المركزة، وتألفت عينة البحث من 130 ممرض وممرضة موزعة على ثلاثة مجموعات، حيث شملت المجموعة الأولى ممرضى العناية المركزة، أما المجموعة الثانية فتكونت من ممرضى وحدات تصفية الدم، في حين تكونت المجموعة الثالثة من ممرضى وحدات الطب الداخلي، ولقد توصلت الدراسة إلى أن ممرضى المجموعة الأولى يواجهون ضغوط مهنية أكثر من المجموعتين الأخرين، أما من حيث آثاره النفسية، فلقد كان ممرضو المجموعة الأولى أكثر قلقا واكتئابا من باقي الممرضين العاملين في الوحدات الأخرى.

وفي هذا الاتجاه، توصل (Keane, 1995) إلى نفس النتيجة، في دراسته التي هدفت إلى التأكد مما إذا كان الممرضون في وحدات العناية المركزة يتعرضون لضغوط مهنية أكثر مقارنة بالوحدات الطبية الأخرى، حيث أخذت عينة مؤلفة من مجموعتين، ضمّت الأولى ممرضى وحدات العناية المركزة، بينما شملت الثانية ممرضى وحدات الجراحة العامة والطب العام، حيث أكدت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الضغط المهني بين المجموعتين لصالح المجموعة الأولى، كما تبين أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات الضغط المهني بين الممرضين العاملين في وحدات العناية المركزة (درويش يحيى، 2003، ص. 64).

نفس النتائج توصلت إليها دراسة (Schuster, 1999) بكندا، التي أسفرت على أن الضغط المهني لدى ممرضى وحدات العناية المركزة والأمراض الثقيلة، تزيد عن غيرهم من ممرضى الوحدات الأخرى، وهذا لكثرة الحوادث الخطيرة والحالات الحرجة التي تتطلب المتابعة الدائمة (خميس محمد، 2013، ص. 290).

نستنتج من هذه الدراسات أن هناك اختلاف وتفاوت في درجة وشدة الضغط النفسي المهني لدى المرضى باختلاف المصالح التي يزاولون العمل فيها.

أما عن مصادر هذه الضغوط المهنية التي يتعرض لها الممرضون فهي كثيرة ومتنوعة، فقد تنجم عن التفاعل بين عوامل عديدة بيئية وشخصية يمرّ بها الممرض أثناء أداء مهامه، مثل زيادة فترات العمل الليلي وما يتطلبه ذلك من سهر لساعات طويلة، ووضع الممرض تحت الطلب والخدمة في أي وقت كان بحكم المستجدات الطارئة، كل ذلك من شأنه التأثير السلبي على الأداء المهني العادي لعمل الممرضين والمرضات تجاه المرضى الماكثين في المستشفى، ناهيك عن المطالب المستمرة والملحة لهؤلاء المرضى والضغط الذي يولده أقاربهم أو مرافقوهم، الذين يكونون في غمرة القلق الشديد عليهم وفضولهم للتعرف على طبيعة مرضه ومدى خطورته، ومدى إمكانية النجاة من الموت أو الشفاء منه، كما قد تكون الضغوط من خارج نطاق العمل، متمثلة في ضعف المساندة الاجتماعية الكافية للممرض في المحيط الأسري والاجتماعي... (درويش يحيى، 2003، ص. ص. 06-07).

إلى جانب كل المشاكل وظروف العمل الضاغطة الأخرى التي يميّز بها الوسط الاستشفائي، يواجه الممرضون العاملون في مصالح الأمراض المعدية أخطار متعدّدة، تتمثل في إمكانية الإصابة بأمراض مختلفة تنتشر في هذه الوحدات، حيث تشبه هذه الأمراض المستشفوية الناجمة عن بيئة المستشفى أي مرض معدٍ. فالميكروبات الموجودة في البيئة (الماء، الهواء، الغبار، المرضى، المهنيين المصابين بمختلف الأمراض) تنقل العدوى إلى المريض عن الطريق التنفسي أو الهضمي، أو بالتماس المباشر. مثال ذلك داء الفيقييات (Légionellose) الذي ينتقل عن طريق أجهزة تكييف الهواء، أو شبكة المياه، وداء الفطريات التي تبقى جزئياتها معلقة في الهواء وتُستنشق من قبل المرضى المقيمين في المستشفى. كما أن الأشخاص المصابين بالعدوى كحامل فيروس السل أو الأنفلونزا أو عدوى تنفسية حادة (SRAS) يستطيعون نقل عدواهم إلى غيرهم من المرضى. وإن الاختلاط (promiscuité) وتعدّد الاتصال بالآخرين ووجود المصابين بأمراض معدية مع مرضى سريعي التأثير بالعدوى (كالمسنين والمرضى ضعيفي المناعة) يفسّر كون هذه الوحدات مكان ملائم لانتقال تلك الأمراض.

كما أن العاملين فيها لا يسلمون من الإصابة بالعدوى المستشفوية، فقد يُصاب هؤلاء بالعدوى عن طريق التنفس (السل، SRAS...) أو عند التعرض الطارئ لدم مُصاب بالتهاب كبد فيروسي من النمط "ب" أو "ج"، أو بفيروس فقدان المناعة البشري (VIH). وإذا أُصيب هؤلاء العاملين بالعدوى، أصبحوا بدورهم قادرين على نقلها للمرضى أو لزملائهم (رونبيه ب.، 2005، ص. ص. 01-02).

فالممرضون يتعرضون لأخطار مختلفة للإصابة بالعدوى، وهذا حسب النشاط الذي يتم ممارسته. ومن بين أهم الطرق الشائعة التي تنتقل بها هذه الأمراض نجد حوادث التعرض للدم (Les accidents d'exposition aux sang)، التي تجعل الطاقم الطبي (خاصة الممرض) مُعرّض للإصابة بأخطر الأمراض المتنقلة خاصة فيروس السيدا وفيروس التهاب الكبد نمط "ب" ونمط "ج". فحوادث التعرض للدم تُعتبر من بين حوادث العمل الأكثر انتشارا في الأوساط الاستشفائية والمخابر، والتي تُهدّد الطاقم الطبي بأخطار معتبرة للإصابة.

فالعينات البيولوجية المتنوعة التي يتم ملامستها ومعاينتها من الممكن أن تحتوي كائنات مجهرية إمراضية مختلفة، والتي تستطيع أن تنتقل بطرق شتى كالتنفس باستنشاق جزئيات مُعدية منتشرة في الهواء، أو عن طريق الهضم، أو عن طريق الجلد والمخاط التي تحدث بعد ملامسة الدم أو لأي سائل بيولوجي من المحتمل أن يكون ملوثا، وهذا إما بإحداث جرح على مستوى الجلد (وخز، قطع)، أو عن طريق الانتشار على مستوى جلد مصاب أو غشاء مخاطي (العين، الفم...).

(Denis M. et al., 2004, p. 383).

ولقد أُقيمت العديد من الدراسات في وقت مبكر في هذا الاتجاه، حيث تناولت موضوع الخطر الناجم عن حوادث التعرض للدم أو السوائل البيولوجية، والتي أشارت إلى أن التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب" من بين الإصابات الأكثر انتشارا. ولقد أظهرت دراسات أخرى تمت في فترات مختلفة، بأن التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب" ونمط "ج"، يُعدّ من الأمراض الأساسية المتنقلة للطواقم الطبي عن طريق حوادث التعرض للدم، وهذا قبل عصر فيروس فقدان المناعة المكتسب (VIH).

(Benoit C. et al., 2012, p. 13).

ولقد أشارت الدراسات إلى أنه إذا كانت أمراض فقدان المناعة المكتسب، والتهاب الكبد الفيروسي نمط "ب" ونمط "ج"، تمثل أكبر خطر للإصابة عن طريق حوادث التعرض للدم لدى أفراد الطاقم الطبي، فإن ما يناهز 50 نوعاً من الأمراض المعدية المتنوعة، تمت الإصابة بها في الوسط الاستشفائي بنفس الطريقة، فلقد تم تسجيل على مستوى المخابر عدّة حالات تعرضت لفيروسات مختلف الأمراض من أهمها: السل، أمراض الفطريات، التوكسوبلاسما... .

(Institut de veille sanitaire, 2002, p. 256).

أما تقرير المنظمة العالمية للصحة لسنة 2002 حول الصحة في العالم، فلقد أشار إلى أن من بين 35 مليون عامل في قطاع الصحة على المستوى العالمي، فإن ما يناهز 03 ملايين منهم يتعرضون سنوياً لخطر الإصابة بمرض معدٍ، حيث أن مليوني مهني مُهدّد بمرض التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب"، 0,9 مليون مُهدّد بالتهاب الكبد الفيروسي نمط "ج"، أما فيروس فقدان المناعة المكتسب فهو يُهدّد ما نسبته 170 ألف عامل.

أما التقديرات الخاصة بعدد الإصابات التي وقعت جراء التعرض لدم أو سائل بيولوجي ملوث في الوسط الاستشفائي، فلقد أشار نفس التقرير إلى أن ما بين 16 ألف إلى 150 ألف حالة أُصيبت بفيروس التهاب الكبد نمط "ج"، وما بين 66 ألف إلى 70 ألف حالة أُصيبت بفيروس التهاب الكبد نمط "ب"، في حين أُصيب ما بين 500 إلى 1000 حالة بفيروس فقدان المناعة المكتسب، مع الإشارة إلى أن ما يزيد عن 90% من هذه الإصابات التي تحدث أثناء ممارسة العمل في الوسط الاستشفائي تقع في الدول النامية (OMS, 2002, p.24).

أما بالنسبة للفئات الأكثر عُرضة لهذه الإصابات، فلقد اتفقت جميع الإحصائيات المتعلقة بحوادث التعرض للدم على أن درجة الخطر القصوى تخص الممرضين. ففي سنة 2009 مثلاً، من بين 14472 حالة تعرض للدم، تم تسجيل 04% من الأطباء، 10% من المساعدين الطبيين (Aides-soignants)، في حين وصلت نسبة الممرضين إلى 43% و9,5% طلبة في التمريض.

(Institut de veille sanitaire, 2009, p.17).

أما في الجزائر، فلقد قام (Beghdadli Benali et al.) بدراسة سنة 2008، بعنوان المهنيين الذين يعايشون خطر حوادث التعرض للدم العاملين في مركز استشفائي جامعي في الغرب الجزائري. (Le personnel à risque d'accidents d'exposition au sang dans un CHU (de l'ouest algérien)، وهي دراسة أُجريت على الطاقم الطبي العامل على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي لسيدي بلعباس، بهدف تحديد مدى انتشار هذه الحوادث (L'incidence)، الفئات المهنية المعنية بهذا الخطر، والظروف التي تحدث فيها والتي تم تسجيلها في مدة عامين (2005، 2006)، حيث تم جمع العديد من المعطيات خلال هذه الفترة منها المعلومات الشخصية والمهنية، مدى تلقي الفرد التلقينات الملائمة، الظروف التي حصل فيها الحادث، التصرف الفوري بعد التعرض للدم، والمتابعة الطبية للمُصاب.

ولقد تم تسجيل خلال هذه الفترة 108 حالة تعرضت للدم في المستشفى أثناء أداء العمل (70 إناث، 38 ذكور)، 44 حالة تم تسجيلها في 2005، و64 حالة سنة 2006، 81,5 % من الحالات حدثت عن طريق الوخز (pique)، أما الحالة المناعية (sérologie) لدى المريض المصدر فهي مجهولة لدى 80,6 % من الحالات، وإيجابية لدى 10,2 % من الحالات. ولقد تمت المتابعة الصحية المناعية (Le suivi sérologique) للضحايا لدى 62 % منهم في اليوم الأول، حيث لم يتم تسجيل أي إصابة بالسيدا.

وأشارت هذه الدراسة إلى أن الإصابات مرتبطة بالتسيير السيئ للبقايا والنفايات الطبية، وهذا راجع لغياب الوسائل الملائمة لذلك، ولكن كذلك لنقص التحسيس حول هذه المخاطر. فلقد تم التوصل إلى أن 41,7 % من هذه الحوادث كان بالإمكان تفادي حدوثها لو أن الوسائل الحادة المستعملة تم التخلص منها فور الانتهاء من استخدامها بالطرق الملائمة (Beghdadli Benali et al., 2008, P. 253).

إن هذه الدراسات والإحصائيات التي أُقيمت في هذا الاتجاه اهتمت بالعاملين في مختلف المراكز الصحية الذين تعرضوا للإصابة، إلا أن هناك الآلاف من هؤلاء العاملين الذين يزولون مهنتهم وسط هذه الظروف، ويتعاملون مع هذه الأمراض المعدية، ويعايشون يوميا حالات انفعالية سلبية ناتجة عن ضغوط كبيرة ومخاوف التعرض للإصابة، لأنه حتى وإن تم توفير كافة الوسائل الملائمة لأداء عملهم، بمعايير صحية ووقائية، إلا أن خطر التعرض للإصابة يبقى قائما ويتربقب الطاقم الطبي، خاصة الممرضين.

وبناء على هذا، ارتأينا أن نهتم ونسلط الضوء على الآثار التي تتركها كل هذه الظروف الضاغطة التي يؤدي فيها هؤلاء الممرضون عملهم، في ظل المخاطر التي تحدد بهم يوميا، على نوعية الحياة في العمل لديهم.

لقد أصبحت نوعية الحياة في العمل موضع اهتمام كبير في السنوات الأخيرة، لدرجة أن بعض الدول المتقدمة تعتبرها من أهداف الحكومة ذات الأولوية، حيث أن العاملون في قطاع الرعاية الصحية والقطاعات الأخرى ينظرون إلى مهنتهم باعتبارها أهم جانب في حياتهم.

(Nowrouzi B., 2013, P. 151).

لقد تبين أن المستشفيات التي تفتقر إلى نوعية حياة مهنية جيدة، تكون معدلات التغيب عن العمل وتغيير المهنة لدى الممرضين عالية جدا. ومن جهة أخرى، فإن الدراسات التي طبقت برامج خاصة وموجهة لتحسين نوعية حياة العمل، قد أسفرت على أن ترقيتها وتحسينها يزيد من مستوى الأداء الجيد للممرضين وكذا انخفاض درجات الانهاك المهني لديهم.

كما أفادت أيضا دراسات أخرى (Daubermann D. et al., 2012), (Goudarznand C. et al., 2012).

بأن رضا الممرضين عن نوعية الحياة في العمل لديهم لا يؤدي فقط لرفع مستوى الأداء الوظيفي والتقليل من تكرار الغيابات ومن معدلات وقوع الحوادث المهنية ومن نسبة دوران العمل، ولكن هذا من شأنه أن يؤدي أيضا إلى تحسين رضاهم عن الجوانب الأخرى من حياتهم.

(Azizi-Fini I. et al., 2014, P. 02).

إلا أن الضغط المهني يشكل تهديدا على نوعية الحياة في العمل لدى موظفي الرعاية الصحية، حيث يمكن أن يُسبب عدّة مظاهر سلبية في الوسط المهني مثل العدائية، التغيب المتكرر عن العمل والدوران المهني (تغيير المهنة)، سلوكيات عدوانية، بالإضافة إلى انخفاض في مستوى المهام المنجزة كما ونوعيتها (Nowrouzi B., 2013, P. 153).

ففي هذا الإطار أشار العديد من الباحثين إلى أن نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين تتراوح من متوسطة إلى سيئة، وذلك حسب العديد من المتغيرات (البلد، نوع المصلحة، عبء العمل...).

فدراسة (Sharhraky et al. 2011) أفادت بأن ما نسبته 65.5% من الممرضين يرغبون في أن تتحسن ظروف العمل لديهم، أما (Nayeri et al., 2011)، فقد ذكروا أن 3.6% فقط من الممرضين المستجوبين كانوا راضين عن نوعية الحياة في العمل لديهم، من جهته توصل (Dargahi et al., 2012) إلى أن معظم ممرضيه عينة دراستهم غير راضين عن أغلب جوانب حياتهم المهنية.

(Azizi-Fini I. et al., 2014, P. 02).

في حين ذكر كلٌّ من (Köse & Batur, 2001) أن مستوى نوعية الحياة لدى الممرضين بأبعادها الجسمية، النفسية والاجتماعية أقل من مستوى نوعية الحياة لدى عمال المصانع.

(Ying Liang et al., 2015, P. 03).

ولهذا، فإن الكثير من الدراسات التي أُجريت حول نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين ركزت على اقتراح وتطوير طرق واستراتيجيات ملائمة للتدخل في مكان العمل (المستشفيات)، والتي تستند بشكل أساسي على إدارة وتسيير الضغط المهني لتفادي ما يمكن أن ينجر عنه من إنهك واحتراق نفسي، وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي لتحسين نوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين.

ولقد تم تقديم توصيات في هذا الاتجاه ترمي إلى توفير ظروف عمل مواتية في المؤسسات الصحية، وتعزيز الصحة في مكان العمل، وهذا ما يسمح بتوظيف الممرضين والاحتفاظ بهم خاصة على مستوى المصالح التي تتكفل بعلاج الأمراض الثقيلة، أو التي تشكل خطورة، مهما كان نوعها، على صحتهم.

وفقا لهذه الدراسات، فإن الضغوط المهنية والمخاطر الصحية المتعلقة بمهنة التمريض هي المصدر الرئيسي لتدهور نوعية الحياة المهنية لدى الممرضين، بما في ذلك مستويات الإجهاد المرتفعة المرتبطة بنظام العمل بالورديات و/أو الساعات غير المنتظمة، التعرض المستمر لمختلف الأمراض والوفيات، وكذا لبعض المستحضرات الكيميائية والدوائية السامة... (Nowrouzi B., 2013, P. 151) من جانبهم، قام كلٌّ من (Egglefield-Beaudoin & Edgar, 2003) بدراسة استكشافية حول تكرار، شدة وطبيعة العوامل الضاغطة التي يمكن أن تؤثر بشكل كبير على نوعية الحياة المهنية لدى الممرضين وبالتالي الاحتفاظ بهم، ولقد أظهرت النتائج أن أكثر هذه العوامل التي ذكرها الممرضون المستجوبون تأتي في مقدمتها العوامل الاجتماعية والبيئية (البيئة المادية وظروف ومحيط العمل وعلاقات العمل)، ثم تليها العوامل الوظيفية (العوامل التنظيمية والادارية) وأخيرا العوامل الشخصية (الشعور بالإجهاد المهني، ونقص الدعم والاحترام في العمل).

ولقد استنتج هؤلاء الباحثين أن هذه العوامل تؤثر على معنويات الممرضين، وعلى نوعية الخدمات التي يتم توفيرها للمرضى، ما يؤدي بهم للإحباط وعدم الرضا وهذا ما يساهم في الإنهك المهني وتدني مستوى نوعية الحياة في العمل لديهم ويدفعهم في الأخير إلى ترك العمل وتغيير المهنة.

مؤخراً، أجرى (Doran et al., 2004) دراسة وصفية عن مدى تأثير طبيعة الرعاية التمريضية والظروف المهنية على نوعية الحياة في العمل، لدى عينة مكونة من 700 ممرض وممرضة عاملين في مختلف المؤسسات والمراكز الصحية في كندا، حيث أظهرت النتائج أن ما نسبته 50% من هؤلاء المرضى غير راضين عن شروط الوقاية والأمن المهني لديهم.

(Brousseau S., 2006, P.P. 27-29).

وفقاً للدراسات العديدة التابعة لفريق المعهد الوطني الأمريكي للأمن والصحة في الوسط المهني (NIOSH, 2008)، أجمعت هذه الدراسات أن من أهم عوامل الأخطار المهنية الضاغطة التي تم رصدها في ميدان التمريض، والتي من شأنها أن تلحق ضرر بنوعية الحياة في العمل لديهم هي: عبء العمل، نقص الدعم الاجتماعي في العمل (خاصة من المشرفين والزملاء)، الخطر الناجم عن الأمراض المعدية أو التعرض لحوادث الإبر والأدوات الثاقبة أو الحادة، التعرض للعنف أو التهديدات في الوسط المهني، الحرمان من النوم، نقص الموظفين والتعامل مع الأمراض الصعبة والثقيلة التي تسبب المعاناة للمرضى (Da Silva A. M. et al., 2016, P. 63).

إن الاهتمام بالمتغيرات المعدلة أصبح بنفس مستوى الاهتمام بالمتغيرات الأخرى الهامة في العلوم الاجتماعية (المتغيرات المستقلة والتابعة...)، وهذا منذ أن تجاوزت مختلف الدراسات العلاقات الخطية البسيطة (سبب - نتيجة)، وانتباه الباحثين إلى أن هناك العديد من المتغيرات الأخرى التي تدخل ضمن هذه العلاقات، التي غالباً ما يتم التوصل إلى أنها أعقد من كونها منحصرة بين متغيرين فقط، والدور المهم الذي تلعبه في هذا الإطار.

وبالتالي، فمن الأهمية دراسة تأثير التفاعلات التي تحدث بين هذه المتغيرات المعدلة والمتغيرات الأخرى في البحوث النفسية، حيث أنه كثيراً ما يتم ادراجها في مختلف البحوث لدرجة أنها أصبحت قاعدة بدلا من دراستها فقط في بعض الحالات المنعزلة (Crosson J. B., 2015, P. 72).

وبناء على ذلك، فتأثيرات الضغط المهني على الفرد لا تحدث بطريقة آلية، فلقد اقترح (McVicar, 2003) في تحليله للضغط المهني لدى المرضى، أن من الأسباب الرئيسية للاختلافات الملاحظة في مستوى الضغط المهني بينهم هو التنوع في تكويناتهم الشخصية وأيضاً اختلاف استراتيجيات المواجهة المستعملة من قبلهم للتكيف مع الوضعيات الضاغطة.

إن من أهم جوانب الشخصية التي اعتُبرت كعامل للحماية من تأثيرات الضغط المهني هي الصلابة النفسية أو الشخصية الصلبة، حيث اقترحت (Kobasa, 1979) هذا المفهوم كوسيلة مميزة وفعالة لفهم علاقة الفرد مع الآخرين، مع أهدافه ومع المشاكل التي يواجهها في حياته، ولقد فسّر العديد من الباحثين هذا الدور الوقائي للصلابة النفسية من خلال آليتين هما: تصوّر الفرد الذي يتمتع بصلابة نفسية للأحداث بطريقة أكثر تفاؤلاً واستخدامه استراتيجيات مواجهة ملائمة للتكيف.

وفقاً لـ (Ford-Gilboe & Cohen, 2000)، فإن طريقة التكيف التي يعتمد عليها الفرد ذو الصلابة النفسية تتطوي إما على تغيير أحداث الحياة الضاغطة نفسها أو التفكير فيها بتفاؤل، كما يتبنى إجراءات إيجابية أخرى مثل تحسين الممارسات التي تهدف للحفاظ على الصحة، وهذا كنتيجة لمعتقداته بأن سلوكياته تلعب دور هام ومحوري في هذا الجانب.

لقد تم تطبيق نموذج الصلابة النفسية على نطاق واسع في مجال التمريض (Ford-Gilboe & Cohen, 2000, Garrosa, 2006, Moreno-Jiménez et al., 2000, Pollock, 1986)، حيث توصلت مختلف الدراسات إلى أن للصلابة النفسية آثار إيجابية ووقائية ضد الانهك المهني في مختلف أنواع خدمات التمريض.

من جهته، توصل أيضاً (DePew et al., 1999) في دراسة له إلى أن الصلابة النفسية فسّرت 35% من التباين في درجة حدوث الانهك المهني لدى عينة من الممرضات.

في دراسة أخرى مع الممرضات لـ (Rodney, 2000)، أسفرت على أن للصلابة النفسية تأثير إيجابي على التكيف وطرق التعامل الملائمة مع الضغط المهني من خلال تحسين عملية التقييم الثانوي.

كما تحقّق أيضاً (Pagana, 1990) من الآثار الإيجابية للصلابة النفسية لدى طلاب التمريض، من خلال دورها في تعديل الطريقة السلبية لإدراك الأحداث الضاغطة.

في حين توصل (Harrison et al., 2002) إلى أن للصلابة النفسية آثار إيجابية ومفيدة على تخفيض مستوى الشدة النفسية لدى الممرضين المساعدين.

في سياق ثقافي مختلف، مثل الصين، أسفرت دراسة (Hsieh et al., 2004) على أن للصلابة النفسية تأثيرات إيجابية على التخفيض من حدّة الإجهاد المهني ودرجة حدوث الاحتراق النفسي لدى الممرضين (Garrosa E. et al., 2006, P. 02).

وغالباً ما يُنظر إلى الصلابة النفسية كمتغير معدّل في إطار مواجهة الضغط المهني والآثار الناجمة عنه.

لقد أشار العديد من الباحثين (Gentry & Kobasa, 1984)، (Williams et al., 1992) إلى التأثير المتبادل والمتكامل لكل من استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية، حيث أن نجاح استراتيجيات المواجهة الفعالة أمام الموقف الضاغط من شأنه أن يُحوّل الإدراك السلبي للفرد لهذا الموقف إلى إدراكه كتحدٍ وأنه قابل للتحكم، وكذا إعادة تفسير التجارب المهنية الضاغطة بطريقة تؤدي إلى التخفيض من الإجهاد الحاصل في مكان العمل، كما أن الصلابة النفسية بأبعادها من شأنها أن تدفع الفرد إلى تبني استراتيجيات المواجهة النشطة، التي تتّجه نحو تغيير الحدث المسبّب للضغط، وأيضاً إعادة التقييم الإيجابي له (Judkins S. K., 2001, P.P. 04-05).

وفقاً ل (Funk, 1992)، فإن الخصائص التي تتميز بها الصلابة النفسية تُمكن الفرد للاحتفاظ بصحة جيدة بالرغم من تعرّضه لضغوط متكررة. فالأفراد ذوي الصلابة النفسية يتميزون بالنشاط، يوجّهون جهودهم نحو هدف ويركزون عليه إلى غاية تحقيقه، ملتزمون نحو أنفسهم والمحيط من حولهم، كما أنهم لا يرون أنفسهم كضحايا للظروف الضاغطة، ولا يعتبرون التغييرات الطارئة كتهديد، بل هم أشخاص فاعلين ومتحكمين للعواقب والنتائج الناجمة عن التغيير والظروف الضاغطة.

في هذا الإطار، وجدت (Kobasa, et al., 1982)، (Kobasa, 1979) أن الأشخاص الذين يتمتعون بخصائص الصلابة النفسية هم أقل وقوعاً في الأمراض، وكان لديهم قدرة أكبر على تحويل أحداث الحياة الضاغطة إلى فرص للنمو الشخصي والتقدم.

ففي دراسة ل (Hills & Norvel, 1991) حول علاقة الصلابة النفسية بالضغط المهني لدى ضباط دوريات الطرق السريعة، وهي مهنة ذات مخاطر وضغوط كثيرة، توصلت إلى أن المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية كانت لها آثار رئيسية وواضحة في التنبؤ بتدني درجة الضغط المهني، الاحتراق النفسي واحتمال الوقوع في المرض (Judkins S. K., 2001, P. 22).

إن الكثير من الدراسات التي أجريت لدى الممرضين، وجدت بأن الصلابة النفسية لديهم ترتبط في الغالب سلبياً بتغيرات الإنهاك والضغط المهنيين (McCranie, Lambert & Lambert, 1987، (Fusco, 1994, Rowe, 1998, Toscano & Ponterdolph, 1998) ترتبط إيجابياً مع الرضا الوظيفي (Littell, 1995, Tierney & Lavelle, 1997)، وارتباطها الإيجابي أيضاً مع الاحتفاظ بالمرضى، والتقليل من سلوكيات التغيب والدوران المهني (Martin, 1995, Noble, 1993).

(Judkins S. K., 2001, P. 27)

من جهة أخرى، اعتبر كلٌّ من (Lazarus & Folkman, 1984) أن استراتيجيات المواجهة من بين أهم المتغيرات التي تدخل ضمن المنبئات الأساسية الأخرى (مثل أحداث الحياة الهامة، والخصائص البيوسيكوجتماعية للفرد) وعلاقتها مع إمكانية وقوع الاضطرابات الجسدية، الانفعالية، السلوكية والمعرفية، حيث أن استراتيجيات المواجهة تُعتبر كتفاعل بين الفرد والبيئة، وبالتالي فهي بمثابة متغير معدّل يدخل في العلاقة بين الحدث الضاغط واحتمال وقوع الشدة الانفعالية.

(Piquemal-Vieu L., 2001, P. 85).

من جهته، يرى (Addison et al. 2007) أن وظيفة استراتيجيات المواجهة تتمثل خاصة في تعديل العلاقة بين الضغوطات البيئية التي تحيط بالفرد، والاستجابات الفيزيولوجية والانفعالية التي تؤثر في النهاية على الحالة الصحية لديه، فاستراتيجيات المواجهة الملائمة للموقف الضاغط من شأنها التخفيف من التأثيرات السلبية لمثيرات المحيط، التي يمكن أن تُلحق ضرر على الأداء العضوي والفيزيولوجي للفرد، فمثلا، عادةً ما يكون لدى الأشخاص ذوي مهارات جيّدة للتكيف مع الوضعيات الضاغطة، بفضل استخدامهم لاستراتيجيات مواجهة فعالة تُجَاه هذه المواقف، قابلية أقل للوقوع في الاكتئاب.

(El-Shafei D. A., 2018, P. 02)

في دراسة لـ (Delmas P. & Duquette A.) على عينة تتكون من 137 ممرض، بهدف التعرف على مستويات نوعية الحياة في العمل، مستوى الصلابة النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المستعملة لديهم، وهذا انطلاقاً من المؤشرات الايجابية للصحة (مقاربة إنقاذية)، حيث اعتمدا على الإطار النظري لـ (Maddi & Kobasa, 1984)، فلقد توصلّا إلى أن معظم الممرضين المشاركين في هذه الدراسة يتمتعون بمستوى عالٍ من الصلابة النفسية، التي تُعتبر من المصادر الأساسية للشخصية، خاصة في بُعدي الالتزام والتحكم، اللذين تبين أن لهما علاقة ارتباطية موجبة مع نوعية الحياة في العمل لدى أفراد العينة، والذين تبين أيضاً بأنهم يستعملون استراتيجيات إعادة التقييم الايجابي وحل المشكل، التي لها أيضاً علاقة ارتباطية موجبة مع نوعية الحياة في العمل. وهكذا، توصل الباحثين إلى أن الممرضين الذين يتبعون سلوكيات ايجابية في العمل بهدف الحفاظ على صحتهم، يتمتعون بمستويات أعلى من نوعية الحياة في العمل بالرغم من تدهور الظروف التي يزاولون العمل فيها.

(Delmas P. & Duquette A., 2000, P. 17).

لدى عينة من ممرضات الرعاية المركزة، وجد (Rosenthal et al., 1989) أن الممرضات اللواتي يعتمدن على استراتيجيات حل المشكل، تحصّلن على درجات أدنى في مقياس الضغط المهني مقارنة مع اللواتي يستخدمن الاستراتيجيات المركزة على الانفعالات أو تجنب الوضعية الضاغطة، التي لم تكن مفيدة في التعامل مع الضغوط المهنية (Judkins S. K., 2001, P. 20).

من جانب آخر، أشارت الدراسات التي أجراها (Pronost, 1994, 1995, 1996) في مجال العلاجات الملطفة، إلى أن الممرضين الذين يواجهون حالات وفاة متكررة ومعاناة المرضى الناجمة عن الألم، تبيّن أن استعمال استراتيجيات المواجهة المعتبرة اجتماعيا بأنها ايجابية كانت فعالة لديهم.

ولقد أضاف هذا الباحث أيضا بأن استراتيجيات المواجهة المعتبرة اجتماعيا بأنها سلبية، لا تعرقل الممرض من أداء وظائفه العلاجية تجاه المرضى، إلا أن هذا النوع من الاستراتيجيات يُلحق ضرر بالجانب العلائقي، لأن الممارسة العلاجية تتم بطريقة آلية تفتقر للمعاملة الانسانية والمراقبة والتفهم، ولذلك فهي غير فعالة بالنسبة للمريض وعائلته أو مرافقيه، ويمكن أن تسبّب بعض المشاكل للمعالجين الآخرين خاصة الأطباء، حيث أشار الباحث إلى أن هذه الاستراتيجيات تتمثل خاصة في الانسحاب ورفض أو تجنب التعامل مع بعض الحالات الحرجة، والتي تتجلى من خلال سلوكيات الهروب من الشخص المحتضر وعائلته، وكذا من خلال الصعوبات العلائقية مع المرضى، الزملاء أو الإدارة، بل اللجوء في بعض الأحيان لسلوكيات الإدمان خاصة على المؤثرات النفسية.

كما يمكن أيضا أن تظهر هذه الاستراتيجيات لدى هؤلاء الممرضين، على شكل رفض حالة بعض المرضى بشكل نهائي (مثل الرغبة في إعطاء جرعات زائدة لتخفيض الألم وما يشكله ذلك من خطر على المريض أو اقتراح القتل الرحيم)، أو كبح مشاعرهم أو على العكس تفرغها بطريقة سلبية (العدوانية، مشاعر الذنب)، أو تشتيت انتباههم والالهاء ليتمكنوا من نسيان ظروف العمل الضاغطة (مثل زيادة وقت الاستراحة).

من ناحية أخرى، فإن استراتيجيات المواجهة المعتبرة اجتماعيا بأنها ايجابية (مثل التعاون من خلال العمل الجماعي، البحث عن الدعم الاجتماعي، العاطفي والمعلوماتي) تظل فعالة على المدى الطويل، حيث تسمح للممرض بوضع مسافة ملائمة بينه وبين المريض ومعاناته، بصفة تمنع من اندماجه الانفعال والعاطفي مع هذه المواقف الضاغطة لدرجة حدوث الانهالك المهني أو الاحتراق النفسي لديه، ما يؤدي في الأخير إلى تحسين نوعية الحياة في العمل.

وفقاً ل(Ceslowitz, 1989)، فإن الممرضات اللواتي تحصّلن على درجات منخفضة من الانهالك المهني هن اللواتي يضعن استراتيجيات لحل المشكلات، إعادة التقييم الايجابي للأحداث الضاغطة والبحث عن الدعم الاجتماعي.

علاوة على ذلك، فإن اختيار مثل هذه الاستراتيجيات يعزّز الشعور بالإنجاز الشخصي وتحقيق الذات، وهذا ما يسمح للممرض بالتقدم من خلال إعطاء معنى وأهمية لمهامه العلاجية وحياته، وإيجاد مكانته الاجتماعية، والتمكّن من التوفيق بين حياته الشخصية وحياته المهنية، ليصل في الأخير لتحقيق مستويات جيدة من الرفاهية الذاتية ونوعية الحياة لديه (Piquemal-Vieu L., 2001, P. 93).

من هذا المنطلق، تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على هذه المتغيرات، وذلك بطرح

التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟
- 4- هل توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟
- 5- هل لنوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟
- 6- هل توجد علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟
- 7- هل للصلابة النفسية بأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية؟

2- وكإجابة مؤقتة على هذه التساؤلات، ارتأينا صياغة الفرضيات التالية:

- 1- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.
- 2- توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.
- 3- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.
- 4- توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.
- 5- لنوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.
- 6- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.
- 7- للصلابة النفسية وأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.

3- تحديد مفاهيم الدراسة:

3-1- الضغط المهني:

3-1-1- اصطلاحا:

حسب (Verquerre, 1995) الذي يرى الضغط المهني كظاهرة ديناميكية، هو ذلك الضغط النفسي الذي يحدث في الوسط المهني عندما تكون مطالب العمل مرتفعة للغاية، في حين تكون قدرة الفرد العامل على التكيف مع هذه المطالب غير فعالة. وعلى العكس من ذلك، يمكن أن يحدث أيضا الضغط المهني عندما تكون مطالب العمل منخفضة جدا بالنسبة لمهارات وقدرات الأفراد العاملين.

إذا كان الضغط المهني لا يشكّل مخاطر جادة بالنسبة لبعض الأفراد، فإنه يمكن أن يصبح عامل مرضي بالنسبة لآخرين، حيث تظهر آثاره من الناحية الفيزيولوجية (التي تتميز خاصة بارتفاع نسبة الكورتيزول في الدم، اللعاب والبول) وكذا من خلال السلوكيات (لجوء البعض لسلوكيات الإدمان على

المواد المؤثرة نفسياً أو التغيب المتكرر عن العمل، بل ترك العمل واللجوء لممارسة مهنة أخرى)، وأيضاً حدوث اضطرابات انفعالية ونفسية (خاصة الاكتئاب، القلق، وانخفاض في تقدير الذات والرضا المهني).

(Piquemal-Vieu L., 2001, P. 87)

بينما جاء تعريف الضغط المهني وفق فريق المعهد الوطني الأمريكي للأمن والصحة في الوسط المهني (NIOSH, 2008) بأنه "استجابات جسدية وانفعالية ضارة ومؤذية، تظهر عندما لا يكون هناك تناسب بين متطلبات العمل وقدرات الفرد، أو بين مصادره وحاجات العمل" (رجاء مريم، 2008، ص. 482).

3-1-2- إجرائياً:

نقصد بالضغط المهني في هذه الدراسة تلك الآثار النفسية، الانفعالية والمعرفية السلبية والمؤلمة التي يمكن أن يشعر بها الممرضون العاملون في مصالح الأمراض المعدية، التي تتجم عن التعامل اليومي مع هذه الأمراض، وإدراكهم للأخطار التي يمكن أن تتجرّ عن ذلك، وإمكانية تعرضهم وإصابتهم بها، وذلك بالطرق المختلفة التي يمكن أن تنتقل بها هذه الأمراض (عن طريق الهواء، شبكة المياه، اللمس أو حوادث التعرّض للدّم).

فاعمل الإدراك له دور محوري في هذا الإطار، لأن حتى لو لم تقع إصابة بمرض، إلا أن إدراك الخطر يبقى قائماً ومحتملاً، وهذا من شأنه أن يُحدث الضغط المهني لدى هؤلاء الممرضين.

ويمثل في الدراسة الحالية، الدرجة التي يحصل عليها الممرض على مقياس أعراض الضغط المهني المدرك لـ "Davis et al."، والتي تُعبّر عن مستوى الضغط المهني المدرك الذي يتعرض له الممرض العامل في مصلحة الأمراض المعدية.

3-2- استراتيجيات المواجهة:

3-1-2- اصطلاحاً:

يُعرّفها كل من (Lazarus & Folkman, 1984) بأنها "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى التحكم أو التخفيف أو تحمّل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تفوق قدرات الفرد". ويتم استخدام استراتيجيات المواجهة بشكل رئيسي من خلال إجراءات سلوكية ومعرفية، حيث أنه وفقاً لنفس المؤلفين، يمكن استخدام استراتيجيات المواجهة لحل أو تعديل المشكلة التي يتم إدراكها على أنها مصدر الضغط النفسي، أو لغرض إدارة وتسيير الضيق أو الشدة الانفعالية المرتبطة بها، حيث أنه في الحالة الأولى، يتعلق الأمر باستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكلة، أما في الحالة الثانية، فهي

الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال، حيث أن هذا التصنيف لاستراتيجيات المواجهة، الذي هو الأكثر انتشاراً، يجعل من الممكن التمييز بين استراتيجيات المواجهة وفقاً لوظائفها.

ويسود استخدام الاستراتيجيات التي تُركز على المشكلات عندما يشعر الفرد أن بإمكانه القيام بشيء لحل المشكلة التي يواجهها، في حين أن استخدام الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال هو السائد عندما يكون الشخص أمام وضعية ضاغطة لا يمكنه حلها، وبالتالي يجب تحملها وتعديل الانفعالات الناجمة عنها (Desbiens J. F., 2006, P. 11).

3-2-2- إجرائياً:

نقصد بها في هذه الدراسة طريقة مواجهة الممرض العامل في مصلحة الأمراض المعدية للأخطار المتعلقة بإمكانية إصابته بمرض يمكن أن يكون خطيراً أو مزمن، وكيفية تعامله مع هذه المواقف المهنية الضاغطة، هذه الاستراتيجيات التي يمكن أن تنتمي لبُعد من الأبعاد التالية:

◀ استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام: أي مدى اعتماد هؤلاء الممرضين على استراتيجيات حل المشكل أمام هذه الوضعيات الضاغطة، مثل احترام وتطبيق معايير ومواصفات الأمن والسلامة المهنية الملائمة في أوساط العمل ذات الخطورة العالية، كاستعمال الأدوات والوسائل الوقائية أثناء أداء مختلف العمليات العلاجية والاحتكاك مع المرضى، مثل ارتداء القفازات والأقنعة، استعمال حاويات خاصة للتخلص من الأدوات الحادة الملوثة مباشرة بعد الانتهاء من استخدامها، واحترام معايير النظافة الصحية والعزل الوقائي عندما يقتضي الأمر ذلك.

◀ استراتيجيات مركزة على الانفعال: أي بدلا من التعامل مع المشكل الذي يشكّل خطر وضغط مهني، لجوء الممرض إلى تعديل انفعالاته السلبية ومحاولة التقليل من وقعها السلبي والألم النفسي الناجم عنها.

◀ استراتيجيات مركزة على التجنب: أي مدى تقادي الممرض لبعض المواقف المهنية الصعبة مثل تجنب التعامل مع بعض فئات المرضى (مثلا المصابين بداء السيدا)، أو تقادي الدخول لبعض الأقسام التابعة لهذه المصالح، أو ربما اللجوء إلى التغيّب المتكرر...

وتُقاس في الدراسة الحالية بمجموع الدرجات التي يتحصّل عليها أفراد العينة على مقياس استراتيجيات المواجهة للوضعيات الضاغطة، الذي أعدّه كلٌّ من (Parker M.A. & Endler S.)، الذي يتكوّن من الأبعاد المذكورة أعلاه.

3-3- الصلابة النفسية:

3-3-1- اصطلاحا:

عرّفت (Kobasa, 1997) الصلابة النفسية بأنها "مجموعة من السمات الشخصية، تعمل كواقٍ لأحداث الحياة الشاقة، وأنها تمثل اعتقادا أو اتجاها عاما لدى الفرد في قدرته على استغلال كافة مصادره وإمكاناته النفسية والبيئية المتاحة، كي يُدرك أحداث الحياة الشاقة إدراكا غير مشوّه، ويفسرها بمنطقية وموضوعية، ويتعايش معها على نحو ايجابي" (عوض روان، 2015، ص. 25).

وتتضمّن الصلابة النفسية ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الالتزام (استغراق الفرد وانخراطه الجدي في الأنشطة والأدوار المناطة إليه)، التحكم (اعتقاد الفرد أن بإمكانه التأثير على مجرى أحداث حياته) والتحدي (النظر إلى الأحداث الضاغطة والتغيرات الطارئة كفرص للتقدّم والتطور)، وبالتالي فالأفراد الذين يتمتعون بمستويات جيدة من الصلابة النفسية باستطاعتهم مواجهة وتحمل الشدائد وأحداث الحياة المُجهدة أكثر من غيرهم ممن يفتقرون إلى هذا المورد النفسي الهام، كما اعتبر العديد من الباحثين الصلابة النفسية كمتغير معدّل للعلاقة بين الأحداث الضاغطة وإمكانية وقوع الأمراض.

(Bruchon-Schweitzer M., 2001, P. 18).

3-3-2- إجرائيا:

نعني بها في هذه الدراسة ذلك المورد النفسي الذي يحتاج إليه الممرض العامل في مصلحة الأمراض المُعدية، والذي يساعده في مواجهة الضغوط المهنية الناجمة عن خطر الإصابة بمرض معدٍ بطريقة ايجابية تسمح له بالحفاظ على صحته بمختلف أبعادها، وفقا لما ورد في أدبيات الدراسات السابقة، وكذا القدرة على تحسين مستوى نوعية الحياة لديه.

ومن خلال التقدير الكمي، هي الدرجة التي يحصل عليها الممرض على مقياس الصلابة النفسية

الذي أعدّه "محمد عماد مخيمر"، الذي يتكوّن من 03 أبعاد تبعا لعناصر الصلابة النفسية المتمثلة في:

◀ الالتزام: مدى اندماج الممرض وانخراطه في وظائفه ومهامه التي تتطلبها مهنته وأداءها

على أكمل وجه.

◀ التحكم: مدى إدراكه بأنه يُسيطر على الظروف الضاغطة التي يؤدي في وسطها مهامه، مادام أنه يتّخذ ويحترم معايير وإجراءات الأمن والسلامة المهنية.

◀ التحدي: أي مدى تركيزه على الجوانب الايجابية لحياته المهنية، وإدراكه بالأهمية الكبيرة التي تتميز بها مهنة التمريض للتخفيف من معاناة وآلام المرضى، واعتبار ذلك فرصة للنمو والتطور الشخصي وتحقيق الذات.

3-4-4- نوعية الحياة في العمل:

3-4-1- اصطلاحا:

تشير نوعية الحياة في العمل إلى الرفاهية الذاتية التي يتم إدراكها بصفة فردية أو جماعية، حيث تنجم عن مجموعة من الخصائص التي يتميز بها المحيط المهني خاصة ظروف العمل، الأساليب والثقافة التي تتبناها المؤسسة لبلوغ أهدافها، مدى إدراك الأفراد العاملين بأهمية المهام المناطة إليهم وشعورهم بالتزامهم وانخراطهم فيها، العمل على التحسين المستمر لظروف العمل، المساواة والاعتراف والتقدير بالعمل المنجز (Paulin J. F., 2014, P. 06).

ولقد اقترح كلٌّ من (Lau & Bruce, 1998) أن نوعية الحياة في العمل هو مفهوم ديناميكي، وأنه يشمل على أبعاد مثل: الأمن المهني، نظام المكافآت والأجور، فرص التدريب والتقدم المهني والمشاركة في صنع القرار (Easton S. A. & Van Laar D. L., 2012, P. 04).

- أما نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين، فلقد عرفتها (Beeth Brooks, 2001) بأنها "درجة إرضاء الحاجات الشخصية الهامة للممرضين عن طريق خبراتهم وتجاربهم ضمن المؤسسة الصحية التي يزاولون مهامهم فيها، مع العمل على تحقيق الأهداف العلاجية للمؤسسة الاستشفائية". (Beeth Brooks & Andersen M., 2005, p. 323).

3-4-2- إجرائيا:

نعني بها في هذه الدراسة، مستوى شعور الممرض العامل في مصلحة الأمراض المعدية بالرضا المهني، الرفاهية الذاتية ومدى قدرته الحفاظ على صحته الجسمية والنفسية بالرغم من معاشته اليومية لظروف مهنية ضاغطة تتميز بالخطر، حيث اعتمدنا في هذه الدراسة على الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة كمتغيرين معدّلين للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لديهم.

ولقد اعتمدنا على مقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين ل (Beeth Brooks et al.)، لقياس هذا المتغير الذي يهتم بأربعة جوانب أساسية من نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين التي تتمثل في:

- ◀ توافق حياة شخصية/حياة مهنية: أي مدى انسجام وتوافق الحياة المهنية مع الحياة اليومية لدى الممرضين.
- ◀ تصميم العمل: أي ما يتضمّنه العمل التمريضي من وظائف وتدخلات علاجية وكذا المناخ التنظيمي.
- ◀ محيط العمل: الذي يشير إلى الظروف التي يمارس فيها الممرضون عملهم والمواقف المهنية التي يتعرضون لها يوميا، ومدى رضا الممرض عنها.
- ◀ مهنة التمريض والمجتمع: أي نظرة واتجاهات المجتمع نحو مهنة التمريض ومدى تأثيرها عليهم.

3-5- الأمراض المستشفوية (Maladies nosocomiales):

3-5-1- اصطلاحا:

تُعرّف لجنة المجلس الطبي الأوربي الأمراض المستشفوية على أنها "كل عدوى تحدث الإصابة بها في المستشفى، راجعة إلى كائنات مجهرية، يمكن التعرف عليها إكلينيكيًا أو بكتيريا، والتي تصيب إما المريض بسبب مكوته في المستشفى أو العلاجات التي يتلقاها فيه، وإما أفراد الطاقم الطبي أثناء أدائهم لمهامهم واحتكاكهم بالمرضى والوسط الاستشفائي، وهذا سواء ظهرت أعراض المرض أو لم تظهر أثناء تواجد الفرد بالمستشفى" (UMVF, 2011, P. 06).

فالأمرض المستشفوية (التي تُعرّف أيضا بعدوى المستشفيات) هي عدوى يتم اكتسابها أثناء المكوث في المستشفى لفترة محدّدة، حيث أنها لم تكن موجودة وقت الدخول للمستشفى. والعدوى عادة ما يتم اعتبارها بأنها مستشفوية لما تقع بعد مرور أكثر من 48 ساعة على دخول المستشفى. كما أن الأمراض المستشفوية تصيب أيضا أفراد الطاقم الطبي وكل العاملين في المؤسسات الاستشفائية بدرجات ونسب متفاوتة، بل يمكن أيضا أن تهدّد الزوار (OMS, 2008, P. 05).

كما نلاحظ من خلال هذه التعاريف، فإن الأمراض المستشفوية تهدد كل الأفراد المتواجدين في المستشفى، ولكن بدرجات مختلفة، ومن خلال الملاحظات الميدانية التي قمنا بها أثناء إجراءنا لهذه الدراسة، يمكننا القول أن فئة الممرضين هي الأكثر عرضة لهذه الأمراض مقارنة بالفئات الأخرى من المهنيين العاملين بالمستشفى، بل أكثر عرضة من المرضى أنفسهم، وهذا راجع إلى احتكاكهم اليومي مع مرضى مصابين بأنواع مختلفة من الأمراض المعدية، ودخولهم لعدة أقسام تُعنى بعلاج والتكفل بهؤلاء المرضى، وهذا لفترات طويلة تدوم لسنوات، على خلاف المريض الذي يمكث في المستشفى بضعة أيام فقط.

أما فيما يتعلق بالفرق بين الأمراض المستشفوية والأمراض المعدية، فيتمثل في أن الأمراض المستشفوية عبارة عن أمراض معدية يتم الإصابة بها فقط في الوسط الاستشفائي، أما الأمراض المعدية فيمكن أن تنتشر في أي مكان، ولهذا فإن الأمراض المعدية أوسع وأشمل من الأمراض المستشفوية.

4- أهداف الدراسة:

إن علم نفس الصحة يهتم بالصحة ونوعية الحياة لدى الفرد وكل ما يتصل بهما من عوامل نفسية، اجتماعية أو بيئية، وهذا في مختلف ميادين الحياة، سواء كان ذلك على مستوى الأسرة، المجتمع أو مكان العمل... ولهذا ارتأينا أن نسلط الضوء على نوعية الحياة في مكان العمل والأخطار المهنية التي يواجهها الفرد ويمكن أن تشكل تهديدا على صحته ونوعية الحياة لديه، ولقد اتخذنا الوسط الاستشفائي كنموذج من هذه الأوساط المهنية الخطيرة، تحديدا لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية. انطلاقا من ذلك، تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ◀ معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ التعرف على علاقة استراتيجيات المواجهة بأبعادها مع نوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.

◀ الكشف عمّا إذا كان لاستراتيجيات المواجهة بأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.

◀ التعرف على علاقة الصلابة النفسية بأبعادها مع نوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.

◀ الكشف عمّا إذا كان للصلابة النفسية بأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.

5- أهمية الدراسة: تكمن أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

◀ لقد تم إجراء العديد من الدراسات على مهنيي الصحة (خاصة الممرضين)، حيث تناولت هذه الدراسات المشاكل العديدة التي تعاني منها هذه الفئة، ولقد ركّزت بصفة أساسية على الاحتراق النفسي والإرهاك المهني. أما الدراسة الحالية، فهي تحاول التطرق لموضوع نوعية الحياة في العمل لدى هذه الفئة، وهو المفهوم الذي مازال لم ينل ما يستحقه من اهتمام في ميدان البحث العلمي بالجزائر، بالرغم من الثورة التي أحدثتها في العديد من التخصصات كعلم النفس، علم الاجتماع، الطب... حيث يرى المختصون أن عدّة مفاهيم أساسية مثل السعادة، الرضا عن الحياة، الرفاهية الذاتية وحتى الصحة، أصبحت اليوم تنتمي إلى الحيز والإطار الواسع لمفهوم نوعية الحياة.

◀ تحاول الدراسة الحالية أن تسلط الضوء على موضوع مهم وحساس وهو الصحة في الوسط المهني، وتحديدًا لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية. فلقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الممرضون يعانون من مشاكل متنوعة تؤثر سلبًا على صحتهم النفسية والجسمية، والتي تكون ناجمة عن المعاشية والاحتكاك اليومي بمعاونة وآلام الآخرين (المرضى) ووفاتهم، لكن كذلك سوء العلاقات مع الزملاء والمشرفين، أو عدم التكيف مع حجم المهام الواجب القيام بها، أو مع ساعات العمل... فالإلى جانب كل هذه المشاكل، فعينة الدراسة الحالية تتميز بكون أفرادها يعيشون ضغوط يومية كبيرة ناجمة عن إمكانية التعرض لحوادث خطيرة تهدد صحتهم بصفة مباشرة. فهؤلاء الممرضين واعين بالمخاطر التي تهددهم، والتي تتمثل في إمكانية الإصابة

بمرض معدٍ أثناء أداء العمل، وما لكل هذه الأخطار المهنية من آثار على نوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الأفراد.

◀ معظم الدراسات التي تطرقت للأمراض المستشفوية (Maladies nosocomiales)، والتي اطلعنا عليها، اهتمت بالمخاطر التي تشكلها هذه الأمراض على المرضى، بالرغم أن مهنيي الصحة (المرضى بالدرجة الأولى) هم أيضا معرضون لها، وربما بصفة أكبر، حيث أن المريض عادة ما يقضي فترة وجيزة بالمستشفى، على عكس المرضى الذين يزولون عملهم فيه لعدة سنوات.

◀ إمكانية استغلال هذين المتغيرين (الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة)، وتوظيفهما إيجابيا في التعامل مع الوضعية الضاغطة التي يشكلها الخطر في الوسط المهني، وذلك بالعمل على رفع وتحسين مستواهما.

◀ الكشف عن الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى المرضى الذين يزولون نشاطهم في مصالح الأمراض المعدية، كعوامل معدلة بين الوضعية المهنية الضاغطة ونوعية الحياة في العمل، وهذا ما يبحث عنه علم نفس الصحة، خاصة الاتجاه الإنقاذي الذي يركّز على السمات الشخصية والعوامل النفسية الايجابية، وقدرتها في تحقيق صحة نفسية، جسدية واجتماعية جيدة، وبالتالي تحسين نوعية الحياة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الضغط المهني

واستراتيجيات المواجهة

- تمهيد:

يواجه الأفراد في الحياة المعاصرة المليئة بالتغيرات زيادة وتنوعاً من مصادر التوتر والضغط النفسي، الذي قد يعيق مسار حياتهم ويوقعهم في أعراض نفسية كالقلق والاكتئاب، ومن بين الأنواع الشائعة والمنتشرة للضغط النفسي نجد الضغط المهني بوصفه مصطلحاً نشأ في المؤسسات والمنظمات التي تعتمد على تحقيق أهدافها بصورة رئيسية على العنصر البشري، حيث يُفترض من هذه العناصر أن تقوم بواجباتها المهنية بأسلوب يتسم بالفاعلية لتقديم الخدمات المنتظرة منها على أكمل وجه، ولكن على الرغم من الرغبة الصادقة التي قد تكون لدى أولئك المهنيين ومؤسساتهم في تذليل العقبات التي تقف في طريق تقديم الخدمات المطلوبة، إلا أن هناك معوقات في بيئة العمل تحول دون قيامهم بدورهم بصورة كاملة، وهذا ما يُطلق عليه ضغوط العمل (Job stress)، وهي بشكل عام المتغيرات التي تحيط بالعاملين وتسبب لهم شعوراً بالتوتر، وتكمن خطورة هذا الشعور في نتائجه السلبية التي تتمثل في حالات مختلفة منها القيام بالواجبات بصورة آلية تفقر إلى الاندماج الوجداني، التشاؤم، قلة الدافعية وفقدان القدرة على الابتكار.

إلا أنه لوحظ أن هناك نمطاً من الأفراد يُقال عنهم بأنهم مقاومي الضغوط، حيث لا يبدو عليهم سوى أعراض خفيفة من التوتر والألم النفسي بالرغم من وقوعهم تحت مستويات عالية من الضغط، في حين أن الذين يقعون في نفس المستوى مصابون بالمرض، وهنا أشار (Kobss, 1982) إلى أن المقاومة النفسية للضغوط لدى هؤلاء الأفراد تُؤسس على أسلوبهم في الحياة وإدارتهم لضغوطها، وكيفية تعاملهم معها ومواجهتها.

وإذا كانت ضغوط الحياة ترتبط بقدر واسع من الاضطرابات السيكوسوماتية، فإن أساليب المواجهة تُعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً، بشرط أن يعي الفرد كيفية طرق المواجهة وماهي العمليات أو الأساليب الملائمة لمعالجة موقف محدد. كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي أثناء الفترات الضاغطة من حياته. وظهرت في الآونة الأخيرة قناعة بضرورة الاهتمام بدراسة هذه العمليات ومعرفة الأساليب التي يستطيع الفرد من خلالها مواجهة الضغوط بنجاح خلال حياته وإيجاد أساليب مواجهة أكثر ايجابية والتي يُطلق عليها (Coping) (بن حميد السهلي، 2010).

I- الضغط النفسي:

1- مفهوم الضغط النفسي:

1-1- الضغط لغة: ضَاعَطَ ضِعَاطًا وَمُضَاعَظَةً هُ: زاحمهُ. تضاعطوا: تراحموا. انضَعَطَ: فُهر. انضَعَطَ عليه (والقياس اضطغط): تشدَّد عليه في غرم ونحوه. الضُعْطَةُ: الزحمة والضيق. يُقال "أخذت فلانا ضُعْطَةً" إذا ضيقت عليه لتكرهه على الشيء وتلجئته إليه/ الشدة والمشقة. الضُعْطَةُ: القهر والضيق/ الاضطرار/ ضُعْطَةُ القبر: تضيقه على الميت. الضاعِطُ (فا): الرقيب/ الأمين على الشيء (المنجد في اللغة العربية، 2005، ص. 451).

1-2- الضغط اصطلاحاً: يُعد مصطلح الضغط من المصطلحات القديمة الاستخدام في مجال العلوم الطبيعية، وأيضاً يعتبر أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية، حيث استُخدم مفهوم الضغط في مجال التربية وعلم النفس، ولقد تطرق لمفهوم الضغط الكثير من العلماء والباحثين.

فعندما يتعرض الفرد لاعتداء أو تهديد أياً كان نوعه، فإنه يستجيب فوراً بردّ فعل يسمى "الضغط"، حيث يركّز الفرد الذي يعايش حالة الضغط على الوضعية أو المثير المسبّب له (يقظة)، ويقوم بتعبئة الطاقة اللازمة لتقييم الوضع واتخاذ القرارات (زيادة القدرات الإدراكية وسرعة التكامل بينها) والاستعداد للتصرّف المتكيف مع الوضع.

ولذلك فإن هذه الاستجابة العضوية أمام الوضعيات الصعبة أمر طبيعي، عادي ومفيد للبقاء على قيد الحياة، حيث أنها تجعل الفرد في حالة تأهب وتُطلق لديه الطاقة التي تسمح له بمواجهة مختلف الضغوطات، فهي ظاهرة مواتية تهدف إلى التعامل بفعالية مع حالات استثنائية. ولقد أطلق المختصون على هذه المجموعة من التفاعلات التكيّفية تسمية الضغوط الوقائية أو الضغوط التكيّفية.

إن المصطلح العام للضغط النفسي يشمل فئتين من ردود الفعل: من جهة، ردود الفعل الطبيعية والتكيّفية، ومن جهة أخرى، ردود الأفعال الزائدة عن الحد المطلوب، حيث تعتبر بأنها غير ملائمة أو غير تكيّفية.

يحتاج الفرد في حياته اليومية إلى مستوى معيّن من الضغط النفسي، الذي يأخذ شكل أهداف قابلة للتحقيق حيث تلعب دور المحفزات، والسعي لتحقيقها في مُدد وأجال واقعية، وكذا تغييرات مرغوبة، وتحديات مثيرة تساهم في مخططات الحياة للفرد وقيمه وظروفه وقدراته الشخصية. فالضغط النفسي، في هذه

الحالة، هو طاقة إيجابية ضرورية لتعبئة الموارد وتحريك الدوافع وتحسين الأداء، وهذا ما يُسمى بالضغط النفسي الإيجابي (eustress).

ومع ذلك، لا يخضع الأفراد دائماً للوضعيات التي تم التخطيط لها أو المطلوبة فقط، فالحالات التي يعتبرها الفرد على أنها مهددة أو تقيّد حريته في التصرف أو تبعث على عدم الاستقرار والسكينة لديه، ووجود انطباع بعدم امتلاك الموارد اللازمة للاستجابة لها، ووجود العديد من المطالب التي تصدر في آن واحد عن المحيط ودوامها لفترة طويلة، كلها عوامل من شأنها أن تؤدي إلى الشدة النفسية لدى الفرد، وإلى انخفاض في مستوى الأداء والانهك، وهذا ما يُسمى بالضغط السلبي (détresse).

يعتبر المختصون أن الغياب الكلي للضغط النفسي غير ممكن، (حسب Selye، التحرر التام من الضغط النفسي يعني الموت)، وحتى لو أمكن ذلك، فهو ضارّ لأن موارد الفرد سوف تتعطل ولا يمكن تعبئتها، وأداءه يصبح ضعيف. لذلك، يكون قدر محدّد من الضغط النفسي ضرورياً، ولكن بشرط أن تكون ردود الفعل الفيزيولوجية والنفسية ملائمة وضمن حدود مقبولة.

يمكن مقارنة الضغط النفسي بالمشي. فالفرد عندما يسير، دون وعي منه، يختلّ به التوازن بصفة طفيفة أثناء التناوب بين خطوة وأخرى. وبنفس الطريقة، فإننا نختبر لحظات من التوتر عندما يحدث تغيير معين فيما يشكّل استقرارنا اليومي. في حالة الجرعات المنخفضة، يكون هذا التوتر إيجابياً لأنه بدون هذا الخلل الصغير، لا يمكننا المضي قدماً. ولكن إذا أصبح الأمر شديداً أو متكرراً بكثرة، فإننا نُحاطر بالتعثّر، الوقوع وإمكانية حدوث إصابة (Josse E., 2007, p.p. 03-04).

فالضغط النفسي إذا عبارة عن طلب من شأنه أن يؤدي لاختلال توازن الفرد، حيث أنه لا يمكن استعادة هذا التوازن إلا عن طريق استجابة خاصة تُلائم الموقف الضاغط، وهذا ما يميّز المثير الضاغط عن المثير البسيط.

فمصادر الضغوط النفسية كثيرة ومتنوعة، حيث أنها يمكن أن تأتي من اعتداءات فيزيائية خارجية (درجة الحرارة، الضوضاء، التلوث، حدوث إصابة...) أو من عوامل نفسية اجتماعية (مشاكل علائقية، أسرية، زوجية، مالية، مهنية، حوادث الحياة السلبية أو الصادمة...) كما يمكن أن تنجم عن الحالة الصحية المتدهورة والإصابة بمرض، أو الاضطرابات النفسية والعقلية، ولقد أشار المختصون إلى أنه، إلى غاية اليوم، لم تتضمن أية دراسة جميع عوامل الضغط النفسي التي يتعرّض لها الفرد.

أيا كانت خصائص ومميزات الضغوط النفسية، لديها كلها قاسم مشترك يتمثل في فقدان الفرد شعوره بالأمان والتوازن الداخلي، كما أن مصادر الضغوط هي نفسها بالنسبة للجميع، إنما الاختلاف يكمن في ردود الفعل تجاه هذه الضغوط وفي طريقة إدراكها ومدى شعور الفرد بالتحكم في المواقف الضاغطة أو قدراته على التكيف معها.

2- تعريف الضغط النفسي: لقد أصبحت كلمة الضغط من الكلمات المتداولة، حيث يعتبر هذا المفهوم مشكلة اصطلاحية نظرا لتعدد المعاني التي قد يحملها، فكلمات الضغط، الحزن، الإنهاك، التوتر، الاحباط، الاحتراق النفسي كلها كلمات يحل بعضها محل الآخر، لذلك اختلفت التعاريف التي قدمها الباحثون والمختصون في هذا المجال، فليس هناك تعريف دقيق ومُحدّد لهذا المفهوم، ويرجع ذلك أساسا إلى ارتباط كلمة الضغط بكثير من العلوم الأخرى (عسكر علي، 2005، ص. 91).

حسب موسوعة (Encyclopedia Universalis)، فإن الضغط النفسي هو "رد فعل للعضوية تُجاه عامل عدواني أو أية صدمة"، كما يشير هذا المصطلح أيضا إلى "التوترات الناتجة عن الصراعات الداخلية التي لم يتم حلها أو المواقف السلبية غير القابلة للحل، التي تُسبب حالات القلق بل حتى حالات عُصابية" (Costa-curien M., 2009, p. 30).

ويعرّف "عثمان يخلف" (2001) الضغط النفسي على أنه "ليس الحدث الضاغط في حد ذاته، وإنما هو توقعاتنا السلبية لما يمثله هذا الحدث من خطر و تهديد لحياتنا واستجابتنا (الانفعالية، الفيزيولوجية والسلوكية) غير الموفقة والمناسبة له. و من هنا فإن الضغط النفسي يكمن في سوء استجابة الفرد وسوء مواجهته لمطالب المحيط وهو ما يؤدي بدوره إلى سوء تكيفه وسوء توافقه مع مطالب الحياة اليومية" (يخلف عثمان، 2001، ص. 46).

وفقا لمُعجم (médecine Flammarion)، يُعتبر الضغط النفسي بمثابة "اعتداء على عضوية الكائن الحي، وكذا كل الاستجابات البيولوجية والنفسية الصادرة عن كائن حي تُجاه وضعية جديدة مهما كان نوعها، خاصة إذا كانت خطيرة أو غير سارة" (Costa-curien M., 2009, p. 29).

ورغم تباين واختلاف الاتجاهات في تعريف الضغط النفسي، إلا أن أغلبها يصب في 03 فئات رئيسية والتي تتمثل فيما يلي:

2-1- الضغط النفسي كمثير خارجي: هنا يُستخدم مفهوم الضغط للإشارة إلى القوة الخارجية

التي تسبب تشويها ماديا في هيكل الجسم أو تعطيل وظائفه، فالضغط عبارة عن مجموعة من المثيرات المتواجدة في البيئة المحيطة بالأفراد والتي ينتج عنها العديد من ردود الفعل تظهر في شتى سلوكياتهم (مدني عثمان، 2009، ص. 13).

فهو يتمثل في خصائص تلك البيئات المضايقة أو المزعجة، ومن ثم فالضغط يُنظر إليه كمتغير مستقل أي السبب (فايد حسين علي، 2005، ص. 197).

2-2- الضغط النفسي كاستجابة: مفهوم الضغط هنا يشير إلى ردة الفعل الواعية أو غير

الواعية تُجاه التهديدات التي تواجه الفرد سواء كان ذلك حقيقيا أم من نسج الخيال، ويتولد عن ذلك الشعور بالألم، الذنب، التعاسة، الوحدة والارتباك. كما يمكن لردة الفعل هذه أن تُحدث تغيرات فيزيولوجية على جسم الفرد مثل ارتفاع ضغط الدم، إعادة توزيع الدم على العضلات الرئيسية في الجسم، تجنيد جميع امكانيات الجسم استعدادا لمواجهة الخطر (علوطي عاشور، 2008، ص. 15).

2-3- الضغط النفسي كتفاعل بين المثير والاستجابة: الضغط النفسي هنا جامع للمدخلين

السابقين بالإضافة إلى تأكيده على علاقة الفرد بالبيئة، ومن ثمّ فهنا يُعتبر الضغط على أنه "عملية تفاعلية ودينامية مستمرة بين المثيرات الضاغطة الموجودة في البيئة من ناحية وبين الفرد من ناحية أخرى" (الصبوة محمد نجيب وآخرون، 2004، ص. 107).

وهنا يظهر تأثير دراسة الضغط النفسي بالمفاهيم الأخرى السائدة في العلوم السلوكية، بحيث لم يعد مفهوم الضغط يشير إلى المثير أو الاستجابة فقط بل إلى التفاعل بينهما، ويقوم هذا التوجه على القناعة بأن استجابة الأفراد للضغط تختلف باختلاف خصائصهم الفردية بما في ذلك نمط الشخصية والخلفية الثقافية، ووفقا لهذا التوجه يشير مفهوم الضغط إلى العمليات الداخلية التي تتم لدى الفرد نفسه حين تعرضه للمثيرات الخارجية ومحاولته التعامل والتكيف معها (الروقي سعد، 2003، ص. 15).

3- لمحة تاريخية:

في نهاية القرن التاسع عشر، قدّم الفيزيولوجي الفرنسي (Claude Bernard) في محاضراته التي سماها "دروس حول ظواهر الحياة" المبدأ الذي مفاده أن "ثبات واستقرار الوسط الداخلي للعضوية هو شرط ضروري للحياة الحرّة والمستقلة". لاحقاً، قام (Walter Cannon) باسترجاع هذا المبدأ وأطلق عليه اسم الاستتباب (homéostasie)، حيث أشار إلى أن هذا الحفاظ على ثوابت الاستقرار الداخلي هو القاعدة الأساسية التي تركز عليها الحياة العضوية وعملية تكيف الفرد مع بيئته، كما ركّز أيضاً على أهمية الدور الذي يلعبه الجهاز العصبي المركزي في التكفل بالمثيرات وتسييرها وتنظيم عملية الاستتباب. من جهة أخرى، وفي بداية القرن العشرين، قارن الطبيب الانجليزي "Osler" بين الضغط (stress) والشدة (strain) من جهة، وبين العمل الشاق (hard work) والقلق (anxiety) من جهة أخرى واقترح بأن الظروف تُسهم في تطور أمراض القلب. (السيد عثمان، 2001، ص. 31).

فالاضطرابات التي يواجهها الفرد تُؤدّد تعديلات في حالة التوازن الداخلي لديه، التي ستجعل من الممكن تنفيذ استجابة مناسبة، تظهر على شكل ردّ فعل يؤدي إلى تعبئة طاقة الجسم من أجل المواجهة أو الهروب من الوضعية التي تشكّل خطر. غير أنه، عندما يكون المثير شديداً أو ممتداً في الزمن، يُصبح الضغط على آليات تنظيم التوازن الداخلي عالياً، ما قد يؤدي إلى ظهور استجابة غير محدّدة للعضوية.

يُعتبر (Hans Selye) أول من استخدم مصطلح الضغط النفسي بالمعنى الذي نعرفه اليوم، حيث اقترحه من علوم الهندسة التي تستخدمه للإشارة إلى أنه عندما يتم تسخين المعدن إلى درجة شديدة فسوف ينكسر مثل الزجاج. هكذا إذا انتقل مصطلح الضغط من مجال الهندسة إلى العلم والطب قبل أن يتعمّم استعماله وتداوله في الأوساط العامة. من جهة أخرى، فمنذ عام 1934، تحدث (Walter Cannon) أيضاً عن الضغط في أبحاثه، حيث عزا العديد من الباحثين هذا المصطلح إليه. بالنسبة لهذا العالم، يشير مصطلح الضغط إلى أية ظروف أو مثيرات خارجية يمكن أن تؤثر على التوازن الداخلي للعضوية (الاستتباب) ويؤدي إلى إفراز هرمون الأدرينالين، وبالتالي فالضغط لدى (Cannon) لا يعدو أن يكون مجرد مصطلح يشير لمختلف الظروف التي من شأنها أن تُحدث استجابة ضارة على الجسم.

على عكس (Selye)، لم يعتبر (Cannon) الضغط كاستجابة، بل كمثير. حالياً يتم استخدام مصطلح الضغط بكلا المفهومين في مجال البحوث والدراسات المختلفة لوصف الظروف والوضعيات الصعبة والشديدة (العوامل الضاغطة) وكذا استجابة الضغط التي يمكن أن تتجم عن هذه العوامل والتي ينجم عنها إفراز هرمونات الضغط.

لاحقاً، في سبعينيات القرن الماضي، بيّن (John Mason) أن الضغوط النفسية، على غرار الضواغط الفيزيائية، تتميز أيضاً بقوتها، وأنها يمكن أن تؤدي إلى إحداث استجابة الضغط. ولقد أوضح من خلال أعماله وتجاربه على القرود أن هذا الحيوان إذا شهد وحضر معاناة قرد آخر فسوف تظهر لديه أيضاً استجابة خاصة بالضغط النفسي.

من جهة أخرى، حدّدت (Lupien, 2010) 04 أنواع من العوامل التي يمكن أن تكون مصدراً لحدوث استجابة للضغط النفسي التي تتمثل في: ضعف التحكم في الوقائع، عدم القدرة على التنبؤ، الأحداث الجديدة والتهديدات التي يواجهها الفرد.

فالضغط النفسي يعتمد بشكل كبير على التجارب والخبرات الفردية، لذا فهو يظهر على أنه استجابة غير محدّدة يمكن أن تحدث بعد إدراك الفرد لتهديد واقعي (تهديد حقيقي) أو نسبي (تفسير المثير على أنه خطر بدون أي أساس حقيقي) ما يؤدي إلى العديد من الاستجابات الفيزيولوجية والسلوكية. (Prévôt T., 2015, p.p. 33-35).

4- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

4-1- النظرية الفيزيولوجية للضغط:

4-1-1- نظرية "والتر كانون" (Walter canon): يُعتبر "والتر كانون" أول من استخدم

مصطلح الضغط، وذلك من خلال دراسته عن فيزيولوجية الانفعال، بما في ذلك القلق. وقد حاول "كانون" تفسير الاستجابات الفيزيولوجية للضغط في دراسته عن كيفية استجابة كل من الإنسان والحيوان لتهديد خارجي، ولقد وجد أن هناك عدداً من الأنشطة المتتابعة التي تستثير الغدد والأعصاب لتهيئ الجسم لمواجهة الموقف الضاغط، والتي أطلق عليها أعراض المواجهة أو الهروب. كما بيّن أيضاً أن هناك تغيراً في الوظائف الفيزيولوجية، وذلك بإفراز هرمونات الغدة الكظرية التي تهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة، وكذا دور النظام السمبثاوي في الاستجابات الدفاعية، فقد مهّدت

نتائج أبحاث "كانون" لأعمال "هانز سيلبي" حيث ركز على الطريقة التي يتكيف بها الجسم مع مختلف وقائع الحياة (طالح نصيرة، 2011، ص. 77).

4-1-2- نظرية "هانز سيلبي": تتطرق نظرية "سيلبي" من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير

مستقل، وهو استجابة لعامل ضاغط يتميز بها الشخص، وأن هناك استجابة أو أنماط معينة من الاستجابات التي يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج، ويعتبر "سيلبي" أن أعراض الاستجابة الفيزيولوجية للضغط ذات بُعد عالمي وهدفها المحافظة على الكيان والحياة، وحدد "سيلبي" 03 مراحل لدفاع العضوية تجاه الضغط النفسي، حيث يرى أن هذه المراحل تمثل خطوات التكيف العام وهي:

◀ **الإنذار:** وفيه يُظهر الجسم تغيرات واستجابات تتفاوت حسب درجة التعرض للضاغط، ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم وقد تحدث الوفاة عندما تنهار هذه المقاومة، ويكون الضاغط شديداً.

◀ **المقاومة:** وتحدث عندما يكون التعرض للمثير الضاغط متكافئاً مع التكيف، فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات أخرى تدلّ على التكيف.

◀ **الاجهاد:** مرحلة تعقب المقاومة ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت، وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف (عثمان السيد، 2001، ص. 99).

4-1-3- نظرية (Reilly et al.): في عام 1930، درس (Reilly) وزملائه ردود فعل الجسم

على الاعتداء، حيث أظهرت دراساتهم أن العديد من العوامل العدوانية غير المحددة (العوامل الميكروبية، الأجسام الكيميائية المعدنية، العوامل الفيزيائية مثل الصعقة الكهربائية...) تُسبب في حدوث اضطرابات على مستوى الجهاز العصبي الغُدّي (فالاعتداء على العضوية يعمل على استثارة الجهاز العصبي النباتي الذي يعمل بدوره على التحريض لحدوث إفراز قشري كظري زائد)، وهي سلسلة من شأنها إحداث أضرار على مستوى الأعضاء الحشوية. حسب أصحاب هذه النظرية، يمكن أن تُشكّل هذه الاضطرابات، في حدود معينة، وسيلة لدفاع العضوية ضد الاعتداءات الخارجية الضارة، ولكن في حالة تجاوز ردّ الفعل لهدفه، فإن ذلك من شأنه أن يتسبب في حدوث حالات مرضية تتفاوت حدتها.

(Costa-curien M., 2009, p. 31).

4-2- النظرية الايكولوجية: بعد بضع سنوات، أصبح الباحثون مهتمين بأحداث الحياة اليومية التي تسبب التوتر وتتطلب تكيف الفرد (Holmes & Rahe, 1967)، حيث أن هذه الأحداث تتراوح بين المنغصات الصغيرة للحياة اليومية والأحداث الكبرى. انطلاقاً من حقيقة أن قدرات الفرد على التكيف محدودة، واستناداً على مبادئ الاستتباب (Homéostasie)، قام الباحثون في هذا الإطار بصياغة فرضيتين:

أولاً: كلما كان التغيير أكبر، كلما أدى ذلك إلى استخدام وتعبئة الفرد للمزيد من الطاقة وبذلك زادت قدرته على التكيف.

ثانياً: كلما كان على الفرد التعامل مع العديد من التغييرات في فترة زمنية محدّدة، كلما ازداد احتمال تعرضه لمشاكل صحية كبيرة خلال الفترات المولية.

لقد أدت هذه الفرضيات إلى التمييز بين نوعين من الضغط النفسي: الضغط الحاد الناجم عن حلقة عابرة من الأحداث الشديدة والضغط المزمن الناجم عن وقوع مثل هذه الأحداث على فترة أطول. لقد كان لهذا الاتجاه تأثير محفّز على الأبحاث اللاحقة المتعلقة بالضغوط النفسية، ومع ذلك، فإنه يتضمن العديد من الثغرات والنقائص. أولاً، يحتوي على معلومات ضئيلة عن أسباب الضغوط النفسية وآليات حدوثها وكيفية منع الآثار الضارة لها والوقاية منها (Hellman, 2013)، من ناحية أخرى، فإنه لا يأخذ بعين الاعتبار البعد النفسي للضغط الذي يمكن أن يؤدي إلى استجابة لا تقل أهمية عن الاستجابات الفيزيولوجية (Dalphon C., 2015, p.p. 13-14).

4-3- نظرية "سبيلبرجر" (Spielberger): تعتبر هذه النظرية حول القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط النفسية، فقد أقام هذا الباحث نظريته على أساس التمييز بين القلق كسمة والقلق كحالة، وللقلق شقين، الأول يتمثل في القلق العصابي المزمن وهو استعداد طبيعي يجعل القلق يعتمد على الخبرات السابقة، والثاني يتمثل في قلق الحالة الذي يعتمد على الظروف الضاغطة والضغوط التي تسبب قلق الحالة، وعلى هذا الأساس ربط الباحث بين الضغط والقلق كحالة إذ يعتبر الضغط الناتج مسبباً لحالة القلق ويستبعد ذلك القلق كسمة، حيث يكون القلق متأصل في سمات شخصية الفرد.

فالقلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كردّ فعل لشكل ما من الضغوط، ويميّز بين مفهوم الضغط والتهديد، من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بالخطر، أما كلمة تهديد فتشير إلى التفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف.

4-4 - نظرية التقدير المعرفي: التي قدّمها "لازاروس" سنة 1970، حيث نشأت هذه النظرية نتيجة للاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير كمّ التهديد ليس مجرد إدراك مبسّط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية السابقة مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، ويعتمد تقييم الفرد لهذا الموقف على عدة عوامل منها العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه، وتعتبر نظرية التقدير المعرفي الضغوط النفسية بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد حيث يؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين هما:

- **المرحلة الأولى:** وهي خاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حدّ ذاتها شيء يسبب الضغوط.

- **المرحلة الثانية:** وهي التي يحدّد فيها الفرد الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف (السيد عثمان، 2001، ص. ص. 99-101).

حسب هذا النموذج، لا يمكن تصوّر الضغط النفسي من خلال علاقة بسيطة بنوع "سبب - نتيجة"، ولكن هناك عملية إدراكية ديناميكية وفردية أكثر أهمية من العامل الذي يسبّب الضغط نفسه. لقد فهم (Selye) أيضا أوجه القصور في نظريته فيما يتعلق بهذه الحقيقة، حيث أنه قال في نهاية حياته: "الضغط النفسي غير موجود، إنه تجريد". فمن خلال هذه الجملة، أراد (Selye) التأكيد على أن العامل الضاغظ لا يتمثل في متغيرات العالم الخارجي في حدّ ذاتها، وإنما ما يدركه الفرد على أنه كذلك.

ففي إطار تفكير علمي متعدّد التخصصات، توجّب النظر في حقيقة الضغط النفسي المدرك، ومن ثمّ، عرّف (Lazarus) الضغط النفسي على أنه "علاقة خاصة بين الشخص والمحيط يتم تقييمها من قبل الشخص على أنها تتعدى موارده وتهدّد سلامته".

فيما بعد، قام (Lazarus) بصياغة النموذج التفاعلي، حيث تمثلت الركيزة الأساسية لهذا النموذج في أن الضغط النفسي عبارة عن تفاعل بين الفرد والمواقف المحيطة به، التي تتطلب لديه جهود معرفية وسلوكية للتعامل معها. فمصطلح "التفاعل" يشير إلى أن الشخص والبيئة تربطهما علاقة ديناميكية متبادلة ذات اتجاهين، حيث أنه عندما يتم تقييم هذه العلاقة من قبل الفرد على أنها تتجاوز موارده وإمكانياته وتهدد سلامته، فعندها سيشعر بالضغط النفسي. إن هذه العلاقة التفاعلية بين الفرد والمحيط والنتائج التي يمكن أن تترتب عليها في المدى القصير والبعيد تُجسّدُها عمليتان أساسيتان هما: التقييم المعرفي واستراتيجيات المواجهة (Costa-curien M., 2009, p.p. 34-35).

إن كل هذه النماذج والمقاربات توفر نظرة شاملة حول السياقات الفيزيولوجية والنفسية المرتبطة بالضغط النفسي ومصادره، وكذا الاختلافات الفردية التي تعدّل كيفية إدراك كل فرد لهذه المصادر، كما أن كل هذه الاتجاهات ساهمت في جعل من الممكن فهم الظاهرة المعقدة للضغط النفسي بشكل أفضل وأكثر وضوحاً، حيث أن الفهم لهذه الظاهرة ومراحلها يعتبر خطوة أساسية في سبيل التخطيط الصحيح للقيام بتدخل ملائم. وعلى الرغم من عدم التوصل إلى اتفاق حول تعريف موحد للضغط النفسي وسياقاته المختلفة، إلا أن مختلف هذه المقاربات توافق على أن هذه الظاهرة تنقسم إلى ثلاث مراحل أساسية تتمثل فيما يلي:

- **المرحلة الأولى:** تتعلق هذه المرحلة بمسببات الضغط النفسي، التي تشكل عوامل الخطر. فمفهوم الخطر يشير إلى العلاقة بين التعرّض لعوامل التهديد والأضرار المحتملة التي يمكن أن تنجم عن هذا التعرّض، حيث أن تحديد عوامل الخطر يساعد على فهم بشكل أفضل مختلف تأثيراتها في بيئة الفرد وفي تنظيم العمل الذي يزاول مهامه فيه.

- **المرحلة الثانية:** فيها يقوم الفرد بتقييم الحدث الضاغط، حيث أنه، وفقاً لهذا التقييم، يمكن أن يصبح الضغط النفسي مصدراً للدافعية بالنسبة لفرد ما وعائق لا يمكن التغلب عليه بالنسبة لآخر. تتأثر عملية التقييم ببعض المتغيرات المعدّلة وبعض السياقات المعرفية التي تحدّد مستويات الضغط. عادة ما تكون تجربة الضغط النفسي مصحوبة بمحاولات لإدارة الشدة النفسية الناجمة عنه، والتي تهدف إلى تعديل متطلبات البيئة أو التكيف معها، حيث يمكن لهذه الاستراتيجيات أن تكون معرفية، سلوكية أو فيزيولوجية، فردية أو تنظيمية.

- **المرحلة الثالثة:** وهي تتمثل في نتائج الضغط النفسي، فحسب عملية التقييم التي يقوم بها الفرد حول المشاكل والعراقيل التي تواجهه والاستراتيجيات التي يلجأ إليها لتسييرها، قد تكون النتائج سلبية (القلق، اضطراب النوم...) أو إيجابية (ارتفاع مستوى الدافعية). إذا، فالضغط النفسي ليس ضاراً دائماً وأن مقدارا معيناً منه يمكن أن يكون مفيداً للتطور وتحقيق أداء ذات مستوى. فالضغط "الجيد"، الذي يُطلق عليه اسم (eustress)، يتسبب في ردود أفعال إيجابية لدى الفرد، في حين أن الضغط "السيئ"، الذي يُطلق عليه اسم (détresse)، يُسبب ردود أفعال سلبية. إن المظاهر الناجمة عن الضغوط يمكن أن تكون ذات طبيعة نفسية (اكتئاب، قلق، استثارة...)، سلوكية (العنف الجسدي...)، تنظيمية (التغيب، دوران العمل...) وصحية (زيادة مشاكل القلب والشرايين) (Dalphon C., 2015, p.p. 13-15).

5- أنواع الضغوط النفسية: إن الضغوطات التي يتعرض لها الفرد متعددة، وتراكمها المستمر قد يجعلها تتجاوز قدرته على التحمل. انطلاقاً من نوع العوامل التي من شأنها أن تؤدي إلى الضغط النفسي السلبي، صنّف المختصون أنواع الضغوط النفسية حسب المحاور التالية:

5-1- الضغط النفسي الأساسي: يعكس هذا النوع من الضغوط ثمن الجهد الذي يبذله الفرد من أجل الاندماج والتكيف مع وضعية جديدة: علاقة عاطفية جديدة، انفصال، الحصول على وظيفة جديدة، تغيير المسكن والانتقال للعيش في مكان آخر... وجميع الحالات التي يتعين فيها على الفرد التعامل مع موقف غير مألوف يتطلب التكيف معه بسرعة نسبياً. في مثل هذه الوضعيات، غالباً ما يواجه الأفراد صعوبات ومشاكل لأن أنماط الحياة تتغير لديهم، كما أنه يتوجب استيعاب الكثير من المعلومات واتباع وتنفيذ إجراءات جديدة. خلال فترة التكيف هذه، يمكن للفرد أن يعيش لحظات متناوبة من الحماس والحزن، والشعور بالانفصال والانسحاب العاطفي.

5-2- الضغط النفسي التعاطفي: وهو يحدث بسبب الشحنات العاطفية الزائدة لدى أفراد يعملون على مساعدة الأشخاص الذين يعايشون فترات شديدة وحرجة (المرضى، الجرحى، أشخاص بدون مأوى...)، حيث أن هؤلاء الأفراد يواجهون مواقف تسبب لهم مشاعر سلبية شديدة. ففي مثل هذه الحالات، يمكن لمعانة الآخرين أن تكون سبباً لمعاناة نفسية لدى الفرد الذي يعمل على مساعدتهم، والتي تتفاوت من حيث الشدة ومن حيث وقت ظهورها وتفاقمها، وتسمى بالضغط التعاطفي.

أما عن الآثار التي يمكن أن تتجم عن هذا الضغط، فلقد تبين أن له تأثير كبير على تغيّر في طريقة رؤية الفرد لذاته ولمحيطه (فقدان الشعور بالأمن والثقة، ضعف القدرة على التواصل الجيد مع الآخرين، مشاعر اليأس وخيبة الأمل، انخفاض تقدير الذات والسلبية في العمل والميل إلى اللوم والتوحد مع الضحية).

5-3- الاحتراق النفسي: وهي حالة نفسية تتجم عن عدم فعالية استراتيجيات مواجهة الضغوط في مكان العمل، وعجزها عن التخفيف من شدتها ووقوعها النفسي لدى العامل. وعادة ما يحدث هذا النوع من الضغط لدى الاطارات المهنية التي تتحمل مسؤولية الموظفين ويتابعون أهدافا يصعب تحقيقها في ظل الظروف والامكانيات المتوفرة لديهم.

في مثل هذه الوضعيات، قد يكون الفرد غير راضٍ أو تراوده شكوك حول قيمة عمله، لأنه يقارن النتائج التي تحصل عليها بمعيار أو مرجع مثالي أو مع النتائج التي يريد تحقيقها بالفعل. وقد يشتكي الفرد من أعراض معينة مثل التعب المستمر، الإرهاق الذهني، انخفاض مستويات الدافعية والشعور بعدم الكفاءة، الميل نحو ترك العمل، الاستثارة والانزعاج وحدوث بعض الاضطرابات السيكوسوماتية.

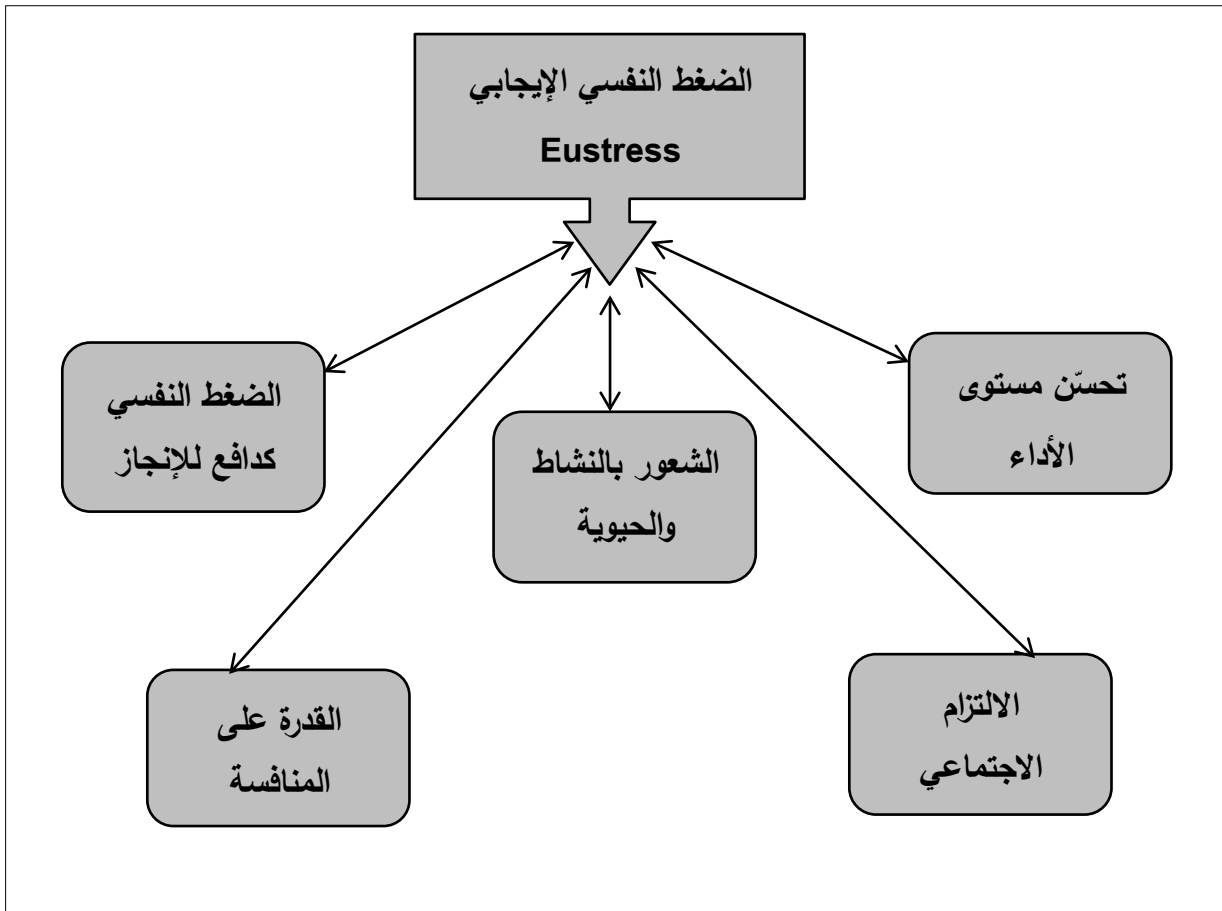
5-4- الضغط النفسي التراكمي: إن كل المشاكل الصغيرة ومنغصات الحياة اليومية، ضغوط العمل، المواقف ذات الخطورة، أحداث الحياة... يمكنها أن تتجمع وينتج عنها بمرور الوقت ما يُسمى بالضغط التراكمي، وهذا إما عن طريق التعرّض لفترات طويلة لضغوطات طفيفة، متوقعة ومتكرّرة، ما قد يؤدي لحدوث الضغط النفسي المزمن، حيث أن تكرار حدوث هذه الضغوطات وامتدادها في الزمن يمكن أن يؤثر سلبا حتى على الأفراد الأكثر قدرة على مقاومة الأحداث الصعبة، وإما عن طريق تراكم سلسلة من الأحداث الصعبة (المهنية و/أو الخاصة).

إن الضغط النفسي التراكمي يتطور ببطء، لكن ظهوره يمكن أن يكون سريع عندما تكون طرق الاسترجاع غير كافية (قلة ساعات النوم، غياب فترات الراحة وأوقات الفراغ...)، وهذا خاصة عندما تكون لدى الفرد سوابق سلبية ووقوع بعض الأحداث المفجّرة التي تزيد من هشاشته (الخبرات السابقة ذات الضغط المرتفع أو الصدمات التي لم يتم حلّها وتجاوزها، حدوث مشاكل عاطفية أو أسرية...).

(josse E., 2007, p.p.05-06).

ولقد قسّم المختصون الضغوط النفسية من حيث تأثيرها إلى نوعين رئيسيين هما:

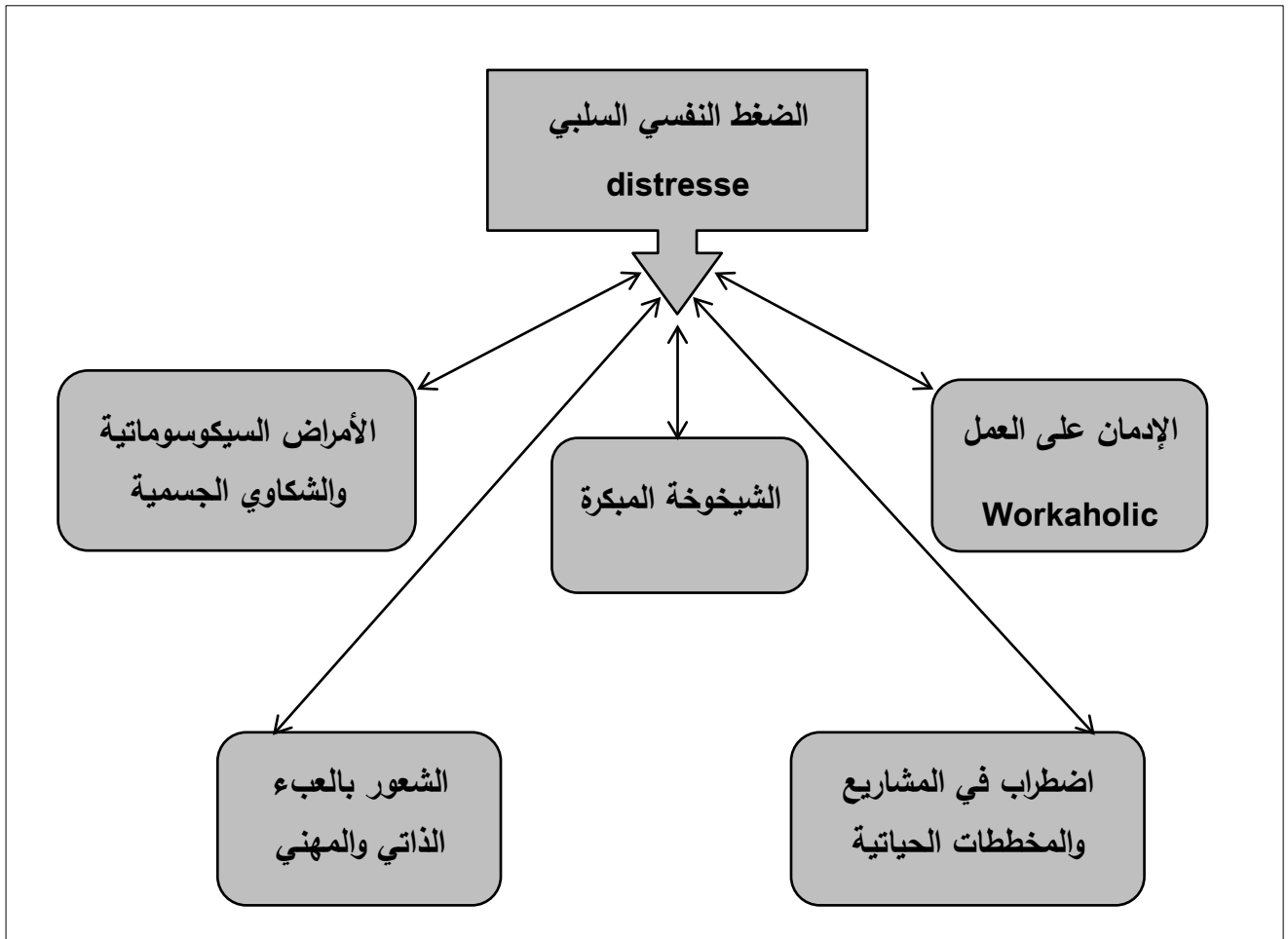
◀ **الضغوط الايجابية:** وهي الضغوط المفضلة أو المرغوب فيها، وعلى المستوى الوظيفي قد يتعرض الفرد العامل للعديد من هذه الضغوط مثل اجتياز اختبار ما أو دورة تدريبية معينة للترقية أو للنقل إلى موقع وظيفي أفضل، أو تحقيق معدلات الأداء العادية أو يحوز رضا رئيسه المباشر عنه عندما يلتزم بالأداء وفي مواعيده المحددة (علواني نعيمة، 2010، ص. 28).



شكل رقم (01): نموذج للضغط النفسي الايجابي حسب (França & Rodrigues, 1997)

(Inocente, J.J., 2010, p. 87).

◀ **الضغوط السلبية:** وهي الضغوط غير المفضلة والتي تسبب الضرر والأذى والمرض للأفراد، وتركز معظم الكتابات على التعامل مع الضغوط بمفهومها السلبي. فالضغط السلبي عبارة عن قليل أو كثير من الاستثارة التي ينتج عنها أذى وضرر على المستوى العقلي أو الجسمي للفرد، حيث تنجم عن الضغوط السلبية آثارا ضارة بالفرد سواء من الناحية الصحية (مثل تعرضه لبعض أمراض القلب وتصلب الشرايين والسكتة) أو من الناحية النفسية (مثل الفتور، اللامبالاة، التسيب، السأم، الأرق والنظرة التشاؤمية للأمر)، أو من الناحية الوظيفية (مثل انخفاض الانتاجية وزيادة معدلات الغياب وغيرها) (علواني نعيمة، 2010، ص. 28).



شكل رقم (02): نموذج للضغط النفسي السلبي حسب (França & Rodrigues, 1997)

(Inocente, J.J., 2010, p. 88).

في حين هناك من قَسَم الضغوط النفسية من حيث الفترة الزمنية التي تستغرقها الشدة أو التوتر ومدى التأثير على صحة الانسان النفسية والبدنية إلى 03 أنواع وهي:

◀ **الضغوط البسيطة:** وتستمر من ثوانٍ معدودات إلى ساعات طويلة، وتكون ناجمة عن

مضايقات صادرة عن بعض الأشخاص المحيطين أو أحداث قليلة الأهمية في الحياة.

◀ **الضغوط المتوسطة:** وتمتد من ساعات إلى أيام، وهي تتجم عن بعض الأمور كفترة عمل

إضافية أو زيارة شخص مسؤول أو غير مرغوب فيه.

◀ **الضغوط المُضاعفة:** وهي التي تستمر لأسابيع وأشهر وتتجم عن أحداث كبيرة كالنقل من

العمل أو البطالة أو موت شخص عزيز (فائق فوزي عبد الخالق، 1996، ص. 14).

6- آثار الضغط النفسي السلبي: مثلما يمكن أن يصبح الدواء المفيد ضارا عندما يتجاوز

الجرعة الملائمة، يمكن أن تؤدي ردود الفعل الشديدة المتعلقة بالضغط النفسي المتكررة والممتدة في الزمن

التي لا يتحكم فيها الفرد ولا يستطيع تسييرها بطريقة ملائمة إلى تأثيرات سلبية، يمكن حصرها في

المحاور التالية:

6-1- **على المستوى العلائقي:** ظهور مواقف غير عادية لدى الفرد (سرعة الاستئثار والتهيج،

كثرة الشكوى والبكاء، الحذر المفرط غير المبرر، إبداء مواقف سلبية أو تشاؤمية...)، ضُعب القيم

الانسانية والآداب العامة في علاقاته مع الآخرين (الوقاحة، الفكاهة غير اللائقة والتهكم، التمييز الجنسي،

العنصرية، التعصب...)، زيادة المطالب العاطفية تجاه العائلة، الأصدقاء والزملاء (الحاجة إلى الاستمرار

في الكلام وفرض الاستماع على الآخرين، وأن يكون الفرد موضع اعتناء من طرف الآخرين...)،

اللامبالاة وتجنب العلاقات الأسرية، العلاقات الودية، الاجتماعية والمهنية والميل للعزلة.

6-2- **على المستوى المهني:** يمكن ملاحظة التدهور التدريجي للكفاءة والفعالية المهنية

(صعوبة التركيز، أداء حركات مفرطة ونشاط زائد دون أثر ايجابي، التصلب في طريقة التفكير، المقاومة

المفرطة للتغيير...) بالإضافة إلى فقدان الفرد الموضوعية تجاه أدائه الخاص، قدراته وكفاءته وتلك

الخاصة بالآخرين (الافراط أو التفريط في التقدير).

6-3- **على المستوى السلوكي:** اضطرابات النوم (الأرق، النوم المضطرب، الاستيقاظ الليلي أو

المبكر)، اضطرابات الشهية (الشراهة المرضي أو فقدان الشهية)، ميل لاستخدام المؤثرات العقلية (أدوية،

تعاطي الكحول أو المخدرات)، الاستئثار وتبني سلوكيات يمكن أن تشكل خطر على الفرد ذاته أو على

الآخرين (القيادة الخطرة، السلوك الاستفزازي والعداوي، الممارسات الجنسية غير المحمية...).

6-4- على المستوى الفيزيولوجي: عادة ما تظهر الأعراض الجسمية للضغط النفسي على

شكل التعب المفرط والمستمر حتى بعد أخذ فترات للراحة، ظهور مشاكل صحية طفيفة (آلام الرأس والظهر، اضطرابات على مستوى الجهاز الهضمي، حدوث نزلات برد متكررة وممتدة، مشاكل جلدية، الخفقان واضطراب ضربات القلب، الدوار والدوخة...)، وإمكانية تفاقم مشكلة صحية موجودة.

6-5- على المستوى العاطفي: التدايعات الرئيسية للضغط النفسي على المستوى العاطفي

تظهر خاصة في تغيير رؤية الفرد لذاته والآخرين والمحيط (مواقف سلبية تجاه الذات، الزوج/الزوجة، العمل، الزملاء، الحياة بصفة عامة...)، اضطراب الحالة المزاجية (التقلبات الانفعالية والمزاجية، فرط المشاعر والحساسية، نوبات من الغضب والبكاء، حالات اكتئاب وقلق...) (josse E., 2007, p.p. (06-07).

7- تفاوت حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد:

لقد قام علماء السلوك الأمريكيون، على رأسهم (Dohrenwend, B. et al.)، بإعداد مخطط تصوّر حول إدراك الأفراد للمثيرات الضاغطة كعملية تعتمد على فئتين رئيسيتين من العوامل التي تتمثل فيما يلي:

◀ **العوامل الشخصية:** مثل عتبات الأحاسيس البيولوجية والمشاعر النفسية، الجنس، السن، الذكاء، القدرات اللفظية والتعبيرية، نمط الشخصية، الحالة النفسية، الخبرات والتجارب السابقة، مركز الضبط (داخلي أو خارجي)...

◀ **العوامل الخارجية:** مثل المستوى الدراسي، الدخل، نوع المهنة... فمثلا، الأفراد ذوي المؤهلات العالية وذات الجودة هم أكثر قدرة على التعامل مع الضغوطات خاصة المهنية منها.

ولقد أشار (Dantzer) في هذا الشأن إلى أن ردود الفعل تجاه العوامل الضاغطة تختلف من فرد إلى آخر، وهذا تبعا لعدة عوامل ومتغيرات من أهمها الوراثة، السن، السوابق المرضية، التاريخ العائلي الشخصي للفرد وخاصة البنية العقلية لا سيما مدى القدرة على التعامل والتحكم عقليا في المواقف الحياتية.

بناء على هذا، فالأفراد غير متكافئين إلى حدّ كبير في قدراتهم وإمكاناتهم لمواجهة الضغط النفسي، وبالتالي هناك عوامل خطر يمكن تحديدها بسهولة لدى البعض، بينما يتطلب الأمر لدى آخرين تحليلاً نفسياً، اجتماعياً وبيئياً أكثر دقة لتحديد عوامل الخطر لديهم.

(Costa-curien M., 2009, p.p. 62-63).

8- الضغط المهني: إن الضغوط كظاهرة نفسية آخذة في الازدياد بين الموظفين في منظمات العصر الحديث، بسبب ما يشهده عالمنا المعاصر من ثورة معرفية ومعلوماتية نتيجة التقدم التكنولوجي المتواصل، الذي لعب دوراً كبيراً في تحقيق الرفاهية البشرية، وبالمقابل قد تدفع البشرية ضريبة هذا التقدم من زيادة التعقيد في حياتنا اليومية، وخاصة ما يرتبط منها بالعمل أو الوظيفة، وما قد يصاحب ذلك من تفشي الأمراض النفسية والبيئية التي تهدد حياة الإنسان (المشعان عويد، 2001، ص. 70).

8-1- تعريف الضغط المهني:

يُعرّف (Mandler) الضغوط المهنية بأنها "تلك الظروف المرتبطة بالضغط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات أو التغيرات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد، وتنتج الضغوط المهنية من الأحداث والمواقف السلبية التي توجد في بيئة العمل وتؤثر على الفرد مثل صراع الدور، العبء الوظيفي، مشكلات اتخاذ القرار... وينجم عن ذلك بعض الاستجابات النفسية والفيزيولوجية السلبية لدى الفرد مثل عدم الرضا عن العمل، القلق، سرعة ضربات القلب... (النعاس عمر مصطفى، 2008، ص. 31).

وتُعرف ضغوط العمل بأنها "إدراك أو شعور الفرد باختلال في حالته البدنية والنفسية كرد فعل للأحداث والظروف الموجودة في بيئة العمل" (الدوسري سعد بن عميقان سعد، 2005، ص. 23)

ويعرّف المعهد الوطني الأمريكي للأمن والصحة في العمل (NIOSH, 1999) الضغط المهني على أنه "تلك الاستجابات الجسمية والانفعالية السلبية التي تحدث عندما لا تتناسب متطلبات العمل مع قدرات ووسائل وحاجات العامل (مسعودي رضا، 2003، ص. 18).

أما بالنسبة ل (Beeh & Newman) فهما يعتبران أن الضغوط المهنية عبارة عن "حالة تنشأ بسبب تفاعل العوامل المتعلقة بالعمل مع خصائص العاملين، تُحدث تغييراً في الحالة البدنية أو النفسية للفرد تدفعه إلى تصرف بدني أو عقلي غير معتاد (العميان محمود سليمان، 2005، ص. 161).

وتُعرّف أيضا الضغوط المهنية بأنها "مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الأفراد، ينتج عنها مجموعة من ردود أفعال تظهر من خلال سلوكيات هؤلاء الأفراد في العمل أو في حالتهم النفسية أو الجسمانية، أو في أداءهم نتيجة تفاعلهم في بيئة عملهم التي تحتوي هذه الضغوط (بسيوني محمد، 1995، ص. 14).

فضغوط العمل تنشأ عادة عن التفاوت والاختلاف بين تطلعات العامل وواقع ظروف عمله، ويمكن أن يتجلى ذلك على المستوى النفسي في مشاعر عدم الرضا حيث أن الفرد العامل لم يعد يتمتع بالقدوم إلى العمل، هذه الحالة يمكن أن تؤدي إلى أعراض القلق والاكتئاب وربما إلى اضطرابات شديدة (اضطراب الاكتئاب الشديد، خطر الانتحار). أما على المستوى السلوكي، فيمكن أن يتجلى الضغط النفسي المرتبط بالعمل من خلال سلوكيات التجنب والانسحاب منه (الغياب المتكرر)، وتراكم الأخطاء واستخدام المهدئات والكحول، إضافة إلى إمكانية ظهور أعراض جسدية خاصة الصداع النصفي المزمن، الأرق، اضطرابات الجهاز الهضمي وأمراض القلب والأوعية الدموية.

كما توصلت أيضا العديد من الدراسات التي أجريت في العديد من الدول إلى أن الضغط المهني يُعتبر أكثر المخاطر النفسية والاجتماعية شيوعا. على سبيل المثال، تشير التقديرات إلى أن 22% من العاملين في دول الاتحاد الأوروبي يعانون من الضغط المهني، بينما يعاني 05% منهم من المضايقات والتحرش في مكان العمل و05% منهم كانوا ضحايا للعنف البدني.

وفقا للوكالة الأوروبية للسلامة والصحة في العمل، فإن الضغط المهني هو المشكلة الصحية الأكثر انتشارا في عالم الشغل، كما تتوقع هذه الوكالة أنه من المحتمل أن يزداد عدد الأشخاص الذين يعانون من الضغط الناجم عن العمل أو تفاقمه. إن هذه المكانة الخاصة التي يحتلها الضغط المهني في ميدان العمل قد تم الاعتراف والاقرار بها أيضا من قبل الشركاء الاجتماعيين الذين قرروا التمييز بين الضغوط المهنية والمخاطر النفسية-الاجتماعية الأخرى في الاتفاقيات التي قاموا بصياغتها، حيث أنه تم تخصيص أول اتفاقية إطار موقعة في 8 أكتوبر 2004 من قبل جميع هؤلاء الشركاء حصريا لضغوط العمل (Inocente, J.J., 2010, p.p. 88-89).

أما (Nicole Rascle, 2001) فهي تُعرّف الضغط المهني على أنه "التأثير المشترك لبعض العوامل البيئية (الظروف المهنية)، والاستعدادية (عوامل الهشاشة: نمط الشخصية "أ"، ضعف الضبط المدرك، مركز التحكم الخارجي... والتفاعلية (التقييمات السلبية واستراتيجيات المواجهة غير الفعالة) التي

يمكن أن تتنبأ ببعض الأمراض النفسية (القلق، الاكتئاب، الاحتراق النفسي...)، الجسدية والسلوكية (الإدمان...) في مختلف الأوساط المهنية" (Costa-curien M., 2009, p. 31).

أخيراً، حسب الوكالة الأوروبية للسلامة والصحة في العمل، يحدث الضغط المهني عندما يكون هناك اختلال بين تصوّر الفرد تجاه المشاكل والعراقيل التي تفرضها بيئة العمل وطريقة إدراكه للموارد والمصادر الشخصية الخاصة للتعامل معها. وعلى الرغم من أن عملية تقييم هذه العراقيل والموارد هي سيرورة نفسية، فإن تأثيرات الضغط ليست نفسية فقط وإنما فيزيولوجية كذلك، حيث أن الضغط المهني يؤثر أيضاً على الصحة البدنية والرفاهية الذاتية والإنتاجية.

8-2- مصادر الضغط المهني:

إن العوامل والظروف والمؤثرات التي يمكن أن تكون مصدر/ سبب للضغط المهني لدى الفرد عديدة ومتنوعة، فبعضها يرجع إلى المصادر التنظيمية وطبيعة العمل، ويتمثل ذلك في متطلبات العمل الزائدة التي تجعل الفرد غير قادر على القيام بأعباء العمل أو متطلباته، غموض الدور، عبء الدور، صراع الدور، عدم الاستقرار الوظيفي، عدم الترقى المهني، الاحباط الوظيفي وظروف العمل السيئة وتوتر العلاقات في العمل، الاختلاف المهني وتعدّد المسؤوليات وعدم وضوحها وغموض المستقبل الوظيفي، الافتقار إلى المشاركة في اتخاذ القرارات وعدم وضوح الأهداف والسياسات في بيئة العمل وغياب المساندة الاجتماعية، وأيضاً قد ترجع ضغوط العمل إلى خصائص ونمط شخصية الفرد العامل ونقص قدراته وإمكاناته على القيام بالعمل وتحقيق التوافق المهني، وكذلك أحداث الحياة التي يتعرض لها والمشكلات الأسرية التي يعانيتها، كما ترتبط مصادر ضغوط العمل بالبيئة المادية للعمل، ويتمثل ذلك في عوامل الإضاءة، درجة الحرارة، الضوضاء، تلوث الهواء والمخاطر التي قد يتعرض لها الفرد العامل وتؤثر على أمنه وسلامته، ومدى صلاحية المباني والقاعات وتجهيزاتها المختلفة لراحة العاملين وغيرها من المسببات المادية لضغوط العمل (طه عبد العظيم حسين وسلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص. 219).

8-2-1- المصادر الشخصية: وهي مجموعة من العوامل الذاتية التي تتسبب بشعور الفرد

بالضغوط من عدمه، ومن هذه العوامل:

« اختلاف شخصية الفرد كمسبب للشعور بضغوط العمل، حيث قد تكون الضغوط الموجودة في بيئة العمل هي نفسها لدى الجميع، إلا أن الشخصية المختلفة للأفراد هي التي تجعلهم يشعرون بالضغوط دون آخرين.

« اختلاف قدرات الأفراد، حيث تتفاوت القدرات من فرد لآخر، ويلعب ذلك دور في تفاوت الشعور بضغوط العمل ومن هذه القدرات:

- القدرة على تحمل الأعباء والمهام الصعبة.

- القدرة على تحمل المسؤولية وقد تكون مسؤولية الاشراف على الآخرين، والمسؤولية على أشياء مادية للأفراد.

- القدرة على التعامل والتأقلم مع الضغوط، فبعض الأفراد لديهم القدرة على التكيف مع ضغوط

العمل، ومع أن مصادر الضغوط واحدة إلا أن لها ردود فعل مختلفة من جانب الأفراد.

- مدى إدراك الفرد للضغوط، فالأفراد يختلفون في طريقة إدراكهم لها ويرجع ذلك إلى التفاوت بين المعاني المدركة من طرفهم ومدى فهمهم وتفسيرهم لها.

« الأحداث الضاغطة في حياة الفرد، حيث يتعرض الفرد من حين لآخر إلى أحداث في حياته

الشخصية تمثل قدرا من الإثارة والضغط النفسي، وهذه الأحداث بما تسببه من توتر ينتقل

تأثيرها إلى العمل مثل وفاة الزوجة أو الزوج أو الطلاق أو مرض أحد الأبناء أو تدهور الحالة

الاقتصادية ... (العميان محمود، 2005، ص. 162).

8-2-2- الخصائص الاجتماعية والديموغرافية: لقد أبرزت العديد من الدراسات الخصائص

الاجتماعية والديموغرافية المختلفة المتعلقة بإدراك الضغط المهني وآثاره النفسية، من بين أهمها: الجنس،

السن، الأقدمية في العمل، الحالة الاجتماعية، فئة الانتماء المهني أو العرقي بما فيها وضعية الهجرة،

المستوى التعليمي...

8-2-3- الموارد التكيفية (استراتيجيات المواجهة والدعم الاجتماعي): إن استراتيجيات

المواجهة التي يتبناها الفرد العامل ومستوى الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه عاملان يؤثران على الهوية

المهنية والسلوك في العمل.

وفقا لبعض الباحثين، فاستراتيجيات المواجهة عملية تهدف إلى العمل على إيجاد حل للمشكل الذي يواجه الفرد أو تقليل المشاعر السلبية الناتجة عن تقييمه للموقف أو لأهدافه، كما أن ارتفاع مستويات الدعم الاجتماعي وتبني استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل قد أثبتت آثارها المفيدة، وهذا عكس استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، التجنب أو السلوكيات الاستهلاكية، وقد تجلى ذلك على وجه الخصوص لدى الممرضين، المعلمين ورجال الاطفاء.

(Marien P., 2012, p.p. 49-53).

8-2-4- العوامل الخارجية:

هناك أنواع مختلفة من الضغوط المهنية، حيث نجد تلك الضغوط الايجابية (Eustresseurs) التي لها قدرة تحفيزية للفرد العامل، والتي من شأنها إثراء الحياة المهنية وتنشيط قدراته ودوافعه، فهي تولد التوتر الذي يكون مستواه بقدر مناسب يسمح بأن تكون استراتيجيات مواجهته فعالة للتغلب عليه. على العكس من هذه الضغوط المهنية الايجابية، هناك أنواع أخرى سلبية (Distresseurs) التي ينجم عنها الكثير من التوتر، حيث أنها غالبا ما تؤدي إلى عدم كفاية وفعالية القدرات التكيفية لدى الفرد العامل والتي من شأنها أيضا أن تزيد من تدهور الجانب العاطفي الانفعالي وظهور أعراض وحتى اضطرابات نفسية مرضية.

في الوقت الحاضر، تطورت هذه الضغوط المهنية السلبية وأصبحت من القيود التي تعرقل الرضا الوظيفي ولتحقيق الذات في مكان العمل، وهذا راجع أساسا إلى التغيرات الحاصلة على مستوى تنظيم العمل وأهداف مختلف المؤسسات. وقد أجريت العديد من الدراسات على فئات مهنية متنوعة مثل المعلمين، الممرضين، أساتذة الجامعة، المعالجين والمهن ذات الطابع الاجتماعي... حيث أظهرت هذه الدراسات وجود ضغوط مهنية مشتركة بين العديد من هذه الوظائف، التي تتمثل وفق تصنيف كل من (Gollac & Bodier) كالتالي:

◀ المتطلبات المهنية العالية والاحترافية التي تتطلبها بعض الوظائف، هذا مع تواجد ظروف عمل سلبية مثل عبء العمل الزائد، معدات ووسائل ذات جودة رديئة، البيئة المادية السيئة، نقص السلامة في مكان العمل...

◀ المهن ذات الطابع الاجتماعي والانساني التي تكثر فيها المتطلبات العاطفية والتي توجب على العامل أن يترك مسافة مناسبة تُجاهها. وفقا لاستعراض العديد من الدراسات، نجد إدارة المشكلات السلوكية والعلاقات الشخصية مع الزملاء والمشرفين من بين أهم هذه المطالب المهنية.

◀ عدم الاستقلالية لدى الموظف، حيث أن عدم قدرته على اتخاذ خيارات وقرارات متعلقة بمهامه وبكيفية تنظيم العمل من أهم أسباب الضغط المهني.

◀ صراع القيم المتمثلة في المواقف التي لا يتصرّف فيها العامل وفقا لقيمه ومبادئه.

◀ ضعف العلاقات الاجتماعية، مع وجود مصادر الصراع والغموض وتضارب الأدوار وغياب هيكل تنظيمي وخطة عمل واضحة.

◀ السلوكيات الاجتماعية العدائية التي تُغطي جميع أعمال العنف الجسدي والنفسي والتهديد في مكان العمل.

◀ انعدام الأمن في العمل.

8-2-5- وظائف بطبيعتها تتضمن ضغوط عالية: مثل رجال الاطفاء وكبار المدراء،

الجراحين، رجال الأمن، في حين توجد وظائف أخرى مثل المحاسبة وخبراء التأمين أقل ضغوطا، وقد أُجري بحث تضمّن عشرات الوظائف وتم المقارنة فيما بينها من حيث الضغوط الواقعة على العاملين فيها في ضوء عدّة معايير تشمل: الوقت الإضافي، حصص العمل، ضغط الوقت، المتطلبات البدنية، الأحوال البيئية، المخاطر، مقدار المبادأة المطلوبة، مواقف الكسب والخسارة والعمل في أعين الناس.

وتتضمن تلك الوظائف ضغوطا أكثر من غيرها لعدة أسباب هي:

◀ أنها في معظم الأحيان تتضمن اتخاذ قرارات خطيرة.

◀ تحتاج إلى تركيز مستمر لعمليات المراقبة للأدوات والأجهزة.

◀ تحتاج إلى تكرار تبادل المعلومات مع الآخرين.

◀ العمل في ظروف مادية صعبة، مثل العمل في الظلام (جرينبرج جيرالد، 2004، ص.

(258).

8-3-3- مصادر الضغوط المهنية في مهنة التمريض:

تكشف المحاولات المبذولة لتحديد مصادر الضغط النفسي المهني لدى العاملين في مهنة التمريض عن مجموعة من المصادر والأسباب التي يمكن أن تسهم في حدوث هذا الضغط لديهم، والتي يمكن تصنيفها كما يلي:

8-3-1- مصادر متعلقة بظروف العمل: ويُقصد بها الظروف الطبيعية المادية التي تُحيط

بالفرد في مكان عمله كالإضاءة، التهوية، الحرارة، الرطوبة، الضوضاء ومكان العمل غير المريح، وهذه من شأنها أن تسبب إنهاكا جسديا وضغطا نفسيا.

8-3-2- المناوبة الليلية: إن العمل الليلي يسبب ضغطا نفسيا وجسديا للممرض، وذلك بسبب

عدم التناغم بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية. إن أوقات العمل الليلي هي من أهم الأوقات المثيرة للضغط النفسي في العمل لدى العاملين في مهنة التمريض.

8-3-3- زيادة المسؤولية: تشكل المسؤولية مصدرا آخر لتوتر الفرد أثناء ممارسة دوره في

المنظمة، وبالإمكان التمييز هنا بين نوعين من المسؤولية: مسؤولية نحو الأفراد ومسؤولية نحو الأشياء. إن معاشية الممرضين لمواقف فعلية تثير لديهم الشعور بالقلق والانعصاب بسبب تعرضهم لمواقف حياة وموت المرضى وشعورهم بالمسؤولية نحو المرضى، فضلا عن الارتباط النفسي والعاطفي بهم.

8-3-4- نقص النمو الوظيفي: يُعدّ تأخر النمو الوظيفي وعدم القدرة على التطور المهني

والافتقار إلى فرص ترقية، من بين أهم مسببات الضغط النفسي المهني، بسبب الشعور بعدم الأمن النفسي أو الوظيفي، أو الخوف من الفصل أو التقاعد المبكر.

8-3-5- العلاقة مع المرضى: إن تقديم الخدمة التمريضية لمرضى يعانون أمراضا مختلفة،

وفي أوضاع نفسية سيئة هو بحدّ ذاته مصدر ضغط لعمل الممرض أو الممرضة (رجاء مريم، 2008، ص.ص. 482-484).

8-4- الضغط النفسي والإنهاك المهني لدى العاملين في مجال العلاقات الإنسانية:

تشير العديد من الأبحاث إلى أن الأفراد الذين يزولون مهن تتصل بالعلاقات الإنسانية هم أكثر عُرضة للضغط المهني بالمقارنة مع الأفراد العاملين في المجالات الأخرى مثل الإنتاج (Cherniss, 1995, Farber, 1983, Pines & Aronson, 1988)، فهؤلاء العاملين يقضون جزءا هاما من حياتهم في العمل لمساعدة الآخرين، لذا فهم يصبحون في عُرضة أكبر لضغوط إضافية.

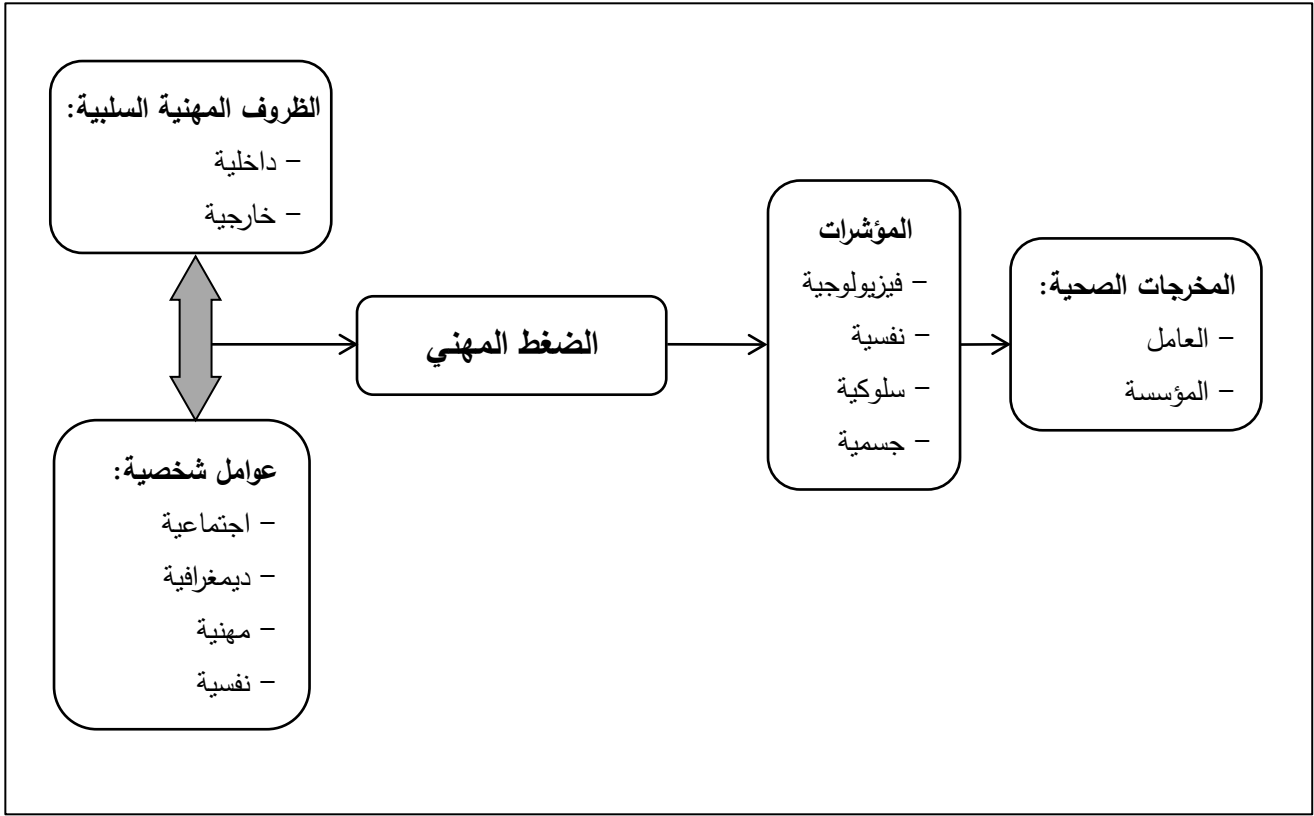
فمثلاً، العاملون في القطاعات الصحية يقدمون خدمات علاجية للآخرين، وأن الكثير منهم ينسون أن يأخذوا بعض الوقت للعناية بأنفسهم واحتياجاتهم الخاصة (Rowes, 1997, Turnispeed, 1998). وفي هذا الاتجاه، أفاد (Moore & Cooper, 1996) أن العاملين في مجال الصحة العقلية يواجهون إجهادا عاطفيا أكبر مقارنة بالعمال الآخرين، وهذا راجع للعمل مع الأفراد المضطربين خلال فترة زمنية طويلة، ما قد يؤدي على المدى البعيد إلى الضغط المزمن وربما حدوث الاحتراق النفسي.

وفقا ل (Maslach et al., 2001)، يمكن أن يكون الإنهاك المهني حاضرا في أية مهنة يتعامل فيها العاملين بصفة مستمرة مع الآخرين، إلا أن الذين يعملون منهم في مجال الرعاية الصحية هم أكثر عُرضة للخطر، حيث تبيّن أنه إذا استمرّ ضغط العمل لديهم، فذلك يمكن أن يؤدي إلى الشك في الكفاءة الذاتية والقدرة على الإنجاز المهني. وإذا كان العامل غير قادر على التكيف بشكل ملائم مع مصادر التوتر لديه، فإن ذلك يمكن أن يؤدي لتبني سلوكيات سلبية وخاطئة، تظهر عادة على شكل فقدان التعاطف تجاه المرضى والقاء اللوم عليهم بصفة متكررة، والميل لأداء مختلف المهام بطريقة آلية تقتصر إلى الاندماج الوجداني (Rochette J., 2012, p.p. 05-07).

8-5- نظريات الضغوط المهنية: تتعدّد نظريات ضغوط العمل، ومن أشهر هذه النظريات نجد:

8-5-1- نظرية توافق فرد- محيط: تُعد من أهم النظريات التي تدخل ضمن المقاربة التفاعلية والتي تأخذ بعين الاعتبار كل من العوامل الضاغطة، الخصائص الفردية والنتائج التي تتمخض عن التفاعل بينهما، حيث يفترض هذا التوجه أن ظهور الضغط المهني ناتج عن عدّة اختلالات: فرد/بيئة وذاتية/موضوعية. فالاختلاف ما بين المميزات الذاتية والعوامل الموضوعية، الذي يتأثر بالعمليات المعرفية، له آثار ضارة على الفرد خاصة عندما يكون هذا التفاوت كبيرا. فوفق هذا النموذج، يحدث الضغط المهني عندما يتم إدراك بيئة العمل بأنها لا توفر الموارد اللازمة والكافية للفرد، وبالتالي تكون بمثابة عائق في قدرته على الأداء الجيد وتحقيق ذاته في العمل.

على الرغم من أن هذا النموذج له مزايا في دمج الفرد والبيئة في نظام متكامل، إلا أن له بعض السلبيات والنقائص، حيث أنه بالنسبة لبعض المؤلفين، فهو واسع جدا ولا يستطيع التحكم في خصائص فردية أو بيئية محدّدة.

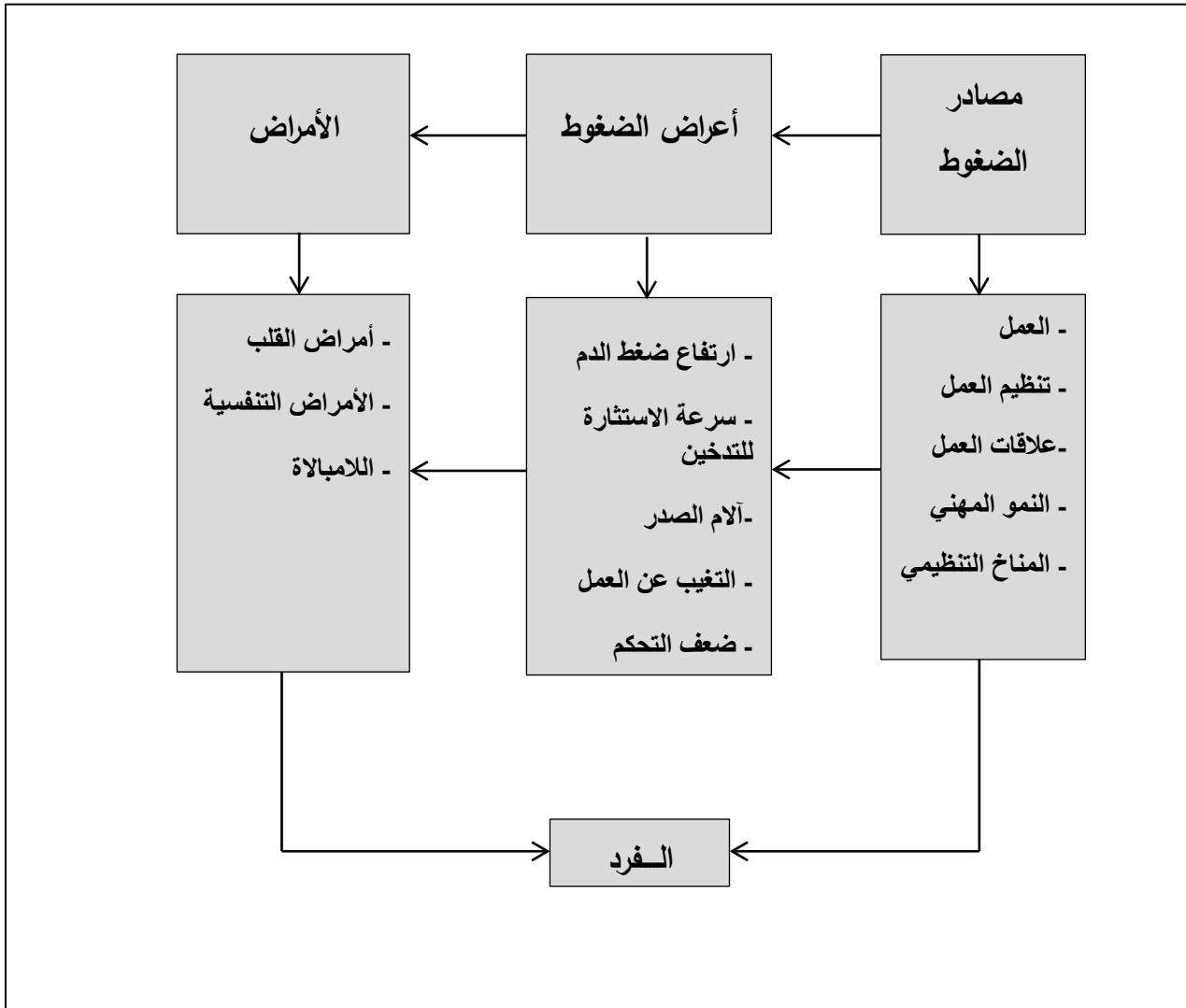


شكل رقم (03): نموذج تفاعلي للضغط المهني.

(Marien P., 2012, p.p. 57-58).

8-5-2- نموذج "مارشال" (Marshall):

يحدّد "مارشال" في هذا النموذج النظري العوامل المسبّبة للضغوط في العمل، كما يبيّن الأعراض الناتجة عن ذلك، وهناك أعراض خاصة بالفرد والتي تتمثل في مختلف الأمراض الجسمية كأعراض القلب، كما أن هناك ظروف خاصة بالمؤسسة أو المنظمة تؤدي إلى العدوانية وتكرار الحوادث، ويتضح نموذج "مارشال" في الشكل التالي:



شكل رقم (04): نموذج "مارشال" للضغوط المهنية (السيد عثمان، 2001، ص. 102).

8-5-3- نظرية "مكجراث" (McCrath):

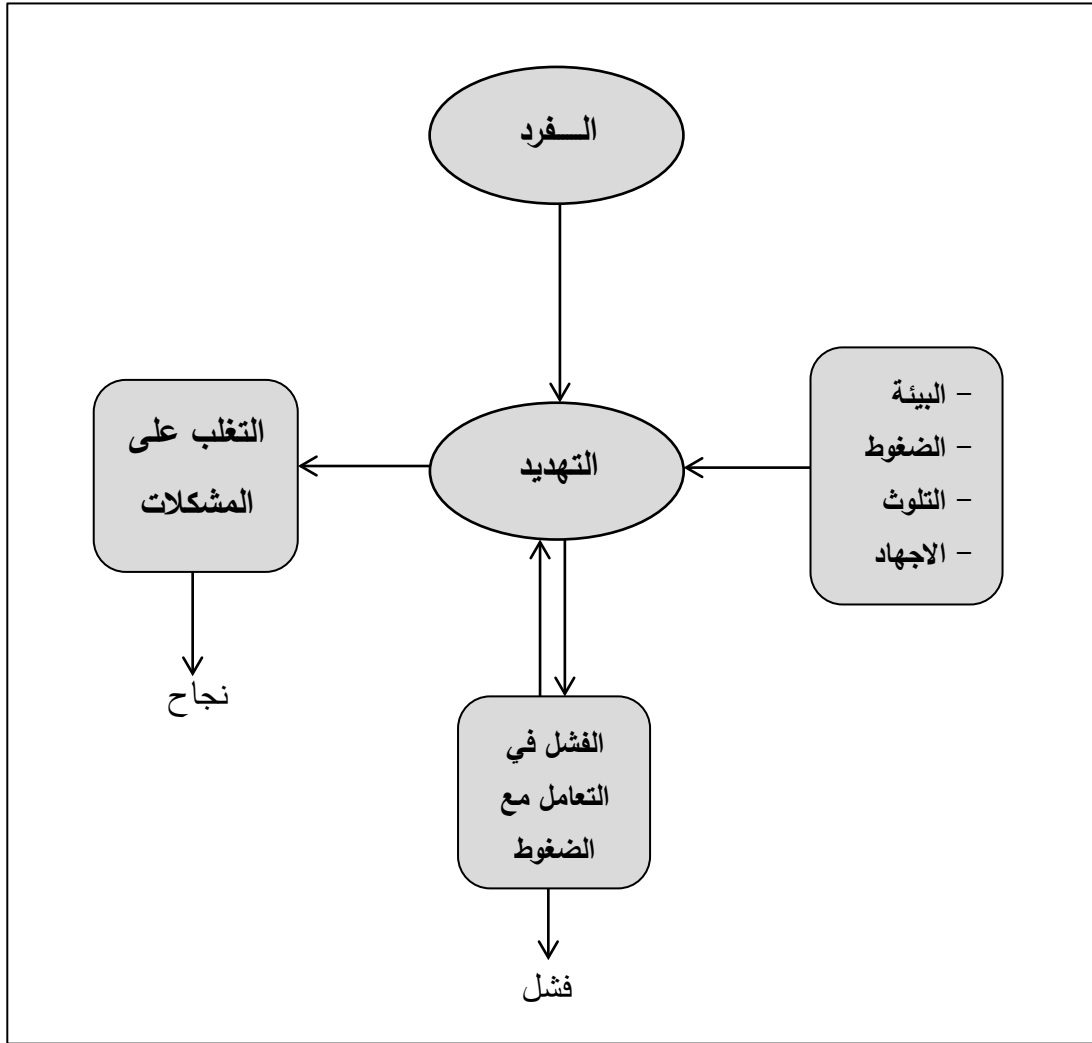
قام "مكجراث" بتفسير الضغوط المهنية من خلال أربعة مراحل، ففي المرحلة الأولى تحدث المواقف الضاغطة في البيئة والتي يستقبلها الفرد ويدركها في المرحلة الثانية، ومن ثم يختار ردود الفعل المناسبة في المرحلة الثالثة، وتنتهي في المرحلة الرابعة بنتائج للجانبين الفرد والمؤسسة، وكل من المراحل الأربعة ترتبط بحلقة من عمليات التقييم المعرفي المتعلقة باتخاذ القرار والأداء والمخرجات.

وبناء على هذه النظرية، فإن دورة الضغوط في العمل مكونة من أربعة مراحل حيث تبدأ هذه الدورة بمجموعة من المتطلبات في البيئة الموضوعية مثل: كتابة تقارير أو اتصالات هاتفية أو اجتماعات أو زيارات للمعلمين وغيرها، وفي المرحلة الثانية يُدرك الفرد هذه المتطلبات فإذا لم يشعر بأن قدراته البدنية والنفسية تساعده على تحقيق هذه المتطلبات، فإنه يدركها كمسببات للضغط، ولذلك ينتقل إلى المرحلة الثالثة والتي يستجيب الفرد فيها للضغوط، ويبدأ التكيف معها والتي تظهر بشكل أعراض، ويقوم الفرد إما بإهمال أو تجاهل مسبب الضغط أو مقاومته لكي تأتي المرحلة الرابعة، وهي تشمل النتائج والتأثيرات بعيدة المدى للضغوط، فالفرد الذي لا يستطيع التكيف مع المواقف المسببة للضغوط فإنه يتعرض للأمراض العقلية والبدنية (المعمرية عالية، 2001، ص. 50).

8-5-4- المقاربة الارغونومية: يركّز هذا الاتجاه الحديث للضغط في العمل على مصادر هذه الضغوط، حيث يهدف إلى تصنيفها وتحليلها من أجل إزالتها أو على الأقل العمل على تقليلها. إلا أن هذه العملية معقدة، وهذا راجع إلى أن مصادر الضغط في مكان العمل عديدة ومتنوعة. وفقا لهذه المقاربة، قد تكون مصادر الضغط المهني مرتبطة بظروف العمل وطبيعة المهمة (مثل التكرار، درجة التعقيد ومستوى التركيز المطلوب) أو جوانب أخرى من العمل (مثل المسؤولية، غموض الدور، الانقطاعات المتكررة عند أداء المهمة). من هذا المنظور، يُعتبر التشخيص حجر الزاوية الذي يستند إليه التدخل الذي يهدف إلى الحدّ من مصادر الضغط، مع الأخذ في الاعتبار أهداف المؤسسة (مثل متطلبات الإنتاج) (Dalphon C., 2015, p.p. 11-13).

8-5-5- نموذج "كوبر" (Cooper):

يذكر "كوبر" أن بيئة الفرد تُعتبر مصدرا للضغوط التي تشكّل خطرا يهدّده في حالة استمرار هذه الضغوط لفترات طويلة، وأن فشل الاستراتيجيات التي يستخدمها للتوافق مع الموقف الضاغط سيؤدي إلى بعض الأمراض، كما يؤدي إلى زيادة القلق والاكتئاب وانخفاض تقدير الذات. وهذا النموذج يتضح من خلال الشكل الموالي:



شكل رقم (05): نموذج "كوبر" للضغوط المهنية (السيد عثمان، 2001، ص. 105).

8-6- التدخلات الخاصة بتخفيض مستويات الضغط المهني: هناك ثلاثة مستويات من التدخل

في مجال ضغوط العمل (Schmidt, 1994)، حيث أن كل مستوى من هذه المستويات يستهدف بُعد معين من سيرورة الضغط المهني، غير أنها يمكن أن تُكَمَّل بعضها البعض في إطار سياسة وقائية شاملة.

التدخل الأولي يهدف إلى التحكم مباشرة في العوامل النفسية الإمبراضية الموجودة في مكان العمل، أما التدخل الثانوي فهو يركّز على الفرد العامل بهدف تغيير تصوراتته لمصادر الضغط وطريقة إدراكه لها، في حين يهدف تدخل المستوى الثالث لمعالجة الآثار التي تنجم عن الضغط المهني، وتسمى أيضاً مستويات التدخل الثانوية والثالثة بالتدخلات المتركّزة على الفرد. ولقد وجدت مراجعة الأدبيات

المتعلقة ببرامج الوقاية من الضغط المهني أن غالبية المنظمات تعتمد على التدخلات الثانوية (مثل إعداد وتطبيق برامج التأمل) وتدخلات المستوى الثالث (برنامج خاصة بمساعدة الموظفين).

بشكل أكثر تحديداً، فإن التدخلات الأولية في المؤسسات تتخذ في كثير من الأحيان مجموعة من الاجراءات التي تهدف لإزالة أو التحكم في عوامل الخطر الموجودة في بيئة العمل، مثل إعادة التنظيم للحد من عبء العمل، رفع مستوى جودة التواصل على مستوى المؤسسة، التشاور والمشاركة في صنع القرار، الامتثال، الاقرار والتقدير بجهود وإنجازات العاملين...

أما التدخلات الثانوية فغالبا ما تتضمن برامج خاصة بإعادة الهيكلة المعرفية ومهارات إدارة الوقت، فنون الاسترخاء والتمارين البدنية وتطبيق العلاجات النفسية الملائمة، في حين تشمل تدخلات المستوى الثالث في كثير من الأحيان علاج آثار الاصابات وما ينجم عنها من ضغوط مهنية وإعادة التأهيل والدعم عند العودة إلى العمل.

من خلال مراجعة الأدبيات العلمية حول التدخلات الخاصة بضغوط العمل، استنتج (Murphy, 1988) بأن التدخلات التي تتركز حول الفرد (مثل تقنيات الاسترخاء القائمة على إرخاء العضلات)، عادة ما تؤدي إلى الحد من أعراض الضغط المهني، إلا أن مدة تأثير هذه التدخلات قصيرة ومحدودة. على عكس التدخلات الأولية، لا تهتم التدخلات المتركزة حول الفرد على الضواغط المهنية، ولكن على طريقة إدراك الفرد لها والتصرف حيالها، لذلك فإن الضغط المهني يبقى في بيئة العمل. بالإضافة إلى هذا النقص، فالتدخلات المتركزة حول الفرد لا تؤثر بشكل دال على المستويات التنظيمية (مثل الرضا الوظيفي ومعدل الإنتاجية)، بينما ارتبطت التدخلات على المستوى التنظيمي بتحسّن في الصحة الفردية والأداء التنظيمي.

وفي نفس المنحى، أظهرت العديد من الدراسات، خاصة الدراسات البعدية التي قام بها كل من (Bond, Flaxman & Loivette, 2006) فعالية التدخل الأولي، حيث دعمت نتائجها بشكل قاطع تأثيره الإيجابي على الكثير من مؤشرات التسيير خاصة: التحكم، التواصل الجيد، الأداء الإيجابي للدور، الدعم، التحكم في الطلب والعلاقات البيئشخصية.

في هذه الدراسة البعدية، أشار هؤلاء الباحثون إلى أن التدخلات التي تهدف إلى تحسين مستويات التحكم والدعم، أثبتت فعالية بشكل خاص في إحداث آثار إيجابية فيما يخص رفع مستوى الأداء، خفض معدلات التغيب والاحتفاظ بالموظفين.

ولزيادة فرص نجاح التدخلات الأولية، يبين الباحثون أنه يجب أن تتوفر ثلاثة شروط مسبقة:

- أولاً: التأكد من أن الضغوطات المهنية المستهدفة قد تأكد انتشارها فعلا وسط العاملين.
- ثانياً: تصميم التدخل مع الأخذ بعين الاعتبار جميع مراحل سيرورة الضغط المهني.
- ثالثاً: قياس العديد من المؤشرات الذاتية (مثل الإنهاك المهني، الاكتئاب) والموضوعية (مثل معدلات الغياب، مدى وقوع الحوادث) وهذا لتحديد أهداف ذات أولوية حسب الأهمية والوضوح، ثم تركيز التدخلات على هذه الأولويات.

وعلى الرغم من الفعالية المؤكدة والاستنتاجات المثيرة للاهتمام المتعلقة بهذه التدخلات الأولية، فإن استخدامها يبقى قليل على مستوى المؤسسات. فالنتائج التجريبية المتصلة بأنواع التدخل المختلفة، أكدت على أن التدخلات الأولية والثانوية لديها أكبر قدر من الفائدة والفعالية في مكان العمل.

(Dalphon C., 2015, p.p. 31-34).

II- استراتيجيات المواجهة:

1- تعريف استراتيجيات المواجهة:

إن أصل كلمة "Coping" من اللغة الإنجليزية "To Cope" التي تعني "واجهه". يعرفها كلٌّ من (Lazarus & Folkman, 1984) بأنها "تشير إلى تغييرات معرفية منسقة وجهود سلوكية متواصلة، بهدف السيطرة على مطالب نوعية خارجية أو داخلية تُدرك بأنها شديدة الوطأة، أو تتجاوز إمكانيات الفرد".

ويعرفها (Lazarus) أيضاً على أنها "مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية، المتغيرة باستمرار، التي يقوم بها الفرد لإدارة المطالب الخارجية و/أو الداخلية التي يتم تقييمها على أنها تمثل تهديد أو تتجاوز موارد وقدرات الفرد" (Costa-curien M., 2009, p. 36).

يحتوي هذا التعريف على العديد من الخصائص التي تميزه عن التعاريف الأخرى الخاصة باستراتيجيات المواجهة: إنه سيرورة تحدث في لحظة معينة، وليس خاصية ثابتة لدى الفرد. فاستراتيجيات المواجهة هنا تتضمن فقط ما يفعله الشخص بوعي وفي المواقف التي يتم تقييمها بأنها ضاغطة نفسياً. أخيراً، يشمل مفهوم جهود المواجهة كل ما يحاول الشخص تنفيذه، أي كانت نتيجته، ودون أن تكون هذه الجهود مساوية بالضرورة لحجم وطبيعة الموقف الضاغط. إن تحديد مفهوم استراتيجيات المواجهة كسيرورة يعني أننا نفسرها من خلال منظور ديناميكي، حيث أن هذا له عدّة اعتبارات.

أولاً، للإحاطة باستراتيجيات المواجهة، يجب التركيز على ما يفكر فيه الشخص و/أو ما يقوم به فعلياً في موقف معين، وهذا بالنظر إلى السياق الخاص لهذا الموقف. ثانياً، لا يمكن أن يكون قياس استراتيجيات المواجهة ثابتاً، بل يجب أن يأخذ في الاعتبار تطور التفاعل القائم في فترة معينة: عملية المواجهة تتم باستمرار من خلال عمليات إعادة التقييم التي تسمح للفرد بالنظر في جميع التغيرات التي تحدث والتي تخص علاقته مع المحيط، فكل هذه التغيرات يجب أيضاً أن تؤخذ في الاعتبار عند قياس استراتيجيات المواجهة (Boskovitz O.H., 2003, p.p. 19-20).

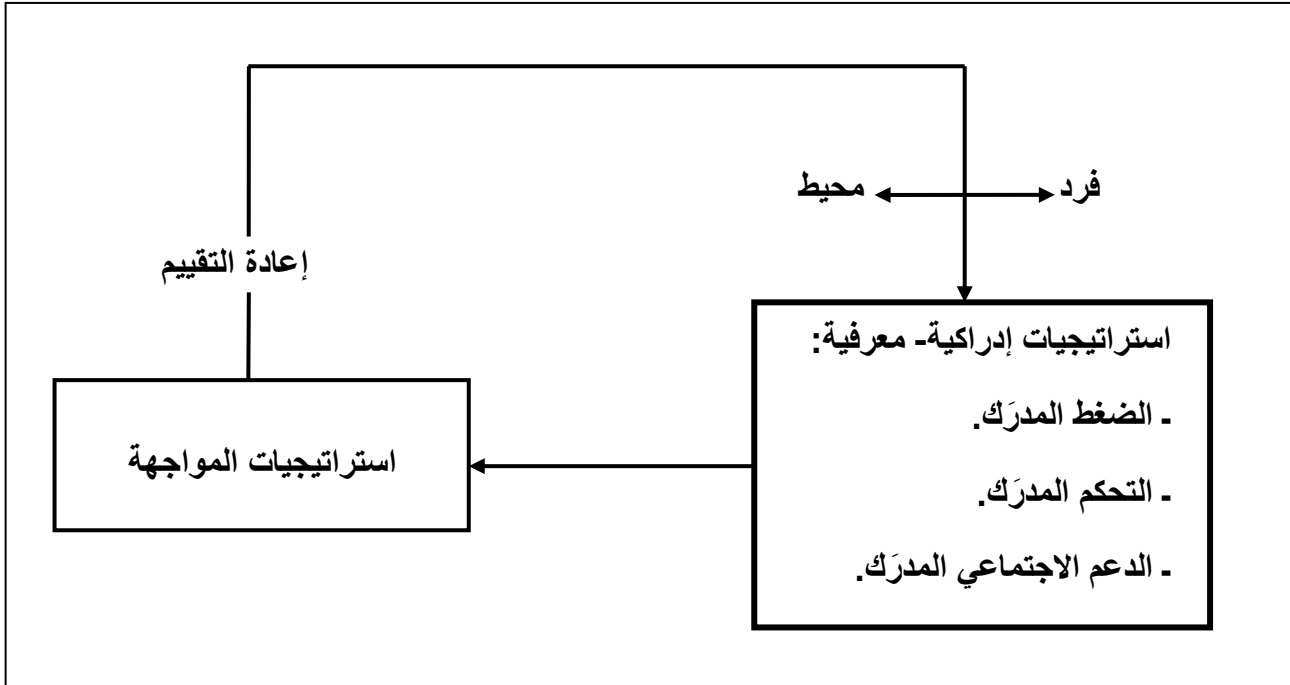
يعرفها "بيلنج" وآخرون (1983) بأنها "مجموعة المعارف والسلوكيات التي يستخدمها الفرد بهدف تقدير مصادر المشقة وتخفيف أثر الإنعصاب الناتج عنها، وتعديل التنبيه الانفعالي المصاحب لخبرة المشقة".

وهي عبارة عن السلوكيات والتصرفات التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع المواقف الضاغطة وأزمات حياتهم، وتشمل هذه الاستراتيجيات على مجموعة من الأساليب والوسائل التي يتصدى بها الفرد للضغوط وينكف معها. ويُعرف الباحثون سلوك المواجهة بأنه سلوك تكيفي متعلم يهدف إلى حل الموقف الضاغط وتجاوزه (بن حميد السهلي، 2010، ص. 32).

وينظر "عبد الستار" إلى أساليب المواجهة على أنها "مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات (سلوكية و/أو معرفية) يسعى من خلالها الفرد إلى تطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة و/أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه" (عبد الستار إبراهيم، 1994، ص. 05).

في حين عرفها "أبو نجيلة" على أنها "الجهود التي يبذلها الفرد من أجل التغلب والسيطرة على الأحداث والمواقف الضاغطة أو تحملها أو خفضها أو تقليلها سواء كانت تلك الجهود نفسية أو سلوكية أو انفعالية وسواء ايجابية أو سلبية وسواء إقدامية أو إجمامية (أبو نجيلة، 2009).

كما يُعرف "ثوتس" (Thoits, 1995)، مهارات المواجهة (Coping Skills) بأنها "مجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والاجتماعية المكتسبة، والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط، وهذه المهارات يمكن أن تكون فعالة أو غير فعالة. و هي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة تقييم الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتوافق مع الحدث".



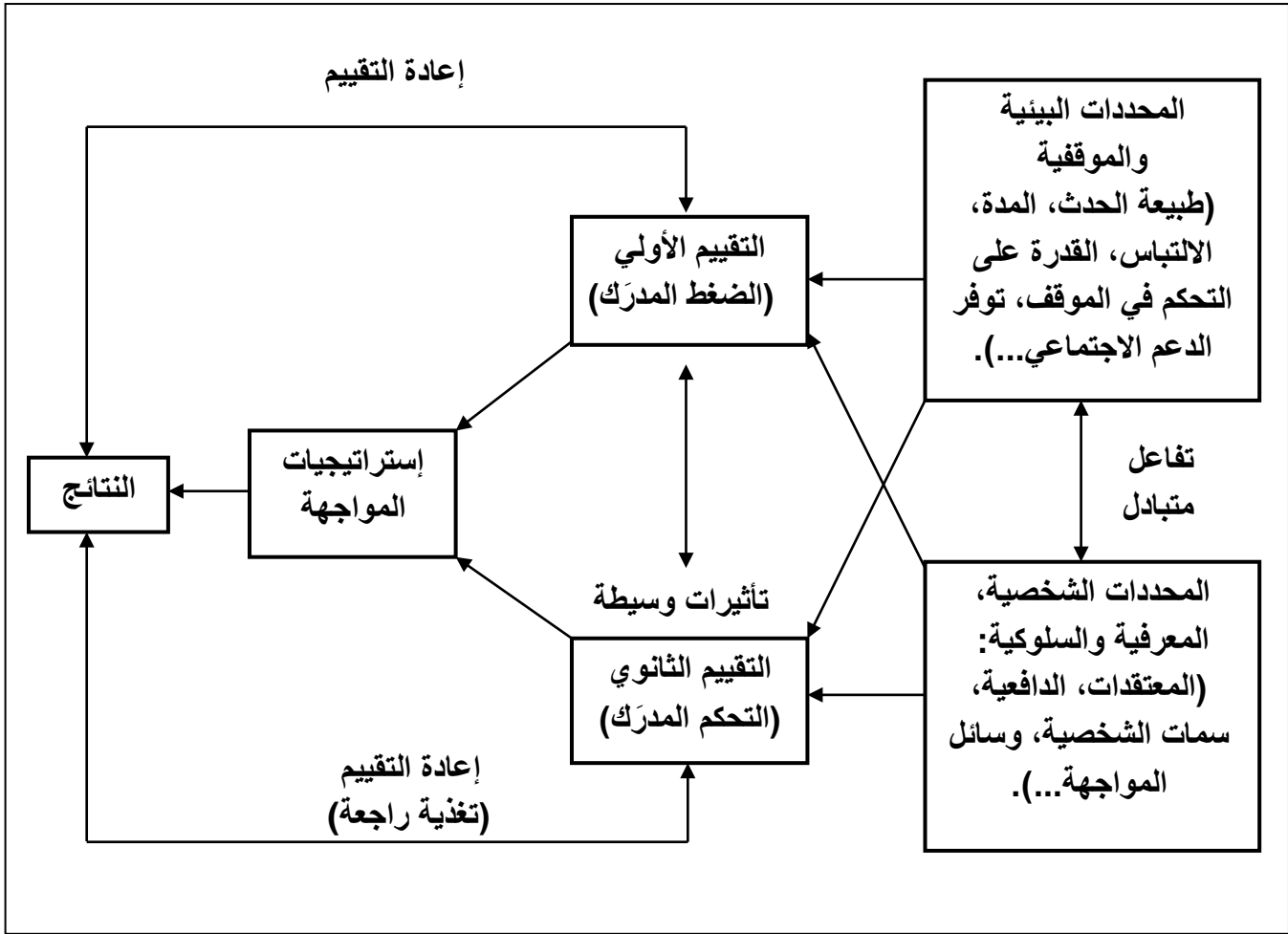
شكل رقم (06): سيرورة استراتيجيات المواجهة.

(Cousson-gélie F., 2000, p. 100).

وبالرغم من أن أساليب مواجهة الضغوط تساعد الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي، إلا أن (Shields N.) ترى أن أساليب المواجهة تختلف عن التكيف، فالتكيف يتكون من ردود أفعال الفرد التي تتسم بالآلية، أما أساليب المواجهة فإنها تستخدم آليات دفاع نفسية واجتماعية تتضمن جهودا واعية (Conscious effort) في التعامل مع الأحداث التي لم يستطع الفرد التكيف معها.

(Shields N., 2001, p. 65).

أما "العزوي" فلقد عرفها على أنها " مجموعة من طرق الأداء والأنشطة المعرفية أو السلوكية التي تهدف إلى المحافظة على مستوى الطاقة النفسية، والتي يسعى من خلالها الفرد إلى حل اشتباك غير سوي مع الذات، أو التخفيف من حدته بما يتناسب مع قدراته وإمكانياته (العزوي منير، 2014، ص. 327).



شكل رقم (07): مراحل ومحددات سيرورة المواجهة (Cousson- gélie F., 2000, p. 111).

2- لمحة تاريخية عن مفهوم استراتيجيات المواجهة:

لقد بدأ الاهتمام بدراسة موضوع أساليب المواجهة منذ ستينيات القرن الماضي، وقد استخدمت الدراسات مجموعة من المصطلحات للتعبير عن أساليب المواجهة مثل: سلوكيات المواجهة (Coping Behavior)، جهود المواجهة (Coping Efforts)، ميكانيزمات المواجهة (Coping Mechanisms)، مهارات المواجهة (Coping Skills) واستراتيجيات المواجهة (Coping Strategies)، إلى جانب مصطلحات مثل ردود أفعال المواجهة (Coping Reactions) (بن حميد السهلي، 2010، ص. 31). إن مصدر ظهور هذا المفهوم، حسب كل من (Lazarus & Folkman, 1984) يعود إلى مجالين نظريين للبحث مختلفين للغاية هما: نتائج المنهج التجريبي الذي طُبِّق على الحيوانات وعلم نفس الأنا الذي يتضمنه التحليل النفسي.

ففي المقاربة التجريبية المطبّقة لدى الحيوانات، وتبعاً للمنظور الدارويني، أشار العديد من المؤلفين مثل (Miller, Ursin...), أن البقاء لدى الحيوان يعتمد على مدى قدرته لاكتشاف ما هو قابل للتنبؤ به والسيطرة عليه في البيئة لتجنب المخاطر أو التغلب عليها. وفقاً ل (Lazarus & Folkman 1984)، فإن المواجهة لدى الحيوان هو آلية حيوية، والتي تتمثل في محاولة السيطرة على الظروف البيئية المعادية بهدف الحدّ من الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية المحتملة، وهذا خاصة باعتماد سلوكيات الهروب والتجنب.

من جهة أخرى، أكّد العديد من المؤلفين (Parker & Endler, 1996, Snyder C. R., Dinoff, Beth L., 1999) أن الدراسات الأولى حول استراتيجيات المواجهة قد ظهرت في الستينيات من القرن الماضي، وهذا في سياق الأعمال حول آليات الدفاع كما تمّ وصفها من طرف "فرويد" وتلاميذه من منطلق سيكو- ديناميكي، حيث تتمثل وظيفة هذه الآليات ووظيفة استراتيجيات المواجهة كما تمّ تصورها من خلال هذا المنظور في الحفاظ على نوع من "الاستتباب النفسي" أو استعادته عندما يكون مضطرباً بسبب صراعات ذات أصول مختلفة.

انطلاقاً من ذلك، تم تطوير العديد من النماذج الهرمية لآليات الدفاع في هذا المنظور والتي يتمّ الإشارة فيها لاستراتيجيات المواجهة على أنها آليات ناضجة، تكيفية ملائمة لما يسمى بالتوظيف العادي. بعد ذلك، كان الاهتمام مركزاً بشكل متزايد على الاستراتيجيات الواعية التي ينفذها الأفراد في المواقف الضاغطة فقط، مما جعل استراتيجيات المواجهة كمجال بحث مستقل عن آليات الدفاع، ومتميزة عنها.

انطلاقاً من الفكرة التي مفادها أن عدداً معيناً من الخصائص الشخصية الثابتة نسبياً لدى الفرد قد تجعله يتصرّف بطريقة أو بأخرى خلال المواقف العصيبة، افترض العديد من المؤلفين وجود اختلافات بين الأفراد من حيث استعمال استراتيجيات المواجهة، وهذا سواء في أوقات مختلفة أو في وضعيات ضغط محدّدة.

ولتفسير هذه الفروق الفردية التي لوحظت في استجابات المواجهة، استخدم الباحثون مفهومين مختلفين: سمات الشخصية وأسلوب المواجهة، حيث يتمثل التفسير الذي يستند إلى مفهوم سمات الشخصية في البحث عن روابط بين سمات الشخصية الكلاسيكية واستجابات المواجهة، بحيث أن هذه السمات تعمل على تهيئة الفرد للتصرف بطريقة معينة بدلاً من أخرى غيرها، لكن هذا في بعض المواقف الضاغطة فقط.

أما مفهوم أسلوب المواجهة فهو أكثر شمولية من مفهوم السمة، حيث أنه يشير إلى استعداد وميل ثابت نسبياً الذي، بغض النظر عن الموقف الضاغط الذي يواجهه الفرد، يؤثر في اختيار استجابات المواجهة لديه.

وفق هذا الطرح، فبدلاً من إدراك وتفسير كل موقف ضاغط جديد على حدى، يحمل الأفراد في أنفسهم نماذج محددة من استراتيجيات المواجهة التفضيلية التي تظل ثابتة كما هي رغم مرور الوقت واختلاف الظروف (Boskovitz O.H., 2003, p.p. 13-14).

ولقد استخدمت المواجهة في التحليل النفسي تحت عنوان ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية، أما القواميس الأجنبية، ومنها قاموس "أكسفورد"، فقد ظلت تنظر إلى المواجهة على أنها استجابة إيجابية تصدر عن الكائن نحو مواقف التهديد فقط، وفي فترة ما بين الستينات والسبعينات من القرن الماضي كانت البحوث المرتبطة باستراتيجيات المواجهة للضغوط تركز أساساً على المواقف الشديدة (Extrêmes Situations) من قبيل تهديدات الحياة والأحداث الصدمية (Traumatic events) والتي تتطلب سلوك مواجهة ملائمة لها، وفي الثمانينات من القرن المنصرم بدأ اهتمام الباحثين باستراتيجيات المواجهة ودراسة عدد من استجاباتها وقياس أساليبها، وذلك من خلال الأعمال والأبحاث التي قام بها "لازاروس" و"فولكمان"، والتي أسفرت عن تحديد نوعين من استراتيجيات المواجهة وهما: المواجهة التي تركز على المشكلة والمواجهة التي تركز على الانفعال بوصفهما مفاهيم مركزية في إدارة الضغوط. تدريجياً ظهرت استراتيجيات المواجهة الإقدامية في مقابل استراتيجيات المواجهة الإحجامية، وذلك نتيجة لجهود الكثير من الباحثين والعلماء، ثم تولت بعد ذلك العديد من الدراسات التي أجريت بالفروق الفردية بين الأشخاص ودورها في أساليب المواجهة للضغوط (برزوان حسبية، 2013، ص.ص. 132-133).

إلا أن الاهتمام الفعلي بدراسة موضوع أساليب مواجهة الضغوط النفسية بدأ منذ العقود الأربعة الماضية، وتُعد الدراسة التي قام بها (Murphy, 1962) من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها (الضريبي عبد الله، 2010، ص. 679).

3- آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة: بالنسبة للبعض، هذان المفهومان مختلفان عن بعضهما البعض (Bruchon Schweitzer, 2001, Cramer, 1998, 2000)، حيث أن آليات الدفاع متصلبة، لاواعية، غير متميزة ولا يمكن مقاومتها، وتتمثل أساسا في صراع الأنا التي تكافح في كثير من الأحيان مع الصراعات القديمة داخل النفس التي تشوّه الواقع، وبالتالي تتمثل وظيفتها الأساسية في الحفاظ على مستويات مقبولة من القلق يمكن للفرد تحملها.

على العكس من ذلك، يشير مفهوم استراتيجيات المواجهة إلى آليات تتميز بالمرونة، واعية بطبيعتها، متباينة من فرد لآخر ومتكيفة مع الموقف الذي يمثل مصدر المشكلة التي تحدث أثناء التفاعل فرد- محيط، كما أن هذه الاستراتيجيات موجهة نحو الوسط الخارجي أو الداخلي. ويتمثل هدفها الأساسي في السماح للفرد بتعديل والتحكم في العواقب السلبية الناجمة عن حدث ضاغط.

إن النماذج التفاعلية مثل تلك التي يتضمنها علم النفس الصحة (Bruchon-Schweitzer, 1983, Lazarus, 2000, Bond et al., 2001) تعتبر استراتيجيات المواجهة بشكل أساسي كسيرورة تعتمد على اختلافات الظروف والمواقف، لذلك فهو مفهوم شامل لجميع الجهود المعرفية والسلوكية ذات التطور الدائم. وانطلاقا من ذلك، فهذا المفهوم يختلف بوضوح عن آليات الدفاع اللاواعية، الثابتة نسبيا والمستقرة، حيث أنه يُعتبر كمتغير تفرضه ضرورة التكيف مع مواقف وأحداث الحياة الضاغطة.

ومع ذلك، في الوقت الحاضر، لم يعد التعارض بين هذين المفهومين، سواء من حيث مجال الانتماء أو من حيث طريقة توظيفهما، كما كان عليه سابقا حيث أثارت هذه الرؤية العديد من الانتقادات. وهكذا، فإن (Plutchick, 1990)، مستشهدا بواحدة من آليات الدفاع الثمانية الأساسية، التي تتمثل في الإنكار، يرى بأن هذه الآلية الدفاعية متماثلة مع استراتيجية التقليل من أهمية الحدث الضاغط التي تعتبر كاستراتيجية واعية وإرادية، والتي تعمل على استعادة العلاقة بين الرؤية التحليلية والمعرفية.

في حين يعتبر (Ionescu, 1997, 2010)، الذي يدعو إلى اتباع مقاربة تكاملية لهذين المفهومين، أن التنوع الكبير في آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة يفرض نقاشا معرفيا وإبستمولوجيا توضيحيا.

بالنسبة لـ (Dupain, 1998)، يمكن افتراض وجود متصل بين آليات الدفاع اللاواعية جزئيا، التي يحافظ لجوؤها إلى الخيال بشكل مؤقت على السلامة النفسية للفرد، وسيرورات استراتيجيات المواجهة الأكثر تطورا وتكيفًا مع متطلبات الواقع.

أما (Chabrol & Callahan, 2004)، فهما يريان أن كلا من آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة يسعيان إلى تحقيق أهداف متماثلة، حيث أنهما يشتركان في نفس الوظيفة التكيفية، ولكن دون اعتبار، مثل (Newman, 2001)، أنهما مفهومين متشابهين لدرجة أنه من الصعب تحديد تعريف واضح لهما.

ولقد انضم (Grebot et al., 2006) إليهما، باعتبار أنه لا مجال لتعارض هذين المفهومين وهذا راجع إلى أنهما ينتميان إلى نفس الرؤية السيكوديناميكية للجهاز النفسي. وبالتالي، يمكن أن تكون آليات الدفاع موجّهة نحو الخارج بينما تتكفل استراتيجيات المواجهة بحل المشكلات الداخلية وغيرها من الصراعات العاطفية.

أما تعريف (DSM-IV-R, 2003)، فلقد أشار إلى أن كلا من آليات الدفاع واستراتيجيات المواجهة يُعتبران كمفهومين متكافئين، حيث أنهما بمثابة سيرورات نفسية آلية ترمي إلى حماية الفرد من القلق وأية مخاطر من شأنها أن تهدد استقراره النفسي، بما في ذلك الضغط، وعادة ما تتم في سياقات لاواعية وكمتغيرات وسيطة في عملية التفاعل العاطفي بين الفرد والأحداث الضاغطة (داخلية كانت أو خارجية) (Parrocchetti J.P., S.D., p.p. 77-79).

4- تصنيف استراتيجيات المواجهة:

إن استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة تشتمل على الجانب المعرفي والسلوكي، ويمكن تصنيفها إلى نوعين أساسيين ألا وهما المواجهة المركّزة على المشكل والمواجهة المركّزة على الانفعال.

4-1- أسلوب المواجهة المركّز على المشكل: حسب كلّ من (Lazarus & Folkman,

1984)، فإن أسلوب التعامل أو المواجهة المركّزة على المشكل تكون موجّهة نحو النشاط من أجل تغيير العلاقة ما بين الشخص والموقف الذي يعيشه، وهذا عن طريق النشاطات التي تنجح أم لا، وهذه الحالة بمجرد أن يحاول الشخص أن يفعل شيئاً ما يرى بأنه فعال.

ويرى كل من (Graziani & Hautekeete, 2001) بأن المواجهة المركّزة على المشكل تتمثل في "استراتيجيات أو أساليب البحث عن الحلول، فالشخص يضاعف مجهوداته، ويقوم بإنشاء خطة نشاط من أجل إيجاد الحلول. فالشخص يخرج من المواجهة أقوى، و يكتشف ما هو أهم في الحياة".

إن التركيز على المشكل في حدّ ذاته يعتبر عموماً كأحسن طريقة لمواجهته (نفترض بالتأكيد أن المشكل له حل). و لقد بينت دراسات حسب (Mcnaair & Elliott, 1992) أن الطلبة الذين صرّحوا بأنهم استعملوا هذه الطريقة من الحل، أي المواجهة المركّزة على المشكل، قيّموا أنفسهم أكثر فعالية من أولئك الطلبة الذين تمسّكوا بالموقف العاطفي (برزون حسبية، 2013، 137-140).

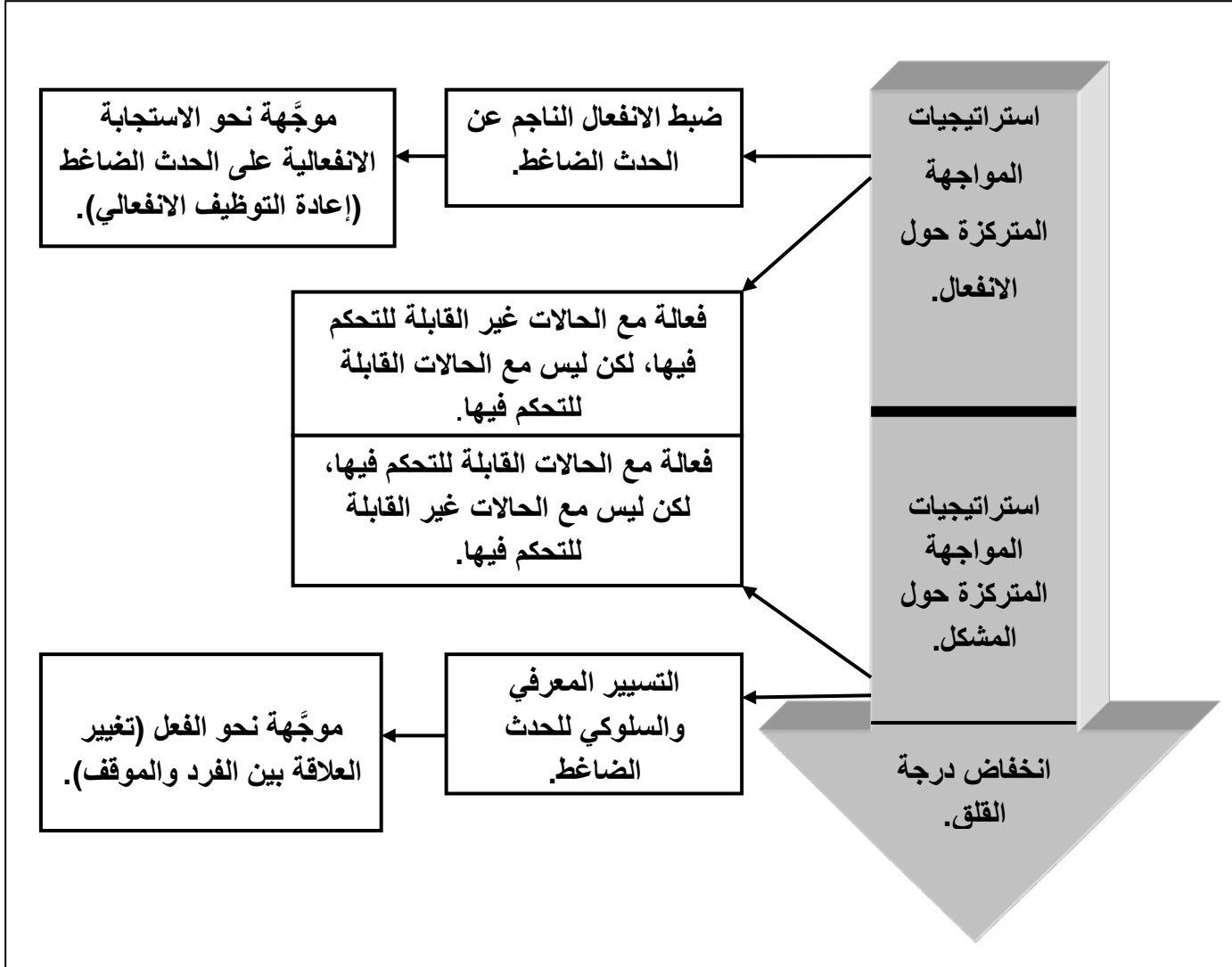
فهذا النوع من الاستراتيجيات يسعى الفرد من خلالها للحصول على المعلومات والتصرّف واتخاذ قرارات على أساسها لتغيير الواقع الذي يعتبره مصدراً للضغط، إلا أن عدد استراتيجيات المواجهة التي تدخل في هذا النوع والتي تنطبق على المواقف المختلفة قليل جداً، ومن الصعب وصفها إلا إذا كانت متعلّقة بموقف معيّن (Boskovitz O.H., 2003, p. 20).

4-2- أسلوب المواجهة المركّز على الانفعالات:

حسب (Folkman & Lazarus, 1984) فإن أسلوب المواجهة المركّز على الانفعال يحتوي على أساليب معرفية لا تغيّر الوضعية بل تغيّر موقف الشخص تجاهها.

وفي نفس السياق يقول كلّ من (Aldwin & revenson, 1987) ما يلي: "المواجهة المواقف، يميل الأشخاص في بعض الأحيان إلى تغيير استجاباتهم الخاصة عوضاً أن يغيّروا المشكل المتواجد في الخارج. إن بعض الطرق المركّزة حول الموقف الانفعالي هي غير فعالة بوضوح، فالأشخاص يتحاشون أحياناً مواجهة المشاعر السلبية عن طريق التجنب، أحلام اليقظة، النوم المفرط أو استعمال المخدرات والكحول". ويذكر كذلك من بين هذه التقنيات الانتقادات الذاتية.

ويرى "لازاروس" أن أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال تتعلق بالاستجابات الانفعالية، وهي تهدف إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد (برزوان حسية، 2013، ص. 141).



شكل رقم (08): خصائص استراتيجيات المواجهة المتركة حول الانفعال واستراتيجيات المواجهة المتركة حول المشكل.

(Cousson- gélie, 2000, p. 114).

كما يشمل خاصة هذا النوع من الاستراتيجيات على العناصر التالية:

- ◀ السيوررات المعرفية الموجهة للحدّ من الشدّة الانفعالية (التجنب، تقليل أهمية الموقف، التقبل، أخذ مسافة...).
- ◀ الاستراتيجيات التي من شأنها زيادة الشدّة الانفعالية (الاتهام الذاتي...).
- ◀ الجهود التي يبذلها الفرد لتغيير طريقة إدراكه للواقع، دون محاولة تغييره.
- ◀ الاستراتيجيات التي لها تأثير غير مباشر كأن يأخذ الموقف معنى جديد (ممارسة التمارين البدنية، البحث عن الدعم العاطفي، ممارسة التأمل...).

بتصنيفها ضمن هذه الفئات المختلفة، يمكن ملاحظة أن هناك العديد من استراتيجيات المواجهة الخاصة بإدارة الانفعالات التي يمكن تبنيها للتعامل مع مواقف مختلفة، وهذا ما يميّزها عن الاستراتيجيات التي تركّز على حل المشكلات.

حسب الأدبيات المتعلقة باستراتيجيات المواجهة، فالتمييز بين الاستراتيجيات التي تركّز على الانفعال والتي تركّز على حل المشكلات تم اعتماده بشكل واسع من قِبَل الباحثين، وكثيرا ما تمت دراسة هاتين الطريقتين للمواجهة بشكل مستقل الواحدة عن الأخرى، كما تم اعتبارها بأنهما متعارضتين وهذا حسب فعالية وفائدة كل منهما في مختلف المواقف.

ومع ذلك، يشير (Lazarus, 2001) إلى أن:

أولاً: التمييز بين هاتين الاستراتيجيتين هو تمييز سطحي، وأنه في الواقع يمكن لنفس الاستراتيجية أن تؤدي هاتين الوظيفتين، وربما وظائف أخرى.

ثانياً: أشار نفس الباحث إلى أنه في معظم حالات الضغط النفسي الواقعية، فالأفراد يبذلون جهود متعلقة بهاتين الاستراتيجيتين معا، حيث أن كلاهما يشكلان طريقة موحّدة لتسيير الظروف الضاغطة كما أن هذه الجهود الناجمة عن الاستراتيجيتين يمكن أن تكون مكملّة فيما بينها أو مضرّة ببعضها البعض.

ثالثاً: فائدة وفعالية استراتيجية المواجهة، أيا كان نوعها، تعتمد إلى حد كبير على الظروف ونوع الضغوط التي يتم تنفيذها فيها.

في هذا الصدد، أعطى (Lazarus) مثال واضح والذي يتمثل في الإنكار (استراتيجية مواجهة مركزة على الانفعال)، لدى شخص أُصيب بنوبة قلبية. أثناء وجوده في المستشفى، فالإنكار هو بمثابة استراتيجية مناسبة لهذا الموقف، لأن ذلك سيُجنبه الكثير من القلق. لكن عند عودته إلى المنزل، بينما يجب على المريض تغيير نمط حياته بشكل جذري، فإن هذه الاستراتيجية نفسها ستكون خطيرة للغاية.

كما يظهر جيدا من خلال هذا المثال فالإنكار، مثل غيرها من الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال، يمكن أن تكون مفيدة عندما لا يمكن فعل شيء لمنع الضرر، ولكن عندما تعوّض هذه الاستراتيجية المحاولات الرامية إلى إيجاد الحل اللازم في الوضعيات القابلة للحل، عندها يصبح استعمالها ضارا. على العكس من ذلك، فإن استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة تبدو ملائمة في المواقف التي يكون فيها التغيير ممكنا، ولكن الإصرار على بذل هذه الجهود عندما لا يمكن فعل شيء بشكل معقول لتغيير الوضع، فذلك يمكن أن يُضّر بالصحة والرفاهية الذاتية للفرد.

لفهم سلوكيات الفرد عندما يجد نفسه أمام موقف ضاغط، من الضروري مراعاة عدد من المتغيرات المتعلقة بالشخص ذاته والمحيط، والتي يمكن تصنيفها ضمن فئتان متعارضتان هما: الموارد (المصادر) والقيود.

من بين فئات الموارد التي تم إثبات فائدتها في معظم المواقف الضاغطة على اختلافها، ذكر كل من (Lazarus & Folkman, 1984) بالترتيب الصحة والطاقة والحيوية، أنواع معينة من المعتقدات الإيجابية، المهارات المرتبطة مباشرة بالقدرة على حل المشكلات، المهارات الاجتماعية وأخيرا الموارد والامكانيات المادية.

أما العوامل التي تجعل الأفراد غير قادرين، في الكثير من الأحيان، على استخدام الموارد المتاحة لديهم على أفضل وجه، فقد اقترح هذين الباحثين ثلاث فئات هي:

- ◀ **القيود والعراقيل الشخصية:** القيم والمعتقدات السلبية، الحاجة للتبعية، الخوف من الفشل/النجاح والتفضيلات الشخصية.
- ◀ **القيود والعراقيل المتعلقة بالمحيط:** نقص الموارد والامكانيات المتاحة، التنافس بين الأفراد على استخدام هذه الموارد...

◀ مستوى عالٍ من التهديد: بحيث لا يمكن للأفراد، في بعض الحالات القصوى، الوصول إلى مواردهم الخاصة واستعمالها لمواجهة هذه المواقف.

(Boskovitz O.H., 2003, p.p. 20-22).

بالإضافة إلى التصنيف المقدم من طرف (Lazarus & Folkman)، توجد تصنيفات أخرى لاستراتيجيات المواجهة من أهمها تصنيف (Billings & Moos, 1981) للذات قسماً هذه الاستراتيجيات إلى استراتيجيات مواجهة إقدامية وأخرى إجمامية (Approach and avoidance coping)، حيث تتضمن استراتيجيات المواجهة الإقدامية القيام بمحاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد حول المشكلة ومحاولات سلوكية، وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر، أما استراتيجيات المواجهة الإجمامية فهي تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار والتقليل من التهديدات التي يسببها الموقف، والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحديات التي تشكلها المواقف الضاغطة، وتتكون هذه الاستراتيجيات الإجمامية من استراتيجيات فرعية مثل الإنكار والتشتت والكبت والقمع والتقبل أو الاستسلام.

أما الإقدامية فتتضمن الاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة، والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث وحل الموقف أو المشكلة، وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية معرفية محدّدة، مثل التحليل المنطقي للموقف الضاغط ونتائجه وإعادة التقييم الإيجابي للموقف، أي إعادة بناء الموقف معرفياً بطريقة إيجابية، والبحث عن المعلومات والمساعدة من الآخرين واستخدام حل المشكلات (متوري باشن راضية، 2014، 104-105).

من جهته، يُصنّف (Cohen, 1944) استراتيجيات المواجهة إلى عدّة أنواع هي:

◀ التفكير العقلاني: تشير إلى أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثاً عن مصادره وأسبابه.

◀ التخيل: استراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته، فضلاً عن تخيل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.

◀ الإنكار: استراتيجية دفاعية لا شعورية يسعى من خلالها الفرد إلى عدم تصديق وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث.

◀ حل المشكلات: استراتيجية معرفية يحاول من خلالها الفرد استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

◀ الدعابة أو المرح: استراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة.

◀ الرجوع إلى الدين: تشير هذه الاستراتيجية إلى رجوع الأفراد للدين في أوقات الضغوط، وذلك عن طريق الاكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي، الأخلاقي والانفعالي (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص. 102).

5- استراتيجيات المواجهة التكيفية واستراتيجيات المواجهة غير التكيفية: إن مسألة الفعالية والملائمة موجودة ضمناً في جميع الدراسات والأدبيات المتعلقة باستراتيجيات المواجهة تقريباً. مبدئياً، لكي يتم اعتبار أي نوع من استراتيجيات المواجهة بأنها تكيفية أم لا، من الضروري مراعاة السياق الخاص بها وكذا قدر معين من المعايير.

لقد قام كلٌّ من (Matthews et al., Zeidner & Saklofske, 1996) بتحديد مجموعة من العوامل، التي يمكن على أساسها الحكم على فعالية وملائمة استراتيجيات المواجهة ومدى تكيفها مع وضعية معينة والتي تتمثل فيما يلي:

- ◀ القدرة على حل الصراع والموقف المثير للضغط النفسي (قدر الإمكان).
- ◀ عودة الإيقاعات الفيزيولوجية والكيميائية الحيوية إلى طبيعتها (وتيرة التنفس، معدل ضربات القلب...).
- ◀ الحدّ من الضيق النفسي، وتخفيض مستويات القلق إلى حدود معقولة يمكن احتمالها.
- ◀ توظيف اجتماعي معياري، أي أن السلوكيات التي يتم تبنيها من قبل الفرد ليست منحرفة أو شاذة فيما يتعلق بما هو مقبول اجتماعياً.
- ◀ القدرة على استئناف الأنشطة المألوفة التي يقوم بها الفرد قبل الحدث الضاغط.
- ◀ مستوى الرفاهية الذاتية لدى الفرد الذي عايش الوضعية الضاغطة مباشرة، وكذا الأشخاص المعنيين بها.
- ◀ مدى القدرة للحفاظ على ثقة إيجابية بالنفس.
- ◀ الفعالية المدركة، حيث أن الفرد يجب أن يشعر على الأقل بأن استراتيجية المواجهة التي استعملها كانت مفيدة وفعالة.

إن هذه المعايير ليست صائبة دائما: أثناء حدوث مرض خطير مثلا، لا يمكن إيجاد حل للموقف فعليا، بمعنى أن المثير الذي يسبب الضغط النفسي لا يمكن إيقافه أو تقليصه. كما أن القدرة على استئناف أنشطة ما قبل الحدث الضاغط يُعتبر معيارا ملائما فقط إذا لم يتسبب الروتين السابق بحد ذاته في حدوث مشاكل، ولم يكن أصلا مصدرا للضغط (Boskovitz O.H., 2003, p.32).

6- النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة:

6-1- المنظور الحيواني: تفسر المواجهة من المنظور الحيواني على أنها إجابة للضغط، ميكانيزم أو استراتيجية تكيف يستعملها الفرد لمواجهة التهديدات العديدة التي تأتيه من الخارج أو للدفاع ضد انفعالات داخلية، وهناك نوعين من الميكانيزمات التكيفية هي: التجنب أو الهروب، والمجابهة. ميكانيزم التجنب أو الهروب الذي يتم اللجوء إليه في حالة الخوف أو الفرع وميكانيزم المواجهة أو الهجوم المستعمل في حالة الغضب. فحسب المنظور الحيواني، تنحصر المواجهة في الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة التي يلجأ إليها الفرد عندما يجد نفسه أمام موقف يهدد حياته، فالمواجهة الفعالة هي تلك التي تسمح للفرد بالتحكم في الموقف المهدد أو الخفض من النشاط الفيزيولوجي الذي يسببه ذلك الموقف (Dantzer, 1989, p. 123).

6-2- النظرية السلوكية: تتمثل الفكرة الأساسية لهذه النظرية في الاعتماد على عملية التعلم كمنطلق يتم من خلاله معالجة المعلومات، ويفترض هذا النموذج أن تعرض الفرد للمواقف المثيرة للضغط قد يقترن ببعض المثيرات الأخرى مثل الصدمات، فارتبطت شرطيا بها فكلما تعرض الفرد لهذه المثيرات، أيا كان نوعها، فإنه سيضعها على أنها مخيفة ومقلقة، ويرى أصحاب هذه النظرية أنه من المناسب تعريف الفرد لمواقف خطيرة ومخيفة كي يعتاد عليها، ومن ثم تشكيل سلوكه وفق مبدأ الشرطية وبالصورة الايجابية (عبد الرحمان عماد، 1998، ص. 34).

6-3- النظرية النفسية المعرفية: لقد كان (Lazarus, 1966) أول من اقترح فكرة أن الشدة النفسية الداخلية التي يشعر بها الفرد ليست فقط كنتيجة للضغوط التي تفرضها عليه شروط المحيط الاستثنائية التي يمرّ عليها أو لأحداث حياتية خاصة، لكنها تتعلق كذلك بطريقة تأويل وتفسير الفرد لمحيطه. بذلك، وبالتنسيق مع زملائه، اقترح (Lazarus et al.) مفهوم الضغط النفسي بحلة جديدة وذلك بأخذ بعين الاعتبار العوامل والمتغيرات النفسية في ظاهرة الضغط النفسي.

يعتمد هذا النموذج على فكرة أن الشخص الواعي يقوم بصفة مستمرة بتقييم علاقته مع المحيط، وهذا يتعلق بالآثار التي قد تترتب عن هذا المحيط بالنسبة لرفاه الفرد.

إلا أن مصطلح التقييم هنا يتجاوز مفهوم معالجة المعلومات (Lazarus & Folkman, 1984) حيث يشير إلى حقيقة أن الفرد، من خلال هذا السياق المعرفي، يأخذ في الاعتبار معنى ما يحدث له بصفة شخصية. فالتقييم معرفي لأنه غالبا ما ينطوي على سياقات عقلية معقدة تتضمن الوعي والحكم...

فعملية التقييم لديها وظيفة تكيفية تتمثل في إيجاد توازن بين نوعين من القوى: تلك الخاصة بحقائق البيئة (مطالب، عراقيل، موارد) وتلك الخاصة بـ مصالح الشخص، فمن الضروري إدراك واقع المحيط بطريقة صحيحة بما فيه الكفاية ليكون الفرد قادر على التكيف، مع الاحتفاظ بالتفاوض وتبني نظرة ايجابية تجاه البيئة (Boskovitz O.H., 2003, p.16)

وبالتالي، فالضغط النفسي يُعتبر هنا على أنه سيرورة تمتزج فيها عوامل معرفية وانفعالية في إطار تقييم ثنائي: التقييم الأولي والتقييم الثانوي.

فالتقييم الأولي (أو الضغط النفسي المدرك) يشير إلى الخطر المحتمل الذي يمثله الموقف الضاغط، حيث أن هذا الموقف يعمل على استثارة اعتقادات وأفكار والخبرات السابقة للفرد، بطريقة تجعل كل شخص يقيّم التحديات التي تمثلها الوضعيات التي يواجهها، وذلك بتساؤله ما إذا كانت هذه الأخيرة تُشكّل خطرا أو على العكس يعتبرها كتحدٍ، حيث أنه على هذا المستوى من المهم الإشارة إلى أن نفس الوضعية يمكن تقييمها بطريقة مختلفة من طرف نفس الفرد أو عدّة أفراد في ظروف مختلفة.

(Mhiri S., 2013, p. 36).

التقييم الأولي إذا يمثل العملية التي يسعى الفرد من خلالها إلى معرفة هل ما يحدث في وقت معين ذات أهمية بالنسبة له وبأي طريقة، وهذا انطلاقا من قيمه، أهدافه ومعتقداته عن نفسه والمحيط، ونواياه فيما يتعلق بالوضع الحالي. يمكن تلخيص هذه العناصر في ثلاثة نقاط: أهمية الحدث مقارنة مع الأهداف، تطابق أو مخالفة ما يحدث مع الأهداف، ونوع التزامات الفرد.

تؤدي عملية التقييم هذه إلى ثلاثة حالات تتمثل في:

- ◀ **تقييم ما يحدث بأنه غير مهم:** في هذه الحالة، لن يهتم الفرد بما يحصل.
- ◀ **تقييم ما يحدث بأنه مهم وإيجابي:** هنا يقيم الفرد ظروفه الحالية إما كعامل يُسهّل تحقيق أهدافه، أو يساهم في الحفاظ أو حتى تحسين رفايته الذاتية، وبالتالي عادة ما تكون مشاعر الفرد في هذه الحالة إيجابية مثل الفرح والسعادة والارتياح...
- ◀ **تقييم ما يحدث بأنه مهم وسلبى:** أي أن الظروف الحالية تُعيق أو تهدد تحقيق أهداف الفرد.

ولكن، وفقا للتعريف التفاعلي للضغط النفسي، فإن خاصية الضغط للحدث تعتمد أيضا على التقييم الثانوي (Boskovitz O.H., 2003, p.p. 17-18).

أما بالنسبة للتقييم الثانوي (الضبط المدرك) فهو يتمثل في عملية تقدير الفرد للموارد والمصادر الخاصة به، التي من شأنها أن تسمح له بالتدخل وتسيير الوضعية التي تشكّل عليه خطر محتمل، حيث أن هذا التقييم يسمح للفرد بتوجيه استجابته تجاه الموقف الضاغط، هذه الاستجابة التي يمكن أن تتمثل في البحث عن المعلومات وكل ما يتعلق بمصدر الضغط، وضع مخطّط عمل ملائم، طلب مساعدة أو نصائح وتوجيهات، التعبير عن الانفعالات والتنفيس عن العواطف، تجنب المشاكل والهروب، الترفيه، التقليل من أهمية المشكل... بعبارة أخرى، لكي يحمي نفسه من الأحداث الضاغطة، يقوم الفرد إما بتدخلات معينة على مصدر الضغط النفسي أو يقوم بتفاديها وتجنبها أو تعديلها ذاتيا، أي محاولة التقليل من أهميتها وخطورتها، وهي كلها عمليات وسلوكيات تدخل ضمن استراتيجيات المواجهة التي تمثل سيرورة، يتمكّن بفضلها الفرد من التحكّم أو التخفيض من حدّة الاضطرابات التي تُحدثها الأحداث الضاغطة (Mhiri S., 2013, p. 37).

فمن خلال عملية التقييم الثانوي، يهتم الفرد بمعرفة ما إذا كان ينبغي أو يمكن القيام بشيء ما، وإذا كان الأمر كذلك فما هو المطلوب القيام به؟. فالتقييم الثانوي يُركّز على استراتيجيات المواجهة الممكنة، مدى احتمال تحقيق كلّ منها للنتيجة المنتظرة، مدى قدرة الفرد على القيام بهذه الاستراتيجيات بفعالية، النتائج المحتملة من كل هذه الإجراءات بالإضافة إلى القيود والعراقيل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بتحقيقها.

إن سياقات التقييم، سواء كانت أولية أو ثانوية، لها نفس القدر من الأهمية، كما أنه وفقاً ل (Lazarus)، فإنها لا تحتفظ بترتيب معين، على الرغم من أن تسميتها تشير إلى ذلك، فهي تتفاعل باستمرار لتحديد ما إذا كانت الأحداث والوقائع ضاغطة أم لا، وإذا كان الأمر كذلك، كيف وإلى أي مدى.

إذا تمّ اعتبار أن العلاقة مع المحيط ضاغطة، فذلك يمكن أن يكون عن طريق ثلاثة طرق مختلفة تتمثل فيما يلي:

◀ **حدوث ضرر خسارة أو فقدان:** مثل المرض أو فقدان شخص قريب، حيث أن العواطف المتوقعة في مثل هذه الحالات هي الحزن، الغضب، خيبة الأمل، مشاعر الذنب والاشمئزاز...

◀ **التهديد:** في هذه الحالة، فالضرر أو الفقدان لم يحدث بعد ولكنه ممكن أو محتمل الحدوث في المستقبل، كما أن إمكانية التنبؤ بهذه الأحداث تسمح للفرد باللجوء إلى استراتيجيات المواجهة الاستباقية، أما المشاعر التي تتعلق عادةً بمثل هذه الحالات فهي الخوف والقلق.

◀ **التحدي:** أمام إمكانية وقوع ضرر أو فقدان محتمل، فإن تعبئة جهود استراتيجيات المواجهة أمر ضروري كما هو الحال بالنسبة للتهديد، ولكن يُركّز التقييم هنا على المكاسب المحتملة لهذا التفاعل والتحكم فيها. معظم المشاعر التي تتعلق بهذه المواقف تتميز عامةً بالإيجابية، مثل الثقة والأمل ورغبة الانجاز... (Boskovitz O.H., 2003, p.p. 17-19).

6-4- النظرية الاستباقية كتوجه جديد لاستراتيجيات المواجهة: بالنسبة إلى (Hartmann,

2008)، فإن النموذج التفاعلي لاستراتيجيات المواجهة الذي اقترحه كلٌّ من (Lazarus & Folkman, 1980) والذي يركز على البُعدين الرئيسيين للمواجهة (إدارة المشكلات/إدارة الانفعالات والعواطف) يبدو أنه غير كافٍ لفهم التعقيد الذي تنطوي عليه كل العمليات والسياقات التي يوظفها الفرد في علاقته مع مختلف أنواع الضواغط، حيث كشف كلٌّ من (Folkman & Moskowitz, 2004) بوضوح عن نقائص هذا النموذج.

ولهذا، فلقد ظهرت مقارنة جديدة محاولة سدّ الثغرات المتعلقة بالنموذج التفاعلي، والذي يتمثل في نموذج استراتيجيات المواجهة الاستباقية (Aspinwall & Taylor, 1997, Schwarzer, 2000, Schwarzer & Taubert, 2002, Schwarzer & Knoll, 2002) حيث تضمّن كلّ من استراتيجيات الإدارة الذاتية لتحقيق الأهداف ومفهوم النمو الشخصي، والذي ثبتت أهميته لثلاثة أسباب رئيسية:

- ◀ من خلال مراعاة، ليس فقط العناصر والمتغيرات السابقة والحالية على غرار معظم النظريات الكلاسيكية، ولكن التركيز بشكل أساسي على تلك التي ستأتي مستقبلاً.
- ◀ بالنظر إلى أن الفرد يمكن أن يُعاش عواطف إيجابية وسلبية في أي موقف ضاغط.
- ◀ من خلال التأكيد على الوظيفة التكيفية لتنظيم وتسيير العواطف والانفعالات، وهو جانب كثيراً ما يتم تجاهله، وكذلك عن طريق التمييز بين استراتيجيات التجنب واستراتيجيات التعامل مع العواطف.

إن هذه المقاربة التي تتميز بالأصالة، تندرج ضمن التوجه الإيجابي الذي يسلط الضوء على التأثيرات والجوانب الإيجابية للمشاعر، ويتوافق مع رؤية إنسانية لمجتمع يتمتع فيه كل شخص بالحق في التقدم والازدهار (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

ولقد قدّم (Hartmann, 2008) تعريف لاستراتيجيات المواجهة الاستباقية على أنها "مجموعة من الجهود التي يبذلها ويطوّرها الفرد من أجل بناء موارد عامة تسمح له بتحقيق التحديات والتطور الشخصي، ما يمكنه بالتعامل مع احتياجات مستقبلية محتملة".

إن هذا النموذج يركز على 03 أنواع أساسية من الاستراتيجيات:

- ◀ **استراتيجيات المواجهة التفاعلية:** تُستخدم أمام حدث ضاغط لإدارة فقدان عن طريق التعويض، أو بإعطاء الفرد معنى لوجوده عن طريق تعديل أهدافه. فأسلوب توظيفها يبعث إلى منظور كلاسيكي بما أنه يمكن توجيهها نحو المشكلة أو الانفعال أو الموارد الاجتماعية.
- ◀ **استراتيجيات التوقع:** التي يتم تعبئتها لمواجهة حدث وشيك الوقوع يمكن اعتباره تهديداً أو تحدياً أو ذو فوائد. فالفرد هنا يضاعف الجهد ويبحث عن موارد شخصية، اجتماعية... أو إعادة تقييم الحدث الآتي في المستقبل بشكل إيجابي.

◀ الاستراتيجيات الوقائية: التي تهدف إلى التحضير لحدث استثنائي (مرض خطير، حداد...) لا علاقة له بوضعية ضاغطة حادة. الفرد هنا يقوم بتطوير موارد تسمح له بالصمود (اقتصادية، روابط اجتماعية...).

(Parrocchetti J.P., S.D., p.p. 83-84).

- خلاصة الفصل:

من خلال استعراض كل ما سبق حول الضغوط المهنية، تبرز أهمية الموضوع على مختلف الأصعدة والمجالات الوظيفية وأهمية دراسته، حيث اتضح أن ضغوط العمل لها مظاهر سلبية تنعكس على الموظفين ومؤسساتهم التي يعملون فيها، مع التأكيد على أن ضغوط العمل ليست جميع نتائجها سيئة بالضرورة، فبعض أنواعها تُعدّ مصدراً دافعاً لتحسين الأداء إذا ما تمت إدارتها بوعي من قبل الفرد ذاته، وتفهم من قبل المؤسسة أو المنظمة التي يعمل فيها.

ولكل حدث ضاغط استجابة، حيث يختلف الأفراد في طريقة تلقيهم للأحداث وفي كيفية تعاملهم معها، وهذا يعود لطبيعة وشدة الموقف الضاغط وتكراره والكيفية التي يدرك بها الشخص هذا الحدث، وذلك بعد التقييم والتقدير الذاتي الذي يبنيه حول الموقف. وقد أوضح (Lazarus) كيفية تعامل الشخص مع الحدث الضاغط وأطلق عليها مصطلح "الكوبينغ" (coping)، وهذا لبيّن كيفية استجابة الفرد والطريقة التي يتصدى بها للضغوط الناجمة عن التغيرات التي تحصل في حياته والأحداث الضاغطة، كما بيّن أهمية الفروق الفردية في الطريقة التي يدرك بها الإنسان مثيرات الضغط، وأهم ما جاء في نظرية (Lazarus) أن طريقة الاستجابة والتعامل مع الحدث الضاغط لها علاقة أو تعتمد على الكيفية التي يدرك بها الإنسان هذا الحدث والمعنى الذي يعطيه له، ولهذا تختلف هذه الاستراتيجيات التي يتبعها الشخص لمواجهة مشكلة ما أو صدمة، حيث تتدخل عوامل عديدة تجعله يختار استراتيجيات معينة للمواجهة ولا يختار أخرى، وهذا حسب سمات ومميزات شخصية كل فرد، خصائص محيطه الاجتماعي والفعالية الذاتية لديه...

الفصل الثاني

الصلابة النفسية

- تمهيد:

إن التعرض لأحداث الحياة الشاقة لا مفر منه، بل إنه أمر ضروري لابد منه لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والاجتماعي والنفسي.

لم يعد التعرض للضغوط النفسية أو البيئية هو المتغير الرئيسي المؤثر في نشاط الفرد وارتقائه، بل هناك متغيرات أخرى أكثر تأثيراً وهي أهداف الفرد وغاياته التي يسعى إلى تحقيقها، والتي تجعله يقيم مصدر الضغوط تقييماً معرفياً يجعله يسلك بطريقة معينة في مواجهة هذه الضغوط ما بين المرونة والفعالية وبين الجمود والسلبية والمرض. ومن هذا المنطلق بدأ الباحثون يركزون على المتغيرات التي تقي الفرد من الآثار الضارة للمواقف الضاغطة، وتدعم قدرته على مواجهة هذه الضغوط.

تلعب هذه المتغيرات دوراً هاماً في إدراك ومواجهة الأحداث الضاغطة كما يلي: تؤثر في إدراك الفرد وتقييمه للحدث الضاغط، تؤثر في تقييم الفرد لفاعلية مصادره النفسية والاجتماعية لمواجهة الضغط، ومن هذه المتغيرات الصلابة النفسية.

إن الصلابة النفسية متغير مهم ومحوري من عوامل الشخصية في مجال علم النفس، وهي عامل حاسم في تحسين الأداء النفسي والصحة النفسية والبدنية وكذا المحافظة على السلوكيات الإيجابية، وقد تناول العديد من العلماء عامل الصلابة النفسية، وظهر ذلك على نحو واسع في أعمال "كوبازا"، حيث تبين أن الصلابة النفسية تتكون من التحكم، الالتزام والتحدّي، وقد اتفق معظم الباحثين مع "كوبازا" في ذلك، وذكرت الصلابة كعامل مهم في توضيح سبب معاشة بعض الناس أحداث الحياة الصعبة ولا يمرضون، وذلك ما جعل الصلابة النفسية مجالاً خصباً للبحث المستمر والتطوير والممارسة.

1- مفهوم الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية سمة رئيسية من سمات الشخصية، تتمثل في اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة لديه، كي يُدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة والشاقة إدراكا غير محزف أو مشوه ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو ايجابي، حيث تتضمن ثلاثة أبعاد هي: الالتزام، التحكم والتحدّي (Kobasa, 1979, p. 01).

ويعود مفهوم الصلابة النفسية في جوهره لعلم النفس الوجودي الذي يؤمن بقدرة الإنسان على ايجاد المغزى والهدف من حياته، ويتجلى هذا المفهوم من خلال مظاهر الشخصية وأساليبها في معايشة الواقع، والتي تلعب دورا وسيطا بين الضغط النفسي والصحة، إذ تتحدّد بموجبها الطريقة التي يُدرك ويفسّر من خلالها الأفراد الأحداث الضاغطة على أنها فرصا للنمو والتطور الشخصي.

لذلك، فلقد اقترحت الصلابة النفسية كعامل مهم ورئيسي من عوامل الشخصية التي تمكّن الفرد من استثمار مصادره الشخصية وخبراته الحياتية، لتحسين أدائه والمحافظة على صحته النفسية والجسدية.

وجاء هذا الاهتمام بمفهوم الصلابة النفسية نتيجة سلسلة الدراسات التي أجرتها (Kobasa, 1979-1985)، حيث توصلت بفضلها إلى أن الصلابة النفسية هي إحدى المتغيرات الشخصية الايجابية التي تتضمن مكونات ثلاثة هي: الالتزام، التحكم والتحدّي، وأن هذه المكونات تعمل كمتغير سيكولوجي من شأنه مساعدة الفرد في الوقاية من الأثر النفسي والجسمي الذي ينتج عن الضغوط النفسية.

هذا وقد توسعت الجهود البحثية في السنوات الأخيرة حول مفهوم الصلابة النفسية، وذلك بهدف التعمق لفهم الدور الذي يمكن أن تؤديه في أن تكون متغيرا وقائيا من الضغوط النفسية والمنغصات الحياتية، وكذلك في محاولة التعرف على مكوناتها وأبعادها وخصائص الأفراد الذين يتمتعون بها، وعلاقتها بالمتغيرات النفسية الأخرى.

فقد خلص العديد من الباحثين إلى أن الصلابة النفسية تُعد أسلوبا في الشخصية يرتبط بالمرونة والصحة الجيدة والأداء الايجابي (رجاء محمود، 2016، ص. ص. 355-356).

2- تعريف الصلابة النفسية:

يعود هذا المفهوم إلى "كوبازا" (Kobasa, 1979)، حيث تعرّفها بأنها "مجموعة من السمات الشخصية التي تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك بفعالية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة إدراكاً غير محرّف أو مشوّه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو ايجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد وهي الالتزام، التحكم، والتحدّي".

ويرى (Funk, 1992) أن الصلابة النفسية هي "سمة عامة في الشخصية، تعمل الخبرات البيئية المتنوعة على تكوينها وتتميتها لدى الفرد منذ الصغر" (رجاء محمود ، 2016 ، ص. 356).

أما "مجدي" فقد عرّفها بأنها "القدرة العالية على المواجهة الايجابية للضغوط وحلها ومنع الصعوبات المستقبلية، والتي تعكس مدى اعتقاد الفرد في فاعليته والقدرة على الاستخدام الأمثل لكل المصادر الشخصية والبيئية والنفسية والاجتماعية المتاحة، كي يدرك ويفسّر ويواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة وتحقيق الانجاز والتفوق" (مجدي، 2007، ص. 75).

يعرّف "حمادة" و"عبد اللطيف" الصلابة النفسية بأنها "مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية، حيث تساهم الصلابة النفسية في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقييم والمواجهة الذي يقود للتوصل إلى الحل الناجح للمواقف السلبية التي تتجم عن الظروف الضاغطة" (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص. 233).

بينما يعرّفها "حبيب" (2006) بأنها "القدرة العالية على المواجهة الايجابية للضغوط وحلها، والتي تعكس مدى فعالية الفرد على الاستخدام الأمثل لكل مصادره الشخصية، كي يُدرك ويفسّر ويواجه أحداث الحياة ويحقق الانجاز" (رجاء محمود ، 2016 ، ص. 356).

وعرّفها "مخيمر" بأنها "تمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، واعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكّم فيما يواجهه من أحداث بتحمّل المسؤولية عنها، وأن ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً أو إعاقة له" (مخيمر، 1996، ص. 284).

من جهته، يعرّف "البهاص" الصلابة النفسية بأنها "إدراك الفرد وتقبّله للتغيرات أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها، فهي تعمل كوقاية من العواقب الحسية والنفسية للضغوط وتساهم في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط و تنتهي بالإرهاك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط" (البهاص، 2002، ص. 291).

ويرى (Konstantinova) أن الصلابة النفسية عبارة عن أفعال من جانب الفرد، يقيّم ويواجه من خلالها الأحداث الضاغطة والتي يمكن أن تؤثر على صحته، فيمكن لمكونات الصلابة أن تهيء الفرد ليقمّ الأحداث الضاغطة باعتبارها أقل تهديداً، ليتمكّن من النظر إلى نفسه على أنه أكثر كفاءة في مواجهتها، وليعتمد على استراتيجيات تركز على المشكلة وطلب الدعم، واعتماد أقل على الاستراتيجيات التي تركز على المشاعر والبعد عن المواجهة (عباس، 2010، ص. 174).

يعرّف "لاتسي" الصلابة النفسية على أنها "توقّع للكفاءة الذاتية عند الفرد عن قدرته في مواجهة الضغوط والمشكلات، وهو يستعين بمفهوم الكفاءة الذاتية الذي افترضه "بانديورا" والذي يقرّر بأن الأشخاص الذين لديهم مستوى عالٍ من الكفاءة الذاتية يميلون إلى القيام بسلوكيات تقود إلى نتائج ناجحة مع الاعتقاد بقدرتهم على القيام بذلك" (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص.ص. 235-236).

كما اتفق العديد من الباحثين على تحديد مجموعة من الخصائص التي تميّز ذوي الصلابة النفسية المرتفعة، بأنهم يتميّزون بالالتزام أمام الآخرين والجرأة والمنافسة، ولديهم القدرة على التحمل والمقاومة، وكذلك يتصفون بالقدرة على إيجاد العديد من البدائل للمشكلات، والجاذبية الشخصية والاصرار والتحدّي، كما أنهم يتمتعون بالإنجاز الشخصي والنزعة التفاوضية (رجاء محمود ، 2016 ، ص. 256).

3- لمحة تاريخية عن مفهوم الصلابة النفسية:

نشأ مفهوم الصلابة النفسية على يد الأمريكية "سوزان كوبازا" (Suzanne Kobasa) أثناء إعدادها لرسالة الدكتوراه تحت إشراف أستاذها "سالفاتور مادي" (Maddi) بجامعة شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية والتي انتهت منها سنة 1977 م.

و"سالفاتور مادي" حصل على الدكتوراه من جامعة هارفارد بالولايات المتحدة الأمريكية في إدارة الضغوط والصحة النفسية، وعمل في جامعتي شيكاغو وكاليفورنيا وأشرف على سلسلة من الدراسات في الضغوط النفسية منها دراسة "سوزان كوبازا"، كما أنشأ معهداً للصلابة النفسية في جامعة كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية (مخيمر، 2011، ص. 11).

ومفهوم الصلابة النفسية يضرب بجذوره في النظرية الوجودية (Existential Theory) في الشخصية التي تركز على الانسان، وقد تأثرت "كوبازا" في هذا الصدد بأفكار كل من (Maddi, Roll) (May, Allport, Victor Frankel) والتي تؤكد على أن الانسان ليس كيانا استاتيكيًا، وإنما هو في حالة دائمة من التحول والنمو الشخصي، وأن للإنسان هدفًا في الحياة يكافح من أجله، وعليه أن يتقبل مسؤولية تحقيقه، وأن الإرادة هي أساس الدافع الانساني، وأن الشعور بالتحكم في حياة الفرد أمر ضروري للصحة النفسية والجسمية، وأن العالم الذي نعيش فيه ذو معنى، فالإنسان يعيش في عالم منظم تحكمه معايير ومبادئ منظمة ومستقرة إلى حد كبير، وأنه لكي يستخلص الانسان معنى لعالمه فإنه يعتبر أن ما يحدث له يمكن التحكم فيه (أبو ندى، 2007، ص. 16).

ثم جاء الاتجاه المعرفي عند (Lazarus, 1966) والذي أكد على آراء (Erikson) حيث أضاف إليها، مشيرًا أن احترام الوالدين لآراء الطفل منذ الصغر، ووضع مستوى مناسب من التواصل بينهم وتشجيعه عند أداء متطلباته الشخصية، فكل هذا يُشعر الطفل بالأمان وبالقيمة الذاتية ويجعله أكثر تحملاً للمسؤولية وأكثر قدرة على تحمل أهدافه في مراحل العمرية اللاحقة.

أما في حالة رفض الأسرة لآراء الطفل ولإنجازاته وفرض الوالدين لآرائهم، فإن ذلك يُشعر الطفل بالخوف ويجعله يتوقع حدوث الخطر باستمرار، كما يفقده الثقة بنفسه وبالآخرين، حيث أن ما تقدمه الأسرة للطفل من أساليب تربية تحدد طريقة إدارته وتعامله مع المواقف في مراحل العمرية التالية.

ولقد أيّد (Maccobi) آراء من سبقه من علماء وباحثين فيما يخص منشأ سمة الصلابة النفسية، وذلك من خلال دراسته التي أجراها عام 1980 بهدف معرفة دور البيئة الأسرية في تكوين سمة الصلابة النفسية فيما بعد وكيفية إدراك المشقة والتعامل معها. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن العلاقات الأسرية التي تتسم بالدفء والقبول والاهتمام بالطفل والثقة فيه والاحترام والتقدير له، تُنمي لديه الاعتقاد بأن خبرات النجاح والفشل ترجع لعمله ومجهوده، ومدى مثابرتة وتحديده للأحداث الشاقة المحيطة به (العيافي، 2010، ص. 15).

ورغم وجود بدايات مبكرة سبقت "كوبازا" في الإشارة إلى المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تخفف من حدة وقع الضغوط، إلا أن رسالتها للدكتوراه وأبحاثها التي تلت ذلك (Kobasa, 1979, 1982, 1983, 1985) وكذلك أبحاث أستاذها "مادي" قد أحدثت تحولات كبيرة في دراسة الضغوط النفسية، لدرجة أن بعض العلماء كالعالم "بينز" اعتبر أن أبحاث "كوبازا" و"مادي" علامة فارقة في تاريخ دراسة الضغوط النفسية (Pines, 1995, p. 171).

وأطلقت "كوبازا" على مجموعة الخصائص التي تميّز الأشخاص الذين يقاومون الضغوط (Stress-Resistant People) مصطلح الصلابة النفسية، ولم تغفل دور المتغيرات الأخرى التي تساعد على مقاومة الضغوط مثل الوراثة الجيدة، التدبّن، المساعدة النفسية الاجتماعية، الدخل المرتفع، الوظيفة والرعاية الطبية الجيدة... حيث أن هؤلاء الأشخاص الذين يتسمون بالصلابة النفسية لديهم القدرة على التحكم والتزام تجاه القيم والأخلاق، ولديهم أيضا القدرة على رفع التحديات واعتبار أن التغيرات ليست تهديدا لهم بقدر ما هي اختبار لقدراتهم وقدرتهم على التحمل وصلابتهم (مخيمر، 2011، ص. 12).

وتتبعَت (Kobasa) منذ عام 1979 حتى 1985 دور القدوة أو النموذج في تكوين هذه السمة لدى الطفل منذ صِغره، فذكرت أن وجود نماذج والدية ايجابية تتسم بالثقة بالنفس والصلابة النفسية في بيئة الطفل، تمثل له أساسا لاكتساب وتطور هذه السمة في مراحل العمرية التالية.

كما أيدَ (Sandler & Irwin) آراء "كوبازا" من خلال دراستيهما التي أجريت على عينة قوامها 258 طفلا من ذوي الأسر المفككة، وأظهرت نتائجها أن وجود نماذج والدية سلبية في حياة الطفل تتسم بالضعف في مقاومة أوجه المشقة (أحداث الحياة الشاقة)، ربما تُسهم في تكوين الخصال الشخصية السلبية لديه فيما بعد (الدبور، 2007، ص. 31).

ويشير كلٌّ من (Kobasa, 1979, 1982, Kobasa et al., 1982, Kobasa & Puccetti, 1976) في عرضهم لمفهوم الصلابة النفسية (Psychological Hardiness) أنهم قد تأثروا كثيرا بعلماء النفس الإنسانيين، وعلى رأسهم "ماسلو" و"روجرز"، اللذان أكدا أن هناك بعض الأشخاص يستطيعون تحقيق ذواتهم وإمكاناتهم الكامنة رغم تعرضهم للضغوط والإحباطات، وبالتالي فإن مجال الدراسة يجب أن يركّز على الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم ويحققون ذواتهم وليس المضطربين، كما تأثرت "كوبازا" أيضا بأعمال "فرانكل" (Frankel) التي أشار فيها إلى أن وجود معنى

أو هدف في حياة الفرد يجعله يتحمل الإحباطات والضغط، فالحياة معاناة والمهم أن نجد معنى لهذه المعاناة. كما تأثرت "كوبازا" أيضا بالمنظور المعرفي "للازاروس" (Lazarus, 1966) الذي أشار فيه إلى أن تقييم الفرد المعرفي (Cognitive Appraisal) لخصائصه النفسية، كالصلابة مثلا، تؤثر في تقييمه المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما يؤثر أيضا التقييم المعرفي لخصائص الفرد النفسية في تقييمه لأساليب مواجهة الضغوط (مواجهة المشكلات، الهروب، التجنب، تحمل المسؤولية، البحث عن المساعدة الاجتماعية)، ومن خلال تأثر "كوبازا" بكل هؤلاء، فقد استهدفت من خلال سلسلة دراساتها معرفة المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط (مخير، 2011، ص. 13).

4- أبعاد الصلابة النفسية:

تظهر أبعاد الصلابة النفسية من خلال الدراسة التي قامت بها (Kobasa, 1979)، والتي أشارت إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يعملون على أن يكون لديهم التأثير في مجرى الأحداث التي يرون عليها، وهذه الأبعاد هي: الالتزام، التحكم والتحدّي.

وترى "كوبازا" أن هذه المكونات الثلاثة ترتبط بارتفاع قدرة الفرد على تحدي ضغوط المحيط وأحداث الحياة، وتحويل أحداث الحياة الضاغطة إلى فرص للنمو الشخصي. كما أن نقص هذه الأبعاد الثلاثة أو ضعفها يؤدي إلى ضعف نفسي، ولا يكفي مكون واحد من مكونات الصلابة النفسية الثلاثة لتمدنا بالشجاعة والدافعية لتحويل الضغوط والقلق لأمر أكثر ايجابية، فالصلابة النفسية مركب يتكون من هذه الأبعاد الثلاثة المستقلة القابلة للقياس.

4-1- الالتزام: يعني الالتزام اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية قيمة ذاته وفيما يفعل، ويمكن أن يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم واعتقاده أن لحياته هدفا ومعنى يعيش من أجله (عثمان أحمد، 2001، ص. 210).

وقد أشارت "كوبازا" إلى أن الالتزام يمثل القدرة على إدراك الفرد لقيمه وأهدافه وتقدير إمكانياته، ليكون لديه هدف يحققه وكذلك صنع القرارات التي تُدعم التوازن والتراكيب الداخلية، فالالتزام يشير إلى الانضباط الذاتي من جانب الفرد نحو نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين.

فهو يمثل أيضا توجه الفرد نحو التعامل بإيجابية مع الأحداث الضاغطة، ورؤيتها كمواقف هادفة وذات معنى، فالفرد الذي لديه نزعة قوية نحو الالتزام يندمج في المجتمع والأحداث التي تدور من حوله، ويبتعد عن الانفصال والانعزال (Isolated) والاعتراب (عباس مدحت، 2010، ص. 176).

ويعرّف (Wiebe) مفهوم الالتزام بوصفه "اعتقاد الفرد بضرورة تبنيه قيما وأهدافا محدّدة تُجاء نشاطات الحياة المختلفة، وضرورة تحمّل المسؤولية تُجاء هذه القيم والمبادئ والأهداف، كما يشير إلى اتجاه الفرد نحو التعامل مع الأحداث الشاقة برؤيتها كأحداث هادفة وذات معنى، وجديرة بالتفاعل معها. (Wiebe D.J., 1991, p. 89).

إذا فالإنسان المتسم بالالتزام يود الانخراط مع الناس والأحداث من حوله بدلا من أن يكون سلبيا ومنعزلا، ويبدو له هذا طريق الحصول على المعنى والتجربة المثيرة، ومما يزعجه أن يغرق في الوحدة والاعتراب، ويبدو أن من يتسمون بالالتزام العالي يؤدون عملهم في حالة من الرضا وبذل القليل من الجهد (مجدي، 2007، ص، 98).

4-2- التحكّم:

لقد أشارت (Kobasa, 1983) إلى التحكّم بوصفه أنه "اعتقاد الفرد بقدرته على التأثير في أحداث الحياة وضبطها من خلال مهاراته، معرفته واختياراته، بالإضافة إلى قدرته على اتخاذ القرارات وتفسير الأحداث وتحويلها لمكونات لخطط الحياة، وذلك للتخفيف من الاجهاد الناتج عن ضغوط الحياة.

ويعني التحكّم الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار ومواجهة الأزمات، كما يشير إلى اعتقاد الفرد أنه بإمكانه أن تكون له سيطرة فيما يلقاه من أحداث، ويتحمّل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، وهذا الفرد يرى أن الضغوط ليست أمورا ثابتة ولكنها متغيرة.

كما يُقصد بالتحكّم قناعات الضبط الداخلية للإنسان، أي خبرة الانسان أنه يملك تأثيرا محدّدا أو واضحا على أحداث حياته، فهو يشير إلى اعتقاد الأشخاص بأن لهم القدرة على القيام بدور نشط وفعال وعندهم مسؤولية تُجاء حياتهم، وتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث لهم.

كما عرّف التحكّم من طرف كلٍ من (Karasek & Theorell, 1990) بأنه "الشعور بالسيطرة الذي يعكس تحكّم الفرد في استجابته للضغط، حيث أن درجة السيطرة يمكن أن تكون مرتبطة بالاستجابة للضغط، فهي تساهم في عملية التقييم الأولية" (عوالي عائشة، 2017، ص. 53).

ويتضمن التحكّم وفقاً لـ "رفاعي" أربع صور رئيسية هي:

◀ **القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة:** ويحسم هذا التحكّم المتصل باتخاذ القرار طريقة التعامل مع الموقف سواء بإنهائه أو تجنبه أو بمحاولة التعايش معه، ولذا يرتبط هذا التحكّم بطبيعة الموقف نفسه وظروف حدوثه حيث يتضمن الاختيار من بين البدائل، فالمريض هو الذي يقرّر أي الأطباء سوف يذهب إليهم ومتى يذهب والإجراءات التي يتبعها.

◀ **التحكّم المعرفي "المعلوماتي" واستخدام العمليات الفكرية للتحكّم في الحدث الضاغط:** يُعد هذا النوع أهم صور التحكّم التي تقلّل من الآثار السلبية للمشقة، إذا ما تم على نحو إيجابي، فيختص هذا التحكّم بالقدرة على استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض للمشقة، كالتفكير في الموقف، وإدراكه بطريقة ايجابية ومتفائلة وتفسيره بصورة منطقية وواقعية، وبمعنى آخر أن الشخص يتحكّم في الحدث الضاغط باستخدامه بعض الاستراتيجيات العقلية مثل تشتيت الانتباه بالتركيز في أمور أخرى، أو إعداد خطة للتغلب على المشكلة. ويختص التحكّم المعلوماتي بقدرة الفرد على استخدام كافة المعلومات المتاحة عن الموقف لمحاولة السيطرة عليه وضبطه، كما يختص بقدرة الفرد على البحث عن المعلومات الموضحة لطبيعة الموقف الشاق، كأسبابه والوقت المتوقّع لحدوثه والعواقب الناتجة عنه، حيث تساعد هذه المعلومات على التنبؤ بالمواقف قبل وقوعها، فبتهيأ الفرد لتناوله ويقلّ القلق المصاحب للتعرض له، وتسهل السيطرة عليه.

◀ **التحكّم السلوكي والقدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدّي:** ويُقصد بالتحكّم السلوكي القدرة على التعامل مع الموقف بصورة مباشرة وملموسة، بمعنى تحكّم الشخص في أثر الحدث الضاغط من خلال القيام ببعض السلوكيات لتعديله أو تغييره.

◀ **التحكّم الاسترجاعي:** ويرتبط بمعتقدات الفرد واتجاهاته السابقة عن الموقف وطبيعته، فيؤدي استرجاع الفرد لمثل هذه المعتقدات إلى تكوين انطباع محدّد عن الموقف، ورؤيته على أنه موقف ذو معنى وقابل للتناول والسيطرة عليه، وبمعنى آخر نظرة الشخص للحدث الضاغط ومحاولة إيجاد معنى له في حياته، مما قد يؤدي لتخفيف أثر الضغوط وحدّتها (رفاعي عزة، 2003، ص. 31).

4-3- التحدي:

تُعرّف (Kobasa, 1983) مفهوم التحدي بأنه "اعتقاد الفرد بأن التغيير المتجدد في أحداث الحياة، هو أمر طبيعي بل حتمي لا بد منه لارتقائه، أكثر من كونه تهديداً لأمنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية" (Funk S.C., 1992, p. 336).

فهو يشير إلى اعتقاد الفرد بأن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً له، مما يساعده على المبادأة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية، ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها، والقدرة على المثابرة وعدم القلق من مواجهة المشكلات أو تجنبها (فاروق السيد عثمان، 2001، ص. 210).

كما يشير هذا البعد إلى ميل الناس لإدراك التغييرات التي تحدث في حياتهم على أنها حوافز أو فرص يمكن استغلالها لتحقيق النمو الذاتي، بدلاً من اعتبار هذه التغييرات تهديداً لاستقرارهم (يخلف عثمان، 2001، ص. 85).

كما يُعرّف "توماكا" وآخرون (1996) التحدي بأنه "تلك الاستجابات المنظمة التي تنشأ رداً على المتطلبات البيئية، وهذه الاستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو فيزيولوجية أو سلوكية وقد تجتمع معا وتوصف بأنها استجابات فعالة" (محمد جيهان، 2002، ص. 41).

كما أنه يشير إلى ميل الناس لإدراك التغييرات التي تحدث في حياتهم على أنها حوافز يمكن استغلالها لتحقيق النمو الذاتي وتقبلها كما هي.

ويتضح من ذلك أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو ضارة، باعتبارها أمور طبيعية لا بد من حدوثها لنموه وارتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية، وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تخلق لديه مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة.

وهذه الخصائص من شأنها المحافظة على سلامة الأداء النفسي رغم التعرض لأحداث سلبية ضاغطة (مفتاح محمد، 2010، ص. 130).

ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم التخوف من مواجهتها (فاروق السيد عثمان، 2001، ص. 210).

5- خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت "كوبازا" من سلسلة دراسات المتعددة (1979، 1982، 1983)، وكذلك "مادي وآخرون" (1998) إلى أن أهم خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة (The Hardy Personality) هي:

- ◀ وجود نظام قيمي وديني لديهم يقيهم من الوقوع في الانحراف أو الأمراض أو الإدمان.
- ◀ وجود أهداف في حياتهم ومعاني يتمسكون ويرتبطون بها.
- ◀ الالتزام بمسئولياتهم والمساندة للآخرين عند الحاجة.
- ◀ المبادرة والنشاط وإطلاق المبادرات.
- ◀ المثابرة وبذل الجهد والقدرة على التحمل والعمل رغم تواجد الضغوط.
- ◀ القدرة على الانجاز والابداع.
- ◀ الميل للقيادة.
- ◀ القدرة على الصمود والمقاومة.
- ◀ التفاؤل والتوجه الايجابي نحو الحياة.
- ◀ القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين عدة بدائل ممكنة.
- ◀ الهدوء والقدرة على التنظيم الانفعالي والتركيز والتحكم في الانفعالات.
- ◀ إدارة التحكم الداخلي.
- ◀ التحكم المعرفي، أي القدرة على التفسير والتقدير الايجابي للأحداث الضاغطة.
- ◀ الاعتقاد بأن النجاح في الحياة يعود للعمل والمجهود وليس للصدفة أو الحظ أو الظروف.
- ◀ القدرة على تحقيق الذات.
- ◀ شعور عالي بالثقة وتقدير الذات.
- ◀ يتسمون بإتقان العمل والدراسة.
- ◀ الواقعية والموضوعية في تقييم الذات والأحداث ووضع الأهداف المستقبلية.
- ◀ الاستفادة من خبرات الفشل السابقة وتوظيفها في تطوير الذات.
- ◀ الاهتمام بالبيئة والمشاركة الفعالة في الحفاظ عليها.

- ◀ التحضير لمواجهة المشكلات والاستعداد لها.
- ◀ القدرة على التجديد والارتقاء.
- ◀ الشعور بالرضا عن الذات.
- ◀ اعتبار أن الأحداث الضاغطة والتغيرات أمر طبيعي وضروري وليس تهديدا لهم.
- ◀ الممارسات الصحية (نظام غذائي سليم، ممارسة الرياضة، عدم التدخين...).
- ◀ تزداد صلابتهم النفسية مع مرور الوقت، فهي في حالة نمو مستمر.
- ◀ المبادرة لحل المشكلات وعدم انتظار حدوثها.
- ◀ الرغبة في استكشاف البيئة ومعرفة ما يجهلونه.
- ◀ الصحة الجسمية (صيدم محمد، 2012، ص. ص. 20-21).

ولقد بيّن كل من (ديلاد، 1990) و(كوزي، 1991) و(كريستوتر، 1996)، أن أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسمية قليلة، وغير منهكين، ولديهم تمركز كبير حول الذات، ويتمتعون بالإنجاز الشخصي، ولديهم القدرة على التحمل الاجتماعي، وارتفاع الدافعية نحو العمل، ولديهم نزعة تفاؤلية، وأكثر توجها للحياة، ويمكنهم التغلب على الاضطرابات النفس جسمية، وتلاشي الإجهاد (أبو ندى، 2007، ص. ص. 31-32).

6- خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة:

من جهتها أوردت "محمد جيهان" بعض سماتهم مثل اتصافهم بعدم الشعور بهدف لأنفسهم، ولا بمعنى حياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بإيجابية، ويتوقعون التهديد المستمر والضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المتغيرة، ويفضلون ثبات الأحداث الحياتية، وليس لديهم اعتقاد بضرورة التحديد والارتقاء، كما أنهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم وعاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة (محمد جيهان، 2002، 21).

ويتضح مما سبق أن ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يتصفون ب:

- ◀ عدم القدرة على الصبر، وتحمل المشقة والمرض.
- ◀ عدم القدرة على تحمل المسؤولية.
- ◀ استمرار الشكوى والعرضة للأمراض كالصداع وقرحة المعدة.
- ◀ قلة المرونة في اتخاذ القرارات.
- ◀ فقدان التوازن وضعف الأمل في الحياة.
- ◀ الهروب بدل مواجهة الأحداث الضاغطة.
- ◀ سرعة الغضب والحزن الشديد والميل إلى العزلة والانطواء.
- ◀ عدم وجود قيم لديهم ولا مبادئ معينة.
- ◀ الشعور بالضعف والبحث عن المساندة والعون.
- ◀ عدم القدرة على التحكم الذاتي (محمد إبراهيم، 2012، ص. 17).

7- أهمية الصلابة النفسية:

إن الصلابة النفسية مركب من مركبات الشخصية القاعدية التي تقي الإنسان من آثار الضواغظ الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتقاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما تعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية (مخيمر، 1996، ص. 276).

وقد قدّمت "كوبازا" عدّة تفسيرات لتوضيح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تُخفّف من حدّة الضغوط التي يواجهها الفرد، ويمكن فهم تلك العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد، وفي هذا الخصوص يرى كل من "مادي" و"كوبازا" أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الأعراض التي تنجم إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن، ما يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية واضطرابات نفسية، وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل الحلقة الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق ويتم ذلك من خلال طرق متعددة فالصلابة:

أولاً: تُعدّل من كيفية إدراك الأحداث وتجعلها تبدو أقل وطأة.

ثانياً: تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقلها من حال إلى حال.

ثالثاً: تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الاجتماعي.

رابعاً: تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة، والتي بالطبع تقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية (حمادة وعبد اللطيف، 2002، ص. ص. 236-237).

ويرى (Green, 2007) أن الأفراد مرتفعي الصلابة يُدركون الأحداث الحياتية أنها ذات معنى، وأنها تحدث نتيجة لأسباب داخلية ترجع لهم، وأنهم أشخاص مسؤولون عما يقومون به من قرارات وأفعال، وأيضاً فإنهم يُدركون الأحداث السلبية بأنها غير هامة وأنها نتيجة لأسباب مؤقتة وزائلة، وذلك على العكس من الأشخاص منخفضي الصلابة، ويمكن أن تنمو الصلابة النفسية من خلال التدريب على برامج حياتية شاملة، حيث أن تلك البرامج التدريبية تتمثل في السلوكيات المعرفية، استخدام فنية الحياة المركزة على الحل، مما ينتج عنهم زيادة صلابتهم وقلة الاكتئاب (Green et al., 2007, p. 17).

وتتفق "كوبازا" مع "فولكمان" و"لازاروس" في أن الخصائص النفسية، كالصلابة مثلاً، تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما تؤثر أيضاً في تقييم الفرد لأساليب المواجهة، وهي الأساليب التي يواجه بها الفرد الحدث الضاغط (مواجهة المشكلات، الهروب، التجنب، تحمّل المسؤولية، البحث عن المساندة الاجتماعية، التحكم الذاتي...) (مخيمر، 1996، ص. 276).

وذكرت "شيلي تايلور" أنه منذ الدراسة الأولى التي قامت بها "كوبازا" (1979)، أجريت العديد من الأبحاث (Kobasa et al., 1981-1989) التي أظهرت أن الصلابة النفسية ترتبط بكل من الصحة الجسمية الجيدة والصحة النفسية الايجابية (راضي زينب، 2008، ص. 51).

7-1- الصلابة النفسية والصحة الجسمية: يرى (Contrada) أنه من الممكن للصلابة أن تساعد في تخفيف أو توقيف استجابات الجهاز الدوري للضغط النفسي، وأظهر (Allerd & Smith) في دراستهما أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط النفسي بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية لديهم، وما ينتج عنها من ارتفاع في مستوى التحفيز الفيزيولوجي، وأن لديهم أيضاً مجموعة من التصورات الايجابية عن الذات أكثر من ذوي المستويات الضعيفة من الصلابة

والتي تندرج ضمن مكوناتها (الالتزام، التحكم والتحدّي)، وكذا التفاؤل وهي سمة من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغط النفسي.

7-2- الصلابة النفسية والتكيف: تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكيفية، فالأفراد الأكثر

صلابة عندهم كفاءة ذاتية أكثر، ولديهم قدرات إدراكية من ناحية أن الشخص الصلب يُدرك ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل خطرا ولديهم استجابات تكيفية أكثر.

كما أن الأفراد الأكثر صلابة تُحدث الضغوط عندهم آثار أقل من حيث الأعراض، فهم ينظرون إلى الأحداث الضاغطة على أنها غير خطيرة ويكون لديهم إدراك أفضل لصحتهم العقلية والاجتماعية.

7-3- الصلابة النفسية والمجموعات: يرى (Huang, 1995) أنه يمكن أن تُعزى صفات

الصلابة النفسية لمجموعة من الناس مثل العائلات كما تمّ عزوها للأفراد، وبذلك تعمل الصلابة على تسهيل توافق الأسرة وصلابتها.

ويرى (Amerikaner Etal,1994) أن الصلابة النفسية تُسهّل الالتحام والرضا على مستوى

العائلة، ويلعب التواصل الجيد مع الوالدين وتعزيز المشاركة الاجتماعية من قبلهم دورا في تحسين الصحة النفسية والصلابة لأعضاء العائلة .

وأشار (Bigbeer Jeri) في دراسته الاستطلاعية، أنه توجد علاقة ارتباطية بين المرض الذي

يحدث في العائلة وبين الأحداث الحياتية التي تتعرض لها، وأن الصلابة النفسية تلعب دور الوسيط في التخفيف من الأثر الناتج عن الضغوط النفسية وبالذات الأحداث السلبية (ياغي شاهر، 2006، ص.ص. 38-40).

- خلاصة الفصل:

تُعد الصلابة النفسية مركَّباً مهماً من مركَّبات الشخصية القاعدية، التي تقي الإنسان من آثار الضغوط الحياتية المختلفة، وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما تعتبر الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية.

وقد قدّمت "كوبازا" عدّة تفسيرات توضّح من خلالها السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفّف من حدّة الضغوط التي تواجه الفرد، ويمكن فهم تلك العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد، وفي هذا الخصوص يرى كل من "مادي" و"كوبازا" أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الأعراض الناجمة عن استثارة الجهاز العصبي الذاتي، والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية واضطرابات نفسية، وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق.

يتضح من ذلك أن الصلابة النفسية تُنشئ جدار دفاع نفسي للفرد يعينه على التكيف الإيجابي مع أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة، وتخلق نمطا من الشخصية شديدة الاحتمال تستطيع أن تقاوم الضغوط وتخفّف من آثارها السلبية ليصل إلى مرحلة التوافق، وينظر إلى الحاضر والمستقبل بنظرة ملؤها الأمل والتفاؤل، وتخلو حياته من القلق والاكتئاب وتصبح ردود أفعاله مثالا للاستحسان.

الفصل الثالث

نوعية الحياة في العمل

- تمهيد:

إن تنمية وتطوير الموارد البشرية تؤثر بشكل كبير على أداء ونمو المنظمات، خاصة في مجال المنظمات الخدمائية (مثل المستشفيات) التي يحدث فيها اللقاء المباشر بين مُقدّم الخدمة والعميل، فإنه يصبح لقدرة ومهارة مقدّم الخدمة تأثير جوهري ومباشر على عملية توصيل الخدمة ورضا العميل.

إن نمو المنظمات يتحقق من خلال مهنيين لديهم الولاء للمنظمة، راضين عن القيمة المدركة للخدمة التي يحصلون عليها، وحيث أن قيمة الخدمة المقدّمة تتم من خلال موظفين فيجب أن يتمتع هؤلاء الموظفين بنوعية الحياة الوظيفية التي توفرها لهم منظماتهم.

يهتم موضوع نوعية حياة العمل بدراسة وتحليل المكونات والأساليب التي تستند إليها الإدارة في المنظمات، بقصد توفير حياة وظيفية أفضل للعاملين فيها بما يسهم في رفع أداء المنظمة وتحقيق الإشباع لحاجاتهم ورغباتهم. فكلما تميّزت بيئة العمل بالقبول والرضا من العاملين ساهم ذلك في جعل الأفراد مستغرقين بشكل كامل في وظائفهم بما يؤدي في النهاية للحصول على أداء أفضل.

ومن بين أهم الجوانب التي تركز عليها نوعية حياة العمل، والتي تسعى المنظمات إلى توفيرها للعاملين وتحسينها المستمر نجد السلامة والأمن والحماية في الوسط المهني، فالاهتمام بسلامة المورد البشري يحتل حيزا كبيرا من اهتمامات وطموحات العديد من المؤسسات على اختلاف أنواعها، كونها العنصر الرئيسي في الحفاظ على أمن العاملين وعدم الوقوع في حوادث وإصابات العمل المتكررة.

وسعى منها لتحسين أداء العاملين، تلجأ المؤسسات إلى وضع برامج للأمن الوظيفي وذلك للتقليل من الحوادث المهنية، ووقاية العاملين من المخاطر الناتجة عن الأعمال التي يزاولونها في أماكن العمل غير الآمنة التي تتسبب في إصابتهم بالحوادث والأمراض المهنية.

I- نوعية الحياة:

1- مفهوم نوعية الحياة:

يتفق العديد من الباحثين على أن مصطلح "نوعية الحياة" كان في البداية عبارة عن شعار سياسي أمريكي، أطلقه الرئيس الأمريكي (Lyndon B. Johnson) عام 1964 في رسالته إلى الأمة بعنوان "المجتمع العظيم".

إن هذا الشعار كان مسجلاً كجزء من جوهر الدستور الذي أعدّه الرئيس الأمريكي (Jefferson)، والذي اعتبر فيه أن السعادة حق ثابت لكل مواطن أمريكي. لقد كان المعنى السياسي لهذا المصطلح غامضاً بما فيه الكفاية ليشمل كلا من عناصر نوعية الحياة الذاتية والموضوعية المتفق عليها حالياً، حيث كان يسعى في البداية إلى إعطاء بُعد أخلاقي وهدف واضح لمشروع (American Way of life)، كما أن مضمون هذا المفهوم تم عرضه منذ البداية على تقدير المواطن الأمريكي وليس على العلماء أو التكنوقراطيين.

(Corten P.H., 1998, p. 04).

إن الباحث المتمعن في تطور استخدام مفهوم نوعية الحياة في الأدبيات النفسية، سوف يسجل إشارتين مهمتين في هذا الخصوص:

الأولى: إشارة "تيتمانس" وآخرون (Titmans et al., 1997) إلى أنه من الصعوبة صياغة

تعريف محدد لنوعية الحياة، وأن أسباب ذلك تكمن فيما يلي:

◀ حداثة هذا المفهوم على مستوى التناول العلمي.

◀ تطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، إذ يُستخدم أحياناً للتعبير عن الرُقي في

مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تُقدّم لأفراد المجتمع، كما أنه يُستخدم للتعبير عن

إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم.

◀ لا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم

موزع بين العلماء والباحثين بمختلف اختصاصاتهم.

الثانية: إشارة "الأشول" (2005) إلى أنه نادرا ما حظي مفهوم ما بالتبني الواسع على مستوى الاستخدام العلمي والعملية بهذه السرعة، مثلما حدث لمفهوم نوعية الحياة، وأنه في العلوم النفسية تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية منها والتطبيقية، فقد كان علم النفس السباق في تحديد المتغيرات المؤثرة على نوعية حياة الإنسان، وأن ذلك يعود في المقام الأول إلى أن نوعية الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك النوعية، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها. وفي ذلك يمكن القول أن هذه الإشارة لها ما يدعمها في الأدبيات النفسية، فلقد بين "روجرسون" (Rogerson, 1999) أن الأصل في كلمة نوعية (Quality) يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر الفرد وأحاسيسه ومدركاته، فضلا عن أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كونها محدّدات لهذا المفهوم (مبارك عناد، 2012، ص.ص. 722-723).

2- تعريف نوعية الحياة:

لقد عرّفت المنظمة العالمية للصحة (2013) نوعية الحياة بأنها "إدراك الفرد لوضعيته في الحياة وهذا في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها، وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية" (القشار محمد، 2017، ص. 134).

ويرى (Ryff et al.) أن نوعية الحياة هي "الشعور الايجابي بحسن الحال، كما يتم رصده من خلال المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامة علاقات اجتماعية ايجابية مع الآخرين، كما ترتبط نوعية الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية" (Ryff et al., 2006, p. 73).

ويضيف "الخنجي" أن نوعية الحياة قد تعني أموراً مختلفة لأفراد مختلفين، فهي قد تعني العيش في أعلى درجات الرفاهية المادية لأشخاص، بينما تعني العيش بأمان وكفاف بالنسبة لآخرين، وبغض النظر عن معناها، فإن علم النفس باستطاعته المساهمة في تبينها وتوضيحها ودراستها وتحديد كيفية تتميتها، بالإضافة إلى بيئتهم ومحيطهم وكيفية تأثيرها ايجابيا في تعريف دورة نوعية الحياة والطريق

الموصل إليها، وعلم النفس الايجابي هو من أنسب العلوم النفسية للقيام بهذا الدور شبه الغائب عن معظم أفراد علم النفس الآخرين (الخنجي خالد، 2006، ص. 229).

وتعتبر منظمة (UNESCO) نوعية الحياة بأنها "مفهوم شامل يضم كل جوانب الحياة كما يُدركها الفرد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته، وبناء على ذلك فإن لنوعية الحياة ظروف موضوعية ومكونات ذاتية".

ويرى "حبيب" بأن نوعية الحياة هي "درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من النواحي النفسية، المعرفية، الإبداعية، الثقافية، الرياضية والجسمية والتنسيق بينها مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والانجاز، والتعلم المتصل للعادات والمهارات والاتجاهات، وكذا تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف، وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب للحياة، وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، واستمرارية في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما يُنمي مهارات الفرد النفسية والاجتماعية (حبيب مجدي، 2006، ص. 84).

ويرى "مصطفى الشرقاوي" نوعية الحياة بأنها "كل ما يفيد الفرد لتنمية طاقاته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات، واستخدام أساليب مواجهة ملائمة للمواقف الضاغطة والمبادرة لمساعدة الآخرين والتضحية من أجل رفاهية المجتمع، وهذه الحالة تتسم بالشعور، حيث يُنظر إلى نوعية الحياة من خلال القدرة على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الايجابية والاستقرار الأسري والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية، والتأكيد على أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤشرات القوية الدالة على نوعية الحياة" (مصطفى حسن، 2004، ص. 15).

في حين يشير "عزب" إلى أن نوعية الحياة تعتبر "مثل أعلى يصبو إليه كل فرد على أمل أن يحقق أهدافه بشكل أو بآخر، لكن لا ينجح في استكمال مكوناته أحد، فالكل يمكن أن يحقق جانب منه أو آخر، كما أن هذا المفهوم لا يرتبط في عموميته ببراء أو فقر ولا بعلم أو جهل ولا بمنصب أو جاه، فقد ينعم بجانب وفير من نوعية الحياة فقير في كوخ بسيط ويحصل على قوت يومه بالكاد هو وأسرته، وقد يُحرم منها ثريّ ذو حسب ونسب وجاه، وربما يمثل كل من الشعور الداخلي بالأمن والاطمئنان والرضا

عن الحياة وعن الذات وحب الناس جوانب مهمة لنوعية الحياة" (عزب حسام الدين، 2004، ص. 601).

ويرى كلٌّ من "أدموندز" و"ستيوارت براون" نوعية الحياة على أنها "حالة عامة من الاتزان الانفعالي، تتظّم إيقاع حياة الشخص في سياق علاقاته مع ذاته وعلاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين نتيجة سيطرة مشاعر الإقبال، الحيوية، الثقة، المرح، السعادة، الهدوء، حب الآخرين والاهتمام بهم على أسلوب حياتهم (رجيعة عبد الحميد، 2009، ص. 133).

3- من الرفاهية الذاتية، السعادة والرضا إلى نوعية الحياة:

في عام 1957 تم القيام بأول دراسة وطنية أمريكية، حيث تم دعوة المواطنين الأمريكيين للمشاركة في إجراء تقييم حول الرفاهية الذاتية لديهم (Bien-être). في وقت لاحق، ارتبط مفهوم الرفاهية الذاتية بأعمال "برادبورن" وزملائه (Bradburn & Caplovitz, 1965, Bradburn, 1969)، حيث أنه، وفقا لهذا الأخير، فإن الشعور بالرفاهية الذاتية يتكوّن من مجموعتين مختلفتين من العواطف وهما العواطف الإيجابية والعواطف السلبية، والتي يمكن أن تتغيرا بشكل مستقل عن بعضهما البعض. والشعور العام بالرفاهية الذاتية يرتكز ويتحدّد وفق الفرق بين مستوى كل نوع من هذه العواطف. أما مفهوم السعادة فهو ينطوي على عناصر المُتعة ويقترب بذلك من الشعور بالرضا، ومع ذلك فهو شعور أقل استقرارا وهذا راجع لكونه عُرضة للتقلبات المزاجية المستمرة. فالسعادة تتميز عن الرضا بطبيعتها العفوية والمتغيرة من وقت إلى آخر.

إن مفهوم الرضا غالبا ما يتضمّن عناصر من المُتعة، ومع ذلك، فهو لا يتمثّل في خبرات عفوية أو مشاعر وأحاسيس مُفرطة مؤقتة وعابرة. الشعور بالرضا يرتكز على عمليات معرفية، بمعنى أنه ينبع عن أحكام من أجل المقارنة بين ما يمتلكه الشخص وحالته الآنية وما يعتقد أنه يستحقه أو يسعى إلى تحقيقه ويطمح إليه بشكل معقول، فإذا كان هناك نسبة قليلة من الاختلافات بين الحالتين، يشعر الفرد بالرضا، أما إذا كان الفرق شاسع بينهما، فإن ذلك يؤدي إلى الشعور بعدم الرضا.

يرتكز تقييم نوعية الحياة على بُعد إدراكي وعاطفي، حيث يفترض (Campbell, 1981) أن الأفراد في المقام الأول لهم دوافع لرفع مستويات شعورهم بالرفاهية الذاتية وتحسينها، فهم يسعون لجعل حياتهم سعيدة ومُرضية قدر الإمكان، ونتيجة لذلك، فالشعور العام بنوعية الحياة يتحدّد إلى حد كبير من خلال رضا الأفراد عن تجاربهم وخبراتهم تُجاه المجالات والميادين المهمة في حياتهم. فمن وجهة النظر الذاتية للفرد، فإن تقييم نوعية حياته يغطي بشكل كبير مدى رضاه عن مختلف مجالات الحياة لديه. من ناحية أخرى، يرى العديد من الباحثين (Mason & Faulkenberry, 1978, Michalos, 1983, 1980) بأن التقييم الشخصي لنوعية الحياة يرتبط بتطلعات وآمال الفرد. فالفرضية السائدة في العديد من الدراسات مفادها أن الفجوة بين الظروف المعيشية الحالية والطموحات والآمال، تلعب دورا هاما للغاية في الطريقة التي ينظر بها الفرد ويقيّم مشاعر الرضا لديه، ونتيجة لذلك، نوعية حياته. (Mercier C. & Filion J., 1987, p.p. 136-137).

4- الاتجاهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة:

ليس من السهل تحديد مفهوم نوعية الحياة ووضع تعريف واضح ودقيق تنم الموافقة عليه من قبل جميع الدوائر العلمية. غير أن بعض الباحثين حاولوا صياغة نظريات لتفسير نوعية الحياة وتحديد العوامل الرئيسية المؤثرة فيها. من أهم الأطر النظرية المقترحة في هذا الاتجاه نجد النماذج التالية:

4-1- نموذج (Reich & Zautra, 1984): يستند هذا التصميم النظري على الاعتقاد بأن

نوعية حياة الفرد مرتبطة بأنواع الأحداث التي يواجهها، فهذا النموذج يركّز بصفة أساسية على التأثير العاطفي والإدراكي الذي تتركه مختلف الأحداث على نوعية الحياة. انطلاقا من هذا المنظور، يمكن تقسيم كيفية معاشة هذه الأحداث إلى مجالين متميزين، وهذا تبعا لما إذا كان الفرد سببا في وقوع هذه الأحداث، أو أن هذه الأخيرة تقع بشكل مستقل عن إرادته.

إن المبدأ الأساسي العام الذي يُدعم هذا الطرح هو مبدأ التحكم المعرفي والأسباب الداخلية والخارجية التي تدفع الفرد وتحفّزه للمشاركة في أعمال معينة. فالأفراد يفعلون الأشياء لأنهم يريدون القيام بها، ولحرية الاختيار هذه تأثير كبير على كيفية تفسيرهم لمسار حياتهم.

فالانفعالات والعواطف الإيجابية تميل إلى الارتباط بالأحداث التي يمارس عليها الفرد درجة كافية من التحكم. إضافة إلى ذلك، فإن الجهود التي يبذلها الفرد للتعامل مع متطلبات الحياة ودمج احتياجاته ورغباته في الحياة اليومية من أجل تحقيقها، لها نتائج ذات تأثير كبير على نوعية الحياة لديه، وبهذا فالأمر يتعلق بتحديد، في الحياة اليومية للأفراد، أنماط السببية تبعا لتسلسل الحدث- النشاط - النتيجة.

عمليا، يمكن تصور دور الأحداث في تحديد مستوى نوعية الحياة لدى الفرد كسيرورة تقييمية ذات ثلاثة عناصر. في البداية، هناك نوعان من الأحداث المحتملة: العوامل الضاغطة اللاإرادية والتي تنشأ عن متطلبات البيئة، والضغوط المختارة من قبل الفرد التي تمثل رغباته التي يسعى لتحقيقها. في حين يشير العنصر الثاني إلى الاستجابة (الردود) التي تصدر عن الفرد تجاه هذه الأحداث. وأخيرا، فإن الرضا أو عدم الرضا لدى الفرد من نتائج هذه الأحداث وآثار الردود والاستجابات على هذه النتائج عبارة عن مكون لهذه السيرورة التقييمية.

(Mercier C. & Filion J., 1987, p.p. 137-138).

4-2- الاتجاه النفسي: يركّز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقته بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لنوعية الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القويّة بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقيّة المؤشرات النفسية كلها عناصر تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد.

كما يُنظر إلى مفهوم نوعية الحياة وفقا للمنظور النفسي، على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكوّن من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية.

ويرى البعض أن جوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكوّن أساسي لنوعية الحياة، وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية "أبراهام ماسلو"، والذي صنّف الحاجات إلى خمسة مستويات (الحاجات الفيزيولوجية، الحاجة للأمن الحاجة للانتماء، الحاجة لتقدير الذات، الحاجة لتحقيق الذات).

وكلما انتقل الانسان إلى مرحلة جديدة من الحاجات، فُرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلحّ على الاشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا "في حالة الإشباع" أو عدم الرضا "في حالة عدم الاشباع" وهو الأمر الذي يحدّد مستوى معيّن من نوعية الحياة.

ومن هنا نستطيع أن نقول أن نوعية الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وكذا إدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية وإحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الانسان والقيم السائدة في المجتمع.

وفي نوعية الحياة يتطلب الاستمتاع بالأشياء بشكل تراكمي أن يفهم الإنسان ذاته وقدراته، ويحقّق اهتماماته وطموحاته في تفاعل وانهماك يمكنه من التغلب على مشكلات الحياة وتحديد معنى وهدف يسعى دوماً لبلوغه، ولا يدخر جهداً في الاندفاع التام تجاه تحقيقه (الشرافي مازن، 2012، ص. 72).

3-4- نموذج (Bubolz et coll., 1980): إن الإطار المفاهيمي لهذا النموذج مُستوحى

إلى حدّ كبير من المبادئ الأساسية للإيكولوجيا الحضرية. فمن وجهة نظرهم، تتمثّل نوعية الحياة، بالمعنى العام، في مستويات الرفاهية الذاتية للأفراد ضمن البيئة المحيطة التي يعيشون فيها. فنقيّم الفرد الذاتي لنوعية حياته، ترتكز خاصة على درجة تحقيق وإرضاء احتياجاته المادية، البيولوجية، النفسية، الاقتصادية والاجتماعية الأساسية، هذه الاحتياجات التي يتم تلبيتها من موارد البيئة المتاحة في المحيط. انطلاقاً من ذلك، فنوعية الحياة ترتكز على مدى قدرة البيئة على توفير الموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات الأساسية للأفراد.

4-4- نموذج (Bigelow et coll., 1986): يستند هذا النموذج على نظريتين: نظرية

نوعية الحياة ل (Bigelow et coll., 1982) ونظرية الأدوار ل (Sarbin & Allen, 1986)، حيث أن نوعية حياة الفرد، وفق هذا النموذج، تستند على عنصرين أساسيين هما: الشعور العام بالرفاهية الذاتية (تلبية الاحتياجات الرئيسية للفرد) ومستوى الأداء (تحديث مهاراته وتطويرها). فأهم هذه الاحتياجات مأخوذة من نظرية (Maslow, 1943)، المتمثلة خاصة في الاحتياجات الأساسية (الفيزيولوجية والمتعلقة بالأمن)، واحتياجات الانتماء، الاحترام والتقدير، الاستقلال وتحقيق الذات، حيث

أن البيئة توفر فرصا لتلبية هذه الاحتياجات، كالإمكانيات المادية (الطعام، السكن...) والفرص الاجتماعية (الأصدقاء والعلاقات، الزواج، العمل...).

(Mercier C. & Filion J., 1987, p. 137).

4-5- المنظور المعرفي (Cognitive Perspective):

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدّد درجة شعوره بنوعية حياته.

الثانية: وفي إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا

من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة.

وفق ذلك، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة هما:

4-5-1- نظرية "لاوتن" (Lawton Theory, 1996): طرح "لاوتن" مفهوم طبعة البيئة

(Environmental Press) ليوضّح فكرته عن نوعية الحياة، والتي تدور حول الآتي:

أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

◀ **الظرف المكاني:** إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية حياته، وطبعة

البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة

مثلا، والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي

يعيش فيها.

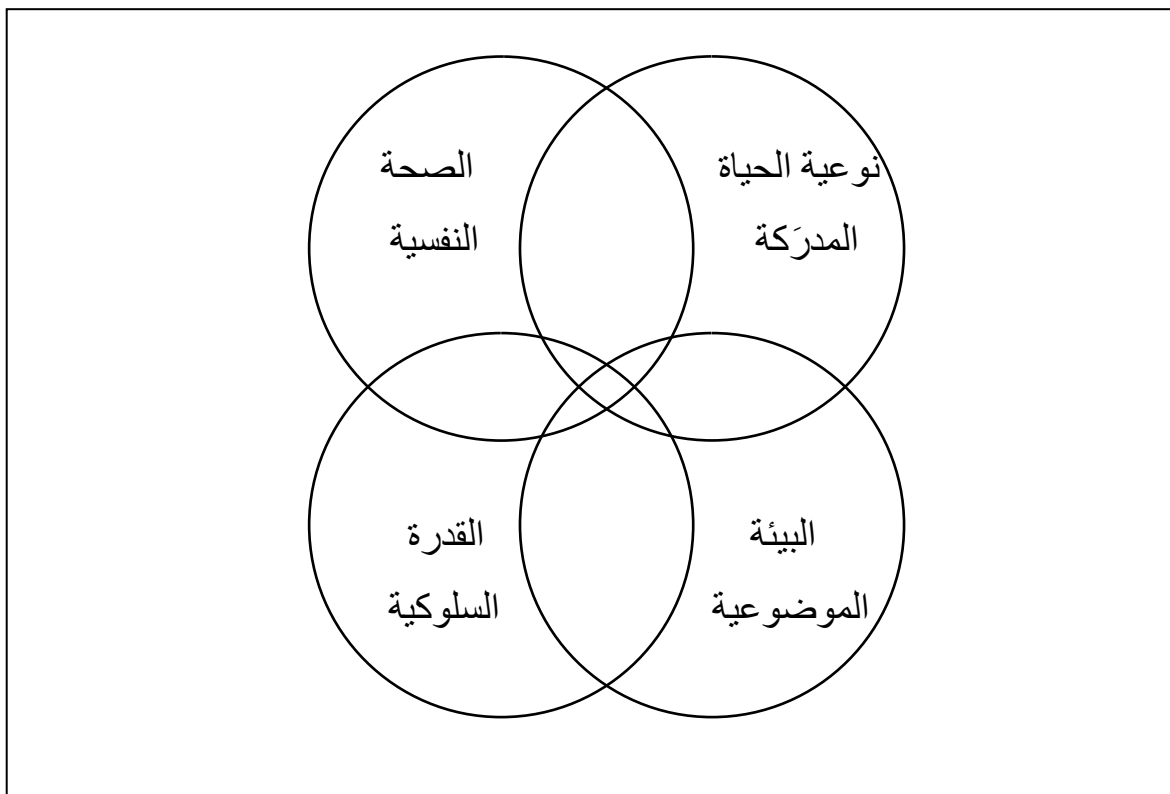
◀ **الظرف الزمني:** إذ أن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر ايجابية

كلما تقدم في العمر، فكلما مضى الوقت كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي

يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بنوعية الحياة.

وبيّن الشكل رقم (09) أثر طبعة البيئة على إدراك الفرد لنوعية حياته، وتأثر قدرته السلوكية

والصحة النفسية بهذا الأثر.



شكل رقم (09): نوعية الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة.

4-5-2- نظرية "شالوك" (Schalok Theory, 2002) :

قدّم "شالوك" (Schalok, 2002) تحليلاً مفصلاً لمفهوم نوعية الحياة على أساس أنه مفهوم مكوّن من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكوّن بدوره من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تقرير درجة شعور الفرد بنوعية الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور، فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته.

ويوضح الجدول رقم (01) تفصيلات نظرية "شالوك" لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال

من هذه المجالات.

جدول رقم (01): مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية "شالوك".

المجالات							
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين شخصية	السعادة الوجدانية
الحقوق الفردية	التكامل	الاستقلالية	الصحة	التعليم	الحالة المادية	التفاعلات	الرضا
حقوق الجماعة	الترباط الاجتماعي	الأهداف	الأنشطة اليومية	الكفاءة الشخصية	العمل	العلاقات	مفهوم الذات
القانون والعمليات الواجبة	الأدوار المجتمعية	الاختبارات	وقت الفراغ	الأداء	المسكن	المساندة	انخفاض الضغوط

(عناد مبارك، 2012، ص. ص. 723-725).

4-6- الاتجاه الطبي: لقد بدأ الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة في المجال الطبي، حيث لاحظ

الأطباء العلاقة بين الحالة الصحية للفرد ونوعية الحياة لديه من خلال معايير النوعية في الرعاية الصحية، وضرورة الاهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يُدرك المريض نوعية الحياة من خلال معايير النوعية في رعاية الصحة بصورة تختلف عن الأسوياء، والعمل على تنمية شبكة العلاقات الاجتماعية لديهم من خلال تدخلات واستراتيجيات فعالة، ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين نوعية حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة (جسمية، نفسية أو عقلية) وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية (هشام عبد الله، 2008، ص. 146).

4-7- نموذج (Abbey & Andrews, 1985):

يهدف الإطار المفاهيمي لهذا النموذج إلى تسليط الضوء على العلاقة التي تربط بين الرفاهية الذاتية المدركة من طرف الفرد، والمفاهيم الناتجة عن حركة المؤشرات الاجتماعية والمفاهيم الأساسية التي يدرسها علم النفس. ولقد كانت الأعمال التي قام بها كلٌّ من (Costa & McCrea, 1980)، (Kamman et al., 1979)، (Dupuy, 1977) بمثابة نقطة الانطلاق التي يركز عليها هذا النموذج النظري.

يفترض هؤلاء الباحثون سلسلة من التفاعلات بين عدّة متغيرات، حيث أن تفاعل الأفراد مع محيطهم الاجتماعي يؤثر على عدد من العوامل السيكو اجتماعية لديهم، هذه الأخيرة التي تؤثر على الحالة الداخلية للاكتئاب والقلق، وهذا بدوره ما سيؤثر على شعورهم بالرفاهية الذاتية.

وبذلك، فالعناصر الأساسية التي تبني هذا النموذج هي كالتالي: خمسة مفاهيم سيكو اجتماعية (الضغط النفسي، تحكّم الفرد في حياته الخاصة، مدى تحكّم الآخرين في حياة الفرد، الدعم الاجتماعي ومستوى الأداء)، واثنين من المفاهيم النفسية (الاكتئاب والقلق) وخمسة تقييمات منفصلة لنوعية الحياة.

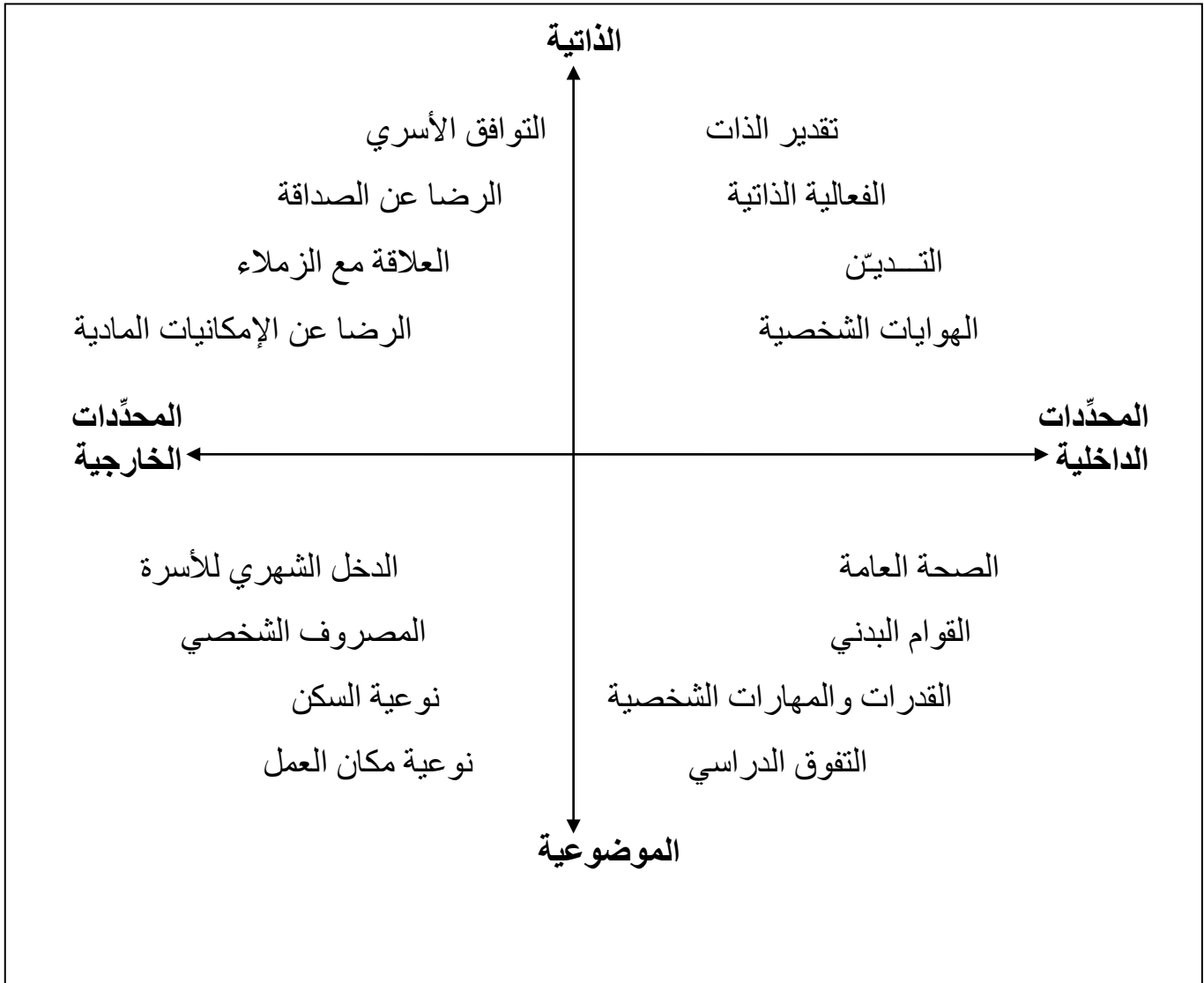
استنادا إلى ما تقدّم، يشير هؤلاء الباحثون إلى أن الضغط المهني، التحكّم المدرك، الدعم الاجتماعي ومستوى الأداء كلها عناصر تؤثر على القلق والاكتئاب لدى الفرد، وأن هاتين الحالتين العاطفتين بدورهما يؤثران على نوعية الحياة لديه. فالقلق والاكتئاب من الآثار السلبية التي لها تأثير مباشر على عنصر الانفعالات السلبية لنوعية الحياة.

بشكل عام، أشارت مختلف نتائج الدراسات التي اتّخذت هذا النموذج كخلفية نظرية، إلى أن الضغط النفسي والاكتئاب يرتبطان ارتباطا وثيقا بالإدراك السلبي لنوعية الحياة، أما مركز الضبط الداخلي، مستوى الأداء والدعم الاجتماعي فإلّا يرتبط بشكل معتدل بتصورات إيجابية عن نوعية الحياة، في حين كانت علاقات التحكّم الداخلي والدعم الاجتماعي ومستوى الأداء مع العواطف الإيجابية أقوى من علاقات هذه المتغيرات مع العواطف السلبية.

(Mercier C. & Filion J., 1987, p.p. 137-138).

4-8- النموذج النظري العربي لنوعية الحياة:

قدّم "أبو سريع" وآخرون (2006)، نموذجا لتقدير وتفسير نوعية الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة فيها، وهي موزعة على بُعدين متعامدين، كما هو موضّح في الشكل رقم (10).



شكل رقم (10): تصوّر "أبو سريع" وآخرون لمحددات نوعية الحياة.

ويمكن تفسير الشكل رقم (10) كالآتي:

- ◀ أن البُعد الأفقي يشمل قطبي توزيع محدّات نوعية الحياة، كونها من داخل الشخص أو خارجه، وتسمى "بُعد المحدّات الشخصية الداخلية" في مقابل "بُعد المحدّات الخارجية".
- ◀ أن البُعد الرأسي يمثّل توزيع تلك المحدّات وفق قياسها وتحققها، وهي تتوزّع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تُتيح للفرد موازنة نفسه مع غيره أو بمتوسط جماعته المعيارية.

وفق هذا التصور، فإن مصطلح نوعية الحياة يمثل ظاهرة متعدّدة الجوانب (صحية، اجتماعية، اقتصادية ونفسية) تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلا عن النظام السياسي، والتقاليد الاجتماعية، ومفهوم الرفاهية، ومعتقدات الأفراد المختلفة. كما تتمثل نوعية الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو معنوية، كما أن نوعية الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

◀ الرضا والقناعة.

◀ التوافق الشخصي، الاجتماعي، الصحي والأسري.

◀ درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن.

◀ مفهوم الذات والوعي بها.

◀ درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر (عناد مبارك، 2012، ص. ص. 729-731).

5- أبعاد نوعية الحياة:

لقد أقرت المنظمة العالمية للصحة أن نوعية الحياة تشير إلى التكامل الذي يمكن أن يحققه الإنسان أو المؤسسات في الأبعاد التالية:

◀ **البُعد الجسمي:** ويوضح هذا البُعد كيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة، النوم والتخلص من التعب...

◀ **البُعد النفسي:** ويتكوّن من المشاعر والسلوكيات الايجابية، تركيز الانتباه، الرغبة في التعلم والتفكير والتذكّر، تقدير الذات، اهتمام الانسان بمظهره وصورة الجسم ومواجهة المشاعر السلبية...

◀ **البُعد الاجتماعي:** ويتضمّن هذا البُعد العلاقات الشخصية والاجتماعية، الدعم الاجتماعي والزواج الناجح مع تأكيد التوافق الزوجي...

◀ **بُعد الاستقلالية:** تزداد نوعية الحياة كلما ارتفعت مقدرة الفرد على الاستقلالية، بمعنى أن سعادته ومصيره يجب أن يكونا تحت سيطرته ولا يتحكّم فيهما الآخرون، ويتضمّن ذلك البُعد كلّ من حرية الحركة التي يتمتع به الفرد في حياته، أنشطة الحياة اليومية التي اعتاد القيام بها ودرجة الاعتماد على المواد المؤثرة نفسيا (الكحوليات، المخدرات، أنواع التبغ)...

◀ **البُعد الروحي:** التدين، المعتقدات الشخصية، مدى الالتزام الأخلاقي، معرفة الدين الصحيح، تحقيق السعادة الروحية من خلال العبادات (السوسي أسماء وآخرون، 2016، ص. ص. 395-396).

وهناك من يحدّد نوعية الحياة في بُعدين (مدخلين) أساسيين هما:

◀ **البُعد البيئي لنوعية الحياة:** كانت الدراسات الأولى التي أُجريت على نوعية الحياة تهتم بمواضيع قريبة من البرامج السياسية مثل: التلوث ومختلف الأضرار التي يمكن أن تتجم عن البيئة، الجريمة، الجنوح، الدخل، مدى توفر شروط الرفاهية المادية، المؤشرات الاجتماعية... حيث كانت هذه الدراسات تركز أساساً على معايير موضوعية، وهكذا، فقد كان من الممكن المقارنة بين أفضل المدن التي توفر شروط معيشية تُحقّق مستويات جيّدة من نوعية الحياة، أو تصنيف البلدان والمجتمعات فيما بينها بهذا الشأن.

فيما بعد، تم إطلاق دراسة كبيرة في عام 1969 من قِبَل الهيئة الأمريكية للصحة والتعليم، والتي أسفرت على نتيجتين مهمتين أدتا إلى إعطاء بعد جديد لنوعية الحياة غير جذريا النظرة التي كانت سائدة حول هذا المفهوم. من جهة، لم يتم إيجاد علاقة بين الظروف المعيشية الموضوعية التي تمت دراستها والتجربة الحياتية المدركة للأفراد، فمن هذه النتيجة، ظهرت مقاربة جديدة لنوعية الحياة التي أُطلق عليها تسمية نوعية الحياة المدركة أو الذاتية.

أما النتيجة الثانية، فلقد أشارت إلى أنه لم تكن هناك علاقة تربط بين تقييم المراقب الخارجي وتقدير الأفراد المعنيين أنفسهم لنوعية حياتهم، أي أنه إذا أراد الباحث أن يدرس نوعية الحياة الذاتية أو المدركة، فليس هناك سوى فرد واحد يمكنه أن يحدّد إن كانت حياته ذات نوعية أم لا وهو: الفرد نفسه، وهذه الحقيقة تعكسها إحدى المقالات التي نشرها كلٌّ من (Irwin & Kamman) والتي كان عنوانها "إذا كنت تريد أن تعرف مدى سعادتي، فما عليك إلا أن تسألني".

◀ **البُعد الصحي لنوعية الحياة:** عندما أعلنت منظمة الصحة العالمية أن الصحة ليست مجرد غياب للمرض، فإن الباحثين في مجال الطب سعوا لاستكشاف مكونات أخرى للصحة ولم يقتصروا في دراساتهم فقط على الأعراض، معدّل حدوث وانتشار الأمراض أو نسبة الوفيات. وهكذا، ظهر مفهوم "الوضعية الصحية" (Health Status) والذي سيؤدّي بدوره لاحقاً إلى بروز مفهوم "نوعية الحياة المتعلقة بالصحة" (Health Related Quality of Life).

وهكذا ظهر اهتمام جديد بالآثار المترتبة عن الاضطرابات الوظيفية على الصحة. في البداية، تم التركيز على القدرات الوظيفية للجسم (مدى القدرة على الحركة والتنقل، مدى القدرة على أداء مختلف أنشطة الحياة اليومية...)، فيما بعد اهتمت العديد من الدراسات بالجانب الاجتماعي للقدرات الوظيفية من خلال التركيز على "الأدوار الاجتماعية" مثل العمل والتفاعلات الاجتماعية. أخيراً، في نهاية الثمانينات، دخل البُعد النفسي والعقلي في مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، وهذا من خلال الاهتمام بالقدرات الذهنية التي تمثلت في البداية في آثار الشيخوخة والتأخر العقلي، ثم تأثير الأمراض النفسية والعقلية على حياة الفرد.

إضافة إلى ذلك، ظهر مفهوم آخر حظي باهتمام الباحثين وتم اعتباره كمعيار أساسي في دراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، والذي يتمثل في الاستقلالية أي قدرة الفرد على أداء أدواره المنوطة إليه والاعتناء بنفسه والقيام بمختلف نشاطاته اليومية، دون حاجته إلى مساعدة الغير أو تبعيته لهم.

لقد أدت هذه المقاربة إلى قيام المنظمة العالمية للصحة بإعداد تصنيف حول أهم الاضطرابات الوظيفية التي من شأنها التقليل من استقلالية الأفراد، وبالتالي التأثير السلبي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديهم والتي تتمثل في:

◀ **النقص:** يتمثل في خلل أو نقص لإفراز أي مادة حيوية في الجسم أو حدوث ضرر لبنية أو وظيفة جسمية.

◀ **العجز:** وهو يشير إلى انخفاض في قدرات الفرد على الأداء الطبيعي لأي نشاط، أو القيام به لكن بصعوبة.

◀ **الإعاقة:** أي عندما يفقد الفرد القدرة على أداء دور أو القيام بنشاطات طبيعية وذلك بصفة كلية، مثل عدم القدرة على المشي أو الكلام...

(Corten P.H., 1998, p.p. 05-07).

6- مؤشرات نوعية الحياة:

بالرغم من أن التعريف الذي صاغته المنظمة العالمية للصحة يفتح المجال لتقييم نوعية الحياة على مدى أوسع وفي مختلف المجالات، إلا أن هذا التعريف الواسع، في نظرة بعض الباحثين، يبقى غامض وغير محدد بدقة، وهذا ما يصعب إمكانية التوصل إلى اتفاق شامل حول هذا المفهوم.

ومع ذلك، فلقد ظهرت العديد من المحاولات، مثل النموذج الذي اقترحه (Schalock, 1993) الذي سعى إلى تناول مفهوم نوعية الحياة من منظور شامل، والأخذ بعين الاعتبار الجانب متعدد المؤشرات لهذا المفهوم، حيث قام ببنائه على أربعة مؤشرات رئيسية التي تتمثل في:

6-1- الرضا: الذي ينجم عن تلبية الحاجات والرغبات وتحقيقها، والشعور بالرفاهية الذاتية في

الوسط الذي يعيش فيه الفرد، وهذا على المستوى الاجتماعي، الصحي، المهني، الثقافي...

على وجه التحديد، يرتبط الرضا مع السعادة والمتعة، الخبرات الشخصية والمشاعر الايجابية المرتبطة بالمواقف الاجتماعية والحياة بشكل عام.

6-2- الكفاءة والإنتاجية: التي تشير إلى العمل مقابل أجر أو العمل الذي يساهم به الفرد

لمصلحة المجتمع.

6-3- الاستقلالية وعدم التبعية للآخرين: أي مدى قدرة الفرد على تلبية حاجاته الشخصية،

أداء مختلف النشاطات اليومية والأدوار المنوطة به، وكذا التحكم في عوامل البيئة والمحيط التي يعيش في وسطها، وإمكانية اتخاذ القرارات المتعلقة بخياراته بنفسه.

6-4- الشعور بالانتماء والقدرة على الاندماج الاجتماعي: أي مدى قدرة الفرد على العيش

بانسجام وسط مجتمعه، والمشاركة في الأنشطة التي تهتم المجتمع وتعود بالفائدة عليه، واستخدام الموارد الاجتماعية المتوفرة والاستفادة منها، كما يشير أيضا إلى إمكانيات الفرد لربط علاقات ايجابية مع الآخرين وامتلاك شبكة اجتماعية توفر له الدعم عند الحاجة (Schaloc R. L., 1993, p. 142).

وعلى النقيض من هذا المنظور، توجد طرق أخرى لتقييم نوعية الحياة تعتمد خاصة على حساب الناتج المحلي الخام (PIB) للفرد الواحد على مستوى المجتمع.

يقترح هذا النموذج الذي قدمه كل من (Sen & Ul Haq, 1990) لبرنامج الأمم المتحدة من أجل التنمية (PNUD)، يقترح مؤشر التنمية البشرية (IDH) كدليل إحصائي مركب لنوعية الحياة، يتم حسابه على أساس متوسط ثلاثة مؤشرات فرعية والتي تتمثل في: الصحة ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة، المستوى المعرفي والتعليمي ومستوى الحياة الذي يسمح به الدخل.

في هذا النموذج، تركز مؤشرات الصحة ومتوسط العمر المتوقع على تلبية الاحتياجات الفيزيولوجية والمادية الأساسية خاصة: الحصول على تغذية صحية، مياه صالحة للشرب، سكن لائق، العيش في وسط يتوفر على شروط النظافة الصحية والرعاية الطبية الملائمة، في حين يتم قياس المؤشرات المعرفية والتعليمية وفقا لمعدل محو الأمية لدى الأشخاص الكبار ونسبة التعليم الإجمالية (الخاصة بأطوار التعليم الابتدائي، الثانوي والجامعي)، كما تعكس أيضا تلبية الاحتياجات المعرفية، مثل القدرة على المشاركة في صنع القرار في مكان العمل والمجتمع، أما مستوى المعيشة فيتم حسابه بلوغاريتم الناتج المحلي الخام على عدد أفراد المجتمع الذي يسمح بمعرفة القدرة الشرائية، بما في ذلك عناصر نوعية الحياة التي لم يتم إدراجها في المؤشرين السابقين، مثل مدى توفر وسائل النقل والمرافق الثقافية، حيث يتم حساب هذه المعادلة اللوغاريتمية بالصيغة التالية: $(IDH = A+D+E/3)$ ، بحيث: A يمثل العمر المتوقع، B يمثل التربية والتعليم، و E يمثل مستوى المعيشة (Ferron M., 2011, p. 07).

7- نوعية الحياة كمنظور شامل:

إذا كانت نوعية الحياة المتعلقة بالبيئة أو المحيط ذات صلة مع البرامج السياسية التي تم صياغتها من أجل تحسين الظروف المادية والاقتصادية للأفراد، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة قد نبعت من عالم الطب، فلقد ظهر المنظور والتناول الشامل لنوعية الحياة في المجال السيكو اجتماعي.

لقد أثرت أعمال (Campbell) منذ عام 1976، بعمق على الأبحاث في مجال نوعية الحياة، من خلال تقديم نموذج ينظّم هذا المصطلح حول مفهوم الرضا تُجاه ميادين الحياة المختلفة.

وقد عمل (Andrews) على جعل نموذج (Campbell) أكثر إجرائية، حيث أكد على أن بُعد الرضا هو المؤشر الأكثر صلاحية، لما يتضمّنه من توازن في الجوانب العاطفية والمعرفية لنوعية الحياة. كما أوضح أهمية الاقتراب أكثر والأخذ في الاعتبار كل الأبعاد المتعلقة بنوعية الحياة بدلا من الاكتفاء بمجرد القياس السطحي لها، وهذا ما يسمح بتسليط الضوء على التأثير الكبير للعامل الذاتي والمعرفي على مستويات نوعية الحياة. كما أشار أيضا إلى أن عنصر الرضا يشتمل على كل من التطلعات، الآمال والتوقعات التي تتركز حول مرجعية مزدوجة: الذات والآخرين.

(Corten P.H., 1998, p.p. 09-12).

جدول رقم (02): أهم نماذج وعوامل قياس نوعية الحياة المدركة لدى الفرد.

العوامل		النموذج
<ul style="list-style-type: none"> - الرضا عن الخدمات المتوفرة - الاشتغال والعمل - المحيط السكني - الدعم الاجتماعي / الأمن 		نموذج (Halpern, Nave, Close & Nelson, 1986)
<ul style="list-style-type: none"> - إدراك الفرد لحياته الذاتية - سلوكيات الفرد تُجاه العوامل البيئية 		نموذج (Parmenter, 1988)
عوامل ذاتية	عوامل موضوعية	نموذج (Brown, Bayer & MacFarlane, 1989)
<ul style="list-style-type: none"> - الرضا عن الحياة - الرفاهية الذاتية النفسية - إدراك الحاجات والمهارات - والقدرات 	<ul style="list-style-type: none"> - الدخل - عوامل المحيط - الحالة الصحية - تطور القدرات والمهارات - والتحكم فيها 	
<ul style="list-style-type: none"> - استقلالية الفرد وعدم تبعيته للآخرين - القدرة على الانتاجية - مدى الاندماج في الوسط الاجتماعي - الرضا 		نموذج (Schalock, Keith & Hoffman, 1990)
<ul style="list-style-type: none"> - الرضا عن شروط وظروف الحياة والمحيط 		نموذج (Bortwick-Duffy, 1991)
<ul style="list-style-type: none"> - العلاقات التفاعلية - التوازن بين متطلبات المحيط والخصائص الشخصية - الحاجات الشخصية المدركة وموارد المحيط الاجتماعي 		نموذج (Goode, 1991)

(Schaloc R. L., 1993, p. 139).

II- نوعية حياة العمل:

1- مفهوم نوعية حياة العمل: تُعد نوعية الحياة في العمل السائدة في المنظمات أحد مصادر رضا الأفراد العاملين، ومؤشرا للمناخ الخاص الذي تتميز به منظمة عن غيرها من المنظمات الأخرى، لذا فإن تحسين نوعية حياة العمل بأبعادها النفسية والاجتماعية والطبيعية تشكل مسؤولية اجتماعية وأخلاقية تتحملها المنظمات، ويتفق الباحثون في مجال إدارة الموارد البشرية على أن كفاءة الإدارة في تحمّل هذه المسؤولية يمكن أن ينعكس بنتائج ملموسة على جهود المنظمة من حيث النمو والازدهار والتكيف مع متطلبات البيئة، فجاح المنظمة بتهيئة نوعية مناسبة من حياة العمل يمكن أن يساعدها في إطلاق طاقات أفرادها العاملين تحقيقا لهدف زيادة الانتاجية كما ونوعا (الهيبي عبد الرحمان، 2003، ص. 275).

بحسب ما أوردت العديد من الأطر المفاهيمية التي تناولت مفهوم النوعية، نجد أن تحقيقها يتمثل أولاً في تحقيق حالة الرضا الذاتية لدى متلقي الخدمة، وأن العنصر البشري هو الأهم في تحقيق مفهوم نوعية حياة العمل باعتباره الوعاء الحاضن للمفاهيم والشعور بها، وهذا ما بيّنه (Che Rose, 2006) حيث اعتبر أن نوعية حياة العمل ما هي إلا فلسفة تتكون من عدد من المبادئ التي تشير إلى أن الأفراد هم أكثر المصادر أهمية في المنظمة، ف لديهم القدرة على عمل الاسهامات القيّمة والجيدة داخل المنظمة لتحقيق أهدافها، وتتضمن نوعية حياة العمل لدى الأفراد عدّة جوانب منها: المهمة المطلوبة، بيئة العمل المادية، البيئة الاجتماعية داخل المنظمة، النظام الإداري والعلاقة بين حياة العاملين بالوظيفة وحياتهم الخاصة (اشتويوي، 2014، ص. ص. 21-22).

وكلما استطاعت الإدارة وضع البرامج الكفيلة بالسيطرة على/أو إزالة كل ما من شأنه عرقلة عمل الموظفين أثناء أداءهم للعمل، وتوفير ظروف العمل المناسبة لهم ومن ثمّ التعامل معهم باحترام وثقة عالية بقدراتهم، تكون قد بنت لنفسها بيئة عمل جيدة في أذهان العاملين وولدت لديهم القناعة والرضا والتوجه العالي نحو العمل، وتكون النتيجة نجاحات متواصلة بالمنظمة في عالم فيه من التنافس الشيء الكثير (مؤيد سعيد، 2009، ص. 350).

2- تعريف نوعية حياة العمل: بالنسبة إلى (May et al.) هي "ظروف بيئة العمل الملائمة التي تعزّز رضا الموظفين من خلال منحهم المكافآت، تحقيق الأمن الوظيفي وفرص النمو والتقدم لديهم. (May B.E. et al., 1999, p. 04).

اقترح (Martel & Dupuis, 2006) تعريفا يسعى إلى التوفيق بين مختلف التعريفات التي قدّمها العديد من الباحثين، حيث يعتبران بأن نوعية الحياة في العمل تعكس المستوى الذي يبلغه الفرد في السعي الديناميكي والمتواصل إلى تحقيق أهدافه المرتبة حسب الأولوية داخل مجالات عمله، حيث أنه كلما تم تقليص الفجوة التي تفصل الفرد عن أهدافه كلما أدى ذلك إلى تأثير إيجابي على نوعية الحياة العامة لديه، على الأداء التنظيمي، وبالتالي، على السير العام للمؤسسة التي ينشط فيها".

في حين عرّف قاموس الأعمال (Business Dictionary, 2008)، نوعية الحياة في العمل بأنها "درجة الرضا الشخصي في العمل، هذا الرضا الذي يعكسه مدى شعور الموظف بالقيمة، المكافأة، التحفيز، مشاركته في التشاور واتخاذ القرارات وتمكينه من تطوير معارفه ومهاراته في مجال العمل. كما أن نوعية الحياة في العمل تتأثر بعوامل عديدة مثل الأمن الوظيفي، فرص التدرج المهني والترقية، تطوير القدرات والتكوين، ظروف ومحيط العمل ومدى التوازن حياة مهنية- حياة يومية".

فهذا التعريف يُسلط الضوء على عامل مهم وهو الرضا المهني الذي يُعتبر أساساً لنوعية الحياة في العمل، وأن الرضا يرتبط بالحاجة إلى التقدير والإنجاز وتحقيق الذات في ميدان العمل. كما أشار أيضاً هذا التعريف إلى أهمية العوامل التنظيمية وظروف العمل والأمن والسلامة المهنية، وهي كلها متغيرات تؤثر على المستوى النهائي لنوعية الحياة في العمل لدى الفرد.

(Bellagamba G., 2016, p. 91).

وهي ظروف عمل جيدة، إشراف مناسب، مرتبات، مكافآت مادية كافية، مقدار الاهتمام، علاقات تسمح بقدر من المشاركة في صنع القرارات، الاحساس بأداء دور في تحقيق النتائج التنظيمية.

(Werther & Davis, 2002, p. 502).

لقد ركّز (Lawler, 1971) على مفهوم نوعية حياة العمل كونه يتضمّن تصورات وإدراكات العاملين حول البيئة المادية والمعنوية للعمل، وتمثّل مكونات البيئة المادية والمعنوية مجموعة من العوامل من أهمها: المزايا والفوائد، أنظمة الحوافز والمكافآت، الأمن الوظيفي، المشاركة في صناعة القرارات، الرضا الوظيفي، كما حدّد (Casio, 1986) مؤشرات نوعية حياة العمل بالرضا الوظيفي، القدرة على الوفاء بالالتزامات، توفر العلاقات الانسانية، قلة الشكاوي والتظلمات، انخفاض الغيابات ومعدّل الدوران الوظيفي وأن مكونات بيئة عمل ذات نوعية ومؤشرات النوعية للمؤسسات التي تسعى إلى إحداث التطوير

التنظيمي وفق الأساس المعرفي الذي سبق تحديده، يتطلب إجراءات تُركّز أساساً على إعادة تصميم الوظائف لتحسين الأداء التنظيمي ودعم الاستراتيجية التنظيمية (بن خالد، 2015، ص. ص. 118-119).

يُعرّف (Cascio) نوعية حياة العمل بأنها "تصورات الموظفين بشأن بيئة العمل هل هي آمنة، هل تحقق الرضا لديهم، هل تحقق التوازن بين حياتهم الشخصية والوظيفية، وهل تحقق لهم فرص للتعلم والنمو والتطور والاعتراف وتقدير الذات" (Cascio, 2010, p. 24).

3- الخلفية التاريخية لنوعية حياة العمل:

لقد بدأ الاهتمام بظروف وبيئة العمل في أواخر القرن التاسع عشر، حيث أنه في ذلك الوقت بُذلت جهود من أجل تحسين حالة العمال، المكافآت والأجور وتقاسم عادل لعائدات الشركة، حيث تُعتبر الآن هذه المبادرات المبكرة بمثابة الأسس الأولى لظهور وتطور مفهوم نوعية الحياة في العمل.

مرّت عدّة سنوات قبل أن تُبدي العلوم الاجتماعية اهتماماً خاصاً تجاه ميدان العمل، وبشكل أدق دراسة العلاقة بين سلوك ومواقف العمال وبين معدّل الإنتاجية. وفي هذا الإطار، قام العالم (Elton Mayo) عام 1933، وهو مختص في علم النفس، بإجراء دراسة في شركة كهربائية تُسمى (Western Electric Hawthorne) بهدف التحقق من تأثير بيئة ومحيط مكان العمل على مستوى الأداء (الإنتاجية) لدى العمال، حيث أن هذه الدراسة كانت كمنطلق لبداية حركة سعت إلى جعل ظروف العمل أكثر إنسانية (Humanisation des conditions de travail).

(Hébert N. B., 2014, p. 11).

ولقد ظهرت هذه الحركة في الولايات المتحدة الأمريكية على أساس المرجعيات والنظريات الاجتماعية التي تدعو إلى إنسانية المحيط المهني، مما وادّ الدعوة إلى تبني أسلوب التعاون في تسيير بيئة العمل، وإنشاء لجان مختلطة على جميع الأصعدة والمستويات لتشخيص وإيجاد حلول للمشاكل، مثل إنشاء برامج المشاركة في إطار عقود التفاوض بين شركة "جنرال موتورز" واتحاد عمال السيارات، أين ظهر مفهوم نوعية الحياة في العمل (Quality of work life) والذي سعى إلى إرضاء طموح العاملين وتطويرهم ضمن محيط عملهم، وذلك انطلاقاً من المعلومات والمعارف اللازمة لاتخاذ القرارات (بن خالد، 2015، ص. 119).

انطلاقاً من سنة 1950، (فترة ما بعد الحرب) ظهرت النزعة إلى اعتبار العمل بكونه ليس مجرد مصدر رزق، ولكن كنشاط يجب أن يكون له معنى، يتوفر على شروط الاستقلالية والتحديات وفُرص لتحقيق الذات. في هذه الفترة، بدأت النظرة تُجاه العمل تتغير تدريجياً في البلدان الصناعية.

إلا أن الازدهار الحقيقي لمفهوم نوعية الحياة في العمل كان في الستينيات من القرن الماضي، حيث شجعت السياسة الاجتماعية الديمقراطية التي تبنتها الحكومة السويدية على اتباع نهج لتغيير ظروف العمل تُجاه تعزيز رفاهية العامل أثناء أداء وظائفه. وقد بذلت هولندا والدنمارك وفرنسا وإيرلندا وإنجلترا والنرويج جهوداً أخرى في هذا الاتجاه.

أما في الولايات المتحدة الأمريكية، في نفس الوقت تقريباً، تبنت شركة (General Motors) سياسة كان هدفها شعور موظفيها بالرضا في مكان العمل وهذا من أجل زيادة إنتاجيتهم، حيث أنه في ذلك الوقت بالتحديد ظهر مصطلح نوعية الحياة في العمل لأول مرة. لذلك، في نهاية الستينيات، ركزت الجهات الفاعلة الرئيسية في عالم الشغل (الهيئات العلمية، أرباب العمل، النقابات) على تحديد شروط من أجل التوفيق بين أهداف وتطلعات الجميع.

ابتداءً من عام 1970، أُجريت العديد من البحوث في هذا الإطار، والتي ركزت على تحديد مفهوم واضح ومتفق عليه في مختلف الأوساط ذات العلاقة بميدان العمل حول نوعية الحياة المهنية، وكذا العمل على تحسينها وتطويرها بصفة مستمرة. ولهذا الصدد، تم تنظيم أول مؤتمر دولي عام 1972 حول نوعية حياة العمل في نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تركز هدفه حول تنسيق جهود الأبحاث (بناء وتفعيل مجموعة من النظريات، تبادل المعرفة والمعلومات والخبرات...)، وكُلل بإنشاء المجلس الدولي لنوعية حياة العمل في عام 1973، والذي تتمثل مهمته الرئيسية في تمكين نقل المعرفة وتطوير البحث من أجل تعزيز الصحة العقلية في العمل (إلى جانب الصحة العضوية) وبذلك الاهتمام بكافة عناصر نوعية الحياة في العمل (Hébert N. B., 2014, p.p. 12-13).

ومن خلال الدراسة الكرونولوجية لهذا المفهوم في سنوات الثمانينات، نستنتج أن مفهوم نوعية حياة العمل اعتُبر كمذهب أو طريقة، ويصعب تعريفه أو الوصول إلى تعريف متوافق مع جميع الباحثين، ويركز آخرون على أن المشكل في تحديد هذا المفهوم هو عدم خضوعه لقاعدة مسطرة وتبني فقط العلاقة الطردية بين الانتاجية وجودة حياة العمل، حيث يركز الباحثون على الاعتقاد أن نوعية حياة العمل لديها

علاقة بنمو الشعور بالانتماء، العمل في ظروف جيدة، الانخفاض في نسبة التغيب وليس في مستوى الانتاجية فقط، وأن كل هذه التيارات التي ظهرت في السبعينيات مهّدت الأرضية للسنوات العشرة اللاحقة التي عرفت توافقاً في بعض التوجهات.

ومنذ منتصف الثمانينات حتى منتصف التسعينيات تقريباً، زاد الاهتمام مرة أخرى ببرامج نوعية حياة العمل في الشركات والمؤسسات الأمريكية للعديد من الأسباب، بعضها داخلي يتعلق بحالة العاملين والقوانين الفيدرالية في أمريكا، وبعضها خارجي يمثل استجابة للنجاح الذي حققته بعض الأنظمة الإدارية في اليابان وبعض الدول الأوروبية.

ومع بداية التسعينيات من القرن الماضي، قامت شركات عالمية كثيرة منتشرة في دول العالم بتطبيق شكل أو آخر من أشكال برامج نوعية حياة العمل، وتزايد الاهتمام بها نتيجة التركيز على إشباع حاجات العميل الداخلي والخارجي، وتطبيق أسلوب إعادة هندسة الموارد البشرية وإكسابها مهارات متنوعة، والنظر إليها كأحدى الاستراتيجيات التنافسية (بن خالد، 2015، ص. 120).

4- العلاقة بين نوعية الحياة العامة ونوعية الحياة في العمل:

انطلاقاً من سبعينات القرن الماضي، ظهر الاهتمام بالتأثير المحتمل للعمل على مجالات أخرى من حياة الفرد، وبهذا، تم تطوير العديد من النماذج النظرية لتحليل وفهم هذا الارتباط بين الجانبين، التي تتمثل أهمها فيما يلي:

4-1- نموذج التحويل: يشير هذا النموذج إلى أن هناك علاقة متبادلة بين الرضا الوظيفي

والرضا في المجالات الأخرى للحياة، حيث اتفق العديد من الباحثين (Kavanagh & Halpern, 1977, 1982, Komhauser, Schmitt & Bedeian, 1965) على وجود علاقة مباشرة بين ميدان العمل والجوانب الأخرى من حياة الفرد.

وفقاً ل (Staines, 1980)، بعض المجالات المعيّنة فقط من الحياة المهنية هي التي ترتبط بالحياة بشكل عام، في حين أكدّ آخرون على أنه كلما كان الفرد راضياً في مكان عمله كلما كان أكثر ارتياحاً في حياته الشخصية، والعكس صحيح، أي أنه كلما تمتع الفرد بحياة سعيدة كلما كان راضياً أكثر في حياته المهنية، ومن هنا جاءت تسمية التحويل لهذا النموذج، حيث أن العواطف والمشاعر والرضا والانسجام يتحوّل وينتقل من الحياة المهنية إلى الحياة الشخصية والعكس صحيح أيضاً. وهكذا فإن أي

تغيير يطرأ في مجال العمل ربما سيؤثر على باقي جوانب حياة الفرد، مثل المهن التي تتطلب تنقلات مستمرة وربما لمسافات بعيدة، من ناحية أخرى، فإن ميلاد طفل يمكن أن يؤثر بدوره على نوعية الحياة المهنية، خاصة لدى النساء.

4-2- نموذج التعويض: يتفق العديد من الباحثين (Rousseau, 1978, Schmitt &

Bedeian, 1982, Schmitt & Mellon, 1980, Staines, 1980) على أن هذا النموذج يستند إلى حقيقة أنه عندما يكون الشخص غير راضٍ في مكان العمل، سوف يتعامل مع هذا الوضع من خلال إيجاد أنشطة خارجية أخرى ليعوّض بها هذا النقص.

فرضية هذا النموذج إذا تشير إلى أنه كلما ارتفع مستوى الرضا الوظيفي، كلما قلّ البحث عن الرضا التعويضي في المجالات الأخرى للحياة الشخصية والعكس صحيح. باختصار، عندما يكون شخص ما غير راضٍ في مجال معين من الحياة، فإنه سوف يحاول أن يجد الرضا في مجال آخر عن طريق التعويض.

4-3- نموذج الانقسام (Georges & Brief, 1990): ينص هذا النموذج على أن الحياة

في العمل والحياة الشخصية ليس لهما أي تأثير متبادل على بعضها البعض.

فرضية هذا النموذج تركز على أن الرضا الوظيفي والرضا في الحياة الشخصية جانبان قائمان بشكل مستقل تماماً، وبالتالي لا توجد علاقة بينهما. على سبيل المثال، قد يعزل فرد غير راضٍ في عمله هذا الشعور، ويعمل على إبقائه في المحيط المهني من أجل منعه من التأثير على جوانب أخرى من حياته الشخصية.

إلا أن هذا النموذج لقي العديد من الانتقادات، حيث أن مختلف الدراسات توصلت إلى نتائج مفادها أن هناك تأثير متبادل بين الحياة المهنية والحياة الشخصية، بالرغم من محاولة الفرد منع انتقال مشاكل العمل إلى المنزل أو العكس، فإن ذلك صعب التحقيق في الواقع لأن تأثير مجال على آخر سوف يحدث حتى وإن كان بطريقة غير مباشرة.

4-4- نموذج التوفيق: وفقا لهذا النموذج، يقوم الفرد بتخفيض الجهود التي يبذلها في مجال ما بصفة إرادية، واستثمارها في مجال آخر من أجل الاستجابة بشكل أكثر ملاءمة لمتطلباته الذي يرى بأنه أكثر أهمية من الآخر. يشير (Lambert, 1990) في هذا الصدد إلى أن هذا النموذج ينطبق بشكل خاص على أمهات الأطفال الصغار، اللواتي يبحثن عن توازن أفضل بين العمل والأسرة، وبذلك يمكن أن يتخلين جزئيا عن العمل، أو لفترة محدّدة من أجل تلبية المتطلبات الجديدة الناجمة عن الحياة الأسرية ووجود الأطفال على نحو أفضل (Hébert N. B., 2014, p.p. 24-27).

5- أبعاد نوعية حياة العمل:

اختلف العلماء والباحثون في تحديد أبعاد نوعية الحياة الوظيفية حسب الأهداف التي أُنشئت من أجلها دراسة كل منهم، ونبتال هنا آراء بعض العلماء والباحثين حول أبعاد نوعية الحياة الوظيفية، حيث يرى (Ivancevich & Skinner) بأن نوعية الحياة الوظيفية تتحقق حين تتوفر مجموعة من العوامل مثل (تعويضات عادلة وكافية، ظروف عمل صحية وآمنة، فرص تطوير القدرات البشرية، الأمن الوظيفي، مرونة المهام الوظيفية وجداول العمل، الانتباه لعملية التصميم الوظيفي ومخطط السير، التعاون بين اتحادات العمال والإدارة وتطوير فرق عمل فعالة (Dhaka et al., 2011, p. 20).

ويرى "جاد الرب" بأن أبعاد نوعية حياة العمل تتمثل فيما يلي:

- ◀ إتاحة الظروف الملائمة لتحسين الانتاجية وزيادة الكفاءة التنظيمية.
- ◀ مشاركة النقابات العمالية لإدارة المنظمة في تحسين ظروف العاملين.
- ◀ إعادة تصميم وإثراء الوظائف لتنماشى مع طموحات ومهارات الموظفين.
- ◀ المشاركة الفعلية بمفهومها الواسع لاتخاذ القرارات الادارية الذاتية، العوائد والملكية.
- ◀ إتاحة فرص الترقى والتقدم الوظيفي من خلال عمليات التعليم والتعلم والتدريب.
- ◀ العدالة الاجتماعية والحفاظ على كرامة العاملين وخصوصياتهم (جاد الرب، 2008، ص.

(313).

في حين، هناك من يرى أن نوعية حياة العمل تتضمن خمسة أبعاد تتمثل في:

5-1- ظروف العمل: التي تتمثل في طبيعة محتوى ومضمون المهام وطريقة تنظيمها، ونوعية

بيئة العمل الفيزيائية ومدى توفر الأمن والسلامة المهنية التي تقي العامل من الأخطار.

5-2- العلاقات: نوعية العلاقات المهنية والاجتماعية ومدى توفر وتقاسم المعلومات المشتركة

التي تُهم الجميع والمشاركة في أداء الأعمال والمهام الجماعية.

5-3- إمكانيات التنفيذ والتطوير: دورات التدريب والتكوين، وفرص تحسين وتطوير المسار

المهني.

5-4- احترام مبدأ المساواة المهنية لدى العاملين: مبدأ تكافؤ الفرص والعدل في الاستفادة من

الموارد والمصادر التي توفرها المؤسسة.

5-5- إمكانية التوفيق بين الحياة المهنية والشخصية: أي لا تطغى الحياة المهنية على

الأبعاد الأخرى من الحياة، وعدم تأثير الضغوط المهنية على الحياة الشخصية والأسرية أو العكس.

وبهذا، فإن نوعية الحياة في العمل ترتكز على توفير الشروط الملائمة والضرورية التي تساعد

العامل لأداء وظائفه على أكمل وجه، والاجراءات التنظيمية التي تحترم تطوير القدرات الفردية ومبدأ

التعاون في إطار فرق عمل، وكذا توفير الظروف الملائمة التي تُعزز الإبداع والمبادرة وتكامل جوانب

الجهد المبذول والمكافأة والاعتراف به.

من هذا المنظور، فإن نوعية الحياة في العمل تحترم المفهوم الحديث للصحة، الذي لا يمكن أن

يقتصر فقط على غياب المرض، وإنما يتضمّن بالضرورة العناصر والإمكانيات التي تدخل في بنائها

والحفاظ عليها (ANACT, 2016, p. 03).

5-6- الصحة في مكان العمل كبُعد أساسي لنوعية الحياة المهنية:

من الصعب تحديد الأصول الأولى لاهتمام الأفراد بالصحة المهنية، ومع ذلك، يعتقد الكثير من

الباحثين أنه منذ بداية ظهور العمل والشغل البشري، تم وضع وتصميم تقنيات وأساليب من شأنها وقاية

العاملين من الأخطار المحتملة، التي يمكن أن تنجم عن القيام بمختلف الوظائف المتعلقة بالعمل.

إلى جانب ذلك، تتوفر العديد من الأدلة التي تشير إلى إعداد وتنفيذ خطط وأساليب منظمة منذ القدم، بهدف الحفاظ على سلامة وصحة العاملين في مكان العمل. فمثلاً، يشير (Michel Valentin, 1978) إلى أنه منذ حضارة مصر الفرعونية (2500 سنة قبل الميلاد)، تم تعيين أطباء ومختصين لمتابعة وضمان صحة جيدة للعمال والعيبد الذين يعملون في المشاريع الكبرى.

في الألفية الثانية بعد الميلاد، قام العديد من العلماء بفحص الآثار المترتبة عن التعرض للعوامل المادية والفيزيائية على صحة العمال. على سبيل المثال، درس الطبيب الإسباني (Arnaud de Villeneuve) في سنوات 1300 الصلة بين المشاكل الصحية للحرفيين و"العوامل الضارة" كالحرارة، الرطوبة، الغبار والسموم. إلا أن ظهور طب العمل والارغونوميا الحديثة كان بفضل الطبيب الإيطالي (Bernardino Ramazzini) وكذا الطبيب الفرنسي (Philibert Patissier)، حيث قام الأول بنشر لأول مرة في عام 1700 كتاباً يشرح فيه الأسباب الرئيسية لوقوع الأمراض في 52 مهنة، أما الثاني فقد أتم عمل (Ramazzini) في عام 1822، كما اهتم أيضاً بحوادث العمل، طرق وقوعها والوسائل الكفيلة بالوقاية منها. وهكذا إلى غاية القرن التاسع عشر، كان الاهتمام الرئيسي بالصحة المهنية منصباً فقط على الجانب العضوي.

لذلك حتى عام 1940، بقي الاهتمام بالصحة المهنية مقتصرًا على حوادث العمل، الأمراض المهنية، المسؤولية القانونية والمالية والتعويض عن الأضرار التي تلحق بالصحة الجسمية للعامل. وبعد دخول تخصص طب العمل حيز التنفيذ، تطورت المقاربة الوقائية للصحة المهنية، وتم فتح بصفة تدريجية بُعد جديد في هذا المجال، وهو تحسين ظروف العمل.

وبناء على ذلك، تم سنّ العديد من القوانين التي أصرت على ضرورة الاهتمام، ليس فقط بإصلاح الضرر، ولكن العمل على منع وقوع الحادث أو المرض أصلاً. وعملاً بهذا المبدأ، ساهمت منظمات وهيئات الحماية الاجتماعية مساهمة كبيرة في تطور الوقاية في العمل. وهكذا، فقد كان الهدف الأساسي في الخمسينيات من القرن الماضي، هو منع وقوع الحادث أو المرض المهني، وفي الستينيات والسبعينيات، طوّر خبراء الوقاية طرقاً جديدة لتحديد الأسباب المتعددة المؤدية لوقوع حوادث العمل. أما في الثمانينيات، بعد الانتهاء من تحليل العديد من الحوادث، طبيعتها وأسبابها المتشعبة، ظهرت الحاجة إلى التعاون بين مختلف التخصصات والميادين (العلوم الهندسية، العلوم التطبيقية، العلوم الإنسانية

والاجتماعية) من أجل الدراسة والتكفل الملائم بميدان العمل. وهكذا، قام خبراء الوقاية في سنوات التسعينات بإدخال مفهوم التحكّم وتسيير المخاطر المهنية قبل وقوع الحادث.

(Bellagamba G., 2016, p.p. 22-23).

6- مؤشرات نوعية الحياة في العمل:

من ناحية أخرى، قام بعض المختصين بإعداد قائمة تتضمّن تصنيف مؤشرات نوعية الحياة في العمل على شكل مجموعات، والتي يمكن أن تكون بمثابة دليل في عملية تقييم مستواها، وهذا ما يسمح بالعمل على تحسينها وتطويرها المستمر، وتتمثل هذه المجموعات فيما يلي:

6-1- المؤشرات الديمغرافية: المتوسطات العمرية، توزيع الجنسين، المؤهلات والمهارات،

الأقدمية في العمل...

6-2- مؤشرات التغيب: معدّل ونسبة الغيابات في فترة زمنية محدّدة، مدّة الغياب، أسباب

التغيب، أعمار الغائبين...

6-3- المؤشرات المتعلقة بالوظيفة والمسار المهني: مدى توفر وتنظيم دورات تكوينية لتحسين

المستوى وتطوير قدرات ومهارات الأداء المهني، والتعامل مع الظروف والأحداث الطارئة المتعلقة بالمهنة، مدى توفر فرص للحصول على ترقية، معدّل الدوران المهني...

6-4- المؤشرات الصحية: المشاكل الصحية للعاملين، العجز والقصور، إعادة التصنيف في

الرُتب بسبب الحالة الصحية، الأمراض المهنية...

6-5- مؤشرات السلامة: التي تتضمن حوادث العمل، الأخطار المهنية، الاعتداءات بشتى

أنواعها...

6-6- مؤشرات ظروف العمل: الضغوط المتعلقة بالوقت، صعوبات أداء المهام ومدى توفر

الشروط والمعايير الإرغونومية المعمول بها، الاستقلالية والقدرة على المشاركة في اتخاذ القرارات، طبيعة العلاقات المهنية، التحرش في مكان العمل والتهديد ... (ANACT, 2016, p. 04).

7- قياس نوعية حياة العمل:

لقد أشار (Lawler) عام 1975، إلى عدم وجود تعريف واضح ومتفق عليه في الأوساط العلمية بشأن نوعية الحياة في العمل. إلا أنه، وعلى الرغم من عدم تجانس التعريفات المتعلقة بهذا المفهوم، يرى هذا الباحث أنه لقياس نوعية الحياة في العمل ينبغي أن يتضمّن أربع خصائص: قياس الجوانب الهامة لها، أن يتمتع القياس بصدق كافٍ سواء بالنسبة للباحثين أو المبحوثين، أن تكون جوانب نوعية الحياة التي يتم قياسها موضوعية (يمكن التحقق منها وقابلة للقياس) وأن تكون عملية القياس قادرة على تمييز الفروق الفردية في نفس بيئة العمل.

من جهته، قام (Seashore) بالتركيز أكثر على الجوانب المختلفة التي يعتمد عليها تقييم وقياس نوعية الحياة في العمل، وهذا حسب مجموعات مختلفة من الجهات الفاعلة في عالم الشغل المتمثلة في أرباب العمل، الموظفين والمؤسسة. من وجهة نظر صاحب العمل، فإن مستوى الأداء ونسبة الإنتاجية والتكلفة ونوعية المنتج هي الجوانب التي يتعين تقييمها، أما من جانب العامل، فنوعية الحياة في العمل تعتمد خاصة على الدخل، الأمن السلامة المهنية والرضا الوظيفي، في حين تركز نوعية الحياة المهنية بالنسبة للمؤسسة ككل على الاستخدام الأمثل لمواهب ومهارات كل فرد، والعمل على استغلالها وتحسينها للاستفادة منها قدر المستطاع وبالتالي تحقيق أهداف الجميع.

(Hébert N. B., 2014, p.p. 13-14).

تساهم النماذج المختلفة بشكل مباشر أو غير مباشر في بناء مختلف المقاييس، التصنيفات والأدوات التي يقترحها المختصون لقياس وتقدير وفحص نوعية الحياة في العمل، أهم النماذج التي تُشكّل قاعدة تنطلق منها هذه الوسائل الموجهة للقياس تتمثل فيما يلي:

7-1- نموذج (Karasek, 1985): ينص هذا النموذج على أن هناك ارتباط بين تجربة

العمل لدى الفرد والمخاطر الصحية التي تشكلها الوظيفة عليه.

في هذا الاتجاه، يرى (Karasek) أنه يمكن فهم تجربة العمل لدى الفرد من خلال الجمع بين

العناصر التالية:

◀ **المطالب النفسية للوظيفة:** كمية العمل، ضيق الوقت، المهمات المتناقضة، الانقطاعات المتكررة...

◀ **حرية اتخاذ القرار:** مدى قدرة الموظف على اتخاذ القرارات المتعلقة بمهامه في الوقت المناسب، القدرة على المبادرة والإبداع، التحكم في الموارد المتاحة، التمتع ببعض الصلاحيات والقدرة على استخدام مهاراته ...

◀ **مستوى الدعم الاجتماعي:** أي الدعم المهني والعاطفي.

من الممكن إذا تقيّم، بالنسبة لكل موظّف، كثافة الطلب النفسي الذي يتعرّض له، درجة حريته لاتخاذ القرار، والدعم الذي يتلقاه في مكان عمله.

انطلاقاً مما سبق، تم اقتراح مفهوم الشدّة النفسية الناجمة عن الوظيفة، على أنها حالة يكون فيها الطلب النفسي مرتفعاً وإمكانية ضعيفة لاتخاذ القرار، مما يشكل خطراً على الحالة الصحية للعامل، مع إمكانية تفاقم الوضعية إذا كان الدعم الاجتماعي منخفضاً.

7-2- نموذج (Siegrist, 1996): يستند هذا النموذج على مفهومي الجُهد المبذول والمكافأة

والاختلالات المحتملة بينهما، حيث أنه يضيف إلى النموذج السابق بُعد الاعتراف والامتنان بالجهود المبذولة من طرف الموظف في العمل.

إن مفهوم الجُهد يتضمّن القيود الزمنية، الانقطاعات في مسارات العمل، المسؤوليات والعبء الوظيفي. أما مفهوم المكافأة فهو يتعلق بالأجر والتقدير في العمل والظروف المهنية الايجابية (توفر الأمن الوظيفي والآفاق المهنية)، وبالتالي يمكن أن تكون الوظيفة التي تفوق فيها الجهود المكافأة التي يتم الحصول عليها مصدراً للضغط المهني، ولتدهور نوعية الحياة في العمل.

إن المقاييس التي تم بناءها انطلاقاً من نموذجي (Karasek) و (Siegrist) مكّنت الباحثين في، مختلف القطاعات، للحصول على نتائج مماثلة (داخل نفس المؤسسة وبين مصالحها أو بين مؤسسات مختلفة)، حيث أن الأبعاد التي تضمّنها هذين النموذجين، تم إدراجها في العديد من المقاييس التي تُعنى بتقييم نوعية الحياة في العمل ومتابعة البيئة والظروف المهنية والمخاطر السيكولوجية الاجتماعية التي يُحتمل أن تتضمنها (Richer M. et al., 2016, p.p. 47-48).

8- عوائق تطبيق نوعية حياة العمل:

عدّد "البليسي" ثلاثة عوائق لتطبيق نوعية حياة العمل وهي:

◀ **موقف الإدارة:** يتطلب تطبيق برنامج نوعية حياة العمل جوّ من الديمقراطية في مكان العمل، لذا يجب على المدراء أن تكون لديهم الرغبة القوية في إشراك صلاحية اتخاذ القرارات مع مرؤوسيه، ومنحهم فرصة الإبداء عن آرائهم، والمشاركة بقوة في جميع أنشطة المنظمة، إلا أن ذلك صعب التحقيق، لأن الكثير من المدراء يعتبرون التخلي عن بعض من صلاحياتهم بمثابة تهديد لوجودهم، لذلك تكون هناك معارضة قوية ضد مثل هذه البرامج.

◀ **موقف الاتحاديات والنقابات العمالية:** قد يتولّد عن الاتحاديات والنقابات العمالية شعور بأن برامج نوعية حياة العمل تسعى إلى تسريع من وتيرة أداء العمل وتحسين الانتاجية دون دفع أي عوائد كافية للعاملين، أي أنها مجرد وسيلة لزيادة الأداء والانتاجية، وإزالة هذه المخاوف، يجب على المدراء ترويج برامج نوعية حياة العمل لتفسير أهدافها، والفوائد التي ستعود على العاملين من جراء تطبيقها.

◀ **التكلفة المالية:** ترى الإدارة أن التكلفة الرأسمالية والمصاريف اليومية التشغيلية لبرامج نوعية الحياة الوظيفية ضخمة تفوق قدرة المنظمة، علاوة على أنه لا يوجد ما يضمن فاعلية ونجاعة تطبيق هذه البرامج، مما يدعو صنّاع القرار إلى التفكير مرارا قبل توفير ظروف عمل جيدة ومنح أجور جيدة وتنفيذ برامج نوعية حياة العمل، ولتبديد المخاوف يجب تطبيق هذه البرامج بعناية وحذر ضمن ميزانية محدّدة مسبقا للوصول للنتائج المرجوة (البليسي، 2012، ص. 13-14).

ويرى "السويطي" بأن المعوقات التي تقف حائلا أمام تطبيق نوعية حياة العمل على مستوى المنظمات كثيرة ومتنوعة، خاصة أن الإدارة والموظفين والنقابات المهنية والعمالية لهم وجهات نظر مختلفة حول جدوى هذا التطبيق، وأهم هذه المعوقات هي:

◀ **تخوف الإدارة العليا** بمستوياتها المختلفة من مشاركة مستويات تنظيمية دنيا في صناعة القرارات ومعارضتهم لهذا الأمر.

- ◀ تقدير الإدارة العليا بأن مشاركة العاملين ضمن برامج ومعايير نوعية حياة العمل قد لا تعمل على تحقيق الأهداف الاستراتيجية والمستدامة للمؤسسة، بل تهتم وتعمل على تحقيق الأهداف ذات المدى القصير فقط، وكنتيجة فإن ذلك يمكن أن يؤدي لآثار سلبية على المؤسسة.
- ◀ فشل بعض الإدارات في قياس أثر تطبيق نوعية حياة العمل على نفسيات ورضا العاملين عن العمل، وإهمالها للمقترحات التي يتقدم بها الموظفون، وعدم أخذها لهذه المقترحات على محمل الجد.
- ◀ اعتقاد بعض الإدارات بأنه لا حاجة لإجراء المزيد من التحسينات في هذه المؤسسات من خلال تطبيق المزيد من عناصر نوعية حياة العمل فيها.
- ◀ عدم الإدراك الصحيح من جانب الموظفين لأهداف وأهمية برامج نوعية حياة العمل والقيمة المتبادلة التي يمكن أن تحققها هذه البرامج لكل من الإدارة والموظفين.
- ◀ عدم قيام المؤسسات بتقدير الاحتياجات التدريبية للمستويات الإدارية المختلفة لديها، وما يحتاجونه من تعليم وتدريب ليكونوا قادرين على التفاعل مع هذه البرامج بما يحقق الأهداف للمؤسسات والعاملين على حد سواء.
- ◀ نظرة بعض الإدارات للتكاليف المالية العالية التي يحتاجها تطبيق برامج نوعية حياة العمل في المؤسسات، والتي لا يمكن للمؤسسة أن تتحملها، خاصة بأنهم يرون بأنه لا يوجد ضمانة بنتائج تطبيق هذه البرامج والمردودات جراء هذا التطبيق (السويطي شبلي، 2016، ص. ص. 88-89).

في حين، أجرت (Ellis & Pompli, 2002) دراسة حول نوعية الحياة الوظيفية للممرضين في أستراليا، وكشفت الدراسة أن من العوائق الرئيسية لتحسين نوعية الحياة الوظيفية هي: بيئات العمل السيئة، عبء العمل، عدم القدرة على تقديم الرعاية، عدم التوازن بين العمل والأسرة، العمل بنظام الورديات، عدم المشاركة في صنع القرار، العزلة المهنية، الافتقار إلى الاعتراف بالإنجاز والعلاقات السيئة مع المشرف والزملاء، صراع الدور وعدم وجود فرصة لتعلم مهارات جديدة.

(Swamy D. et al., 2015, p. 283).

- خلاصة الفصل:

نستج من خلال كل ما سبق أن التركيز على أهمية ودور الموارد البشرية كرأس مال بشري وتنافسي قوي، جعل المسيرين وأرباب الأعمال والنقابات يغيرون نظرتهم إلى العاملين من مجرد مستأجرين إلى شركاء في وضع البرامج والأسس الضرورية للنجاح والتكيف في ظل المنافسة الحادة، كما يُنظر إليهم كموارد هامة في المنظمة، وتعتبر نوعية الحياة الوظيفية على مفهوم متوافق مع المفاهيم الإدارية الحديثة مثل الإدارة بالأهداف والإدارة بالجودة الشاملة والإدارة الاستراتيجية، كما تُعتبر من المفاهيم الواسعة النطاق، فهو ينطلق من توفير بيئة عمل آمنة وصحية وهادئة إلى المشاركة والإدارة الذاتية في العمل التنظيمي، ويُنظر إليها على أنها إحدى الركائز الأساسية التي تستند عليها برامج الجودة الشاملة لدى الكثير من المنظمات في الدول المتقدمة، سواء في المجال الصناعي، التربوي، الصحي، السياسي... من أجل تطوير وانتقاء أفضل المناهج وتنمية ثقافة الجودة والاستغراق الوظيفي لدى مواردها البشرية، حيث أن هذه البرامج تساهم في إشباع حاجات العاملين مما يولد لديهم الشعور بالرضا الوظيفي، وتحفيزهم على بذل المجهودات لتحقيق الأهداف التنظيمية وتحقيق أهدافهم، إضافة إلى ما يحققه التنظيم من درجات عالية من الولاء والانتماء والمشاركة الفاعلة نتيجة لتطبيق مثل هذه البرامج.

الفصل الرابع

مهنة التمريض

- تمهيد:

يُعد التمريض مهنة سامية، فهي تُعتبر واحدة من مهن الصحة التي تهتم بالعناية بالأفراد والأسر والمجتمع عموماً، ويُعرف التمريض كعلم وفن يهتم بالفرد ككل (جسماً وعقلاً وروحاً) ومساعدته على الشفاء، ويشمل ذلك العناية ببيئته وتقديم التنقيف الصحي له، كما يحترم حياة الإنسان وكرامته وحقوقه، فالتمريض مهنة أساسية في مجال الرعاية الصحية، يقع على عاتق العاملين فيها من ممرضين وممرضات أدوار هامة في عملية تقديم الخدمة الصحية الآمنة للمرضى، إلى جانب السعي المتواصل لتطوير الخدمة المقدّمة لتلائم مع التطورات العلمية المتلاحقة في عصرنا الحالي، ولمهنة التمريض دستور أخلاقي وقانوني كأى مهنة أخرى في المجتمع، فالمرضى يتعامل مع البشر بشكل مباشر، لهذا فهناك قيم وأخلاقيات ترشد الممرضين والممرضات أثناء تقديم الرعاية التمريضية حيث تجعلها ضمن معايير الأداء المهني.

فإذا كان الطبيب هو القلب النابض في المستشفى فإن الممرض هو شريانته ووريده، كما أنه لا يخفى على المتخصصين بأنها تُعد من المهن الصعبة والشاقة لما تنتم به من خصوصية وواجبات وما يرتبط بها من أوضاع تفرض على العاملين فيها تحديات وضغوط متزايدة، فقد بيّنت العديد من الدراسات في هذا المجال أن العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرضين للضغوط النفسية، وذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة وشعور بالمسؤولية تجاه المرضى، وأعباء العمل الزائدة تُعرض العاملين فيها إلى العديد من المشكلات النفسية والصحية الناجمة عن شعورهم بالتوتر والتأزم النفسي في العمل، وبدرجة عالية من القلق والاكتئاب مقارنة بغيرهم من العاملين في المهن الأخرى، إذ أنهم يواجهون ضغوط عمل أكبر من غيرهم، نظراً لتعاملهم مع الحالات الحرجة وضغط العمل والنقاشات الحادة مع الفريق الصحي وغيرها من العوامل الأخرى.

1- مفهوم مهنة التمريض:

لقد تزايدت أهمية الممرضين في النسق الطبي والعلاجي مع مرور الوقت، لما يقومون به من مهام ومسؤوليات عديدة هامة وحساسة، ولقيامهم بالدور الوسيط بين الأطباء والادارة والمرضى ومتابعتهم لهم بصفة دائمة، لذلك نجد بعض الدراسات تعتبر الممرض حجر الزاوية في كفاءة المستشفى، وكفاية ونوعية الخدمة الصحية التي يقدمها للمرضى. فإذا كان المستشفى يعاني من نقص في عدد الممرضين والمرضات أو في كفاءتهم، فلا أهمية بعد ذلك لما قد يتوفر له من أحدث التجهيزات الطبية والإمكانات.

ولقد أصبحت خدمات التمريض في الوقت الحاضر منظمة ومبنية على أسس علمية حديثة، فالمرض يشغل مكانة أساسية في المستشفيات والمراكز الصحية، فهو يُعنى بالمرضى عناية شاملة من خلال الواجبات التي تُقدّم لخدمة المريض، وتشغل مهنة التمريض مكانة تحتاج إلى كفاءات ومهارات فنية عالية، فالمرض حلقة وصل بين جميع العاملين في المستشفى أو المراكز الصحية مثل: أقسام المخبر والصيدلية والأشعة والتغذية...

ويُعد العمل بقطاع التمريض ذات طبيعة خاصة، وهذا من خلال وجود وقت محدد من اليوم لأداء الخدمة التمريضية وارتباطها القوي بمهنة الطب، بالإضافة إلى اتجاهات الناس المتباينة نحو هذه المهنة، مما جعل أصحاب القرار يقدمون الحوافز لالتحاق الطلاب بمدارس ومعاهد التمريض وكذلك الكليات (الثقفي حسين، 2006، ص. ص. 26-27).

لقد اتفق الباحثون في مجال التمريض على أن هذه المهنة تعني تقديم الرعاية المتكاملة للأفراد والأسر والمجتمعات فيما يخص الصحة والمرض، بهدف تحسين مستوى الصحة والمحافظة عليها من الناحية البدنية، النفسية والاجتماعية، والوقاية من الأمراض، ورعاية المرضى ومساعدتهم على استرداد صحتهم وتأهيلهم للاعتماد على أنفسهم وتقليل نسبة العجز لديهم وتقديم المشاركة الوجدانية للمريض.

ولقد أسست "فلورنس نايتينغال" أول مدرسة للتمريض عام 1860 بمستشفى "سان توماس" بلندن في إنجلترا. وكان مبدأ التمريض آنذاك قائما على تطبيق القواعد الضرورية للنظافة من أجل تحقيق الراحة البدنية والنفسية للمريض، إلا أن التقنيات العلاجية وكيفية تلقينها لم تكن متطورة، ذلك لعدم التمكن من تحديد مفهوم الصحة علميا. ولهذا السبب حُصرت المهارات المهنية للممرض في الملاحظة واحترام

استقلالية المريض في مجال العلاج. وتُعرّف "فلورانس نايتينغال" التمريض بأنه "عبارة عن وضع المريض في أفضل الظروف الممكنة حتى تقوم الطبيعة بدورها" (طايبي نعيمة، 2013، ص. 187).

أما "شاهين" فهي تعرّف التمريض بأنه "مساعدة الفرد المريض أو المتعافى من أجل القيام بتلك النشاطات التي تساهم في توفير الصحة والشفاء من المرض، والتي يمكن أن يقوم بها دون أن يساعده أحد إن امتلك القدرة الضرورية، الإرادة والمعرفة".

وتُعرّف أيضا التمريض بأنه "حلقة وطريقة تقديم المساعدة للبشر وليس سلعة مادية، وتُشتق مهنة التمريض من الأعمال التي يتم اختيارها عمدا من قبل الممرضات والقيام بها من أجل مساعدة الأفراد والمرضى، حيث تعطي اهتماما خاصا لحاجات الأفراد والعناية الذاتية وتتكفل بذلك بشكل مستمر من أجل المحافظة على الحياة والصحة وحدوث الشفاء من الأمراض والاصابات ومن أجل التعامل مع المؤثرات" (شاهين فارسين، 1990، ص. 32).

2- التطور التاريخي لمهنة التمريض:

كغيرها من التخصصات العلمية، عرفت مهنة التمريض تغيرات عبر الزمن، فقد اهتم الإنسان منذ ظهوره بطرق العلاج والعناية بالمريض، واستعمل مختلف الوسائل من عشب وحيوان من أجل التخلص من الأمراض، ولقد زاد الاهتمام بمجال التمريض نظرا للدور الذي يلعبه في الحفاظ على سلامة الأفراد وإنقاذ المرضى الذين يحتاجون إلى عناية مستمرة والاهتمام بهم من أجل استرجاع صحتهم وعافيتهم.

ونظرا لما عرفته البشرية من انتشار الأوبئة الفتاكة التي أدت إلى وفاة أعداد كبيرة من البشر بشكل مرعب، كان لزاما على الإنسان الاهتمام بالعلوم الطبية حتى يوقف شبح الموت، ومنه ازداد الاهتمام بالعلوم الشبه طبية التي تلعب دورا مكملًا لدور العلوم الطبية فتجعل الممرض مساعدا للطبيب (محساس حسيبة، 2009، ص. 85).

تعود أقدم الكتابات التي تم رصدها حول أعمال التمريض إلى القرن السادس والسابع قبل الميلاد، حيث أن النصوص المدرجة ضمن كتابات (Sharaka-Samhita) ذات الأصل الهندوسي تصف خصائص "الممرض المثالي"، وتجدر الإشارة إلى أنه في ذلك الوقت كانت مهنة التمريض تُمارس بشكل رئيسي من قبل الرجال. ففي هذه النصوص الهندوسية، تم وصف مفاهيم الإخلاص للمريض، نفاء

الجسم، التحكم في فنون إعداد الدواء وطريقة استخدامه. ومع ذلك، في ذلك الوقت لم يتم تحديد دور الممرض جيدا.

من ناحية أخرى، تتوفر بعض النصوص التي يعود تاريخها إلى العصر الفرعوني، والتي تذكر أن الأطباء كانوا يلجئون أثناء ممارسة مهامهم إلى مساعدة "المضمّدون"، أي الذين يمارسون ويجيدون تقنيات التضميد.

أما في اليونان القديمة، فلقد كان الأطباء يطلبون من تلاميذهم حراسة المرضى والوقوف إلى جانبهم والاعتناء بهم. بينما كان الرومان يُخصصون لكل فيلق عسكري طبيه الخاص، وكان بعض الجنود يؤدون مهام تمريضية لمساعدة الأطباء في علاج زملائهم المصابين.

في العصور الوسطى، كُرست الجمعيات الدينية في أوروبا لرعاية المرضى، حيث أن الدولة لم تتدخل في هذه الوظيفة إلا في القرن السادس عشر ميلادي (Saulnier Diane, 2004, p. 02).

فمثلا، في عام 1639 ظهرت ثلاثة أخوات في شارع "أوغسطين" في فرنسا أطلق عليهن "مجموعة الأخوات الأوغسطينيات"، حيث كانت هذه المجموعة تقدم خدماتها أثناء فترات البرد والمجاعة، ولم يقتصر عملهن في فرنسا بل انتقل إلى الهند أثناء الحرب الهندية حين انتشرت أوبئة الجدري والتيفوس، وكانت خدمات هذه المجموعة تشمل النظافة والغسيل وبت الروح المعنوية للمرضى، وكان القيام بذلك يتم دون أوامر الطبيب بل بأمر الرهبان والقساوسة.

ولقد كان العالم الانجليزي "ستيفن هانس" (1677-1761)، والذي عمل كبيولوجي وفيزيائي، يُجري تجاربه على ديناميكية الدوران الدموي، فاستطاع قياس ضغط الدم عندما أدخل أنبوبا زجاجيا داخل الشريان السباتي في العنق، ولاحظ زيادة الضغط الدموي أثناء الجهد، وهذا يدخل ضمن تاريخ أعمال الممرض والطبيب لقياس العلامات الحيوية (الثقفي حسين، 2006، ص.ص. 31-32).

في عام 1860، ظهرت البوادر الأولى لعملية تدريب وتكوين الممرضات بطريقة منظمة بفضل (Florence Nightingale)، حيث قامت هذه الممرضة ذات الأصول الإيطالية بتأسيس أول مدرسة تمريض في إنجلترا، ولقد كانت فلسفتها قائمة بالتأكيد على التقاني والإخلاص في العمل ولكن قبل كل شيء ركزت على اكتساب المعرفة والدراية.

بالإضافة إلى ذلك، فلقد نجحت أثناء حروب القرم (1854) في إقناع الجيش والحكومة البريطانية بأن عملية تدريب وتكوين الممرضات بشكل ملائم، من شأنه أن يؤدي إلى التقليل من معدل حدوث الوفيات وسط الجنود، عن طريق الحدّ من المضاعفات التي يمكن أن تنجم عن الإصابات، كما تمكّنت أيضا من رصد أولى الإحصائيات التي دعّمت فرضياتها، حيث أن كانت لديها قدرة قوية على إقناع السلطات الحكومية (Saulnier Diane, 2004, p. 02).

وبذلك، ونتيجة لخدماتها الصحية فقد انخفضت نسبة الوفيات من 427 حالة وفاة لكل ألف مريض إلى 22 حالة وفاة فقط لكل ألف عام 1855، وكان يُطلق عليها الفتاة والمصباح، لأنها كانت تحمل مصباحا صغيرا وهي تسير في الظلمة لتفقد حالة المرضى، وكانت أول من أسّس مدرسة تقوم على مبادئ علمية، وقبلت إنزال 15 طالبة في هذه المدرسة عام 1860، وبذلك تعتبر "فلورنس" مؤسسة لقواعد مهنة التمريض الحديث (التقفي حسين، 2006، ص.ص. 31-32).

تجدر الإشارة إلى أن جمعيات الممرضين تحنقل في كل عام بيوم الممرض العالمي، وذلك في الثاني عشر من شهر ماي من كل سنة، وهو يوم ميلاد السيدة "فلورنس نايتينجال" صاحبة الفضل في تحديث مهنة التمريض، تنظيم قواعدها، وضع أسسها ورفع مستواها. ولقد كانت "فلورنس" ذات شخصية فذة وذكاء خارق وصبر جميل، تحنو على المرضى الفقراء، رفضت الزواج ووهبت حياتها لمهنة التمريض، رافقت الجنود وواستهم وضممت جراحهم، تتفقدهم بالليل حاملة مصباحا صغيرا، وأسست مدرسة التمريض وألحقتها بمستشفى (Martoma) في لندن، وقد خلّدها الشاعر الانجليزي (Longevlo) بقصيدته "سيّدة المصباح" (بجاج أحمد، 2015، ص. 309).

بعد ذلك، توجّب مُضي أكثر من قرن قبل أن تُبادر ممرضات أخريات في محاولات جديدة لتحديد واضح لممارساتهن التمريضية، حيث أنه ابتداء من عام 1950 بدأت تظهر تيارات الفكر الأولى في هذا المجال بشكل خاص في الولايات المتحدة، لتتوسع بعدها هذه الموجة في جميع أنحاء العالم، وحدث انتشار لمفاهيم اختصاص مهنة التمريض (Saulnier Diane, 2004, p. 02).

ويمكن أن نشير إلى أن السيدة "رفيدة" تُعدّ أول من تولت مهمة التمريض في العصر الإسلامي، حيث اختارها الرسول (ص) لتعمل في مستشفى حربي في خيمة متنقلة، وذلك لتمرسها في الجراحة والطب والتمريض. كما نجد أيضا "كعبية بنت سعد الأسلمية" التي رافقت الجنود في غزوة "بدر" وفي معركة "الخنديق" وفي غزوة "أحد"، وكذلك "شفاء بنت عبد الله" الطبيبة والمرضة، و"نسيبة بنت عمار" وغيرهن كثيرات، وكن يسمين بالآسيات لما عُرف عنهن أنهن يواسين المريض وكنّ ملائكة الرحمة ورُسل إنسانية (بجاج أحمد، 2015، ص. 309).

3- طبيعة مهنة التمريض:

تُعد مهنة التمريض من مهن المساعدة الاجتماعية (Profession d'aide Sociale)، كمهنة الطبيب، المحامي، الشرطي، المعلم، الأستاذ والمربي...، فهي مهنة تتطلب خدمة إنسان لإنسان، لذا تُصنّف ضمن المهن المولدة للضغط النفسي. يوجّه الممرض قدراته وكفاءاته وطاقاته لنشر التربية الصحية والوقائية تجاه مختلف فئات المجتمع، ويساهم مساهمة فعالة في العملية العلاجية والاستشفائية، فهو عضو أساسي ومهم، فيرتكز اهتمامه على تخفيف المعاناة، والتحصير النفسي قبل وبعد كل فعل أو تدخل طبي أو شبه طبي، ويقدم الأدوية بمختلف أنواعها ويسهر على راحة المريض، وعلى متابعة سيرورة وتطور العملية العلاجية والاستشفائية، فهو يعتني بالمريض عناية شاملة. وتشتت مهنة التمريض معرفة طبية، تمريضية، نفسية، اجتماعية، أنثروبولوجية وعلم التغذية، وتفرض الفعالية في مهنة التمريض كفاءات ومهارات علمية وفنية عالية، زيادة على سمات شخصية التي تغطي عليها الروح الاجتماعية (Sociabilité)، وحب الآخر (philanthropie)، والاستعداد للتضحية (Abnégation)، من أجل الآخر إذا اقتضت الضرورة، فالممرض هو حلقة وصل بين جميع العاملين في المؤسسة الاستشفائية، من أقسام المخبر، الصيدلانية، الأشعة، التغذية، سائق سيارة الإسعاف، الإدارة والطبيب، لذا فالولاء التنظيمي لدى الممرض عامل جوهري لأداء مهامه على أكمل وأحسن وجه (ميهوبي فوزي، 2013، ص. ص. 169-170).

لمهنة التمريض طبيعة خاصة تتمثل في مجموعة من الظروف التي يمكن أن تحيط بها، وهذه الظروف تتمثل في:

3-1- ازدواجية تبعية الممرضين في المستشفى:

يتبع الممرضين رئيسين أحدهم 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 أوامره وهو رئيسه الرسمي، ولكنه في نفس الوقت يخضع لأمر الطبيب المشرف على علاج المرضى المقيمين في القسم، باعتباره أكثر خبرة منه وعلماء، وهو المسؤول الأول على علاج المرضى.

3-2- عبء العمل:

أظهرت العديد من الدراسات أن الممرضين العاملين في بعض الأقسام مثل وحدات العناية الحثيثة ووحدات العناية بأمراض القلب، يتعرضون إلى ضغوط زائدة بسبب عبء العمل في هذه الوحدات.

3-3- ورديات العمل:

تؤثر ورديات العمل على الدورة البيولوجية الاعتيادية لأداء الجسم، كما تؤثر على الجانب الفيزيولوجي والاجتماعي لوظائف الفرد، حيث أظهرت النتائج صعوبة كبيرة في التكيف مع عمل الورديات والمعاناة من مشاكل عائلية انعكست سلبيا على الرضا الوظيفي وعلى خدمة المريض (الصباغ زهير، 1999، ص. ص. 115-116).

منذ أكثر من قرن، حاول الممرضون تحديد هويتهم ووضع حدود واضحة لمهنتهم ووصف المهام والأدوار المنوطة إليهم. فتخصص التمريض، على الرغم من طابعه المهني، يميل إلى تصور نماذج اصطلاحية تميّزها عن باقي التخصصات الأخرى، وهذا من خلال تطوير المعارف وتحديد المهارات اللازمة.

لفهم طبيعة الرعاية التمريضية، من الضروري التطرق إلى أربعة مفاهيم أساسية سائدة في مجال التمريض هي: البيئة، الصحة، الفرد والرعاية، حيث أنه كانت هذه المفاهيم الأربعة أساسية بالفعل في الكتابات التي تركتها (Florence Nightingale).

فالبيئة تعني كل ما يحيط من حولنا، عناصر فيزيائية، نفسية، اجتماعية، روحية... تشكل تأثير مباشر أو غير مباشر علينا فيما يخص تتميتنا، علاقاتنا وسلوكياتنا، التي يمكن أن تكون أحيانا مصدرا لاختلال التوازن.

فيما يتعلق بالصحة، فإن تعريف المنظمة العالمية للصحة يعكس التفكير الاجتماعي الذي يقوم عليه هذا التعريف، حيث تُعرّف هذه المنظمة الصحة بأنها "حالة كاملة من العافية والرفاهية الذاتية"، وبالتالي فالصحة مفهوم متعارض تماما مع المرض الذي يؤذيها ويضرها. فالمرض يمثل تلك الآفة التي نحاربها وتمنعنا من النمو والتطور وعيش حياة ايجابية، حيث أن محاربتة تحتاج إلى تعاون ما بين الفرد المريض والمختص.

في إطار الرعاية الصحية، يُنظر إلى الشخص باعتباره كفرد ذات بُعد بيولوجي نفسي واجتماعي (Biopsychosocial) إضافة للبعد الروحي، حيث أنه في تفاعل دائم مع بيئته، كما يتمتع بضمير ووعي وبعض القدرات والإمكانات، إلا أنه بالرغم من ذلك، فهو يحتاج إلى مساعدة الآخرين في مواقف محدّدة.

ويمكن تقديم هذه المساعدة عن طريق خدمات التمريض، حيث أنها تُركّز على رعاية صحة الفرد وتهدف إلى استعادة توازن العضوية. وفي هذا المجال يمكن التمييز بين أنواع كثيرة من الرعاية التمريضية التي تتمثل أهمها في: الرعاية الوقائية، الرعاية الحادة (أو ما يسمى بالعلاج الشفائي)، العلاج الملطف وإعادة التأهيل.

من جهة أخرى، ظهرت نماذج ومدارس مختلفة في ميدان التمريض في سبعينيات القرن الماضي، لا تزال تُدرّس مبادئها إلى اليوم، حيث أنها اقترحت العديد من المقاربات المتعلقة بالرعاية التمريضية. ولقد كانت هذه النماذج ثرية جدا، حيث سمحت بتطوير الدور الخاص بالمرضى وإظهار تصور متعلق بمفهوم الرعاية التمريضية الذي لا يزال يؤثر على فهمنا للمهنة اليوم.

إن المصطلحات الأربعة المذكورة آنفا المتمثلة في البيئة، الفرد، الصحة والرعاية بقي تعريفها دون تغيير، ولكن طريقة فهمها تطور مع تطور فهم الظواهر على المستوى المجتمعي، وهذا على وقع توالي ظهور النماذج المختلفة التي ميّزت مهنة التمريض على مدار قرن من الزمن.

في هذا الإطار، فإن منظرَات مهنة التمريض، من أشهرهن (Collière, Henderson, Orem, Watson, Peplau et Parse)، قد سلّطن الضوء على فلسفات مختلفة، حيث يعود لهن الفضل في صياغة نماذج متعددة تتعلق بمهنة التمريض كان ومازال لها تأثير كبير على ممارستها.

(Haberey-Knussi V., 2013, p.p. 47).

4- شروط ومبادئ مهنة التمريض:

تُعد مهنة التمريض مهنة عالمية، تتخطى الحواجز واعتبارات التمييز بسبب العُرف أو اللون أو المعتقد أو الانتماء السياسي أو الوضع الاجتماعي، إذ تتجسد فيها المُثل الإنسانية العليا وتمتاز على غيرها من المهن حيث أنها من أنبلها لما يتميز به الممرض بالصبر والحنان والعطف والتضحية. فالممرض هو أخص للمريض يلزمه ويرافقه ويسهر على راحته ويقوم بخدمته ويخفف من آلامه، ويضمّد جراحه حيث تتميز هذه المهنة بأخلاقيات من أهمها ما يلي:

- ◀ احترام الممرض للقيم الإنسانية والحريات الأساسية لكل إنسان وفي حقه بحياة لائقة.
- ◀ السهر على راحة المريض، وتهيئ له الأجواء الاجتماعية والروحية والمادية التي تساعده على الشفاء.
- ◀ المساهمة في رفع المستوى الصحي في المجتمع، والعمل على الوقاية من الأمراض بجميع الوسائل من نُصح وإرشاد، وإعطاء المُثل في الحياة الصحية بالسلوك والتصرف وطريقة العيش الملائمة.
- ◀ القيام بالواجبات المهنية تُجاه الفرد والمجتمع وتنسيق العمل مع أعضاء المهن الطبية والصحية الأخرى.
- ◀ التعاون مع الطبيب ومع أفراد المهن الطبية.
- ◀ احترام معتقدات المريض والحفاظ على أسراره.

- ◀ تحمل الممرض لمسؤولياته ومعرفة حدود مهمته.
- ◀ المحافظة على أعلى مستويات العمل والسلوك في جميع الأوقات، ومتابعة الجهود من أجل تحصيل المعرفة وكسب الخبرة.
- ◀ الإبلاغ في الحين عن كل تقصير أو خلل أو نقص يمكن أن يؤثر على سير العمل في القسم.
- ◀ احترام الممرض زملائه وزميلاته والتعاون معهم وإنماء علاقات طيبة معهم ومع غيرهم من أعضاء المهن الطبية الأخرى.

تعكس أهمية هذه المبادئ موقع الممرض المحوري في الحقل الطبي وفي المنظومة الصحية بشكل عام، بحيث يتمكن من تجسيد دوره الانساني بكل مهنية، وتعزيز مكانته وفاعليته مع مختلف الفئات المهنية. كما يقوم بتنمية علاقات اجتماعية مع الجمهور الداخلي والخارجي يضمن له الاعتراف باعتباره عضوا فعالا ينتمي إلى هذه المؤسسة الاجتماعية.

إن تجسيد هذه المبادئ ميدانيا من شأنه أن يكون صمام أمان يدافع عن خصوصيات هذه المهنة الإنسانية، ويدفع من ينتسب إليها للعمل على حماية عناصر هويتها المهنية وشروط الانتساب لها، بما يضمن تماسك عناصرها وفعاليتها وامتثالها للقواعد المهنية وأخلاقياتها، وتكون بذلك مصدرا يعزز سلطتها وكفاءتها، ويسمح بالقيام بمسؤولياتها تجاه تشكيل منظومة القيم لمجتمع المؤسسة، وبالتالي يكون الممرض فاعل ومعني بتطوير مهنته (بجاج أحمد، 2015، ص. 310).

تتطلب مهنة التمريض من الممرض المختص مستوى متقدم من الخبرة والعطاء، للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى، وبشارك الممرض الطبيب في تقديم الخدمات، إذ يقوم بمقابلة المرضى، ويقدم الرعاية الطبية اللازمة الأولية للمرضى، ويشرح لهم خصائص وطريقة إتباع العلاج الموصوف وفوائده وأعراضه، ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى عن كثب خلال زيارتهم المتكررة، بل ويلعب دورا هاما في مساعدتهم على فهم مرضهم ومسبباته، وطرق تشخيصه وعلاجه، ويقدم لهم الإرشادات الضرورية لمساعدتهم في تقبل المرض وكيفية التعامل والتعايش معه مستقبلا.

ويؤدي القيام بكل هذه المهام المتعددة، إلى شعور أغلبية الممرضين بأنهم مطالبون بالعمل لساعات طويلة وسط ضغط نفسي كبير، خصوصا وأن العمل يتطلب تحمل المسؤولية تجاه الأفراد وليس المواد. فالعمل يركز على قدرة الممرض لإنجاز مهام وأعمال كثيرة جدا، تتطلب قوة كبيرة تمكنه من التنقل إلى مختلف الأماكن وبأسرع ما يمكن لإعطاء شتى العلاجات وفي وضعيات مختلفة وأغلبها شاقة، ومرات عديدة يتوجب عليه رفع أثقال مختلفة، زيادة عن اضطرابات فترات الراحة، النوم والغذاء، والقدرة على العمل ضمن فريق دون انقطاع ليل نهار، وعلى امتداد أيام الأسبوع.

كما يُتوقع دائما من الممرضين والمرضات التعاطف مع المرضى، والتميز بالميل للعمل والاهتمام بهم، والتفهم وتقديم الرعاية بكل تفاني وموضوعية.

كما يساهم الضغط الناشئ عن بيئة العمل، وما يفرضه العمل الاستشفائي من ضرورة التحرك والسلوك القلق الذي يُظهره العاملون في حدوث الاحتراق النفسي، لاسيما وأن الممرضون يواجهون أحيانا صعوبة في حماية أنفسهم من الألم الذي يشعرون به تجاه مرضاهم، وهم يراقبونهم يعانون من الألم ثم يموتون، فالتعامل مع هذه المشاعر العاطفية، يقتضي على الممرض الحرص على أخذ مسافة بينه وبين المرضى.

ومن بين العوامل المسببة لإحباط الممرض واحتراقه النفسي، تدخّل مرافقي المرضى في عمله، فكثير من المرافقين يجادلون الممرضين في عملهم، ويخطئونهم ويشككون في قدراتهم وكفاءاتهم المهنية، مما يهز ثقة الممرض في نفسه (طايبي نعيمة، 2013، ص. 195-196).

5- نظريات التمريض:

يُعتبر التمريض اختصاصا منظما وعلميا يتميّز بموضوعاته وتقنياته ونظرياته، وقد تعددت وتكاثرت نظريات التمريض بعد الحرب العالمية الثانية، حيث تهدف هذه النظريات إلى تحديد مفهوم التمريض ومساهماته في ميدان الصحة معتمدة على أبعاد الإنسان - الصحة - التمريض، كما انقسمت هذه النظريات إلى قسمين: قسم يهتم باحتياجات المريض وآخر بتكليف المريض مع حالته الصحية.

5-1- نظرية الاحتياجات: تختلف هذه الاحتياجات من مريض لآخر، وتستلزم وسائل ملائمة

لدراستها وتحديدها وفقا لخصائص كل مريض، وأصبحت هذه الاحتياجات من اختصاص التمريض.

5-1-1- نموذج "هلفراد بيبلو" (1950 - 1960): تُعتبر "هلفراد" أستاذة أمريكية في علوم التربية، قدّمت في سنة 1952 نموذجا نظريا في ميدان التمريض، أساسه العلاقات القائمة بين المريض والفرقة الصحية، وهو الجانب الذي أُهمل في أغلب النظريات ولا يزال يشهد الغموض إلى عهدنا، ولقد أدخلت مفهوم العلاقات، واهتمت بالصلة الخاصة التي تربط الممرض بالمريض بكونها تتعلق بالطريقة المستعملة للتعامل مع الضغط الناتج عن اضطراب الحالة الصحية الذي يعاني منه المريض، لأن العناية بالمريض لا تتوقف على إعطاء الدواء فحسب، بل تتعداه إلى العناية المستمرة بالجانب النفسي والاجتماعي.

5-1-2- نموذج "فرجينيا هندرسن" (1960): نشرت "فرجينيا هندرسن" كتابا عام 1960 حول (المبادئ الأساسية في التمريض)، قدّمت فيه نظرية واضحة وموضوعية في تحديد مفاهيم في مجال التمريض وفي طرق كفالة المريض، لقد تأثرت بنظرية "ماسلو" وقد حصرتها في أربعة عشر حاجة متعلقة بالمريض.

5-1-3- نموذج "مارطا روجرس" (1952): تُعد "مارطا روجرس" أستاذة في العلوم الطبية، ومن أصل أمريكي، حيث ترى أن التمريض يهدف إلى مساعدة المريض على العيش متوازنا مع محيطه، باعتمادها تحليلا كليا لحالة الفرد (البيولوجي، النفسي، الاجتماعي)، الذي يسعى دائما لتكامل شخصيته ولاستمرار تبادلها البيئي من أجل تطوير وتعزيز قدرات الفرد.

5-2- نظرية التكيف: ترى هذه النظرية أن التمريض يهدف إلى تحقيق مساعدة بدنية، نفسية واجتماعية حتى يصبح المريض متكيفا مع المتغيرات الناتجة عن مرضه والحفاظ على مكتسباته العلاجية.

5-2-1- نموذج "ميرا ليفين" (1969): تركز نظرية "ميرا ليفين" على مبدأ المحافظة على الإمكانات الكامنة للفرد، حتى يتسنى له مواجهة ومقاومة الاضطرابات الناتجة عن مرضه، وهذا بهدف تدعيم التوازن اللازم والضروري بين التمريض ومشاركة المريض في علاجه.

5-2-2- نموذج "كالسيطة روي" (1976): يهدف التمريض، حسب هذا النموذج، إلى مساعدة الإنسان في مواجهة التغيرات للتكيف مع الحالات الجديدة المؤثرة في كماله الفيزيولوجي، النفسي والاجتماعي، وحددت "روي" أربعة أنواع من التكيف: الاحتياجات الفيزيولوجية، التحكم في الدور، مفهوم الذات، التوازن بين الاستقلالية والتبعية.

5-2-3- نموذج "توسي روبر" (1976): تُعرّف "روبار" التمريض باعتباره وسيلة لمساعدة الفرد في النمو والتطور بشكل مستقل في كل نشاطات الحياة اليومية، ويكمن دور الممرض في مساعدة المريض للحفاظ على قدراته لمواجهة كل أنواع التبعية، وحددت "روبار" أربعة أنواع من نشاطات التمريض: اليومية، متعلقة بالوقاية، متعلقة براحة المريض والبحث والتواصل.

5-3- النظرية الإنسانية / الإجمالية: يُعتبر المريض في هذه النظرية مسئولاً، ويلعب دوراً رئيسياً إزاء مرضه، وتُعطى الأولوية لحرية الفرد ولقيمتها الأساسية وترتكز على الاحترام الكلي للمريض، وتفضّل هذه النظرية الخبرة المُعاشة على المعرفة المُجرّدة، وتهتم بحقيقة الشعور والإحساسات الانفعالية والبدنية للفرد، وتتطلب هذه النظرية من مبادئ علم النفس، وهي مبنية على ثلاث معطيات أساسية: المريض، علاقات المريض والممرض (ميهوبي فوزي، 2013، ص.ص. 166-169).

6- صعوبات مهنة التمريض:

إن الواقع الحالي للأنظمة الصحية يجعل من الصعب تطبيق برامج الرعاية الشاملة كما تدعو إليه نماذج التمريض المختلفة التي تمت صياغتها. سواء في المستشفيات أو على مستوى مؤسسات التكفل بالمسنين أو المعاقين أو مراكز الرعاية المنزلية، فإن النهج الشامل للرعاية الفردية يتعرض للعديد من العراقيل والصعوبات بسبب عدم كفاية الموظفين. ومع ذلك، فإن المفهوم الإنساني هو الذي يتم تعليمه وتدريبه أثناء مراحل تكوين وإعداد الممرضين، بالتالي فمن السهل فهم الإحباط الذي ينشأ بين مقدمي الرعاية الصحية، خاصة الممرضين، المقتنعين بهذا النهج والذين لاحظوا بلا شك فعاليته إلا أنه لا يمكنهم تنفيذه وتطبيقه بسبب العراقيل والقيود المتعلقة بالتنظيم والتسيير والإدارة ونقص الإمكانيات المتاحة لديهم.

والمشكلة الرئيسية في هذا الإطار تكمن إذا في نقص عدد الممرضين بالمقارنة مع عدد المرضى، حيث أن مقدمو الرعاية الصحية يستاءون من اضطراهم بالقيام بسلسلة متنوعة من إجراءات العناية دون وجود وقت كافٍ للرعاية الشاملة بالمريض وتلبية حاجاته المختلفة. فالممرض دائما ما يضطر لإشراك كل ما يمتلكه من مهارات ومعارف... مع الآخرين ومشاركة المرضى أكثر اللحظات أهمية وخطورة (الولادة، الوفاة والألم...). فمهنة الممرض يمكن أن تكون مرهقة عاطفيا وتتطلب إيجاد مساحات للتبادل والتنفيس بين الزملاء، وهذا لتفادي حدوث العديد من المشاكل الصحية البدنية والنفسية خاصة الاحتراق النفسي، انخفاض مستوى الدافعية ونقص الالتزام.

بالإضافة إلى ذلك، فإن صعوبة توفير الممرض لرعاية أمثل للمريض لا يرتبط فقط بعبء العمل وكثرة المهام، ولكن أيضا بتطور السياسات الصحية والإدارية المطبقة على مستوى المستشفيات، حيث أن تخفيض فترات الاستشفاء لأقل مدة ممكنة أدى إلى تغيرات في طرق إقامة العلاقة بين المعالج والمريض بصفة كبيرة، فالتوجهات الحالية للمؤسسات الصحية والإستشفائية تميل إلى وضع المسائل الاقتصادية كأولوية لها، وهذا لترشيد النفقات والتحكم في الميزانيات بصفة عقلانية.

كما أن صعوبات العمل المتزايدة ومهام التمريض المتشعبة استلزم استحداث طرق جديدة للعمل مثل فرق المداومة والعمل وفق الوقت الجزئي، إلا أن ذلك قد يؤدي إلى عدم الالتقاء بين الممرضين والتعرف على بعضهم جيدا، ما قد يجعل من الصعب تكوين وبناء شبكات دعم اجتماعي في مكان العمل ما بين الزملاء. إن هذا لا يجعل تبادل الخبرات وتقاسمها أمرا صعبا فحسب، بل إنه يُعقد أيضا وضع سياسة عمل موحدة وتنفيذها، وبناء هوية مشتركة بين عمال قطاع التمريض.

إضافة إلى ذلك، فإن المتطلبات المتعلقة بالجودة تُعتبر عاملا يستهلك قسط كبير من أوقات مقدمي الرعاية الصحية، وهذا ما يستقطع من فترات بقاء الممرض بجانب المريض وجعلها قصيرة بالرغم من حاجة هذا الأخير لهذا الوقت الذي يكرسه الممرض له، ومع ذلك، فإن هذه المتطلبات لها ما يبرّرها في إطار إدارة المخاطر.

إن أهداف الفعالية التنظيمية والإدارية تتمثل عادة في استغلال الموارد المتاحة لقطاع المستشفيات بشكل أفضل، أو التحكم في التكاليف من خلال ترشيد النفقات أو الاستجابة للاهتمامات الفردية والجماعية من حيث جودة الرعاية والخدمات العلاجية... فمعايير الجودة والنوعية أصبحت المحرك الذي

يسير المنافسة بين المؤسسات بشتى أنواعها بما فيها المستشفيات، والتي تُلحق ضرر لأفراد الطاقم الطبي.

فمعايير تقييم الجودة تستند إلى مؤشرات ملموسة وقابلة للقياس الكمي والتي لا تتيح، في معظم الحالات، الاهتمام بالجانب العلائقي المعنوي الذي ليس أقل أهمية: التركيز، من خلال الحوار والاهتمام، على فردانية الشخص ووضعيته بكيته. فالاستقبال الجيد، الإصغاء وتواجد مقدمي الرعاية الصحية بجانب المرضى بالإضافة إلى معارفهم العلمية ومهاراتهم التقنية تندمج كلها لتشكل في الأخير المحددات الرئيسية للرعاية الصحية الجيدة.

من جانب آخر، هناك فجوة بين المثالية الأخلاقية التي ترغب في صيانة وترقية كرامة المريض واستقلاليته من جهة، والظروف الجديدة لاستقبال المرضى على مستوى المستشفيات، والسياق الحالي للرعاية الصحية مع موارد منخفضة الذي يمثل واقع غير مواتي لتحقيق هذه الأهداف المثالية من جهة أخرى.

بالنسبة لبعض المختصين، فإن السبب الإضافي لهذه الفجوة يتمثل في سوء فهم الرعاية الشاملة، فإذا تم فهمها على أنها واجب رعاية وتكفل الممرض بكل مريض بشكل شامل، فمن الواضح أن المهمة يصعب تحقيقها وهذا بالنظر إلى عدد المرضى الذين يتوجب التكفل بهم وكذا السياق والظروف المذكورة آنفاً (Haberey-Knussi V., 2013, p.p. 43-45).

فحالياً، هناك العديد من العوامل المتشعبة التي تساهم في ظهور وتطور الضغط المهني لدى الممرضين، والتي يمكن إدراجها في ثلاثة نقاط أساسية:

- ◀ تعرض هوية الممرض للخطر بسبب الفجوة الموجودة بين المثالية الأخلاقية لمهنة التمريض وإمكانية التنفيذ الواقعي لها.
- ◀ شروط وظروف المحيط الاستشفائي، والصعوبات الكامنة في إقامة العلاقات مع المرضى، والفهم الخاطئ لواجب تقديم "الرعاية الشاملة" للمريض، والتي تتعارض مع المثل الأخلاقية للرعاية التمريضية التي تعتبر احترام كرامة الشخص المريض واستقلاليته في صلب اهتمامات مهنة التمريض.

◀ القواعد والشروط التنظيمية ومتطلبات الميزانية التي تزيد من الصعوبات العلائقية للمرضيين، سواء مع المرضى أو مع باقي الطاقم الطبي.

(Haberey-Knussi V., 2013, p.p. 47).

- خلاصة الفصل:

يُعد التمريض من ضمن الخدمات الصحية التي تمدّ المجتمع بخدمات علاجية ذات جانبيين (إنساني واجتماعي)، ولقد كانت بداية التمريض منذ فجر الإسلام على يد السيدة "زُفيدة بنت كعب" وهي أول ممرضة في العهد الإسلامي، أما التمريض بالمفهوم الحديث فلقد نشأ في بريطانيا لحاجة الأطباء لوجود مساعدات.

أما اليوم فتتوفر كليات ومعاهد يُدرّس فيها التمريض بالمعنى الحديث، من أجل المحافظة على الصحة العامة والنهوض بها ورعاية المرضى والمعاقين وإعادة تأهيلهم لمزاولة حياتهم.

كما أن هنالك تخصصات كثيرة للتمريض مثل تمريض صحة الأمومة، تمريض السرطان، تمريض الرعاية التلطيفية وتمريض الاستعجالات والعناية المركزة وغسيل الكلى...

كما أنه تجدر الإشارة إلى أن لمهنة التمريض مخاطر كثيرة، حيث يتحمل الممرض الظروف القاسية في رعاية المرضى والسهر على راحتهم وتخفيف الألم عنهم، وهذا ما يسبب ضغوطات نفسية وأزمات بسبب تحمّل العبء الزائد في العمل، إضافة لتعرض الممرض لمخاطر الاختلاط بالمرضى وإمكانية الإصابة بعدوى فيروسية أثناء التعامل مع الدم والسوائل البيولوجية المتنوعة، إضافة إلى المواد المشعة الكيميائية الخطيرة، وهو ما أدى اليوم إلى اتجاه الدول لتوفير المصل الوقائي لهيئة التمريض خاصة والمهن الطبية عموماً.

الفصل الخامس

الأمراض المستشفوية

- تمهيد:

يُعتبر المستشفى مكان علاج مختلف الأمراض وتخفيف المعاناة عن المرضى ومساعدتهم على تحقيق الشفاء. إلا أنه، من جهة أخرى، يمكن أن يتضمّن المحيط الاستشفائي مخاطر صحية جادة على كافة الأفراد المتواجدين فيه (مقدمي الرعاية الصحية، المرضى بل حتى الزوار) وهذا بصفة خاصة، لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة يمكن أن تتسبّب في إضعاف جهاز المناعة لديهم (مرض السكري، قصور في الجهاز التنفسي، أمراض المناعة ، ضحايا الحروق...)، وبالتالي سهولة إصابتهم بالأمراض الانتهازية مقارنة بالآخرين.

إن كل شخص متواجد على مستوى مؤسسة صحية يمكن أن يساهم في انتشار الميكروبات الموجودة بكميات كبيرة على مختلف الأسطح والمساحات (الأرضيات، الأحذية، مقابض الأبواب، القواطع الكهربائية، دورات المياه...) وكذا في الهواء، ناهيك عن تواجد المرضى المصابين بمختلف الأمراض والعِلل على مستوى المصالح والأجنحة، مما يجعل البيئة الاستشفائية مكان ملائم لتكاثر وانتشار الجراثيم المتنوعة ومرتع للميكروبات والكائنات الطفيلية، التي تسبّب ما يُعرف بالأمراض المستشفوية التي تهدّد كل الأفراد المتواجدين بالمحيط الاستشفائي سواء كانوا مرضى، أصحاء أو مهنيين.

1- تعريف الأمراض المستشفوية: تُعتبر العدوى بأنها مستشفوية إذا كانت ناجمة عن الإجراءات العلاجية التي توفرها المؤسسة الصحية خلال التكفل العلاجي، التشخيصي، العلاج الملطف (Palliatif)، الوقائي أو التربوي.

عندما تكون الحالة الصحية غير معروفة بالتحديد في بداية التكفل العلاجي، فإنه عادة ما تُخصَّص فترة 48 ساعة على الأقل بعد فترة الحضانة (Incubation)، لكي يتم التأكد رسمياً بأن الأمر يتعلق بعدوى مستشفوية، إلا أنه يجب دائماً الأخذ بعين الاعتبار إمكانية حدوث العدوى بسبب التكفل العلاجي والإجراءات والدخلات المتعلقة به.

كما أن الأمراض المستشفوية تُعتبر كخطر يهدد صحة المرضى، أفراد الطاقم الطبي وشبه الطبي، وحتى الأفراد الذين يزورون المستشفى (Crouzilles C., 2011, p. 46).

تُطلق تسمية الأمراض المستشفوية على كل مرض معدٍ ذات أصل بكتيري، فطري، فيروسي أو طفيلي يمكن التعرف عليه إكلينيكيًا أو مخبرياً، تحدث الإصابة به على مستوى مؤسسة إستشفائية. هذه العدوى يمكن أن تُصيب إما المريض الماكث بالمستشفى أو يتلقى علاج بصفة متنقلة، أو أفراد الطاقم المعالج في إطار أداءهم لوظائفهم العلاجية (Jauréguiberry S. et al., 2016, p. 935).

2- مخاطر الوسط الاستشفائي: تُصنّف المستشفيات والمراكز الصحية من بين أماكن العمل التي تشكّل خطر كبير على صحة الأفراد العاملين، حيث صنّف المختصون هذه المخاطر في مجموعتين رئيسيتين هما: المخاطر البيولوجية والمخاطر الكيميائية.

1-2- المخاطر البيولوجية: إن مهنيي الصحة أثناء أداء عملهم، معرّضون لتهديدات الإصابة بعدوى يمكن أن تتجم عن العديد من العوامل البيولوجية الإراضية المتنوعة، حيث أن هذا الخطر عادة ما يظهر بطريقة مفاجأة، وغالبا ما يكون غير قابل للملاحظة والتحكّم، وهو الأمر الذي يجعل من الصعوبة تقييم هذه المخاطر (Commission européenne, 2012, p. 52).

2-1-1- مظاهر العدوى البيولوجية:

- بعد حدوث اتصال بين الكائنات الدقيقة وعضوية الفرد، يمكن أن تكون النتائج متباينة كالتالي:
- ◀ عدم حدوث عدوى (لا توجد أي آثار جرثومية في العينات البيولوجية التي يتم فحصها مخبرياً).
 - ◀ حدوث عدوى لكن بدون أي أعراض مرضية (مثل تواجد فيروس السيدا في الجسم). في هذه الحالة، يمكن للمصاب أن ينشر العدوى للآخرين ربما بدون علمه.
 - ◀ يمكن للعامل المُعدي أن يسبب تأثيرات متفاوتة الحدة، والتي تتراوح بين التأثير الخفيف أو الشديد بل يمكن أن يكون مُميت.
 - ◀ يمكن للعامل المُعدي أن يكون له تأثير مُزمن.

فمثلاً، البكتيريا المعروفة باسم "كامبيلوباكتر" (Campylobacter)، وهي من أنواع البكتيريا المعوية، يمكن أن تُسبب للمصاب بها تأثيرات حادة تظهر في شكل أمراض الجهاز الهضمي، وآثار مزمنة مثل الشلل العصبي العضلي المعروف باسم متلازمة "غيان-باريه" (Guillain-Barré).

فمن حيث التأثيرات، من المهم التمييز بين الطبيعة المُعدية للكائن المجهرى (أي قدرته على اختراق واستيطان العضوية وتكاثره فيها مسبباً بذلك للعدوى) وضرارته التي تتمثل في قدرته على إحداث اضطرابات وأعراض إكلينيكية متفاوتة الحدة لدى الفرد المصاب.

وبناء على ذلك، فإن القدرة الإراضية ليست فقط نتيجة لطبيعة ونوع الكائنات الحية الدقيقة، بل الأمر يتعلق أيضاً بخصائص العضوية التي تجتاحها هذه الكائنات. وهكذا، يمكن لبعض الميكروبات المعروفة بالخطورة العالية التي تشكلها (مثل المكورات السحائية المسؤولة عن التهاب السحايا النخاعي، أو البكتيريا المسؤولة عن حمى التيفوئيد) أن تستوطن الجسم دون أن تتسبب في أي اضطراب، في حين أنه يمكن لبعض الكائنات الحية الدقيقة الأخرى، المتواجدة بصفة طبيعية في العضوية (مثل بعض أنواع من بكتيريا الجهاز الهضمي) إحداث أعراض مرضية عندما تكون قدرات الجسم المناعية ضعيفة.

إن بعض فئات المرضى الماكثين في المستشفى يعانون من درجات متفاوتة من هشاشة المناعة. وكما لاحظنا أعلاه، فإن هؤلاء الأفراد هم المعرّضون بصفة أكبر للإصابة بمختلف الأمراض المستشفوية، لأن لهم قابلية أعلى للتأثر بالكائنات المجهرية الانتهازية التي تتكاثر وتنتشر بسهولة في البيئة الاستشفائية، وهذا ما يشكل خطر نقل هذه الأمراض للآخرين سواء كانوا مرضى مثلهم أو أفراد الطاقم الطبي. من ناحية أخرى، يمكن أن يكون بعض المرضى قد اكتسبوا الحصانة المناعية تجاه بعض العوامل المعدية، حيث يمكن لهذه الحصانة أن تدوم لمدى الحياة، أو على العكس تدوم فترات قصيرة فقط (كما هو الحال بالنسبة لفيروس "توروالك" (Norwalk)، أي أن الحالة المناعية والقابلية للإصابة بالعدوى المستشفوية مختلفة من فرد لآخر، وقد يجعل ذلك من الصعب استقراء البيانات الوبائية لدى مؤسسة استشفائية معينة وتعميمها على مستشفيات أخرى (Bonnard R., 2001, p., 35).

ولقد صنّف المجلس الأوربي لحماية العاملين من المخاطر البيولوجية في العمل هذه العوامل إلى 04 مجموعات، وذلك بناء على جدية وحجم الخطر المتعلق بالعدوى الذي يمكن أن تُشكّله عليهم وهي كالتالي:

◀ **المجموعة الأولى:** وفيها أُدرجت العوامل البيولوجية التي لا يُصاب الفرد بمرض في حالة تعرّضه لها.

◀ **المجموعة الثانية:** تنتمي لهذه المجموعة العوامل البيولوجية التي بإمكانها إحداث مرض لدى الفرد إذا تعرض لها، وهي تُشكّل خطر على العاملين، إلا أن احتمال انتقالها بين الأفراد ضئيل، وغالبا ما تتوفر احتياطات يمكن أن تقي منها وعلاجات فعالة في حالة الإصابة بها.

◀ **المجموعة الثالثة:** يمكن للعامل البيولوجي الذي ينتمي لهذه المجموعة أن يحدث مرض خطير للفرد، ويمثّل خطرا جديا بالنسبة للعاملين، كما يمكنه أن ينتشر وينتقل بين الأفراد، لكن تتوفر عادة إجراءات وقائية وعلاجات فعالة.

◀ **المجموعة الرابعة:** هذه المجموعة من العوامل البيولوجية تسبّب أمراض خطيرة لدى الفرد، وتشكّل خطر كبير بالنسبة للعاملين، لديها إمكانية كبيرة للانتشار والانتقال بين الأفراد، عادة ما تقتصر المؤسسة الصحية لإجراءات تقي العاملين منها، وكذا عدم توفر علاج فعال لها.

بالنسبة لكل مجموعة من هذه الأخطار، تتوفر حزمة من المعايير الوقائية التي تسمح بمواجهتها وتسيير ما قد ينجر عنها، وذلك بصفة شاملة، لأنه من الصعب وضع استراتيجية خاصة بكيفة حسب وضعية خطر محدّدة، وهذا راجع إلى التغيّرات السريعة التي تتميز بها المخاطر المتعلقة بقطاع الصحة.

لقد أشار النظام الأوروبي لتقييم الأخطار إلى ضرورة وأهمية إجراء تقييم دوري حول احتمالية الخطر الذي يُشكّله كل عامل مرضي على حدا، والذي يمكنه أن يهدّد صحة العمال، وذلك بتصنيفه في المجموعة التي ينتمي إليها (المذكورة سابقاً) للوصول إلى إمكانية تحديد مستوى الحماية الواجب توفيره.

عندما تظهر عوامل إمرضية تنتمي لمجموعات خطر مختلفة بصفة متزامنة، ففي هذه الحالة يجب تطبيق المعايير الوقائية الموجهة للمجموعة الأكثر خطورة.

إن إجراء تقييم صحيح وجاد للمخاطر الناجمة عن العوامل البيولوجية في قطاع الصحة، يتطلب على المستوى الاستراتيجي عدم دراسة كل عامل إمرضي بصفة منعزلة عن العوامل الأخرى، بل يجب دراستها مجتمعة على أساس بعض المعايير. فيجب مثلاً تقييم مستوى الخطر بناء على طريقة الانتقال والانتشار، ففي قطاع الصحة، هناك 03 طرق رئيسية تنتقل من خلالها مختلف الأمراض المستشفوية وهي كالتالي:

- ◀ العدوى المتنقلة عن طريق الدم.
- ◀ العدوى المتنقلة عن طريق الهواء.
- ◀ العدوى المتنقلة عن طريق اللمس.

فيتعيّن تشخيص وتقييم الأخطار المتعلقة بكل طريق من تلك الطرق التي تنتقل من خلالها هذه الأمراض، وتحديد معايير الحماية المناسبة لكلٍ منها.

(Commission européenne, 2012, p.p. 52–53).

إن هذا التصنيف ينطبق فقط على الكائنات الحية الدقيقة التي من المحتمل أن تسبب أمراضاً معدية، ولا تتدرج فيه المخاطر الأخرى المسببة للحساسية أو التسمم، حيث أنه اعتماداً على هذا التصنيف، توضع التدابير اللازمة لاحتواء ومنع خطر الانتشار في الأوساط الاستشفائية.

فمن أجل إجراء تقييم عملي للمخاطر المحتملة والتمكّن من إعداد خطة تشتمل على تدابير الوقاية والحماية، يجب على إدارة المستشفى والمختصين تحديد طبيعة ومدّة الظروف التي يتعرض من خلالها مهنيي الصحة لهذه الأخطار، أو أي نشاط يُحتمل أن يمثل خطر التعرض للعوامل البيولوجية.

ويجب أن يشمل تقييم المخاطر البيولوجية على:

◀ **جمع البيانات:** مجموعة من البيانات النوعية المتعلقة بالمصادر المحتملة للعدوى، طرق الانتشار والانتقال الممكنة، مختلف المواقف التي يمكن حدوث التعرض فيها، إضافة للإمكانيات والحواجز الملائمة التي يمكن توفيرها ومن شأنها الحدّ من مخاطر التعرض، وكذلك الأرقام المتعلقة بعدد الأشخاص المعرضين، سواء كانوا مرضى أو معالجين، مدّة التعرض فيما يتعلق بوقت العمل...

◀ **تحليل البيانات:** الذي يسمح بتصنيف مختلف المشاكل التي يتعيّن حلها، وذلك حسب درجة أهميتها وخطورتها، لاتخاذ تدابير الوقاية والحماية حسب ما تقتضيه الأولوية.

(Bonnard R., 2001, p. 53).

2-2- المخاطر الكيميائية:

إن إدارة المخاطر الكيميائية من بين أهم الوظائف الوقائية التي يجب أن تُعنى بها إدارة أي مستشفى، وهذا خاصة على مستوى المصالح التي تُستعمل فيها بكثرة وبصفة مستمرة هذه المواد الكيميائية. في الواقع، يتعرض العاملون في قطاع الصحة يومياً لمجموعة متنوعة وواسعة من المواد الكيميائية مثل المطهرات، المعقمات، الكواشف المستعملة على مستوى المخابر التي يمكن أن تتجم عنها تفاعلات كيميائية قد تُضر صحة الفرد أثناء مناولته لها، أو مختلف أنواع العقاقير بما في ذلك مثبطات الخلايا (Cytostatiques) وكذا الغازات المستعملة في عمليات التخدير، وهذا سواء كان التعرض لها بصفة دائمة، متقطعة أو عرضية، وهي كلها مواد ومستحضرات خطيرة مستخدمة بكثرة في المرافق الصحية (Sillière J., 2014, p. 15).

في إطار تقييم المخاطر المتعلقة بالوسط الاستشفائي، ينبغي على المختصين في هذا المجال دراسة وتحديد المخاطر التي يمكن أن تنجم عن استعمال المواد الكيميائية. فتحليل مختلّف النشاطات العلاجية التي يقوم بها أفراد الطاقم الطبي بصفة يومية، يجب أن يتضمّن خطورة الاستعمال المتكرّر لبعض المواد التي من أهمها:

◀ مواد التنظيف والتعقيم.

◀ الغازات المستعملة في عملية التخدير.

◀ المواد المثبطة للخلايا والسامة للخلايا (Cytostatiques/Cytotoxiques).

◀ المواد التي يمكن أن تُضّر أو تهدّد القدرة على الانجاب، خاصة بعض المواد الصيدلانية.

بالإضافة إلى المواد ومجموعات المواد المذكورة، توجد سلسلة متنوعة أخرى من العوامل الكيميائية التي تُشكّل خطرا على العاملين بالوسط الاستشفائي، مثل المواد المُذيبة والمواد المستعملة في المخابر، كحول 90°، المواد المستعملة للحفظ...

إن المختصين القائمين بتقييم المخاطر الناجمة عن العوامل الكيميائية في القطاع الصحي، غالبا ما يواجهون مشاكل وعراقيل خاصة وهي كالتالي:

◀ صعوبة أو عدم إمكانية تصنيف المستحضرات الصيدلانية التي تُشكّل خطر على مهنيي الصحة، مع المواد الكيميائية الخطيرة الكلاسيكية التي تُسيّرها توجيهات وتوصيات الهيئات المختصة في هذا المجال، على غرار المواد المستعملة في عملية التخدير، المواد المثبطة للخلايا، مواد التعقيم والعديد من المستحضرات الصيدلانية الأخرى، مع العلم أن مهنيي الصحة غير قادرين دائما التّعرف على الأخطار التي تشكّلها هذه المواد على صحتهم.

◀ عادة ما تقتضي اجراءات النظافة الصحية استعمال مطهرات ومواد كيميائية معقّمة، لكن يجب أيضا الأخذ بعين الاعتبار الآثار التي تنجم عنها، فإذا كان استعمالها اليومي والمتكرّر يقضي على مسببات تطور وانتشار الأمراض المستشفوية والمُعديّة، فهي من جهة أخرى تُمثّل خطر كيميائي خاصة على مستعملها.

◀ إن العديد من الإجراءات العلاجية التي تهدف لمساعدة المرضى، يمكن أن تُشكّل خطراً على المعالجين إذا لم يتم اتخاذ احتياطات الحماية لديهم، يحدث هذا خاصة في الحالات المستعجلة (التدخلات الجراحية، مصالِح الاستعجالات...)

(Commission européenne, 2012, p. 232).

2-2-1- بعض الحالات الخطيرة التي تنجم عن أنشطة التطهير والتعقيم:

غالباً ما يتم تنفيذ أنشطة التطهير والتعقيم للوسائل والأدوات الحساسة للحرارة (التي لا تتحمل التعقيم الحراري) في صناديق مخصصة لذلك، حيث يتم غمر الأدوات المستعملة والمناظير للتنظيف، التطهير والتعقيم. بالتالي، فإن مخاطر التعرض لدى العاملين تكثُر بشكل أساسي أثناء مُناولة واستخدام هذه الصناديق، وتتمثل المخاطر الرئيسية في الاستنشاق والرش أثناء غمر المُعدات وكذلك الانسكاب في حالة إزاحة أو تحريك الخزان عند امتلائه، خاصة عند استبدال محلول النقع.

غالباً ما تكون للمنظفات والمطهرات المستعملة في هذا المجال آثار مهيجة أو مسببة للتآكل عند ملامسة البشرة والأغشية المخاطية، حيث يمكن أن ينجّر عن استعمالها بعض الإصابات التي تتمثل خاصة في التهيجات و/أو تقرحات وإحداث بعض الأنواع من الحساسية، وكلها آثار يمكن أن تحدث في آن واحد.

أما الاستعمال المستمرّ على المدى الطويل لهذه المواد والمستحضرات الكيميائية، فيمكن أن ينجم عنه إصابات حادة قد تكون خطيرة، وهذا خاصة على مستوى الجلد مثل الأكزيما والتهابات البشرة وأغشية العين، وعلى مستوى الرئتين مثل السعال وصعوبة التنفس الذي يمكن أن يتطور إلى ربو. كما أن هذه المستحضرات غالباً ما تكون طيارة (Volatiles)، وهذا راجع لاستخداماتها في شكلها الغازي وللتسربات المحتملة في أنابيب الإمداد للأجهزة الأوتوماتيكية، وخزانات التطهير والتعقيم التي لم يتم غلقها كفاية أو عند فتحها، ولهذا فإن خطر التعرض عن طريق الاستنشاق ودخول هذه الغازات في المجاري التنفسية متواجد بكثرة في مثل هذه الحالات.

وفي هذا الإطار، يمكن إعطاء مثال لمادتين مستعملتين بكثرة في الوسط الاستشفائي للتطهير والتعقيم، اللتين تشكّلان خطر على صحة مستخدميها وهما:

◀ **أكسيد الإيثيلين (Oxyde d'éthylène):** الذي يتميز بقوة كبيرة للتعقيم، وهذا بفضل قدرته للقضاء على الجزيئات العضوية للخلايا من أجل الحدّ من وظائفها بل تثبيطها كلياً، لكن المشكل الذي يمثّله هو أنه يقوم بذلك دون تمييز بين الخلايا المضرّة (البكتيرية، الفطرية، الفيروسية...) والخلايا البشرية، وهذا ما يشكل صحة على صحة مستعملها.

◀ **الغلوتارالدهيد (glutaraldéhyde):** الذي يُستعمل بكثرة لتعقيم المناظير (Endoscopes)، والذي يرتبط خطره بعدّة عوامل: تواتر وتكرار الاستخدام، نسبة تركيز المادة في محلول التعقيم، طريقة الشطف، حجم الغرفة التي يتم استخدامه فيها ومدى تهويتها. وغالباً ما تقتضي إجراءات الشطف للمناظير فترات طويلة نسبياً وهذا ما يُعرّض العامل للامسة هذه المادة مُطوّلاً وفي نفس الوقت استنشاق الأبخرة الناجمة عنها.

(Sillière J., 2014, p.p. 40-41).

2-2-2- المعايير الأساسية لتقييم المخاطر الكيميائية في الوسط الاستشفائي: لتحديد وتقييم

المخاطر الكيميائية المنتشرة في الوسط الاستشفائي، يلجأ المختصون في هذا المجال لإتباع الخطوات التالية:

◀ **جرد كامل للمواد الكيميائية المستعملة وكل الأنشطة والمهام المنجزة بها:** تتمثل هذه المرحلة في وضع قائمة شاملة للمواد الكيميائية وكل الأنشطة والمهام المتعلقة بهذه المواد في المجال العلاجي، لأن هذا سيسمح برصد جميع المخاطر المحتملة التي يمكن أن تتجرّ عن استخدام هذه المواد، خاصة تلك التي يتم استخدامها بكثرة مثل:

- المنظفات والمطهرات ومُنْتِجات التعقيم وبقايا النفايات الكيميائية التي يتوجّب التخلص منها.

- المواد المستعملة في عمليات الكواشف المخبرية، المذيبات والغازات المخدّرة.

- المواد المثبّطة للخلايا والمستخدمة في العلاج الكيميائي (طب الأورام)، الأدوية المضادة

للفيروسات...

قد تساعد العديد من مصادر المعلومات في تحديد هذه المنتجات: مثل العلامات والمُلصقات الموضوعة على أغلفة هذه المواد التي تُوضِّح خصائصها ومكوناتها والإجراءات المتبَّعة عند استعمالها، مصدر هذه المواد وطريقة تصنيعها، وهي المعلومات التي يمكن الحصول عليها بفضل خدمة الشراء، وأيضا مراقبة أماكن استخدامها في العمل للتأكد من احترام الإجراءات المعيارية المنصوص عليها.

إن هذه الخطوة الأولية تسمح بإعداد قاعدة بيانات تشمل مخزون المُنتجات الكيميائية المستخدمة في المؤسسة الاستشفائية موضع التقييم، وبالتالي تحديد خطة الوقاية المناسبة التي تنطلق من المخاطر الكامنة والفعلية التي يُمكن أن تسببها هذه المواد.

◀ **تحديد ظروف تعرض الموظفين للمواد الكيميائية التي تم رصدها في الخطوة السابقة:** إن تحديد ظروف التعرض لهذه المواد يمكن أن يكون:

- **نوعي:** وذلك بالتعرّف على مستويات التعرض للخطر (منخفض، متوسط أو مرتفع)، وهو ما يسمح بوضع الأولويات في الخطة الوقائية وبرامج التدخل.

- **كمي:** مثل تحديد المدّة الزمنية للتعرض، وكمية المواد المستعملة، وهذا ما يسمح بالتعرّف على مستويات التعرض المهني ومؤشرات الخطر الكيميائي.

◀ **وضع هيكل هرمي للمخاطر:** الذي يمكن من تحديد أولويات الإجراءات الميدانية الوقائية.

◀ **وضع خطة عمل ضدّ المخاطر الكيميائية:** حيث يجب أن تشمل هذه الخطة على:

- **إجراءات تقنية:** منع استخدام بعض المنتجات الكيميائية واستبدالها بأخرى إن أمكن ذلك، التحكم في الملوثات من مصدرها ...

- **إجراءات تنظيمية:** إعداد البروتوكولات الرامية لتحسين ظروف العمل وإبعاد المخاطر قدر الإمكان ...

- **إجراءات بشرية:** مثل إعداد برامج التوعية والتحسيس، توفير المعلومة الملائمة في الوقت المناسب للموظفين، مع توفير برامج تدريبية دورية موجهة للتحكم في المخاطر المنتشرة في الوسط الاستشفائي (Fonds national de prévention, 2016, p. 16).

إن طبيعة المادة الكيميائية المستعملة والطريقة الخاصة لاستعمالها يؤثران على كيفية التعرض، وفيما يلي نتطرق إلى أهم الطرق التي يتعرض من خلالها المهني في قطاع الصحة لهذه المواد:

◀ **التعرض عن طريق الاستنشاق:** يحدث هذا التعرض أثناء استخدام المواد الطيارة في حالتها المفتوحة (مثل الغازات المستعملة في عملية التخدير)، حيث أنه يمكن أن يشكل خطرا جديا على الفرد.

في إطار الأمن المهني، يتم تحديد التعرض عن طريق الاستنشاق بتحديد درجة تركيز مادة معينة في الهواء بمكان العمل، وذلك عن طريق قياس مكونات الهواء السائد فيه، وكذلك عن طريق المقارنة مع أماكن عمل أخرى، أو عن طريق تقديرات المختصين في مجال التعرض للمواد الكيميائية الخطيرة. فاستعمال المواد الطيارة والبخاخات (Sprays) يمكن أن يشكل أخطارا تنفسية ناجمة عن الأبخرة والجزيئات المتطايرة في الهواء، إضافة إلى بعض الجزيئات المجهرية (التي يقل قطرها عن 0,1 ملم) التي تنتشر أثناء القيام ببعض العمليات التي تتم بصفة مرحلية (مثلا الجراحة باستعمال تقنية الليزر).

◀ **التعرض عن طريق اللمس (الجلد):** يحدث أثناء التعامل المباشر مع المواد الثقيلة غير الطيارة، مثل بعض المستحضرات التي يتم إعدادها للتعقيم، كغمر اليدين في محلول كيميائي مطهر، ملامسة مساحات رطبة أو تم تطهيرها وتعقيمها حديثا، ترطيب البشرة عن طريق التبخر...

على عكس التعرض عن طريق الاستنشاق، الذي يتوفر على قيم معينة تسمح بمعرفة مدى تركيز المادة في الهواء، وبالتالي إمكانية تحديد مدى خطورتها على صحة الفرد، لا توجد مثل هذه القيم في حالة التعرض عن طريق اللمس، إلا أنه، بفضل بعض التصنيفات الخاصة بالمواد الكيميائية، يمكن معرفة ما إذا كانت ملامسة الجلد للمادة يشكل خطرا، وبالتالي وجوب تجنبها (مثلا المواد المهيجة والمثيرة للحساسية).

◀ **خطر الاشتعال والانفجار:** إن استعمال مستحضرات التعقيم المصنوعة على أساس الكحول والمذيبات (مثل كحول ذات 90° أو المواد الكيميائية المستعملة في المخابر)، ووضعها على الرفوف أو على مستوى المخازن في المستشفيات، كل هذا يزيد من خطر اندلاع حريق أو

حدوث انفجار في مكان العمل، إضافة إلى الآلات والمعدات المولدة للهباء الجوي (Générateurs d'aérosol) المجهزة بآلية الدفع القابلة للاحتراق كالبروبان والبوتان. (Commission Européenne, 2012, 236-238).

2-2-3- أنواع التسمم الكيميائي:

◀ **التسمم الكيميائي الحاد:** يحدث أثناء التعرض لكميات عالية التركيز من الغازات المستخدمة في عمليات التخدير الطبي، حتى ولو كان ذلك لفترة قصيرة، فمن المرجح أن تتسبب في آثار سلبية على الصحة تظهر أعراضها على شكل آلام الرأس، تهيجات، التعب والشعور بالنعاس، الغثيان وصعوبة القيام ببعض العمليات المعرفية مثل الحكم وفقدان القدرة على التنسيق، وفي بعض الأحيان حدوث أمراض الكلى والكبد.

فالتعرض المهني لتركيزات عالية (حوالي 500 جزء في المليون من غاز N_2O و 15 جزء في المليون من الغازات المهلجنة)، يؤدي لحدوث آثار عصبية سلوكية مثل ضعف قوة العضلات، ضعف في وظائف الحواس، زيادة ظهور تناذر سيكو-عصبي، الذي يحدث من خلال اثنين على الأقل من الأعراض الثلاثة التالية: الصداع، الشعور بالدوار وتباطؤ ردود الفعل للاستثارة، وربما ظهور حالات اكتئاب في بعض الحالات.

فالتسمم الكيميائي الحاد يمكن أن يتسبب في حدوث أضرار خطيرة لا رجعة فيها على كافة مناطق الجهاز العصبي المركزي، التي تتمثل خاصة في انخفاض العمليات الأيضية في المخ وضعف قابلية الخلايا العصبية للاستثارة، وهذا ما يُظهره بوضوح المخطط الكهربائي للدماغ (EEG)، وأيضاً تأثر آلية عمل النواقل العصبية خاصة "النوربينفرين"، "الدوبامين" و"السيروتونين".

◀ **التسمم الكيميائي المزمن (التدريجي):** لقد تبين أن التعرض المتكرر لكميات منخفضة التركيز من الغازات المستعملة في عمليات التخدير الطبي قد يؤدي، على غرار التعرض الحاد، إلى حدوث أضرار على المستوى السلوكي العصبي. كما ربطت العديد من الدراسات التعرض المزمن لهذا النوع من الغازات مع حالات محتملة للإجهاد، وحدوث أضرار للحمض النووي (ADN) وحدوث بعض أنواع السرطانات، بالإضافة إلى وقوع تلف لخلايا الكبد الذي يمكن أن يؤدي في النهاية إلى التهاب الكبد المزمن (Sillière J., 2014, p.p. 45-46).

3- طرق انتقال الأمراض المستشفوية: إن معظم الأمراض المستشفوية غالبا ما تحدث كنتيجة للعلاجات المجتاحة للجسم عند المريض (Soins Invasifs)، حيث أن مثل هذه التدخلات العلاجية تفتح ثغرة تدخل من خلالها للجسم الكائنات المجهرية المنتشرة في المحيط المباشر (بشرة المريض، أيدي المعالج، الوسائل والأدوات العلاجية)، حيث أن أكبر نسبة من الأمراض المستشفوية تنجم عن التدخلات الجراحية (شق البشرة أو بعض الأعضاء الداخلية للجسم)، وضع مسبار على مستوى المثانة، القسطرة الوريدية، القسطرة الشريانية، وضع أنبوب داخلي للقصبة الهوائية...، كما أن العديد من العوامل الإمبراضية عادة ما تكون منتشرة على مستوى نفس الجسم الذي يُصاب بها (Flore Endogène).

كما يمكن أيضا انتقال الكائنات المُعدية الإمبراضية من مريض مُصاب بعدوى إلى مرضى آخرين وأفراد الطاقم الطبي المتواجدين بالقرب منه داخل المؤسسة الاستشفائية، والذين يتقاسمون معه نفس الغرفة أو الرواق أو مكان إجراء التحاليل الطبية، حيث يمكن للكثير من الأمراض المُعدية الانتقال بهذه الطريقة خاصة مرض السل، الجدري، الحصبة، الأنفلونزا وعدوى الفيروس المخلوي التنفسي (Virus respiratoire syncytial).

كما يلعب أيضا الوسط الاستشفائي دورا مهما في هذا المجال، حيث يمكن للمريض الذي يتواجد فيه أن يُصاب بعدة أمراض ناجمة عن الكائنات المجهرية المنتشرة في هذا المحيط، والتي تصيب خاصة المرضى الذين يعانون من ضعف المناعة (Immunodéprimés)، ومن أهم الأمراض التي تدخل في هذا الإطار نجد داء الفيلقيات (Légionellose)، الذي تلعب شبكة المياه دورا هاما في انتشاره، وفطر "الأسبيريجيلاس" (الرشاشيات) الناجم عن جزيئات الغبار المتطايرة في الهواء، والآتية من الأشغال القريبة من المحيط الاستشفائي.

جدول رقم (03): الأشخاص المستهدفين من العدوى الفيروسية المستشفوية.

مصلحة طب الأطفال	الأنفلونزا، فيروس الروتا، الهريس، الحُمق النطاقي
مصلحة طب الشيخوخة	الأنفلونزا، الفيروس التنفسي المخلوي
أفراد الطاقم الطبي	التهاب الكبد بنمطيه "أ" و"ج"، الايدز، الحُمق
مرضى ذوي ضعف المناعة	الحُمق، الفيروس المضخم للخلايا

بالنسبة لأفراد الطاقم الطبي، تُعتبر حوادث التعرض للدم (AES) كأخطر طريقة يمكن من خلالها إصابتهم بمرض معدٍ، حيث أن العديد من العوامل الإراضية يمكن أن تنتقل إليهم بسبب هذه الحوادث، إلا أن الفيروسات هي المسؤولة الأولى في وقوع هذه الاصابات مقارنة بالبكتيريا، خاصة تلك المسببة للأمراض المزمنة لدى المريض المُصاب، ومن أهمها مرض الايدز، التهاب الكبد الفيروسي بنمطيه "ب" و"ج"، إضافة إلى بعض الأمراض المُعدية التي يمكن أن تنتقل عن طريق هذه الحوادث والناجمة عن بعض الأنواع من الكائنات المجهرية على غرار "البلاسموديوم" و"البكتيريا اللولبية".

ولحماية أفراد الطاقم الطبي من هذه المخاطر الناجمة عن التعرض للدم والسوائل البيولوجية، يجب تطبيق واحترام الاحتياطات المعيارية أثناء علاج أي مريض. سنتطرق لاحقا لحوادث التعرض للدم بالتفصيل.

جدول رقم (04): يُمثل أهم الفيروسات المنتقلة عن طريق حوادث التعرض للدم.

الفيروس	نسبة الازمان	نسبة الانتقال بعد التعرض	مدى توفر اللقاح	الوقاية ما بعد التعرض
VIH	%100	0,3 %	غير متوفر	ممكنة
VHB	%10	40-05 %	متوفر	ممكنة
VHC	%80-70	03-01 %	غير متوفر	غير ممكنة

(Jauréguiberry S., 2016, 935-937).

4- مراقبة الأمراض المستشفوية:

لكي تكون المؤسسة الاستشفائية قادرة على حماية المرضى وأفراد الطاقم الطبي من حدوث الأمراض المستشفوية، يتعين عليها إعداد تقييمات دورية شاملة تسمح بمراقبة المخاطر المهنية في الوسط الاستشفائي. فمن الضروري أولاً تحديد المخاطر المحتملة من خلال هذه التقييمات، وبالتالي التمكن من تنفيذ إجراءات الوقاية والحماية لكل المتواجدين على مستوى الوسط الاستشفائي.

(Sillière J., 2014, p. 15).

إن نسبة حدوث الأمراض المستشفوية لدى المرضى وعمال مؤسسة استشفائية معينة، يمكن اعتبارها كمؤشر يُستدل به على نوعية العلاجات المقدّمة ومدى سلامتها. فعملية إعداد خطة لمراقبة هذه النسبة عنصر ضروري لتحديد المشاكل والأولويات، ولتقييم مدى فعالية الأنشطة الموجهة لمكافحة هذه الأمراض، فالمراقبة في حدّ ذاتها عملية فعالة تسمح بالتقليل من حدوث هذه الأمراض.

(OMS, 2008, p. 18).

4-1- تطبيق برنامج مراقبة الأمراض المستشفوية:

يتطلب تقييم الأخطار التي يُحتمل تواجدها على مستوى موقع استشفائي معين، إجراء تحقيق أولي حول آثار وعوامل الخطر الخاصة التي قد تتواجد في هذا الموقع بالتحديد، والأخذ بعين الاعتبار عدد من العوامل المهمة في هذا المجال.

في المجال البيولوجي مثلا، تتواجد أنواع مختلفة ومتعدّدة من الكائنات المجهرية (بكتيريا، فيروسات، طفيليات، بروتينات، فطريات، خمائر، سموم...) تجد في المحيط الاستشفائي مكان ملائم لانتشارها وتكاثرها، حيث يلعب عامل الوقت دورا مهما فيما يخص تركيزها من حيث الكمية والنوعية (على سبيل المثال، التغيّر المناخي الناجم عن تتابع فصول السنة)، كل هذه الكائنات تختلف خصائصها، تأثيراتها، طرق انتقالها وأنواع الأمراض التي يمكن أن تسببها، كما أن أخطارها تبقى قائمة حتى ولو اتُخذت كافة الاجراءات الوقائية المناسبة، وفي غياب أي نشاط يمكن أن ينجم عنه تلوث أياً كان نوعه، وبالتالي يجب أن تُدرس من طرف مختصين وبطرق ملائمة (خاصة مختصي علم الأوبئة وعلم الأحياء الدقيقة البيئي) (Bonnard R., 2001, p. 36).

إن وضع نظام عملي للمراقبة يقع ضمن الوظائف الهامة للمؤسسة الاستشفائية، فمن المهم تحديد الأهداف الخاصة (بالنسبة للوحدات، المصالح، المرضى، قطاعات العلاجات الخاصة)، وكذا فترات المراقبة المحدّدة بالنسبة لجميع الأطراف المعنية ودورها، مثل المصالح الاكلينيكية، عمال المخبر، المختصون المكلفون بمكافحة هذه الأمراض، الممرضون، المديرية والادارة.

ففي البداية، يتم تحديد الحاجات المتعلقة بالمعلومات والبيانات، وكذا مجموع المؤشرات التي تم اختيارها لتوجيه عملية تطبيق الاجراءات التقييمية، هذا التطبيق الذي يجب أن يشمل:

- ◀ المرضى والمصالح المعنية.
- ◀ نوع العدوى والمعطيات الملائمة التي يتوجب استقائها حول كل حالة (مع تحديد دقيق).
- ◀ تواتر ومدّة المراقبة.
- ◀ طرق وأساليب جمع المعطيات.
- ◀ طرق تحليل المعطيات، التغذية الراجعة للمعلومة ونشر النتائج.
- ◀ الحفاظ على سرّيّة المعلومات وخصوصياتها.

.1

تطبيق برنامج المراقبة:

تحديد الأهداف، وضع بروتوكول المراقبة،

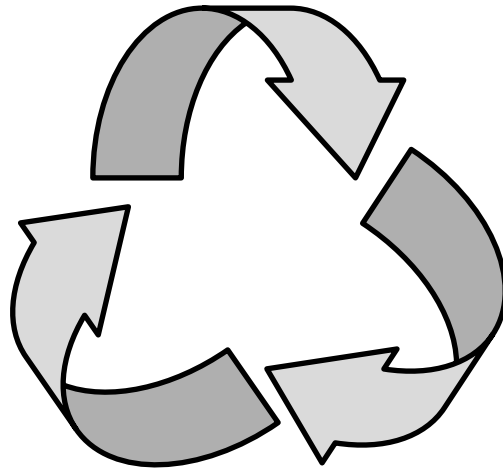
جمع البيانات.

.2

التغذية الراجعة للمعلومات

وبث النتائج: تحليل البيانات،

التأويل، المقارنة، المناقشة.



.4

تقييم أثر البرنامج على

مدى وقوع الأمراض المستشفوية

(الملاحظة، الدراسات)

.3

الوقاية: اتخاذ القرارات والقيام

بالإجراءات الوقائية.

شكل رقم (11): عملية مراقبة الأمراض المستشفوية كسيرورة دائرية. (OMS, 2008, p. 19)

إن هذه البرامج تُركّز، وفق ظروف المؤسسة الاستشفائية وطرق نشاطها، على النقاط التالية:

- ◀ مصادر العوامل والوظائف التي تشكّل خطر على صحة الفرد.
- ◀ الفئات الأكثر عُرضة لهذه المخاطر.
- ◀ مسارات العدوى وطرق التعرض لها.

وبالتالي، يتعلق الأمر ب:

◀ تحديد الفئات الأكثر عُرضة لهذه المخاطر وفقا لطريقة تعرضها وحساسيتها المحتملة تجاه خطر محدّد، وتصنيفها وفقا لمجموعة من المتغيرات مثل العمر والحالة الصحية...

◀ تحديد الظروف المادية للمحيط الاستشفائي وطرق التهئة المتبعة، التي يمكن أن توفر شروط لتواجد وبقاء بل تكاثر الكائنات الحيّة الضارة، مثل الرطوبة، درجة الحرارة، الأشعة فوق البنفسجية، وجود بقايا غذائية، مدى تواجد الأوكسجين وشروط التهوية. فالرطوبة مثلا تُعتبر عاملا مهما في تكاثر وانتشار الكائنات المجهرية المسببة للتعفنات، ناهيك عن الأنواع المختلفة من البكتيريا المتواجدة في المياه المستعملة وقدرة بعضها على مقاومة المواد المطهرة.

إن هذه العملية التي تركّز على تقييم المحيط المادي والشروط الفيزيائية للمحيط الاستشفائي، تجعل من الممكن صياغة الفرضيات الأساسية لتقييم المخاطر الاستشفائية. ومع ذلك، يجب الأخذ بعين الاعتبار متغيرات أخرى ذات أهمية من حيث مسارات انتقال العدوى وطرق التعرض.

(Bonnard R., 2001, p. 33).

4-2- المراقبة الفعالة للأمراض المستشفوية كعملية تنظيمية:

4-2-1- التحضير: تتمثل الخطوة الأولى في الاتصال بين المختصين المعنيين بمكافحة والوقاية من أخطار الأمراض المستشفوية مع إدارة المؤسسة الاستشفائية، لتسهيل إجراءات وخطوات القيام بهذه العملية وكذا توفير الوسائل والامكانيات الملائمة لذلك، حيث تُمكن هذه المرحلة من وضع استراتيجية وتحديد المنهجية التي سيتم تطبيقها من أجل تحقيق الأهداف المسطرة، التي ترمي إلى بناء مخطّط هرمي بناء على أنواع المخاطر المتواجدة ودرجة التهديد الذي تُشكّله سواء على المرضى أو أفراد

الطاقم الطبي، وهذا ما يسمح بتحديد الأولويات التي تتم على أساسها التدخلات والاحتياطات الواجب اتخاذها.

4-2-2-4- جرد وتحديد الأخطار: بعد وضع الخطة المبدئية، يتعين على مختصي مراقبة

الأمراض المستشفوية تحديد خصائص المؤسسة الاستشفائية (مثل الموقع الذي يتواجد فيه المستشفى، نوع الأمراض التي يتم التكفل بها، قياس مختلف الخصائص الفيزيائية كالرطوبة والتهوية...)، ثم القيام بعملية جرد شاملة للمنتجات الدوائية والكيميائية والأدوات والوسائل المختلفة المستخدمة من قبل أفراد الطاقم الطبي، وكذا مراقبة شروط المناولة والتخزين، حيث تسمح هذه الخطوة بتحديد المصادر التي يُحتمل أن تكون سببا في وقوع هذه الأمراض.

4-2-3- وضع خطة هرمية للمخاطر: من أجل تصنيف أنواع المخاطر التي تم التحقق من

تواجدها في المؤسسة الاستشفائية، ينبغي التركيز على درجة وشدة التهديد التي تشكلها على صحة المرضى والعاملين، وهذا للتوصل إلى وضع استراتيجية وقائية وزمنية بناء على الأولويات اللازمة للتدخل واتخاذ إجراءات ملموسة.

4-2-4- بث نتائج التقييم والمقترحات لاتخاذ الإجراءات الملائمة: تتمثل هذه الخطوة في

كتابة تقرير نهائي يحتوي على تفاصيل ما تم إنجازه من خلال عملية المراقبة ونتائجها، والتقييم الذي تم إجراءه على مستوى كل وحدة ومصلحة تابعة للمؤسسة الاستشفائية التي خضعت للمراقبة، مما يجعل من الممكن الاستفادة من هذه النتائج المتعلقة بالمخاطر المتواجدة وكذا تسلسلها الهرمي من حيث الجدوية ودرجة التهديد التي تتميز بها، حيث يسمح تمكين المعنيين على مستوى المستشفى الاطلاع على هذه المعلومات باتخاذ احتياطات مسبقة لتفادي وقوع الأمراض المستشفوية، أو على الأقل التقليل من حدوثها.

(Sillière J., 2014, p.p. 69-70).

إن عملية المراقبة إذا، هي العنصر الأساسي في إعداد أي برنامج للوقاية من الأمراض المستشفوية ومكافحتها، حيث أنها عملية مستمرة ومنظمة لجمع البيانات عن العدوى المكتسبة في الوسط الاستشفائي، وتشمل تحليل وتفسير ونشر هذه البيانات، كما أنها تسمح بتشخيص الوضعية الحالية: مدى ظهور حالات جديدة من العدوى المستشفوية الناجمة عن إجراءات الرعاية الصحية والعلاجية، ميل هذه العدوى نحو الاستقرار أو النفاقم، وتحديد أهم العوامل المسببة. كما أنها تسمح للمختصين بإعداد خطط

ووضع الإجراءات الوقائية وتقييم مدى فعاليتها، إضافة إلى أنها تسمح بإجراء مقارنات داخلية على مستوى نفس المؤسسة الاستشفائية (مثل معدّل ظهور إصابات جديدة لعدوى مستشفوية في مصلحة معينة مقارنة مع نفس الفترة من العام السابق) ومقارنات خارجية (مع مصالح أو مستشفيات أخرى معادلة لها في التخصص).

فمراقبة الأمراض المستشفوية يجب أن تقود المؤسسات الاستشفائية إلى تحديد النقاط والأولويات الرئيسية، التي تسمح بإعداد والتطوير المستمر لبرامج الوقاية من حدوث هذه العدوى ومكافحتها، وذلك على مختلف المستويات: المحلية، الإقليمية والوطنية (Auger D., 2006, p. 24).

5- تنظيم برامج مكافحة الأمراض المستشفوية: ينبغي وضع برامج مكافحة العدوى المنتشرة في الوسط الاستشفائي على المستويين المحلي والوطني، مع تعيين موظفين قادرين لأداء هذه المهمة وتسطير أهداف وآفاق واضحة ومسؤوليات محدّدة، حيث ينبغي أن يكون البرنامج الوطني شاملا لجميع السياسات والأهداف والاستراتيجيات والأطر القانونية والتقنية المتعلقة بمراقبة ومكافحة عدوى المستشفيات.

على مستوى المؤسسات الصحية، ينبغي أن تكون هذه البرامج قادرة على تنفيذ ومراقبة الممارسات والاجراءات المطلوبة في عملية مكافحة العدوى التي يمكن الاصابة بها أثناء أداء مختلف المهام العلاجية.

بغض النظر عن مكان أو نوع المؤسسة الاستشفائية التي سيتم فيها تطبيق برنامج مكافحة الأمراض المستشفوية، يجب أن يكون هذا البرنامج متكامل ويشمل المحاور الرئيسية في هذا الشأن، بما في ذلك إيجاد طرق ملائمة لمعالجة مشكل البكتيريا ذات المقاومة المتعدّدة، وهو من أكبر الأخطار الصحية المعاصرة التي تواجهها المؤسسات الاستشفائية، حيث أن بعض الأنواع من البكتيريا طوّرت مع الوقت قدرات تسمح لها بمقاومة تأثير المضادات الحيوية المستعملة للقضاء عليها، والتي كانت فعالة سابقا، وهذا ما يسمح لها بسهولة التكاثر والانتشار الواسع في الأوساط الملائمة التي من أهمها بيئة المستشفيات، وأيضا تحديد قائمة لبعض الأمراض التي يجب إعطاءها اهتمام أكثر بسبب خصائصها كسهولة الانتقال والانتشار مثل مرض السل، ودرجة الخطورة والازمان كمرض فقدان المناعة البشرية، وكذلك توفير السلامة والوقاية البيولوجية والكيميائية على مستوى المخابر، دعم وتطوير الطب المهني،

الإدارة المناسبة للنفايات والمخلفات الطبية والقضايا البيئية الأخرى، توفير رعاية ذات جودة واحترام حقوق المرضى.

من جهة أخرى، يجب أن تتطابق الإجراءات التي يتم اتخاذها لمكافحة العدوى المستشفوية مع البيانات المتاحة حول خصائصها وتأثيراتها، والتي تم جمعها من خلال ملاحظات ومعطيات واقعية من الميدان.

ينبغي أيضا على هذه البرامج أن تولي أهمية بالغة لعناصر الاعلام والتحسيس، وهذا بتحديد المحتوى والمعلومات اللازمة التي يجب إيصالها للمعنيين، حيث أن توفر المعلومة من بين العناصر الضرورية التي تساهم في تبني السلوكيات والممارسات الوقائية اللازمة، إضافة إلى عنصر التكوين المستمر، حيث أنه يتوجب على الإدارة توفير برامج خاصة موجّهة خصيصا لغرض التدريب على مكافحة العدوى لجميع العاملين في القطاع الصحي وهذا لفترات كافية، بهدف التعرف على طرق تسيير الأخطار التي تهدد المتواجدين بالمستشفى وتلقين المهارات، وفقا للمعايير المعمول بها في هذا المجال.

نفس الشيء بالنسبة للإجراءات الضرورية للحفاظ على البيئة (الداخلية أو المحيطة)، فيتوجب أن يتم إدراجها أيضا في هذه البرامج، خاصة ما يتعلق بالتأكد من نظافة المياه المستعملة، توفير التهوية الملائمة لكل الغرف التي يتواجد فيها المرضى ومعدات تطهير اليدين، والوسائل الخاصة بعزل المرضى الذين يشكلون خطر على الآخرين وتخزين المعدات والأدوات المعقمة، كما يجب أن يؤخذ في الحسبان تأثير المستشفيات على البيئة والتقليل من أضرارها، وهذا عن طريق الاستخدام العقلاني للمواد الكيميائية والتخلص من النفايات الناجمة عن الأنشطة الطبية بطرق ملائمة لذلك.

ولكي تسيير برامج مكافحة العدوى في الوسط الاستشفائي وفق الخطة الموضوعية في البداية، يقتضي الأمر إنشاء آلية لتمكين الإبلاغ المنتظم والمستمر عن حالة سير عملية الوقاية ومدى فعالية الاستراتيجيات المتبعة وتحقيق الأهداف المحددة، وهذا عن طريق وضع مؤشرات معينة تسمح بالتأكد من نجاح هذه البرامج، مع العمل على سد الثغرات والتصحيح التدريجي للأخطاء والنقائص التي يتم اكتشافها.

(OMS, 2010, p.p. 09-11).

جدول رقم (05): إجراءات مكافحة الفورية لمواجهة ارتفاع حالات الإصابة بالأمراض
المستشفوية.

طريق الانتشار المحتمل	الإجراءات الملائمة
- الانتقال المتقاطع (من شخص لآخر).	عزل المريض المُصاب واتخاذ إجراءات ملائمة بناء على خصائص العوامل المُعدية.
- الانتقال عن طريق الأيدي.	اتباع واحترام الطرق الملائمة لغسل وتطهير الأيدي قبل وبعد أي إجراء علاجي، تجميع المرضى المصابين بنفس العدوى.
- الانتقال عن طريق الهواء.	عزل المريض المُصاب، مع توفير نظام ملائم للتهوية.
- الانتقال عن طريق شبكة المياه.	مراقبة عملية التزويد بالمياه وكل الأوعية المخصصة لاحتواء السوائل. توفير الأدوات المصممة للاستخدام مرة واحدة.
- الانتقال عن طريق المواد الغذائية.	إقصاء كل المواد الغذائية ذات الخطورة.

(OMS, 2008, p. 32).

5-1- تحديد المسؤوليات في إطار برنامج مكافحة الأمراض المستشفوية: لكي تتحقق

الأهداف المسطرة عند إعداد وتطبيق برامج مكافحة الأمراض المستشفوية، من الضروري أن يكون هناك تعاون وتنسيق بين كل الأطراف التي من شأنها المساهمة في إنجاح هذه العملية، والعمل في إطار فريق يمكن من خلاله تبادل الخبرات والمعلومات، ليتمكّن كل فرد في الأخير من أداء دوره وتحمل مسؤولياته على أكمل وجه (Tremblay M. et al., 2017, p. 50).

5-1-1- لجنة مكافحة الأمراض المستشفوية (CLIN): تلعب هذه اللجنة دورا محوريا في الأنشطة والتعاون المتعدّد التخصصات وكذا في توفير ونشر المعلومة، حيث أنها تعمل على إعداد واقتراح برامج متنوعة، وتعيين المختصين المسؤولين على تطبيقها ومتابعتها كالإداريين، الأطباء والمعالجين الآخرين، المختصين في علم الأحياء، الصيادلة، القائمين على التموين المركزي وإصلاح الوسائل، القائمين على صيانة الأجهزة والهيكل وعلى التكوين المستمر.

ونظرا لأهمية وحساسية الدور الذي تلعبه هذه اللجنة، ووظيفتها المحورية في مكافحة الأمراض المستشفوية، يتوجب أن تكون تابعة مباشرة إما لإدارة المؤسسة الاستشفائية أو للفرقة الطبية، من أجل توضيح الرؤية وتحسين فعالية البرامج الموضوعية في هذا الاتجاه.

أما في حالة الطوارئ (كانتشار عدوى)، يجب أن تكون هذه اللجنة قادرة على التصرف بسرعة، كما أنها غالبا ما تكون مكلفة بإنجاز المحاور التالية:

- ◀ فحص واختبار برامج العمل السنوية المتعلقة بالمراقبة والوقاية.
- ◀ دراسة البيانات والمعطيات المتعلقة بالمراقبة الابدميولوجية وتحديد قطاعات التدخل.
- ◀ تقييم وترقية الممارسات والسلوكيات الصحية على كافة مستويات المؤسسة الاستشفائية.
- ◀ توفير التكوين الملائم لمهنيي الصحة في مجال مكافحة العدوى والحماية.
- ◀ دراسة الأخطار المحتملة التي يمكن أن تنجم عن استعمال التكنولوجيا الحديثة في الوسط الاستشفائي، وأيضا مراقبة أخطار العدوى المتعلقة باستخدام الوسائل والتجهيزات الحديثة، وذلك قبل قبولها للاستعمال.
- ◀ دعم ودراسة التحريات والاستقصاء في حالة انتشار وتوسّع الأوبئة.
- ◀ التواصل والتعاون مع اللجان الاستشفائية الأخرى التي لها نفس الاهتمام، مثل لجنة الأدوية والصيدلة والعلاج، لجنة استعمال المواد المضادة للعدوى، لجنة الأمن البيولوجي، لجنة الصحة والحماية ولجنة حقن الدم (OMS, 2008, p.p. 11-12).

5-1-2- إدارة المستشفى:

◀ العمل على نشر الثقافة الصحية والوقائية وروح المسؤولية بين كل العاملين في المؤسسة الاستشفائية، بصفة تعكس الأولوية والأهمية المُعطاة لبرنامج مكافحة الأمراض المستشفوية، كاستراتيجية مستمرة لتحسين محيط العمل وتوفير رعاية صحية آمنة وذات جودة لجميع المرضى.

◀ التأكد من إدراك جميع أعضاء الفريق الطبي والعاملين الآخرين وفهمهم للإجراءات والمعايير التي تم اتخاذها في إطار برنامج مكافحة الأمراض المستشفوية، وطريقة إدماجها وتوظيفها أثناء أداءهم لمهامهم، كل حسب دوره.

◀ دعم الدراسات والسياسات التي ترمي إلى التقييم والتطوير المستمر لهذه البرامج.

◀ تشجيع مبادرات واقتراحات المختصين والخبراء، وتنظيم لقاءات دورية تجمع هؤلاء المختصين لدراسة وبحث كل ما يتعلق بالأمراض المستشفوية، وأي جديد يتعلق بهذا الجانب.

◀ العمل على إزالة كل الحواجز والعراقيل التي يمكن أن تشكل عقبة أمام السير الحسن أثناء تطبيق هذه البرامج، والتي تحول دون التنفيذ الملائم للتدابير المقترحة.

◀ ضمان التوزيع المناسب للموارد وتوفير ما هو ضروري لعمليات الوقاية، وفقا للمخاطر التي تتميز بها بيئة عمل كل مؤسسة استشفائية.

◀ تعزيز عمليات التواصل بين كل المعنيين بتطبيق هذه البرامج، والابلاغ عن الاصابات التي تحدث أو ملاحظات متعلقة بأي خلل، وإتاحة المعلومات الملائمة لمستخدميها في الوقت الملائم (Tremblay M. et al., 2017, p. 50).

5-1-3- دور الطبيب: إن الأطباء يلعبون دورا محوريا في عملية المكافحة والتحكم في

الأمراض المستشفوية وذلك عن طريق:

◀ المشاركة المباشرة في الرعاية الصحية، وذلك باتباع ممارسات تساهم في تخفيض خطر حدوث العدوى.

◀ احترام سلوكيات ومعايير النظافة الصحية الملائمة (تنظيف وتعقيم الأيدي، العزل الصحي...).

◀ المشاركة والدخول ضمن اللجنة المكلفة بمكافحة الأمراض المستشفوية.

وبصفة أكثر تحديداً، فالأطباء مكلفون بما يلي:

◀ حماية المرضى الذين يُشرفون على علاجهم من المرضى الآخرين المصابين بمرض معدٍ، ومن أفراد الطاقم الطبي الذين تُحتمل إصابتهم.

◀ احترام وتطبيق السلوكيات والممارسات التي توصي بها اللجنة المكلفة بمكافحة الأمراض المستشفوية.

◀ إرسال مختلف العينات البيولوجية إلى المخبر لإجراء التحاليل والاختبارات الضرورية في حالة ظهور البوادر الأولى للعدوى لدى المرضى المشكوك إصابتهم بها.

◀ إعلام الفرقة المتخصصة في مكافحة الأمراض المستشفوية بالحالات الجديدة التي أُصيبَت بالعدوى والتكفل بعلاجهم.

◀ احترام واتباع توصيات وتوجيهات هيئة مكافحة الأمراض المستشفوية، حول كل ما يتعلق باستخدام مضادات العدوى والمضادات الحيوية.

◀ توجيه وإعلام المرضى والزائرين والعاملين بالمستشفى حول تقنيات الوقاية من انتقال وانتشار الأمراض المستشفوية.

◀ اتباع العلاج الملائم في حالة تعرضه شخصياً وإصابته بالعدوى، وتطبيق الاجراءات المناسبة لتفادي انتقال هذه العدوى للآخرين، سواء كانوا مرضى أو معالجين.

(OMS, 2008, p. 13).

5-1-4- دور عمال المخابر:

◀ توفير نتائج التحاليل المختلفة بأسرع وقت ممكن، بحيث يسمح ذلك بمعرفة أنسب التدابير والقرارات التي يتوجب اتخاذها للحدّ من مخاطر انتقال العدوى، والتقليل من تكاليف العزل الوقائي وما يرتبط به من عمليات واجراءات مكثفة.

◀ إنشاء شبكة تواصل فعالة تسمح بإبلاغ فريق مكافحة الأمراض المستشفوية بأي حالة طارئة تتطلب تنفيذ تدابير استعجالية ملائمة للوضعية (Tremblay M. et al., 2017, p. 52).

5-1-5- دور صيدلي المستشفى: يمكن للصيدلي أن يساهم في منع انتشار وحدوث الأمراض

المستشفوية وذلك كالتالي:

- ◀ التزوّد، التخزين والتوزيع للمستحضرات الصيدلانية باحترام المعايير التي تهدف إلى تقليل فرص انتقال عوامل العدوى للمرضى.
- ◀ توفير مضادات العدوى مع الاحتفاظ بالسجلات الخاصة بها (المفعول، مضادات الاستعمال، شروط الحفظ، مسببات تلفها وتدهورها...).
- ◀ التزوّد باللقاحات والأمصال وتخزينها الملائم وتوزيعها حسب الحاجة.
- ◀ الاحتفاظ بالسجلات الخاصة بالمضادات الحيوية التي تم توزيعها في مختلف المصالح.
- ◀ تزويد لجنة مكافحة الأمراض المستشفوية بالتقارير والمعطيات المتعلقة بمستويات استخدام مضادات العدوى.
- ◀ كما يمكن أيضا لصيدلي المستشفى أن يساهم بعدة طرق في الممارسات والتطبيقات الاستشفائية، فيما يتعلق بعمليات التعقيم والتطهير الصحي.

5-1-6- دور الممرض:

- ◀ ضمان الحفاظ على النظافة الصحية بمسايرة سياسة المستشفى في هذا الجانب، والممارسات الإيجابية للرعاية التمريضية في المصلحة.
- ◀ مراقبة تقنيات التطهير والتعقيم، بما فيها غسل وتنظيف اليدين وعزل المرضى الذين تستوجب حالتهم الصحية ذلك.
- ◀ إخبار الطبيب المعالج، وفي الوقت المناسب، حول كل عرض يشير إلى إصابة المريض الذي يتعامل معه بالعدوى.
- ◀ عزل المريض والقيام بأخذ العينات الملائمة عند ظهور أول علامة (عرض) لمرض معدّ لديه، عندما لا يمكن الاتصال بالطبيب المعالج.
- ◀ التقليل قدر الامكان من فرص تعرض المرضى وأفراد الطاقم الطبي للعدوى، التي يمكن للزائرين للمستشفى أن يكونوا مصابين بها، والتي يمكن أيضا أن تُسهّل عملية انتقالها الأدوات والوسائل المستعملة للعلاج والتشخيص.

◀ ضمان التوريد الملائم والكافي بالوسائل، الأدوية والمؤن العلاجية المستعملة في المصلحة.
(OMS, 2008, p.p. 13-14).

5-1-7- مصالـح طب العمل والسلامة المهنية: العمل بالتنسيق والتعاون مع فريق مكافحة

الأمراض المستشفوية، للتكفل مع حالات العدوى الجديدة التي تحدث سواء لدى الموظفين أو المرضى، ويرتكز التعاون بين الجانبين بشكل أساسي على:

◀ إعلام مصالـح طب العمل والسلامة المهنية فيما يتعلق بأي تعرض فعلي أو محتمل في الوسط الاستشفائي لعامل إمراضي يمكن أن يُسبب عدوى، حيث يجب أن تتضمن هذه المعلومات تاريخ ومكان وتحديد فترة وقوع هذه الحوادث، من أجل تسهيل عملية التكفل الملائم بهذه الحالات.

◀ من جهتها، يتوجب على مصالـح طب العمل إبلاغ فريق مكافحة الأمراض المستشفوية عن أي اكتشاف لإصابة فعلية، وهذا لتقييم الحالة واتخاذ القرارات الملائمة على ضوء المعلومات المتوفرة، من أجل تفادي أي انتشار للعدوى إلى الآخرين.

◀ إعداد وتحديث وتطبيق البروتوكول المتعلق بالتكفل بحالات ما بعد التعرض المهني للدم والوسائل البيولوجية الأخرى.

◀ تنظيم حملة التلقيح ضد الإنفلونزا الموسمية في الوسط الاستشفائي.

◀ إعداد وتنفيذ ومتابعة برامج التلقيح عند تعيين الموظفين الجدد، وذلك على فترات منتظمة.

◀ إعداد وتنفيذ برنامج حماية الجهاز التنفسي (Tremblay M. et al., 2017, p. 52).

5-1-8- دور مصلحة التطهير: إن مصلحة التطهير مكلفة بعملية التنظيف الدوري والمستمر

لكل مساحات وأرضيات الوسط الاستشفائي، وضمان مستوى عالي من النظافة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية، وهذا بالتعاون مع اللجنة المكلفة بمكافحة الأمراض المستشفوية، فهذه المصلحة تُسند لها الوظائف التالية:

◀ تصنيف مختلف القطاعات والمصالح التابعة للمستشفى، على أساس مستوى النظافة الواجب توفيره لكل منها.

◀ صياغة سياسة وتقنيات التطهير الملائمة المتعلقة بالإجراءات، التوقيت، المواد والمستحضرات المستعملة لكل مساحة أو قاعة، وذلك بالتدرج من الأكثر إلى الأقل تلوثاً.

◀ تحديد وتطبيق الإجراءات الملائمة لاسترجاع، جمع، نقل والتخلص من مختلف أنواع البقايا والنفايات الاستشفائية، وتوفير الحاويات التي تحترم المقاييس المعمول بها وتحديد أوقات وأماكن هذه العمليات.

◀ توفير وسائل النظافة الصحية لعمال المستشفى كالصابون السائل المطهر، والمناشف الورقية...

◀ إعلام مصلحة الصيانة بكل عطب أو خلل يقع داخل المؤسسة الاستشفائية، يتطلب تدخّل وعملية تصليح، مثل إصلاح الشقوق، حدوث عطب على مستوى شبكة المياه أو الكهرباء...
◀ مكافحة الطفيليات والقضاء عليها (حشرات، قوارض...).

◀ ضمان وتوفير تكوين ملائم لكافة عمال النظافة الجدد، وتكوين دوري للعمال الآخرين، وكذلك تكوين متخصص عند إدخال تقنية جديدة للتنظيف.

◀ مراقبة عملية تجديد الأثاث والوسائل والاشراف عليها، بما فيها الأسرة والطاولات والناقلات... وذلك حسب حاجة كل مصلحة أو قسم، ووضعها بطريقة تُسهّل عمليات وإجراءات التنظيف اليومية.

كما أنه يتوجب على عمال مصلحة التطهير أن يكونوا عارفين للمسببات الملوثة للأماكن والوسائل وطرق التخلص منها، ودواعي وكيفية استعمال المواد المطهرة، وطرق عملها وتأثيرها، كما ينبغي عليهم أيضاً، بحكم تعرضهم واحتكاكهم اليومي بمسببات التلوث والعدوى، احترام تعليمات وقواعد الوقاية وكذا إعلام المعالجين عن كل حالة عدوى تحدث بينهم، خاصة تلك المتعلقة بالأمراض الجلدية، الهضمية أو التنفسية (OMS, 2008, p. 16).

5-1-9- فريق الخدمات الفنية والتقنية:

◀ من الضروري أن يتضمّن هذا الفريق مختصين مطلّعين على طُرق تقادي الحوادث التي تُشكّل خطر على الصحة، وهذا منذ انشاء مبنى جديد أو القيام بعمليات التجديد، الترميم أو الصيانة.

◀ الاعلام المسبّق لفريق مكافحة الأمراض المستشفوية بوجود أشغال تحديث أو صيانة قبل الشروع فيها.

◀ العمل بالتعاون مع فريق برنامج مكافحة الأمراض المستشفوية لوضع ورصد إجراءات محدّدة أثناء القيام بمهامها.

◀ استشارة فريق برنامج مكافحة الأمراض المستشفوية أثناء تطوير الهياكل الوظيفية والتقنية وفقا لأي معايير تصميم جديدة (Tremblay M. et al., 2017, p. 52).

5-1-10- دور مصلحة الإطعام: على مدير مصلحة الإطعام أن يكون على دراية بكل ما

يتعلق بالسلامة الغذائية، تكوين العمال التابعين للمصلحة، طُرق التخزين والتحضير لمختلف المواد والوجبات الغذائية، تحليل المهام وكيفيات استعمال الوسائل.

فمدير مصلحة الإطعام الجماعي على مستوى المستشفى يجب أن يتكفل ب:

◀ تحديد المعايير الملائمة بعملية التزوّد بالمواد الغذائية وطُرق استعمال الوسائل وإجراءات النظافة، من أجل الحفاظ على مستوى عالٍ من السلامة الغذائية.

◀ ضمان النظافة الدائمة لأماكن وأدوات المصلحة وطُرق التخزين.

◀ إعطاء تعليمات كتابية تتعلق بمعايير النظافة، وإلزامية ارتداء الملابس الخاصة بمصلحة الإطعام، وتحديد مسؤوليات العاملين فيها فيما يخص تطهير أماكن ووسائل الإطعام.

◀ التأكد من أن الطُرق المتبّعة في عمليات التخزين، التحضير والتوزيع للأغذية، تسمح بتجنب أي تلوّث يمكن أن ينجم عن الجراثيم.

◀ إعطاء التعليمات الملائمة حول طُرق تنظيف وتطهير الأواني المطبخية بعد استعمالها، مع إعطاء اهتمام خاص لتلك التي يستعملها المرضى المصابين بالعدوى والذين تم عزلهم.

◀ إتباع الإجراءات الملائمة المتعلقة بعملية التخلص من النفايات والبقايا.

◀ وضع برامج خاصة بتكوين العمال فيما يرتبط بإعداد الوجبات، والنظافة والسلامة الغذائية.

5-1-11- دور مصلحة المغسلة (البياضة): تساهم مصلحة المغسلة في الحدّ من انتشار

الأمراض المستشفوية عبر النقاط التالية:

◀ اختيار نوعية الأقمشة والألبسة المتعلقة بالعمل والملاتمة لكل مصلحة في المستشفى، ولكل

فرقة من العمال (ممرضين، عمال المخابر، عمال النظافة، الجراحون...)، وضمان عملية

التزويد المستمر لهم.

◀ اتباع الطرق الصحية المتعلقة بعمليات استرجاع، جمع ونقل الأفرشة والملابس المستعملة

لغرض تنظيفها.

◀ تطبيق المعايير الصحية الملائمة في عملية تطهير الغسيل الملوّث، بعد وصوله للمغسلة.

◀ تطبيق الاجراءات الملائمة لحماية الأفرشة والملابس النظيفة، ضدّ التلوّث أثناء تخزينها أو

نقلها من المغسلة لمكان استعمالها.

◀ احترام التعليمات والمعايير المتبعة في عملية اختيار مكان انشاء المغاسل داخل المستشفيات

وطرق تصميمها الملائمة، كالفصل الفعال بين أماكن تواجد الغسيل الموجّه للتطهير والغسيل

النظيف، احترام معايير التنظيف كالحرارة والمدة الملائمة، حماية عمال المغاسل أثناء تعاملهم

مع الأدوات الحادة والغسيل الملوّث الذي يمكن أن ينقل إليهم العدوى.

(OMS, 2008, p.p. 15-16).

6- الوقاية من الأمراض المستشفوية:

إن الوقاية من مخاطر العدوى لدى أفراد الطاقم الطبي جزء لا يتجزأ من مكافحة الأمراض

المستشفوية. فإعداد أي برنامج وقائي في هذا الإطار وإدراج تدابير محدّدة لحماية العاملين في القطاع

الصحي يجب أن يأخذ في الاعتبار أمرين هامين: الأول يتمثل في حصر جميع الأخطار المحتملة

لانتقال العوامل المعدية في الوسط الاستشفائي (سواء بين المرضى أو بين العاملين) وأخذ الاحتياطات

اللازمة، لكن كذلك العمل على توفير رعاية صحية ذات نوعية للمرضى، وانطلاقاً من هذا، فعند وضع

أي بروتوكول للرعاية الصحية والعلاجية، ينبغي أن يتم الأخذ بعين الاعتبار حماية العاملين الصحيين

وتوفير وسائل وشروط السلامة المهنية في الوسط الاستشفائي.

من جهة أخرى، أكد المختصون على أن العديد من العوامل البيولوجية المسؤولة عن حدوث عدوى المستشفيات تؤثر فقط على المرضى ولا تمثل خطراً حقيقياً لمقدمي الرعاية الصحية، حيث أن هذه المخاطر تتعلق في معظمها بالحالات الصحية الحرجة الناجمة عن ضعف الدفاعات المناعية الذي تُحدثه الأمراض، وجود مسالك ومسارات تُسهّل دخول الكائنات المجهرية الضارة إلى العضوية مثل العمليات الجراحية، إدخال أدوات القسطرة أو المسابر...، حيث أنه أثناء تقييم المخاطر يجب الأخذ بعين الاعتبار هذه الحالات.

عند تحديد المخاطر في الوسط الاستشفائي، بغض النظر عن طبيعة المهام وأماكن العمل، يجب أن تُؤخذ بعين الاعتبار مجموعة من النقاط المهمة التي تتمثل في:

- ◀ طبيعة العوامل المُعدية التي يُحتمل أن تكون موجودة في كل مؤسسة استشفائية، وتصنيفها في مجموعات وفقاً لقدرتها الإراضية ودرجة التهديد الذي يمكنها أن تشكله على الأفراد.
- ◀ طرق الانتقال الممكنة لهذه العوامل المُعدية (عن طريق الهواء، عن طريق اللمس والاتصال بالجلد، عن طريق الجهاز الهضمي).
- ◀ البيانات الوبائية، مثل نسبة الانتشار لعدوى لدى جميع الأفراد المتواجدين بالمستشفى ولدى المرضى الذين يتلقون علاج وعدد الحالات التي تم تسجيلها، ومدى وجود أفراد حاملين لعدوى مزمنة (مثل السيدا).
- ◀ بيانات تساعد عملية البحث، مثل معدّلات الإصابة بعد التعرض لعامل معدٍ أو التواجد في بيئة تُسهّل انتقال العدوى.

من جهة أخرى، يجب أن تتضمن هذه العملية وصفاً للمخاطر الخاصة بالنسبة للنساء الحوامل، وهذا سواء للمرأة الحامل نفسها أو إمكانية انتقال العدوى إلى الجنين والعواقب التي يمكن أن تترتب على ذلك، وكذا خطر استعمال بعض المواد الكيميائية والدوائية في العملية العلاجية أثناء فترة الحمل...

الخطوة التي تلي عملية تحديد مخاطر الوسط الاستشفائي تتمثل في تحليل هذه المخاطر، وذلك عن طريق دراسة الظروف التي من خلالها يتم تعرض الموظفين للأخطار المُعدية المحددة في الخطوة السابقة، حيث يمكن بعد ذلك تصنيف هذه المخاطر لمناقشة الأولويات اللازمة عند بناء برامج الوقاية.

يعتمد تحليل المخاطر الاستشفائية التي تشكل تهديد للعاملين على النقاط التالية:

◀ إجراء مقابلات مع الموظفين المعنيين الذين يجب أن يشاركوا في هذه العملية.
 ◀ استعراض ودراسة البيانات الوبائية المتوفرة حول موظفي قطاع الرعاية الصحية المعنيين (الإحصائيات المتعلقة بالأمراض المهنية، تقارير الحالة، سجلات حوادث العمل والدراسات الابدميولوجية...).

◀ مدى تكرار واستمرار التعرض للعوامل البيولوجية الإراضية.
 ◀ مدى وجود عوامل وظروف من شأنها أن تساهم وتسهل في وقوع الأمراض المستشفوية، المرتبطة مثلا بطريقة تخطيط المباني الاستشفائية، طريقة تنظيم العمل، تصميم المواد والوسائل والأدوات المستعملة...

◀ مهارات مقدمي الرعاية الصحية في تفادي وقوع هذه الأمراض ومدى تلقّهم لدورات تكوينية ملائمة في هذا المجال.

◀ حصر والتعرف على تدابير الوقاية من المخاطر المعدية المتبّعة ومدى احترامها وتنفيذها.

إن هذه العملية التحليلية للمخاطر تُتيح إمكانية تخطيط ووضع برامج الوقاية من المخاطر المعدية التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المبادئ السلوكية العامة للوقاية، دون إهمال التدابير التقنية لها مثل العوامل التنظيمية، طريقة تصميم المباني والمعدات المستعملة، حيث يتوجّب إيلاء الأولوية لبعض النقاط المهمة التي تتمثل في:

◀ التدابير الوقائية الفردية التي تتمثل في القيام بممارسات النظافة الصحية واحترامها (الاحتياطات المعيارية) مثل غسل اليدين، ارتداء ملابس العمل الملائمة، استعمال معدات الوقاية الشخصية خاصة تلك المتعلقة بحماية الجهاز التنفسي.

◀ الوقاية من حوادث التعرض للدم باتباع السلوكيات الآمنة والتخلص من الأدوات الحادة مباشرة بعد الانتهاء من استعمالها، في حاويات مخصصة لذلك تتصف بالمعايير المعمول بها.

◀ التكفل الملائم بالحالات في حالة وقوع هذا الحادث، وإطلاع الموظفين بالإجراءات التي يجب اتخاذها مباشرة بعد وقوعه.

◀ كما يجب أيضا إدراج، في أي برنامج وقائي يتم إعداده في هذا المجال، تلقیح أفراد الطاقم الطبي عند مباشرة مهامهم في المؤسسة الاستشفائية، حيث أن هذا الاجراء من شأنه أن يقي هؤلاء الموظفين من الإصابة ببعض الأنواع من العدوى، على غرار التهاب الكبد الفيروسي نمط "ب"، فالعديد من البلدان تعتبر عملية تلقیح موظفي القطاع الاستشفائي إجراء إلزامي يجب احترامه.

ومع ذلك، تجدر الإشارة هنا إلى أن هذا التطعيم لا يجب أن يؤدي إلى تخفيض أو إهمال التدابير الوقائية التي يجب تطبيقها، سواء لمصلحة العامل أو المريض، بل من الضروري تعزيز معلومات الموظفين من أن تلقي تلقیح وقائي لا يعني تحصين كلي من إمكانية الإصابة بعدوى، وإنما هذا يحميه لدرجة معينة فقط (INRS, 2005, p.p. 02-03).

فعملية الوقاية من حدوث وانتشار الأمراض المستشفوية إذا يستدعي وضع برنامج متكامل ومراقب يركز على العناصر التالية:

◀ الحدّ من انتقال العوامل المُعدية من مريض لآخر، أثناء القيام بالعمليات العلاجية المباشرة، وذلك عن طريق غسل وتطهير ملائم لليدين ووضع القفازات الطبية، مع القيام بمختلف إجراءات التعقيم والتنظيف والعزل الصحي.

◀ التحكم بأخطار العدوى المتعلقة بالمحيط.

◀ حماية المرضى عن طريق الاستعمال الملائم لمواد التعقيم الوقائية، وتوفير أغذية صحية ولقاحات ملائمة.

◀ الحدّ من أخطار العدوى داخلية المنشأ، عن طريق التقليل قدر الإمكان من التدخلات المُجتاحة (Gestes Invasifs)، وعن طريق ترقية الاستعمال الأحسن لمضادات العدوى.

◀ مراقبة حدوث العدوى، اكتشاف تزايد وارتفاع حالات الإصابة والتحكم فيها.

◀ ضمان الوقاية من إصابة أفراد الطاقم الطبي بالعدوى وحمائتهم.

◀ تكثيف العمليات العلاجية وتوفير التكوين المستمر لأفراد الطاقم الطبي.

6-1- التصنيف حسب نوع الخطر: إن الإصابة بعدوى مستشفوية يتحدّد في آن واحد بعوامل خطر متعلقة بالمريض، مثل درجة الهشاشة المناعية لديه، وبالعوامل أخرى مثل التدخلات العلاجية التي يمكن أن تُضاعف درجة الخطر.

إن إجراءات التعقيم والقضاء على الكائنات المجهرية، يمكن أن تكون فعاليتها ذات مستويات مختلفة بالنسبة لفئات المرضى المعرضين لأخطار متفاوتة للإصابة بعدوى مستشفوية، فتقييم المخاطر عملية مفيدة من أجل تصنيف المرضى وتنظيم التدخلات الرامية إلى مكافحة العدوى.

جدول رقم (06): تفاوت خطر التعرض للأمراض المستشفوية حسب حالة المريض ونوع التدخلات العلاجية.

خطر العدوى	حالة المريض	نوع التدخل العلاجي
متدني	غياب الهشاشة المناعية، غياب مرض آخر ذات أهمية.	غير مجتاح (Non Invasif)، عدم التعرض للسوائل البيولوجية (دم، بول، فضلات، السائل الدماغي الشوكي، السوائل المخاطية).
متوسط	مرضى مُصابون بعدوى، مرضى ذوي عوامل خطر (المسنين، إصابة ورمية).	التعرض للسوائل البيولوجية أو القيام بتدخلات مُجتاحة غير جراحية (مثل القسطرة الوريدية المحيطية، مسير المسالك البولية...).
مرتفع	مرضى ذوي هشاشة مناعية كبيرة (أقل من 500 كرية بيضاء في 1 ملل ³ من الدم)، ذوي أمراض متعدّدة، ذوي حروق الدرجة الأولى، ذوي الأعضاء المزروعة.	تدخّل جراحي أو إجراءات مُجتاحة ذات خطر عالي (مثل القسطرة الوريدية الداخلية، قسطرة القصبة الهوائية...).

(OMS, 2008, p. 33).

6-2- التقليل من خطر انتقال العدوى من شخص لآخر:

يجب تطبيق احتياطات النظافة الصحية العامة أثناء التعامل مع أي مريض، بغض النظر عن احتمال إصابته بعدوى، وحالته المناعية التي قد لا تساعده في مواجهة أو تحمّل العدوى مهما كانت بسيطة. وبالتالي يجب اعتماد هذه الاحتياطات المعيارية قبل القيام بأي نشاطات علاجية، خاصة في الحالات التي تُشكّل مخاطر مُلامسة الدم أو أي سائل بيولوجي آخر لجلد مُصاب أو غشاء مخاطي، وأيضاً ضرورة احترام قواعد التطهير والتعقيم التي يتوجب تنفيذها خلال الإجراءات العلاجية المُبتدأة للجسم. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي اتخاذ احتياطات استثنائية ملائمة في الحالات التي تُمثّل مخاطر انتقال عدوى تنفسية، وهذا لسهولة وسرعة انتشار هذه الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء.

وأخيراً، بالإضافة إلى قواعد النظافة الصحية والاحتياطات العامة، من المهم التذكير دائماً بالخطر المفروض بموجب قانون العمل في الوسط الاستشفائي، إحضار وتناول الطعام والمشروبات والتدخين في مكان العمل.

كما أن تخطيط وبناء الأقسام الطبية يجب أن يُراعي ضرورة توفير مواقع كافية لتطهير الأيدي بتصميم ملائم وسهل الاستعمال، لتحفيز الموظفين على احترام والقيام بهذا السلوك المهم والمتكرّر عند أدام مختلف وظائفهم العلاجية. في حين يجب استعمال المحاليل الهيدرو-كحولية المطهرة فقط عندما تكون الأيدي خالية من الشوائب، ويمكن ملاحظة نظافتها، حيث أنه لا يمكن الاستغناء عن الغسل العادي لليدين (في نهاية سلسلة من الاجراءات العلاجية، قبل مغادرة مكان العمل...)

(INRS, 2005, p.p. 03-04).

6-2-1- تطهير اليدين: لقد تم التوصل إلى أن عدّة أشكال من عدوى المستشفيات تنتشر عن طريق الأيدي، كما أنه يمكن التقليل منها باتباع قواعد النظافة الصحية التي يصعب تطبيقها في بعض المؤسسات الاستشفائية، وهذا راجع لأسباب من أهمها ارتفاع عدد المرضى مقارنة بأعضاء الطاقم الطبي، نُقص المعلومات حول المخاطر المحتملة والاجراءات الوقائية الملائمة، كثرة مرات التنظيف الموصى بها، نُقص الوقت (OMS, 2008, p. 34).

6-2-2- ملابس العمل المعيارية في الوسط الاستشفائي: إلى جانب تقديم الرعاية الصحية

للمرضى، يجب أن يهدف العمل في الوسط الاستشفائي إلى الحدّ من إمكانية انتشار مخاطر الأمراض المعدية، عن طريق نقل الكائنات المجهرية من شخص لآخر أثناء القيام بالإجراءات العلاجية. ولهذا فمن أهم الوسائل الوقائية في هذا الجانب نجد الثياب المصممة خصيصا للمحيط الاستشفائي التي تتميز بالخصائص التالية:

- ◀ يجب أن يغطي الثوب كل الجسم، عدا الوجه واليدين.
- ◀ يجب أن يتحمل قماش أو مادة الثوب درجة الحرارة العالية اللازمة أثناء عملية الغسل (فوق 60° مئوية).
- ◀ يجب أن تكون الأكمام قصيرة، بكيفية تمنع اتساخها أثناء العمل ونقل الجراثيم، كما أن ذلك يُسهّل غسل اليدين، كذلك يُحظر ارتداء أي ملابس أخرى فوق ثياب العمل.
- ◀ يجب تغيير هذه الثياب يوميا وكلما بدت عليها شوائب.
- ◀ استبدال ثياب العمل بملابس أخرى وقت تناول الطعام.
- ◀ يجب أن تكون الأحذية مخصصة للعمل في الوسط الاستشفائي، بحيث تتميز بالمرونة، مريحة، لا تُصدر أصوات عند المشي، مقاومة للانزلاق، سهلة التنظيف، مُغلقة في الأعلى من أجل السلامة.

إلى جانب ذلك، يمكن استكمال هذه البدلة الأساسية بوسائل وقائية أخرى وهذا حسب تقييم مستوى المخاطر الكامنة (نوع المرض، نوع الحركات والعمليات التي يتوجب القيام بها...) والتي تتمثل فيما يلي:

- ◀ ارتداء مئزر إضافي للاستعمال الواحد، خاصة عندما يكون هناك مستوى عالي من الخطر، أو احتمال انتشار الدم أو سوائل الجسم الأخرى.
- ◀ تغطية الرأس بقبعة ملائمة، ووضع قناع جراحي ونظارات واقية.
- ◀ استعمال أداة مصممة لحماية الجهاز التنفسي، مناسبة للاستعمال عند الدخول إلى عُرف عزل المرضى ذوي عدوى تنفسية.

◀ ارتداء القفازات التي تسهّل أداء المهام أو الحركات، مع الحدّ قدر الامكان من استخدام تلك المصنوعة من مادة "اللاتكس" التي تُسبّب الحساسية.

◀ يجب أن يكون الشعر قصير أو يتم ربطه.

◀ تقليل الأظافر وعدم صبغها أو استعمال أظافر اصطناعية، كما يُمنع وضع المجوهرات والدبابيس وعدسات العين اللاصقة التي تزيد من خطر حدوث العدوى في حالة انتشار سائل بيولوجي على مستوى العين، واستعمال ساعة مصممة للعمل فوق البدلة، وأن تكون قابلة للتنظيف.

◀ التطهير اليومي للأدوات والوسائل ذات الاستخدام المتكرّر (مقص، ملاقط، سماعات...) وعدم حملها في الجيب.

◀ أما قاعات تغيير الملابس، فيجب أن تتوفر على خزانات معدنية الصنع ذات أبواب مزدوجة، يُخصّص جانب لبدلة العمل، وجانب آخر للملابس اليومية، مع مراعاة تنظيف هذه الخزانات وتطهيرها مرّة في الأسبوع (INRS, 2005, p. 04).

6-2-3- التطهير: هي عملية ذات نتيجة مؤقتة (محددة الوقت)، تهدف إلى القضاء على الخطر المرتبط بوجود كائنات مجهرية معينة، والغرض منه هو تقليل كمية أو القضاء كلياً على هذه الكائنات بحيث يمكن عندها إعادة استعمال الوسائل والأدوات المطهّرة في العمليات العلاجية المختلفة.

6-2-4- التعقيم: يُعرف بأنه مجموعة من الطرق والأساليب المستخدمة للقضاء على جميع الكائنات الحية المجهرية (بكتيريا، جراثيم، فيروسات، فطريات، خمائر وطفيليات) من أي نوع ومن أي شكل كانت، حيث تهدف إلى التخلص من جميع أشكال التلوث واحتفاظ الأداة بخصائص التعقيم لأطول مدّة ممكنة (غالبا ما تستمر إلى غاية وقت استعمالها).

جدول رقم (07): يُمثل أهم الطرق المستعملة في عملية التعقيم الطبي.

التعقيم الحراري	التعقيم الكيميائي
<p>- الحرارة الرطبة: التعريض لبخار مشبع بالماء بنسبة 121° مئوية لمدة 30 دقيقة أو بنسبة 134° مئوية لمدة 13 دقيقة داخل الوعاء الضاغط (Autoclave).</p> <p>- الحرارة الجافة: التعريض لدرجة حرارة 160° مئوية لمدة 120 دقيقة، أو لدرجة حرارة 170° مئوية لمدة 60 دقيقة. إلا أن هذه الطريقة أقل فعالية من طريقة التعقيم بالحرارة الرطبة، خاصة للأدوات الطبية المثقوبة.</p>	<p>- تُعتبر مادتي "أكسيد الأتيلان" و"فورمالدهيد" الأكثر استعمالاً في عملية التعقيم الكيميائي، إلا أنه تم التخلي عنهما تدريجياً بسبب اكتشاف مواد مشعة تنبعث عنها، وتم التوجه حديثاً لاستعمال حمض "البراستيك" خاصة في الأنظمة الأوتوماتيكية للتعقيم.</p>

(Sillière J., 2014, p. 30).

6-2-5- حماية الجهاز التنفسي:

تُعتبر العدوى المستشفوية التي تنتقل عن طريق الهواء من أكثر الأمراض حدوثاً وأسهلها انتشاراً في الوسط الاستشفائي، حيث تحدث العدوى في هذه الحالات عن طريق الجهاز التنفسي.

تنتقل بعض هذه الأمراض عن طريق إفراز قطرات يمكن أن تكون ناجمة عن اللعاب أو إفرازات المجاري التنفسية العلوية المنبعثة أثناء الكلام، السعال أو العطس، ومن أهم أنواع العدوى التي تنتشر بهذه الطريقة نجد المكورات السحائية المُسببة لالتهاب السحايا. في حين ينتقل البعض الآخر من هذه الأمراض عن طريق جزيئات دقيقة عادة ما تتواجد في الغبار، حيث يمكن أن تبقى معلقة في الهواء وتنتشر عن بُعد، ومن أهم الأنواع التي تحدث بهذه الطريقة نجد مرض السل.

ومن هنا تظهر أهمية حماية الجهاز التنفسي في الوسط الاستشفائي، وعادة ما تُستعمل لذلك

وسيلتين هما:

◀ **القناع الطبي:** الذي يرتديه مُقدم الرعاية الصحية لحماية المرضى من العدوى (خاصة ذوى هشاشة المناعة) كما يرتديه أيضا المريض المُصاب بعدوى كإجراء وقائي للتقليل من انتشارها في المحيط الاستشفائي. تجدر الإشارة إلى أن هذا القناع يحمي مرتديه فقط من العوامل المُعدية التي يمكن أن تنتقل عن طريق القطرات، ولا تحمي في أي حال من الأحوال من العوامل المُعدية الأخرى التي يمكن أن تنتقل عن طريق الهواء.

◀ **جهاز حماية المجاري التنفسية:** يهدف إلى حماية مرتديه من استنشاق العوامل المُعدية، وذلك من خلال ترشيح مختلف الجسيمات المجهرية المُعدية المنتشرة في الهواء، حيث تلعب نوعية هذه الأجهزة دور مهم في مستوى الحماية الذي توفره، وكذا مدى معرفة طريقة ارتدائه ووضعيته الملائمة على الوجه لتفادي حدوث أي تسربات (INRS, 2005, p.p. 04-05).

6-2-6- نظافة المحيط الاستشفائي: إنه من الضروري القيام بالتنظيف الدوري واليومي من

أجل ضمان محيط استشفائي ذات نظافة يمكن ملاحظتها، خال من الغبار والشوائب والأوساخ.

لقد أشار مختصون إلى أن ما نسبته 90% من الكائنات المجهرية، تتواجد وتتكاثر في الغبار المرئي بالعين المجردة، وبالتالي فإن عملية التنظيف اليومي يجب أن تحرص على إزالة هذا الغبار والشوائب. كما يتعيّن على كل هيئة صحية وضع إجراءات خاصة لتوفير النظافة الصحية وأوقاتها والمواد المنظّفة الملائمة لتنظيف الجدران والأسطح، النوافذ وستائرهما، الأسرّة، الزجاج وستائر العزل، التجهيزات الثابتة، الأثاث، دورة المياه وكل الأدوات والوسائل الطبية التي يكثر استعمالها، كل هذه الاجراءات يجب أن تتوافق مع مدى تواجد خطر العدوى ودرجة تهديدها ومستوى التعقيم والتطهير المطلوب.

وبناء على هذا، فقد تم تصنيف قطاعات المستشفى إلى 03 مناطق رئيسية وهي كالتالي:

◀ **المنطقة "أ":** وهي خاصة بالمرضى الماكثين بالمستشفى الغير مصابين بعدوى، والذين لا تتطلب حالتهم الصحية عناية خاصة، حيث أن عملية التنظيف في هذه المنطقة لا يجب أن تُحدث تطاير للغبار، كما يوصى باستعمال مادة منظفة خاصة، مع تفادي عملية الكنس على أرضية ناشفة واستعمال المكبسة الكهربائية. كذلك يتوجب تطهير المساحات الملطّخة بالدم والوسائل البيولوجية الأخرى قبل التنظيف الكامل للمنطقة.

◀ **المنطقة "ب":** وهي مخصصة للمرضى المصابين بعدوى أيا كان نوعها، حيث يتعين في عملية التنظيف استعمال مادة مطهرة لها قدرة إزالة الجراثيم، ووسائل تنظيف خاصة بكل قاعة على حدا.

◀ **المنطقة "ج":** يتواجد فيها المرضى الذين تتطلب حالتهم الصحية عناية مكثفة ومتابعة مستمرة، وعادة ما يتم تخصيص قاعات خاصة لهم (غرف العزل)، حيث يتم عزلهم لحمايتهم وحماية المرضى الآخرين المتواجدين بالمستشفى وكذا أفراد الطاقم الطبي العاملين فيه. كما تتضمن هذه المنطقة أيضا الأماكن التي تحتاج لحماية مثل قاعات الجراحة، قاعات التوليد، وحدات العلاج المكثف، القاعات المخصصة للخُذج (المولودين قبل الأوان) ووحدات تصفية الدم. فعملية التنظيف في هذه المنطقة يجب أن تتم بمواد مطهرة مصنعة خصيصا لهذا الغرض، واستعمال أدوات تنظيف بطريقة معزولة.

إن كل الأرضيات والمساحات ودورات المياه التابعة لهذه المناطق الثلاث، يتعين تنظيفها وتطهيرها بصفة يومية (OMS, 2008, p. 37).

6-3- الوقاية من انتشار البكتيريا متعددة المقاومة للمضادات الحيوية:

لقد أصبح الخطر الذي تشكّله البكتيريا متعددة المقاومة للمضادات الحيوية على مستوى المؤسسات الصحية أمر مثير للقلق لدى المختصين، حيث أن هذه البكتيريا مسؤولة عن الانتشار الوبائي لأنواع عديدة من السلالات المقاومة التي تؤدي إلى تفاقم حدوث الأمراض المستشفوية. ويرى المختصون أن ظهور هذه البكتيريا في السنوات الأخيرة راجع إلى الاستخدام غير الملائم للمضادات الحيوية التي كانت في السابق فعالة للقضاء عليها، وينجرّ عن ذلك الكثير من الآثار السلبية التي من أهمها ضرورة استخدام كميات متزايدة من هذه المضادات مع الحصول على نتائج ضعيفة، ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية والاستخدام الكبير لهذه الأدوية، ناهيك عن ارتفاع نسبة وقوع الأمراض المستشفوية وما يصاحب ذلك من مخاطر صحية للمرضى والعاملين وكذا طول فترات الاستشفاء.

ولهذا، يجب أن تتضمن برامج وقاية الأمراض المستشفوية محاور موجهة خصيصا لمكافحة الأخطار الناجمة عن هذه البكتيريا، على أن يتم تقييم فعالية هذه البرامج بشكل منتظم، وذلك بجمع البيانات التي تتعلق بمستوى المقاومة لدى كل سلالة، عدد حالات الأمراض المستشفوية الناجمة عنها

لدى كل 100 مريض ماكث بالمستشفى، نسبة حالات مكتسبة/حالات خارجية... ومقارنتها مع الاحصائيات الصيدلانية (معدل استهلاك المضادات الحيوية).

بناء على هذا، يجب أن تسعى هذه المحاور لتحقيق هدفين رئيسيين هما:

◀ الاستخدام العقلاني والملائم للمضادات الحيوية.

◀ التقليل من تفشي هذه البكتيريا في الوسط الاستشفائي وذلك عن طريق:

- تحديد المصادر التي يمكن أن تنتقل العدوى للأخرين (المرضى الحاملين لهذه البكتيريا)، وعزلهم.

- إنشاء نظام معلوماتي يهدف إلى تسجيل هؤلاء المرضى، من أجل التعرف عليهم في حالة تحويلهم لمؤسسات استشفائية أخرى أو دخولهم مجددا للمستشفى.

- استعمال اجراءات استثنائية للنظافة الصحية والتطهير، في الحالات النادرة التي يكون فيها المحيط الاستشفائي هو المصدر لهذه البكتيريا (Astagneau P. et al., 1999, p. 54).

6-4- العزل الصحي: إن الهدف من العزل الصحي كاستراتيجية وقائية يتمثل في منع انتقال وانتشار العوامل المعدية، وهذا عن طريق وضع حواجز مكانية وتقنية تمنع حدوث كل أشكال الملامسة والاتصال الممكنة ما بين المرضى ومصادر العدوى، وهو يتمثل دائما في مجموعة من الاحتياطات والاجراءات المكتملة للاحتياطات المعيارية عندما يقتضي الأمر ذلك، وهذا يرمي في المقام الأول لكسر سلسلة انتقال العوامل المعدية انطلاقا من مصادر التلوث التي تتمثل خاصة فيما يلي:

◀ المرضى المصابين بالعدوى أو الذين لديهم استعداد لنقل كائنات مجهرية لمرضى آخرين.

◀ العاملين في المستشفى.

◀ المحيط الاستشفائي.

فاتخاذ إجراءات العزل الصحي يرجع، في كل الحالات، لقرار طبي لمدة محددة.

وينقسم العزل الصحي إلى نوعين، حيث أن لكل منهما هدف يختلف عن هدف الآخر وهما:

6-4-1- عزل الوقاية: وهو يتمثل في جملة من الاجراءات التي ترمي إلى وضع حواجز ضد انتقال عوامل مُعدية، معروفة أو محتملة، إلى أفراد آخرين غير مصابين وغير حاملين لها، وهذا انطلاقاً من مريض أو محيطه المباشر، حيث تُطبَّق هذه الاجراءات للوقاية من الانتقال المتقاطع (أي من شخص لآخر أو من المحيط إلى الشخص)، وهذا كتكملة للاحتياطات المعيارية، وفقاً لطريق انتقال العامل المُعدي، وهذه الاحتياطات تخص:

- ◀ الأمراض المنقولة عن طريق للمس، مثل تلك الناجمة عن البكتيريا ذات المقاومة المتعددة للمضادات الحيوية، الجرب، "الكلوستريديوم"...
- ◀ الأمراض المنقولة عن طريق الهواء، وهي تتعلق بالوحدات الميكروبية الأصغر من ٥µ.
- ◀ الانتقال الفموي- الشُعبي مثل الأنفلونزا، السعال الحاد، المكورة السحائية... وهي تتعلق بالوحدات الميكروبية الأكبر من ٥µ.

فالعزل الوقائي يخص المريض الحامل لعامل مُعدي قابل للانتشار، وبالتالي فهو قادر على أن يلوّث المحيط الخارجي (أفراد الطاقم الطبي، المرضى الآخرين، الزوار...)، ولهذا فمن الضروري أخذ احتياطات ملائمة لمنع هذا الانتشار للكائنات المجهريّة المُعدية من المريض الحامل لها إلى الأشخاص الآخرين غير المصابين بالعدوى.

كما أشرنا سابقاً، من الضروري تطبيق إجراءات وقائية إضافية، إلى جانب الاجراءات الوقائية المعيارية، في الحالات التي تستدعي عزل وقائي للمريض، وذلك حسب طريق انتقال العدوى، وكذا إلزامية إخبار المريض بهذه الاجراءات الوقائية الاضافية، وهذا من أجل احترام حقوقه من جهة، ومن جهة أخرى جعله كطرف فاعل في عملية التكفل به وضمان علاج ذات نوعية جيدة.

جدول رقم (08): الاحتياطات الخاصة في حالة العزل الوقائي.

الاجراءات	الانتقال عن طريق الهواء (وحدات > 5µ)	الانتقال عن طريق جزيئات المياه (وحدات < 5µ)	الانتقال عن طريق اللمس
النظافة الصحية للأيدي	- غسل عادي، الفرك الهيدرو - كحولي.	- غسل عادي، الفرك الهيدرو - كحولي.	- الفرك الهيدرو - كحولي.
غرفة فردية	- ضرورية	- توفيرها أو تجميع المصابين بنفس العدوى في غرفة واحدة.	- توفيرها أو تجميع المصابين بنفس العدوى في غرفة واحدة.
القناع والنظارات	توفير قناع جراحي للمريض وقناع من نوع FFP2 للمعالجين	وضع قناع جراحي في محيط سرير المريض.	وضع قناع جراحي في حالة وجود خطر الرش بالدم أو سائل بيولوجي
القفاذات	معيارية	معيارية	خاصة
الأدوات والأفرشة	معيارية	معيارية	معيارية
المنزر	معياري	معياري	ذات الاستعمال الواحد
تنقل المريض	التقليل قدر الامكان (الضرورة القصوى)	التقليل قدر الامكان (الضرورة القصوى)	التقليل قدر الامكان (الضرورة القصوى)

كما أنه يجب وضع إشارات ملائمة وواضحة على مدخل غرفة العزل، تكون مفهومة بالنسبة للمرضى، المعالجين والزوار، لتجنب الدخول بالخطأ إلى هذه العُرف وما يشكّله ذلك من مخاطر صحية. إن هذا التأشير عادة ما يكون خاص بالمؤسسة الاستشفائية وهذا تبعا للخصائص التي تتميز بها، إلا أنه يجب احترام بعض النقاط الهامة في هذا المجال وهي:

◀ يجب وضع لافتة في مدخل غرفة العزل تشير إلى أن الدخول محدود، ويقتصر فقط على أفراد الطاقم الطبي، وضرورة الاستعلام في مصلحة التوجيه.

◀ وضع إشارة مميزة تدل على طريقة انتقال العدوى التي تم بسببها عزل المريض (عن طريق اللمس، الهواء، جزيئات المياه...) (Crouzillees C., 2011, p.p. 85-87).

6-4-2- عزل الحماية: وهو عبارة عن مجموعة من الاجراءات الحمائية التي يجب تطبيقها بهدف تقادي انتقال أي عامل يُحتمل أن يكون مُعدي إلى مرضى ذوي مناعة ضعيفة، وهي عوامل مُعدية تنتشر في المحيط الاستشفائي، أو يحملها مرضى آخرون أو يمكن انتشارها عن طريق التدخلات العلاجية وحتى الزوار للمستشفى.

فعزل الحماية يُطبَّق من أجل حماية مريض يعاني من هشاشة مناعية أو من حروق عميقة... فضُعف المناعة الناجم عن مرض يصيب الجهاز المناعي أو بسبب اتباع علاج مثبِّط للمناعة مثل العلاج الكيميائي لمرضى السرطان أو في حالة زرع الأعضاء لمنع تخريبها من طرف الخلايا المناعية، كلها عوامل تؤدي إلى هشاشة وُضعف مقاومة العوامل الإمبراضية والمُعدية، ما يُسهِّل الإصابة بها.

ولهذا فعزل الحماية يهدف إلى وضع حاجز أمام إمكانية انتقال العوامل المُعدية إلى المحيط المباشر لهؤلاء المرضى، ولذلك فمن الواجب اتباع بعض الاحتياطات الملائمة في هذه الحالات من أهمها:

- ◀ تطهير اليدين عن طريق الفرك الهيدرو-كحولي.
- ◀ تطهير وتعقيم الأدوات المستعملة والمتواجدة داخل الغرفة.
- ◀ تطهير وتعقيم الأدوات قبل إدخالها إلى هذه الغرفة.
- ◀ مراقبة الأغذية الموجهة لهؤلاء المرضى.
- ◀ تهيئة عُرف عزل ذات ضغط جوي مرتفع في بعض الحالات التي تتطلب ذلك، مثل مرضى عدم تنسُّج النخاع.

جدول رقم (09): عزل الوقاية وعزل الحماية.

عزل الحماية	عزل الوقاية	
ضعيف المناعة	مُصاب بعدوى	حالة المريض
الوسط الخارجي	غرفة المريض (الوسط الداخلي)	المنطقة الملوثة
تفادي ومنع انتقال الكائنات المجهرية المنتشرة في الوسط الخارجي نحو المريض ذو ضعف المناعة.	تفادي ومنع انتقال الكائنات المجهرية من المريض المصاب بالعدوى نحو الوسط الخارجي.	الهدف
من الخارج تُجاه الداخل	من الداخل تُجاه الخارج	اتجاه الاحتياطات
غسل اليدين، تعقيم وتطهير الوسائل والأدوات قبل إدخالها إلى غرفة العزل.	النظافة الصحية لليدين، تطهير وتعقيم الوسائل والأدوات قبل إخراجها من غرفة العزل.	أهم الاحتياطات
وضع الوسائل داخل غرفة العزل.	وضع الوسائل خارج غرفة العزل.	احتياطات خاصة
ضروري	ضروري	التأشير

(Astagneau P. et al., 1999, p. 51).

7- حوادث التعرض للدم:

7-1- تعريف: يُقصد بحدوث تعرّض للدم كل ملامسة أو اتصال عرضي (غير مقصود) لدم أو أي سائل بيولوجي ملوث بالدم، يحدث إما عن طريق وقوع إصابة على مستوى الجلد (وخز، قطع) أو عن طريق الانتشار على مستوى الأغشية المخاطية أو جلد مُصاب (جرح، خدش، أكزيما...).

7-2- أخطار انتقال العوامل المُعدية عن طريق حوادث التعرض للدم: عند وقوع حادث تعرض للدم، يوجد دائماً "المصدر" الذي يتمثل في المريض الحامل للعامل المُعدي، و"ضحية" التي تتمثل في الشخص الذي تعرض للحادث.

فالدم والسوائل البيولوجية يمكن أن تكون ناقلة لعوامل مُعدية متنوعة مثل الفيروسات، البكتيريا، الطفيليات والفطريات. ومن بين كل هذه العوامل المُعدية، تتمثل فيروسات كل من السيدا، التهاب الكبد بنوعيه "ب" و"ج" أخطر أنواع العدوى التي يمكن أن تنتقل بهذه الطريقة، إلا أن العديد من العوامل المُعدية الأخرى يمكنها أن تنتقل عن طريق الدم والسوائل البيولوجية، حيث يمكن أن تكون معروفة مثل تلك العوامل المسؤولة عن مرض الزهري أو الملاريا، أو غير معروفة إلى يومنا هذا. كما أن خطر حدوث العدوى يكون أكبر في حالة وقوع وخز عميق عن طريق إبرة مثقوبة تحتوي على دم.

جدول رقم (10): يمثل نسبة أخطار انتقال العدوى عند وقوع حادث تعرّض للدم.

عامل العدوى	نسبة أخطار الانتقال أثناء حادث التعرض للدم
- فيروس فقدان المناعة المكتسب: خطر مهني للإصابة بمرض السيدا	- 0,30 % في حالة حادث الوخز أو القطع. - 0,03 % في حالة الانتشار على مستوى البشرة (خاصة إذا كانت مُصابة) أو الأغشية المخاطية.
- فيروس التهاب الكبد نمط "ج": خطر مهني للإصابة بمرض التهاب الكبد نمط "ج".	- حوالي 03%.
- فيروس التهاب الكبد نمط "ب": خطر مهني للإصابة بمرض التهاب الكبد نمط "ب".	- حوالي 30%: احتمال مرتفع لحدوث عدوى راجع للكمية الكبيرة من الفيروسات المتواجدة في الدم والسوائل البيولوجية (من 106-109 وحدة فيروسية في 1 ملل من الدم).

(Crouzilles C., 2011, p. 67).

7-3- طرق ووسائل الحماية من حوادث التعرض للدم:

لقد قام المختصون بصياغة العديد من النصوص القانونية بشأن حماية موظفي الوسط الاستشفائي من المخاطر الصحية الناجمة عن التعرض للعوامل البيولوجية، ومن أهم ما تنص عليه هذه القوانين أنه يتوجب على إدارة المؤسسة الاستشفائية تطوير الاجراءات والاستراتيجيات الكفيلة بحماية موظفي قطاع الصحة، وتزويدهم بالمعدات والوسائل المناسبة لتقليل مخاطر التلوث بالدم وإصابتهم بالعدوى، وهذا خاصة عند القيام بالأنشطة التي تتطلب على أخذ، مُناولة ومعالجة العينات البيولوجية مهما كان نوعها أو مصدرها. وفي هذا الاطار، تتوفر الآن أدوات ووسائل طبية خاصة تتميز بمعايير أمنية ووقائية جيّدة، والتي يتم تطويرها وتحسينها بشكل مُنتظم وتصحيح الخلل والنقائص التي تُكتشف فيها أثناء توظيفها، أما من حيث طريقة المُناولة فتتواجد عدّة أنواع، فالبعض منها تستوجب من مستخدميها تنشيط ميكانيزماتها الوقائية يدويا قبل استعمالها، أما البعض الآخر فهي قابلة للاستعمال مباشرة وهي أفضل نوع (INRS, 2005, p.p. 05-06).

ومن أجل تفادي انتقال العدوى المتعلقة بحوادث التعرض للدم، توجد 03 أنواع من الاحتياطات:

أولاً: الوقاية عن طريق التلقيح: يُعتبر التلقيح من الاجراءات التي تسمح بتوفير الحماية لمهنيي الصحة في حالة تعرضهم للدم. فالتلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي نمط "ج" مثلاً، أصبح إجباري في المهن ذات الخطورة خاصة المعالجين، حيث يضمن حماية فعالة ويسمح بتخفيض معتبر لعدد الإصابات المسجلة.

ثانياً: احترام وتطبيق الاحتياطات المعيارية: والتي يلخصها الجدول التالي:

جدول رقم (11): يُمثل الإجراءات التي تستدعي احترام الاحتياطات المعيارية.

الإبر والأدوات المستعملة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم إعادة السدادة للإبر المستعملة. - بالنسبة لأقلام الأنسولين، يجب استخدام ملقط أو أداة خاصة. - استعمال وسائل كتيمة (مقاومة للتسرب) ومغلقة بإحكام لنقل: <ul style="list-style-type: none"> ◀ العينات البيولوجية. ◀ الأفرشة المستعملة والمتسخة. ◀ الأدوات المستعملة. ◀ المخلفات والنفايات الاستشفائية.
القفازات الطبية
<ul style="list-style-type: none"> - في حالة خطر لمس: <ul style="list-style-type: none"> ◀ دم أو سوائل بيولوجية. ◀ الأغشية المخاطية للمريض. ◀ جلد المريض المصاب. - أثناء الاستعمال اليدوي ل: <ul style="list-style-type: none"> ◀ أنابيب السوائل البيولوجية. ◀ الأفرشة الملوثة بالسوائل البيولوجية. ◀ الأدوات والوسائل الملوثة. ◀ النفايات والمخلفات الطبية. - في حالة إصابة اليدين بجروح، الأكزيما، خدوش حتى وإن كانت صغيرة...
النظارات، الأفتحة والمآزر
<ul style="list-style-type: none"> - في حالة ما إذا كانت العلاجات أو الاستخدام اليدوي للأدوات تُعرض لانتشار أو تناثر الدم أو أي سائل بيولوجي آخر على مستوى الجلد أو الأغشية المخاطية للمعالج مثل: <ul style="list-style-type: none"> ◀ الاستنشاق الأنفي أو الفموي للجزيئات البيولوجية المتناثرة أو المنتشرة في الهواء.

- ◀ القسطرة على مستوى القصبات الهوائية أو إجراء التحاليل الخاصة بها.
- ◀ الاستعمال اليدوي للأدوات الملوثة.
- ◀ ملامسة الأفرشة المستعملة، خاصة على مستوى المغاسل.

(Crouzilles C., 2011, p.p. 68-69).

- ثالثا: استعمال وسائل الوقاية:

◀ حاويات الأدوات الحادة المستعملة:

إن الهدف من استعمال هذه الحاويات هو تفادي، أو على الأقل تقليل، نسبة حدوث الجروح الناجمة عن الأدوات الحادة، الثابتة منها والقاطعة، لأفراد الطاقم الطبي أثناء قيامهم بمختلف المهام العلاجية والتشخيصية.

إن برنامج الوقاية من حوادث التعرض للدم في المؤسسة الاستشفائية يجب أن يهتم بنوعية وكمية هذه الحاويات، مكان وطريقة وضعها، حيث يتم تحديد ذلك من خلال دراسة أولية تشمل خصائص كل مصلحة، المخاطر المحتملة ومختلف الممارسات والحركات العلاجية التي يقوم بها المعالجون أثناء أداء مهامهم.

لتفادي هذه الحوادث، يتطلب الأمر التخلص مباشرة بعد نهاية الاستعمال لكل أداة موجهة للاستخدام مرة واحدة، وعدم تركها في أي مكان ووضعها في هذه الحاويات المصنوعة خصيصا لهذا الغرض، حيث أنها تحمي أيضا عمال النظافة الذين يتكفلون بنقل ومعالجة النفايات الطبية.

- أما المعايير التي يجب أن تتميز بها هذه الحاويات فهي كالتالي:

◀ يجب أن تكون مقاومة للتقرب أو القطع، وغير قابلة للكسر في حالة السقوط وممانعة لتسرب السوائل.

◀ يجب أن يكون موضع إدخال النفايات الطبية واسعا بما فيه الكفاية، وأن يكون حجم هذه الحاويات ملائما لاحتواء ما يوضع فيها.

- ◀ أن تتوفر على حامل يمكن من خلاله تثبيتها بإحكام في موضعها.
- ◀ يجب أن تكون شفافة لكي يتمكن مستخدموها من ملاحظة مدى امتلائها.
- ◀ يجب أن تتوفر على نظام إغلاق نهائي ومُحَكَم عند الامتلاء، واحتواءها أيضا على مقبض آمن يمكن من خلاله نقل الحاوية (INRS, 2005, p. 05).

في حالة استخدام هذه الأدوات، يجب احترام شروط الاستعمال الواردة في الجدول التالي:

جدول رقم (12): شروط استعمال الأدوات الآمنة.

حاويات الأدوات الحادة والقاطعة
<p>- عند استعمال هذه الحاويات يجب:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ اختيار الحجم الذي يلائم المخلفات التي ستوضع فيها. ◀ التحقق دائما من استقرار الحاوية وتثبيتها بإحكام لتجنب سقوطها وانسكاب محتواها على الأرض. ◀ تخصيص مكان ملائم لوضعها، حيث يُسهل الوصول إليها وتكون في متناول اليد (50 سم فوق الأرض)، وعادة ما توضع الحاوية قريبة من سرير المريض، أو أقرب مكان لموضع العلاج، كما يُستحسن أيضا أن تكون في وضعية مائلة قليلا، وهذا ما يساعد على التخلص الفوري للأدوات الحادة المستعملة. ◀ عدم إدخال النفايات بالقوة أو تكديسها. ◀ أن يقوم كل ممرض بوضع الوسائل التي استعملها بنفسه داخل الحاوية بعد الانتهاء مباشرة. ◀ تفعيل نظام الإغلاق النهائي بمجرد وصول مستوى التعبئة إلى حدّه.
الإبر الآمنة
<p>- يتعيّن استعمال هذه الإبر في الحالات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◀ عند أخذ العينات الوريدية، الشريانية أو القيام بالقسطرة الوريدية المحيطية. ◀ عند أخذ العينات على مستوى الشعيرات الدموية. ◀ عند الحقن تحت الجلد.

(Crouzilles C., 2011, p. 69).

7-4- الإجراءات الواجب القيام بها بعد وقوع حادث التعرض للدم:

ينبغي إعلام كل الموظفين العاملين في الوسط الاستشفائي بما يجب القيام به في حالة وقوع حادث التعرض للدم: الإسعافات الأولية المُستعجلة، القيام باستشارة طبية مباشرة بعد هذه الإسعافات لتقييم المخاطر واتخاذ إجراءات الوقاية ما بعد التعرض، المراقبة والمتابعة الطبية والبيولوجية وتحليل أسباب وظروف وقوع الحادث. إلا أن الوقاية تبقى أفضل طريقة لتفادي وقوع هذه الحوادث.

في حالة حدوثه يجب القيام فوراً بالإجراءات التالية:

- ◀ عدم إحداث نزيف.
- ◀ التنظيف الفوري لمنطقة الجلد المصابة بالماء والصابون والشطف.
- ◀ بعد التنظيف، يجب تطهير الجرح مع إحدى مشتقات الكلور (محلول "الداكين" أو ماء جافيل ذات تركيز 9°)، أو استعمال إحدى مشتقات اليود أو كحول ذات تركيز 70°، على أن تستمر مدة التطهير 5 دقائق على الأقل. وتُتبع نفس طريقة التطهير في حالة انتشار لدم أو سائل بيولوجي آخر على مستوى بشرة مُصابة، أما على مستوى غشاء مخاطي أو العين، فيجب الشطف جيداً باستعمال مصل فيزيولوجي أو الماء لفترة لا تقل عن 5 دقائق.

(INRS, 2005, p. 06).

والجدول التالي يوضّح الخطوات المعيارية المتبعة عند وقوع حادث تعرض للدم وذلك حسب

عامل الوقت:

جدول رقم (13): الخطوات الواجب القيام بها بعد وقوع حادث التعرض للدم.

الوقت	الاجراءات
- ما بين 0 إلى 05 دقائق بعد الحادث: ما يجب القيام به بصفة مستعجلة.	- في حالة وخز، جرح أو لمس مباشر على بشرة مصابة يجب: < تنظيف مباشر للموضع بالماء والصابون. < الشطف بالماء الغزير والتجفيف. < التطهير بمحلول "داكين" عن طريق التبليل، وهذا لمدة 05 دقائق، وفي حالة عدم توفره استعمال محلول "بوليفيدون" باليود أو كحول ذات 70°.
- ما بين 0 إلى 10 دقائق.	- في حالة الانتشار على مستوى الأغشية المخاطية أو العين، يجب الشطف بماء غزير أو بمصل فيزيولوجي، وذلك لمدة تتراوح ما بين 05 إلى 10 دقائق.
- ما بين 0 إلى 04 ساعات بعد الحادث.	- الاتصال بطبيب مختص لتقييم درجة خطر إمكانية الإصابة بالسيدا أو التهاب الكبد الفيروسي بنمطيه "ب" و"ج"، وأخذ عينات بيولوجية من المريض المصدر لإجراء التحاليل عليها، والتأكد من حالته المناعية بعد موافقته، مع احتمال وصف دواء وقائي.
- ما بين 0 إلى 24 ساعة بعد الحادث.	- التصريح بالحادث لمسؤول المصلحة أو المؤسسة الاستشفائية التي تزاول فيها الضحية نشاطها.
- ما بين 0 إلى 07 أيام من وقوع الحادث.	- الاستفادة من متابعة طبية مناعية التي يتكفل بها طب العمل (الوقاية ما بعد التعرض)

(Crouzilles C., 2011, p. 70).

8- الاتفاقية الأوربية المتعلقة بالوقاية من الجروح الناجمة عن استعمال الأدوات الحادة في

القطاع الاستشفائي والصحي، كنموذج لتسيير حوادث التعرض للدم:

في 08 نوفمبر 2008، قامت الجمعية الأوربية لمستخدمي القطاع الاستشفائي بالتعاون مع الفيدرالية النقابية الأوربية للخدمات الاجتماعية، بصفتهم شركاء اجتماعيين أوروبيين، بإعلام دول الاتحاد الأوربي بسعيها لمباشرة محادثات بهدف التوصل إلى اتفاق متعلق بالوقاية من الجروح التي يمكن أن تتجم عن استخدام الأدوات الحادة في القطاع الاستشفائي والصحي.

وتهدف هذه الاتفاقية إلى حماية المهنيين المعرضين لخطر الإصابة بالجروح بشتى الأدوات الحادة ذات الاستعمال الطبي (بما فيها الوخز بالإبر)، وكذا الوقاية من أخطار الجروح والعدوى التي يمكن أن تتجم عن استعمال الأدوات الطبية الحادة، كما تسعى أيضا إلى تصور مقارنة متكاملة تتشكل من تقييم المخاطر والوقاية منها، التكوين، الاعلام، التحسيس والمراقبة وكذلك التدخل ومتابعة تطبيق الاجراءات، وبالتالي يمكن للاتفاقية أن تساهم في توفير مناخ آمن لأعلى مستوى ممكن في محيط العمل الاستشفائي والصحي.

وتحتوي هذه الاتفاقية على ديباجة و 11 محور، تتمثل نقاطها الأساسية فيما يلي:

- **المحور الأول: الهدف:** يتضمن هذا المحور الهدف العام للاتفاقية الذي يتمثل في ضمان أقصى درجة ممكنة من الأمن في محيط العمل، وهذا بالعمل على تفادي الجروح والاصابات التي يمكن أن تحدث للمهنيين عن طريق الأدوات الطبية الحادة، بما فيها وخز الإبر، وكذا حماية العاملين المعرضين للخطر.

- **المحور الثاني: ميدان التطبيق:** يوضح هذا المحور بأن هذه الاتفاقية تمس كل العاملين في القطاع الاستشفائي والرعاية الصحية وكل المهنيين المنضوين تحت سلطة التسيير والاشراف على الموظفين.

- **المحور الثالث: تحديد المفاهيم:** تستعمل هذه الاتفاقية العديد من المصطلحات من أهمها: العاملين، مكان العمل، المستخدمين، الأدوات الحادة، ترتيب أولوية المعايير، إجراءات وقائية خاصة، ممثلي العمال، ممثلي العمال فيما يتعلق بالأمن والصحة... ولقد تم، في هذا المحور، إعطاء تعريفات لهذه المصطلحات من أجل تطبيق هذه الاتفاقية.

- **المحور الرابع: المبادئ:** يقترح هذا المحور مجموعة من المبادئ التي ينبغي احترامها أثناء العمل بناء على هذه الاتفاقية:

- **الفقرة الأولى:** تشير إلى الدور الحيوي، على مستوى مصالح الرعاية الصحية، لليد العاملة التي تلقت تكوين مناسب والمزودة بإمكانيات ووسائل ملائمة، وتوفير الأمن عن طريق الوقاية من الأخطار. كما توضح أيضا بأن الوقاية من التعرض تمثل الاستراتيجية الأساسية للقضاء أو التخفيض لأقصى مستوى ممكن أخطار الجروح والعدوى.

- **الفقرة الثانية:** تتعلق بدور ممثلي الصحة والأمن في الوقاية من الأخطار والحماية.

- **الفقرة الثالثة:** توضح مسؤولية المستخدم فيما يتعلق بضمان الصحة والأمن للمهنيين على مستوى جميع الميادين المتصلة بالعمل.

- **الفقرة الرابعة:** تشير إلى مسؤولية كل عامل في الحفاظ على أمنه وسلامته الخاصة وتلك المتعلقة بالآخرين الذين يمكنهم أن يتأثروا بوظائفه في العمل.

- **الفقرة الخامسة:** تثير أهمية مشاركة المهنيين وممثليهم في عملية إعداد سياسة الصحة والسلامة المهنية وسبل تطبيقها.

- **الفقرة السادسة:** تبين بأن دور المعايير والإجراءات الخاصة بالوقاية مبني على أساس أنه لا يمكن أبدا اعتبار أن الخطر منعدم، مهما كانت السياسات الوقائية المتبعة. كما توضح أيضا بأن المعايير المتعلقة بأمن وحماية صحة المهنيين، التي تتضمنها هذه الاتفاقية (تجنب المخاطر، تقييم الأخطار المتبقية التي لا يمكن تفاديها، مكافحة هذه الأخطار من مصادرها وتقليلها لأقل مستوى ممكن)، هي معايير قابلة للتطبيق.

- **الفقرة السابعة:** تتعلق بالتعاون بين المستخدمين وممثلي العمال بهدف القضاء على الاخطار والوقاية منها، حماية صحة وأمن العاملين وتوفير محيط عمل آمن.

- **الفقرة الثامنة:** تتعلق بالطرق والكيفيات الفعالة للتحسيس.

- **الفقرة التاسعة:** تحدد بأن إجراءات توثيق وتسجيل الحوادث التي تقع، يجب أن تركز على العوامل الناجمة عن الأدوات والوسائل بدلا من الأخطاء الفردية، وضرورة إعداد تقارير بصفة منتظمة حول هذه الحوادث.

- **المحور الخامس: تقييم المخاطر:**

- **الفقرة الأولى:** تشير إلى أن إجراءات تقييم المخاطر يجب أن تتم بالتوافق مع القواعد المحددة في الاتفاقيتين رقم 2000/54/CE و 89/391/CEE.

- **الفقرة الثانية:** تبين ما يجب أن تتضمنه عملية تقييم المخاطر وتحدد الحالات التي يمكن أن تشكل خطر، والتي يجب أن تشملها هذه العملية.

- **الفقرة الثانية:** تضع قائمة العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار في عملية تقييم المخاطر من أجل تحديد كيفية للقضاء على طرق التعرض وتصور إمكانيات أخرى للحماية.

- **المحور السادس: القضاء على المخاطر، الوقاية والحماية:**

- **الفقرتين الأولى والثانية:** عبارة عن قائمة تتضمن العديد من المعايير الواجب احترامها من أجل القضاء على أخطار وقوع جروح عن طريق أدوات حادة وثاقبة، وبالتالي إمكانية الإصابة بعدوى، وكذلك تخفيض مستوى خطر التعرض.

- **الفقرتين الثالثة والرابعة:** تذكران الوضعيات التي تشكل خطر على أمن وصحة المهنيين، وهذا راجع لتعرضهم لعوامل بيولوجية تتوفر لقاحات فعالة ضدها، بالإضافة إلى ضرورة توفير معلومات ملائمة حول ايجابيات وسلبيات التلقيح ورفض تلقيه، وأهمية توفيره مجانا.

- **المحور السابع: الاعلام والتحسيس:** بما أن الأدوات الطبية الحادة والثاقبة تُعتبر وسائل عمل بمقتضى هذه الاتفاقية، فهذا المحور يتضمن العديد من المعلومات والمعايير التحسيسية التي يجب أن

يحترمها المستخدم، إضافة إلى التزويد بمعلومات وتعليمات مكتوبة بطريقة تتوافق مع المحور السادس لهذه الاتفاقية.

- **المحور الثامن: التكوين:** ينص هذا المحور على أن العاملين في القطاع الاستشفائي يتوجب عليهم تلقي ومتابعة تكوين يتعلق ببعض السياسات والاجراءات التي تخص الجروح الناجمة عن هذه الأدوات الحادة والثاقبة التي تم ذكرها في هذه الاتفاقية.

كما يملي أيضا هذا المحور العديد من الالتزامات التي يجب على المستخدمين احترامها، والتب تتصل بالتكوين الذي يجب أن يكون إجباري على العاملين في هذا القطاع.

- المحور التاسع: الاشعار:

- **الفقرة الأولى:** تنص على أن إجراءات التبليغ في حالة وقوع حوادث تنجم عنها جروح، يجب أن تكون مكيفة وخاضعة للمراجعة من طرف ممثلي الأمن والصحة و/أو ممثلي المستخدمين/العاملين، حيث يجب أن تتضمن تفاصيل تقنية من أجل تحسين عملية جمع المعلومات والبيانات حول هذا النوع من الأخطار (الذي يتم تجاهله في الكثير من الأحيان).

- **الفقرة الثانية:** تبين أنه من الاجباري على كل العاملين الإبلاغ عن كل تعرض لحادث عن طريق الأدوات الطبية الحادة بعد وقوعه حالاً.

- **المحور العاشر: التدخل والمتابعة:** يقترح هذا المحور الاجراءات والتدخلات الواجب اتباعها عند وقوع جرح بآلة حادة. وبصفة خاصة، يشير إلى أن العديد من المعايير والتدابير يجب القيام بها مثل توفير وقاية ما بعد الصدمة للمصاب ومختلف الفحوص الطبية الضرورية، المراقبة المستمرة لصحة المصاب، القيام بتحقيق للكشف عن أسباب وظروف الحادث، توثيق الحادث وكل ما يتعلق ويحيط به.

كما يوضح أيضا هذا المحور أهمية الحفاظ على خصوصية وأسرار الجروح التي تقع في هذا الاطار، وكذا التشخيص والعلاج (Commission européenne, 2012, p.p. 78-80).

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الاجراءات المنهجية للبحث

- تمهيد:

لكي يتمكن الباحث من الوصول لتحقيق أهداف الدراسة وغاياته المحددة من وراء بحثه، التي تتمثل في دراسة الظاهرة موضوع البحث دراسة علمية ملائمة ومنظمة، ينبغي عليه اتباع مراحل منهجية متتابعة وموثوقة، نستعرضها في هذا الفصل الذي يتناول بالشرح والتوضيح الخطوات والجراءات المتبعة والمعتمدة عند إعداد الدراسات الميدانية.

ولقد تطرقنا في البداية للدراسة الاستطلاعية كمرحلة أولى مهمة لا يمكن إغفالها أو تجاوزها، للمعلومات المهمة التي بفضلها يمكن أن يستقيها الباحث في بداية دراسته، إضافة إلى تقييم الأدوات المستخدمة في عملية جمع البيانات، وذلك من خلال دراسة خصائصها السيكمترية من صدق وثبات، ثم قدمنا المنهج المستخدم والملائم لبحث الظاهرة المدروسة ومتغيراتها، كذلك حدود البحث المكانية والزمانية، عينة الدراسة وكيفية اختيارها وخصائصها، كما عرضنا بشيء من التفصيل الأدوات المستعملة في الدراسة والمتمثلة في 04 مقاييس، كل واحد منها يقيس متغير من متغيرات البحث، ليتم في الأخير عرض للتقنيات والأساليب الاحصائية المطبقة لمعالجة البيانات ليتم فيما بعد تحليلها ومناقشة نتائجها.

1- القراءة والدراسة الاستطلاعية:

1-1- مرحلة القراءة: تتمثل هذه المرحلة في البحوث المكتبية والقراءات حول الموضوع وما يتصل به من مواضيع أخرى، وجمع رصيد معرفي حول الظاهرة المراد دراستها، فلا يمكن فهم جوانبها المختلفة دون الإحاطة الجيدة ببعض التخصصات المتصلة بها، ابتداء بمراجع علم النفس والطب وعلم الأوبئة وخصائص أخلاقيات ممارسة مهنة التمريض، وذلك من خلال الكتب والدراسات السابقة المختلفة من أبحاث ورسائل ماجستير ودكتوراه ومجلات ودوريات... ولقد دامت هذه المرحلة منذ بداية البحث عن الموضوع وتحديده إلى غاية يوم إنهاء الدراسة.

1-2- الدراسة الاستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية أو الكشفية، كما يتضح من اسمها، تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة المراد دراستها وكشف جوانبها وأبعادها، وأحيانا ما يُطلق على هذا النوع من الدراسات "الدراسات الصياغية" من مُنطلق أن هذا النوع من البحوث يُساعد الباحث وزملائه في صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة، تمهيدا لبحثها بحثا متعمقا في مرحلة تالية، وأيضا لكونها تساعد الباحثين في وضع الفروض المتعلقة بمشكلة البحث التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق، إذ يُستحسن قبل البدء في إجراءات البحث، وبصفة خاصة في البحوث الميدانية، القيام بدراسة استطلاعية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث، وعادة ما تُمنّل هذه الدراسات أو الأبحاث في الغالب نقطة البداية في البحث العلمي بشقيه النظري والتطبيقي (منسي محمود، 2003 ص. 61).

ويمكن للدراسة الاستطلاعية أن تُساعد في:

- ◀ التأكد من أن موضوع البحث موجود في الميدان وقابل للدراسة.
- ◀ التأكد من توفر العينة المناسبة لإجراء هذه الدراسة.
- ◀ جمع المزيد من المعلومات واستزادة المعطيات المتعلقة بموضوع الدراسة.

وتتمثل أهمية البحث الاستطلاعي بالنسبة للبحوث في أنه:

- ◀ يساهم في توفير قدر من المعرفة حول الموضوعات المختلفة للأبحاث، خصوصا تلك التي لم يسبق دراستها.
 - ◀ يُقدِّم رصيد من الفروض ويُعطينا فكرة حول التسهيلات المتوفرة لإجراء البحوث، ففي كثير من الأحيان يكون البحث الاستطلاعي هو المدخل لدراسة مُعمقة حول موضوع البحث، وهو بذلك يمثل نقطة البداية لكثير من البحوث الجديدة.
 - ◀ يزيد من ألفة الباحث بميدان البحث وبالظاهرة التي يريد دراستها.
- ويمكن تحديد أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- ◀ بلورة موضوع البحث أو الظاهرة المدروسة التي يختارها الباحث وصياغته بطريقة أكثر إحكاما بُغية دراسته بصورة أعمق.
- ◀ تحديد المفاهيم الأساسية ذات الصلة بالموضوع الذي اختاره الباحث للدراسة.
- ◀ صياغة الفروض الملائمة وذلك ببلورة مشكلة البحث.
- ◀ ايجاد مُرتكز وقدر من المعرفة ينطلق منه الباحث في دراسته.
- ◀ التعرف على الجوانب المختلفة لموضوع الدراسة.
- ◀ يمكن تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أدوات جمع البيانات، ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تُسفر عليه الدراسة الاستطلاعية.
- ◀ يمكن تحديد ما تستغرقه الدراسة الأساسية من وقت (منسي محمود، 2003 ص. 62).

باعتبار موضوع أخطار الوسط المهني (وبالتحديد أخطار المستشفيات) وتأثيرها على نوعية الحياة في العمل، موضوع مشترك بين عدّة تخصصات، قمنا في هذه المرحلة بمقابلات استكشافية، وذلك على مستوى المصالح الاستشفائية المتخصصة في مكافحة وعلاج الأمراض المعدية، حيث التقينا بمختصين نفسانيين وأطباء ومرمضين، إضافة إلى إجراء مقابلات مع بعض هؤلاء الممرضين، وهذا من أجل الاقتراب أكثر منهم وتكوين فكرة أولية حول الظروف التي يؤديون فيها وظائفهم، وكيفية معاشتهم الأخطار المهنية التي تهددهم بصفة يومية. كما سمحت لنا أيضا هذه الدراسة بالتأكد من توفر عينة بحثنا

وإمكانية إجراء هذه الدراسة، كما تحقّقنا أيضاً، من خلال الدراسة الاستطلاعية، من صلاحية وملائمة أدوات الدراسة لتطبيقها على عينة البحث.

لقد تكوّنت العينة الاستطلاعية في هذا البحث من ممرضين يزاولون وظائفهم على مستوى كل من مستشفى "العادي فليسي" بالجزائر العاصمة، ومستشفى "نذير محمد" بتيزي وزو، وشملت 50 ممرض وممرضة 15 منهم ذكور و35 إناث، بهدف المعالجة الاحصائية للمقاييس من أجل التأكد من صِدقها وثباتها.

إن كل من القراءة الأولية والدراسة الاستطلاعية هما مرحلتان مرتبطتان ببعضهما البعض تكمّل كلّ منهما الأخرى، من أجل التحديد الجيد للموضوع بالتكامل والربط بين الجانب النظري والجانب الميداني للدراسة.

2- منهج البحث:

يُعرّف المنهج على أنه: "عبارة عن مجموعة من العمليات التي تسعى لبلوغ هدف مُعيّن". كما يُعرف أيضاً على أنه: "طريقة البحث التي يعتمد عليها الباحث في جمع المعلومات والبيانات المكتسبة أو الحقيقية، وتصنيفها وتحليلها وتنظيمها" (موريس أنجرس، 2004، ص. 98).

ولدراسة "دور الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي كونه الأكثر ملائمة لهذا النوع من الدراسات، حيث يهدف هذا المنهج إلى وصف وتحليل ظاهرة أو مجال اهتمام مُعيّن، حيث أن المنهج الوصفي التحليلي هو: "الطريقة التي يعتمدها الباحث في الحصول على معلومات دقيقة تُصوّر الواقع وتساهم في تحليل الوظائف". (بوحوش عمار، ذنبيات محمد، 1995، ص. 57).

فضلا عن تصوير هذا المنهج لما هو كائن، أي الوضع الراهن أو الظاهرة، فهو يصف خصائصها ومركباتها والعوامل التي تؤثر عليها والظروف التي تُحيط بها، كما يُحدّد العلاقات الارتباطية بين المتغيرات التي تؤثر على تلك الظاهرة، وانطلاقاً من هذا التصوّر الشامل يمكن التنبؤ والاستنتاج بالأوضاع المستقبلية التي ستؤول إليها هذه الظاهرة، فالبحث الوصفي لا يقتصر على الملاحظة السطحية

أو الوصف العرضي، بل يتعداها إلى تحليل المعلومات ثم تفسيرها علميا من خلال العلاقة بين النتائج والفروض والوصول إلى تعميمها (المغربي كامل، 2011).

ويُعتبر هذا المنهج من أنسب المناهج لدراسة موضوع البحث الحالي، نظرا لطبيعته، للتمكن من اكتشاف ووصف نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية، وما يُميّزها، كما يسعى إلى تحديد العلاقة بين عناصر الظاهرة وتقرير الحقائق الراهنة لها، وتوضيح أبعادها وتفسيرها، والنتائج المترتبة عنها، وقد اعتمدنا على هذا المنهج نظرا لأهميته سواء من حيث تجميع المعلومات والبيانات وتفسير مدلولاتها، خاصة فيما يتعلق بوصف الوضعية والظروف المهنية التي يعيشها يوميا هؤلاء الممرضين (الضغط المهني المدرك)، وما ينجم عنها من مصاعب ومعاناة نفسية.

3- مجالات الدراسة:

3-1- المجال المكاني: أردنا إجراء البحث الحالي في جهة محدّدة من جهات الوطن، وذلك لنتمكن من الحصول على عينة ملائمة يمكن أن تُمثّل المجتمع الأصلي للدراسة (الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية)، فاخترنا منطقة الوسط وذلك من خلال أربعة ولايات تقع في هذه المنطقة والتي تتمثل في الجزائر العاصمة، البلدية، تيزي وزو وبجاية، حيث قمنا بإنجاز الدراسة الحالية على مستوى المؤسسات الاستشفائية التالية:

- ◀ مستشفى القطّار (العادي فليسي) وهو أكبر مستشفى على المستوى الوطني مختص في وقاية، مكافحة وعلاج الأمراض المعدية.
- ◀ مصلحة الأمراض المعدية التابعة لمستشفى بوفاريك بالبلدية.
- ◀ مصلحة الأمراض المعدية التابعة لمستشفى نذير محمد بتيزي وزو.
- ◀ مصلحة الأمراض المعدية التابعة لمستشفى فرانتز فانون ببجاية.

3-2- المجال الزمني: استغرقت الدراسة الحالية ما يُقارب عامين، وهذا منذ الزيارات الأولى التي قمنا بها للمؤسسات الاستشفائية لغرض إجراء الدراسة الاستطلاعية والتأكد من توفر العينة وإمكانية إجراء الدراسة، إلى غاية استرجاع المقاييس التي تم توزيعها على الممرضين وتفرغها من أجل مناقشة وتحليل النتائج، أي من أوائل شهر جانفي 2016 إلى غاية نوفمبر 2017.

4- عينة البحث:

يمكن تعريف العينة على أنها "مجموعه جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة مناسبة وإجراء البحث عليها، ومن ثم استخدام النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي" (جامعة القدس المفتوحة، 1991، ص. 17).

فالعينة تُمثّل جزءاً من مجتمع الدراسة من حيث الخصائص والصفات، ويتم اللجوء إليها عندما تُعني الباحث عن دراسة كافة وحدات المجتمع (زويلف مهدي، 1998).

ولقد اعتمدنا في اختيار أفراد عينة البحث الحالي على أسلوب العينة القصدية، وهي عينة يتم اختيارها بأسلوب غير عشوائي. ويُعرّف "عبيدات" وآخرون العينة القصدية بأنها: "الطريقة التي يتم بها انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث، نظراً لتوفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينة في حالة توفر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محدّدة من مجتمع الدراسة الأصلي، وهي عينة ملائمة لأنه يُعطى لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث، حيث يتم الاختيار بناء على أول مجموعة يقابلها الباحث وتوافق على المشاركة في الدراسة، ويختار منها عدد مفردات العينة المطلوبة ولكن بشروط محدّدة تضمن تمثيلاً معقولاً لمجتمع البحث، ويتميّز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيارها وانخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث، كما يتميّز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول على النتائج (عبيدات محمد وآخرون، 1999، ص. ص. 95-96).

4-1- خصائص أفراد عينة البحث: لقد تمكّننا من الحصول على عينة قوامها 96 ممرض

وممرضة، وبعد إلغاء 12 فرد منها بسبب عدم اكتمال إجاباتهم على مقاييس البحث، تكوّنت عينة البحث النهائية من 84 ممرض وممرضة يزاولون عملهم على مستوى مصالح الأمراض المعدية المذكورة، يتراوح المدى العمري لهم من 21 سنة إلى 54 سنة، يبلغ عدد الذكور 13، أما عدد الإناث فقد بلغ 71 ممرضة، ويمكن تمثيل خصائص أفراد العينة من خلال الجداول التالية:

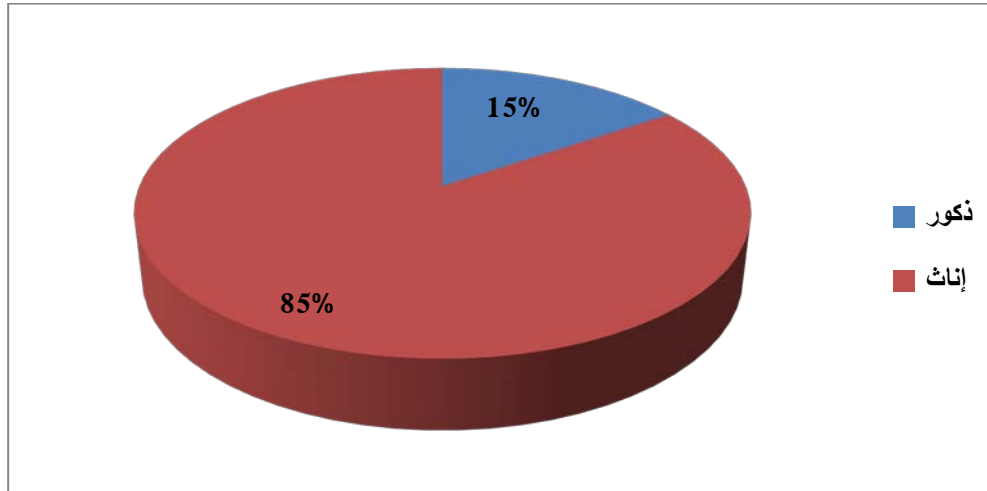
أ- الجنس:

جدول رقم (14): توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	13	% 15,47
إناث	71	% 84,52
المجموع	84	%100

نلاحظ من خلال الجدول الخاص بالجنس أن أكبر نسبة سُجلت عند الإناث بنسبة %84,52 مقابل %15,47 فقط من الذكور.

إن هذا الاختلاف الكبير للنسب لدى الجنسين ضمن عينة البحث يشير إلى واقع مجتمع الممرضين في المستشفيات، ويرجع هذا إلى مزاوله الإناث بشكل أكبر لمهنة التمريض مقارنة بالذكور، لأن لهن استعداد أكبر للقيام بهذا النوع من الأعمال كالرعاية الصحية والاهتمام بالمرضى. ولقد جاء في تاريخ التمريض أن الإناث هن أول من قام بأداء بهذه المهنة.



شكل رقم (12): التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب الجنس.

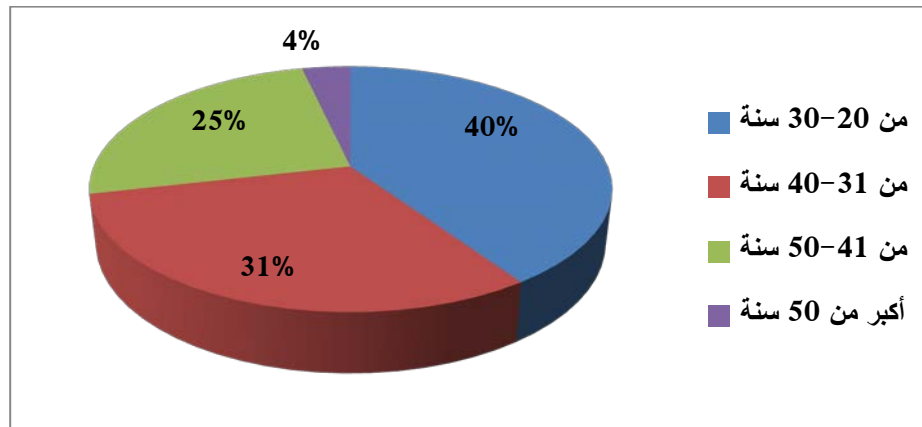
ب- السن:

جدول رقم (15): توزيع أفراد عينة البحث حسب فئات السن.

النسبة المئوية	التكرار	الفئات العمرية
40,47%	34	من 20 إلى 30 سنة
30,95%	26	من 31 إلى 40 سنة
25%	21	من 41 إلى 50 سنة
3,57%	03	أكبر من 50 سنة
100%	84	المجموع

يتبين من خلال الجدول رقم (15) أن أعلى نسبة (40,47%) لدى أفراد عينة البحث يتراوح سنهم بين 20 إلى 30 سنة، بينما يتوزع الأفراد الآخرون بنسب متقاربة للفئتين العمريتين التاليتين أي بنسبة (30,95%) للفئة بين 31 و 40 سنة، نسبة 25% للشريحة العمرية بين 41 و 50 سنة، وأخيرا نسبة (3,57%) للأفراد الذين ينتمون للفئة العمرية التي تفوق 50 سنة.

نلاحظ أيضا من خلال نفس الجدول الارتفاع النسبي لعدد الممرضين الذين يفوق سنهم 40 سنة (28,57%) خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار مميزات مهنة التمريض التي تقتضي القيام بالكثير من النشاطات والاجراءات وكثرة الحركة والتنقلات، وهذا يمكن تفسيره بصعوبة توظيف ممرضين جُدد خاصة في هذه المصالح الحساسة.



شكل رقم (13): التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب فئات السن.

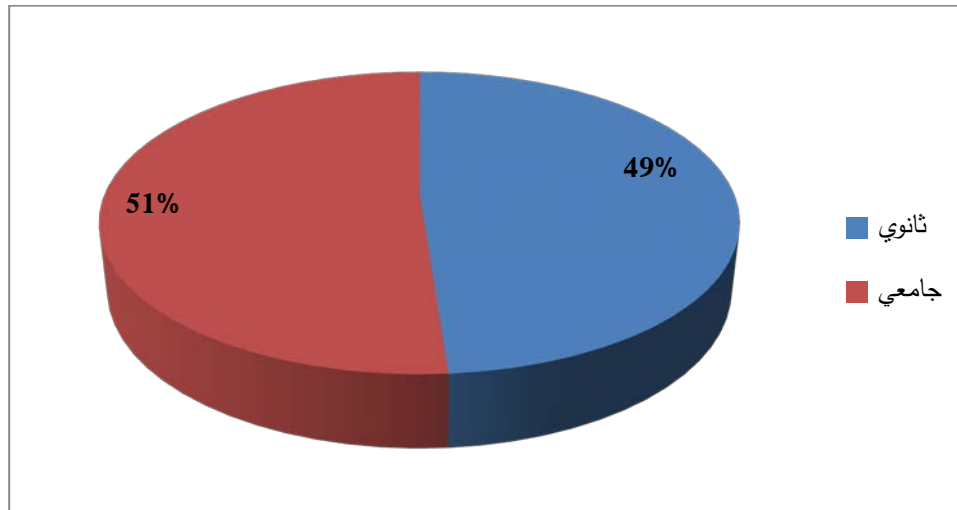
ج- المستوى التعليمي:

جدول رقم (16): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
48,8%	41	ثانوي
51,19%	43	جامعي
100%	84	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن كل أفراد عينة البحث لهم مستوى ثانوي أو جامعي، حيث أن لمزاولة هذه المهنة، يتوجب على الفرد أن يكون لديه مستوى ثانوي أو أعلى إضافة إلى متابعة تدريب في مجال التمريض، والذي يتم توفيره على مستوى المؤسسات الاستشفائية الجامعية وهو ما يسمح في الأخير للحصول على شهادة تكوين في الشبه الطبي.

ولقد جاءت نسب المستوى التعليمي متقاربة بين المستويين الثانوي والجامعي لدى أفراد العينة، حيث تمثلت في 48,8% بالنسبة للمستوى الثانوي، و 51,19% بالنسبة للمستوى الجامعي.



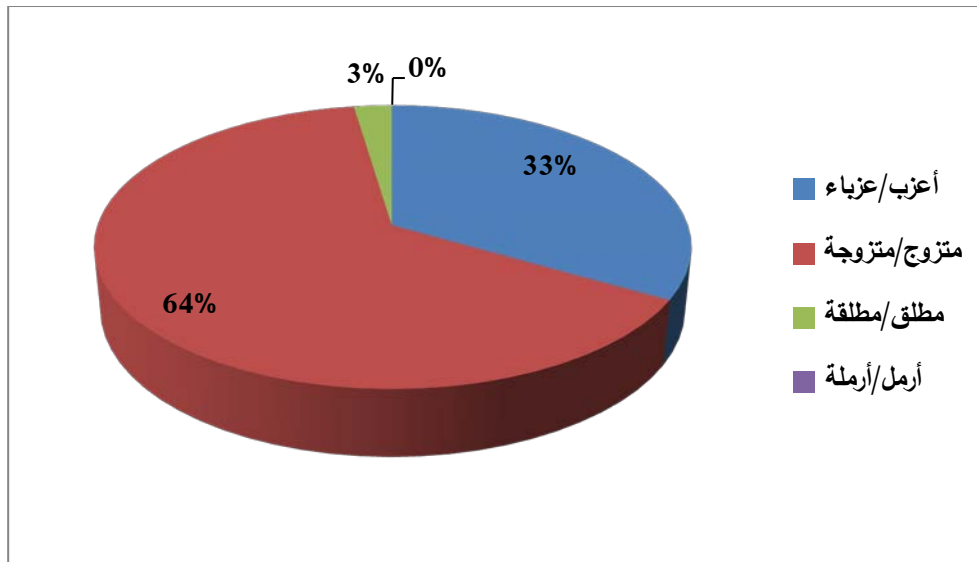
شكل رقم (14): التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

د- الوضعية العائلية:

جدول رقم (17): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية العائلية.

الوضعية العائلية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب/عزباء	28	33,33%
متزوج/متزوجة	54	64,28%
مطلق/مطلقة	02	02,38%
أرمل/أرملة	00	00%
المجموع	84	100%

يُبيّن الجدول رقم (17) أن أكبر نسبة من أفراد عينة البحث هم متزوجون، حيث بلغ عددهم 54 ممرض، أي بنسبة مئوية مقدّرة ب 64,28% أما الممرضين العُزاب فلقد بلغت نسبتهم 33,33%، ولم تتجاوز نسبة الممرضين المطلقين 02,38% أما نسبة الممرضين الأراامل فلقد جاءت منعدمة.



شكل رقم (15): التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب الوضعية العائلية.

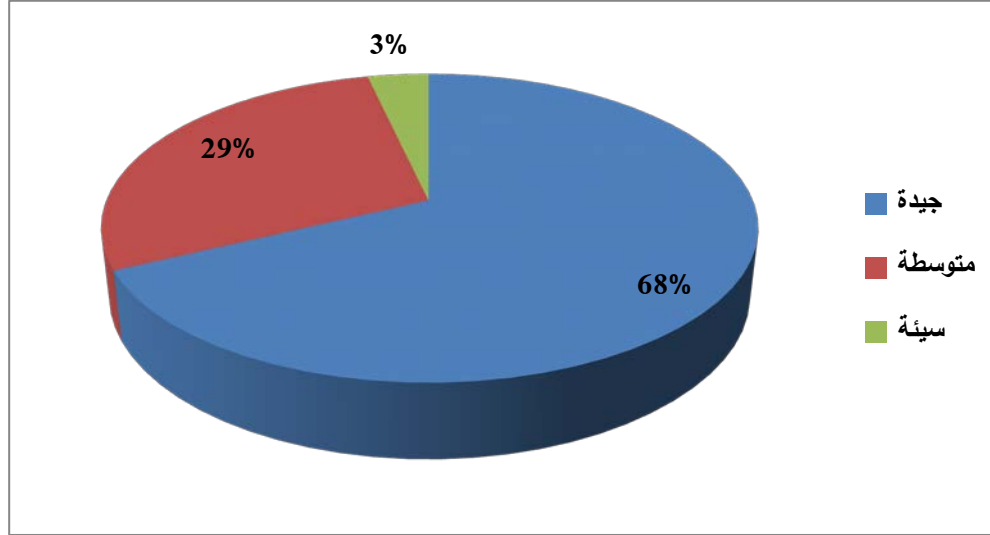
هـ - الحالة الصحية:

جدول رقم (18): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب حالتهم الصحية.

الحالة الصحية	التكرار	النسبة المئوية
جيدة	57	67,85%
متوسطة	24	28,57%
سيئة	03	03,57%
المجموع	84	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (18) أن ما نسبته 67,85% من أفراد عينة البحث يعتبرون حالتهم الصحية جيدة، في حين عبّرت ما نسبته 28,57% من الممرضين عن إدراكهم لحالتهم الصحية بأنها متوسطة، أما نسبة الممرضين الذين أجابوا بأن حالتهم الصحية سيئة فلم تتجاوز 03,57%.

فلكي يستطيع الممرض توفير عناية ملائمة للمرضى، فيجب أن يتمتع بدوره بصحة جيدة تسمح له بأداء مختلف الوظائف والنشاطات التمريضية والتنقلات والسهر على راحة المرضى، كما أن كيفية إدراك الممرض لحالته الصحية يُعتبر أمر مهم، لأن الباحثين والمختصين في الوقت الراهن يرون عامل الإدراك من أهم العوامل في هذا الجانب، فالآن أصبحنا نتحدث عن الضغط النفسي المدرك، الضبط المدرك، الدعم الاجتماعي المدرك... وهذا ما أدى بالمختصين إلى إعداد مقاييس خاصة بالقياس الذاتي للصحة لدى الفرد وهذا بناء على عامل الإدراك لديه.



شكل رقم (16): التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب الحالة الصحية.

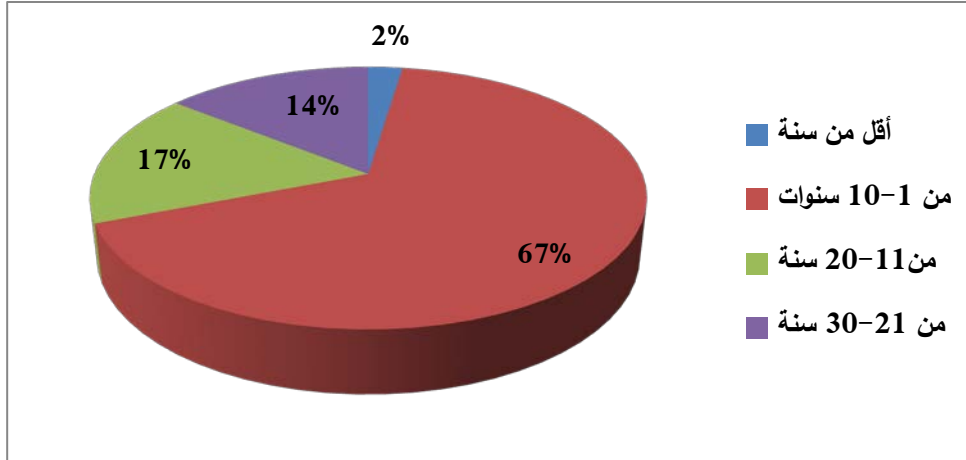
و- أقدمية العمل:

جدول رقم (19): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب أقدمية العمل.

أقدمية العمل	التكرار	النسبة المئوية
أقل من سنة	02	02,38%
من 01 إلى 10 سنوات	56	66,66%
من 11 إلى 20 سنة	14	16,66%
أكثر من 20 سنة	12	14,28%
المجموع	84	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (19) توزيع أفراد العينة حسب مدة الأقدمية في العمل، حيث أن أكبر نسبة نجدها لدى الممرضين الذين لم تتجاوز مدة مزاولتهم لمهنة التمريض 10 سنوات وذلك بـ 66,66%، في حين جاءت نسب الممرضين الذين لهم أقدمية عمل تتراوح من 11 إلى 20 سنة وأكثر من 20 سنة متقاربة، حيث كانت على التوالي 16,66% و 14,28% في حين لم تتجاوز نسبة الممرضين الذين زالوا مهنة التمريض لمدة تقل عن سنة 02,38%.

وتعكس هذه النسب ما أشرنا إليه سابقا من الصعوبات والمشاكل التي تواجه مصالح الأمراض المعدية في عملية التوظيف والاحتفاظ بمرضى جدد، وهذا أمر يسهل فهمه نظرا لمخاطر العدوى التي تُهدد هؤلاء المرضى على مستوى هذه المصالح.



شكل رقم (17): التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب أقدمية العمل.

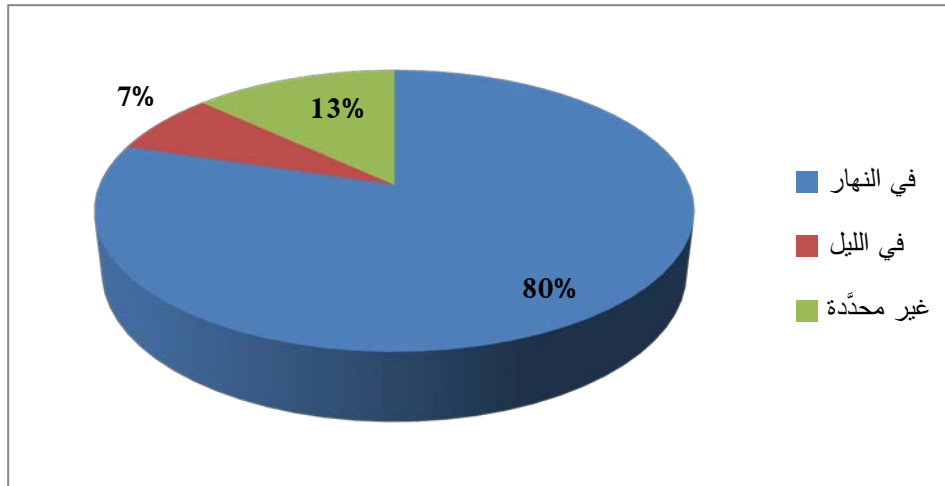
ز - أوقات العمل:

جدول رقم (20): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب أوقات العمل.

أوقات العمل	التكرار	النسبة المئوية
في النهار	67	79,76%
في الليل	06	07,14%
غير محدّدة	11	13,09%
المجموع	84	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) أن أعلى نسبة للمرضى من حيث أوقات العمل، كانت للذين يزاولون نشاطهم خلال الفترة النهارية وذلك ب 79,76%، ثم تليها نسبة المرضى الذين يعملون تارة في النهار وتارة أخرى في الليل وذلك ب 13,09%، لتأتي في الأخير نسبة المرضى العاملين في الفترة الليلية والتي تتمثل في 07,14%.

وتجدر الاشارة أن معظم الممرضين يتفادون العمل في الفترة الليلية، وهذا راجع إلى المسؤوليات الأسرية الأخرى، لكن كذلك لتفادي التعب الناجم عن السهر ومراقبة حالة المرضى طيلة الليل، وهو ما يُمكن أن يؤدي إلى ارتفاع خطر إمكانية التعرض للعدوى خاصة تلك الناجمة عن الحركات الخاطئة مثل الوخز بإبرة مستعملة...



شكل رقم (18): التوزيع النسبي لأفراد عينة البحث حسب أوقات العمل.

5- أدوات وتقنيات البحث:

تُعرف تقنيات البحث على أنها "وسائل تسمح بجمع مُعطيات، أو مجموعة من الإجراءات وأدوات التقصي المستعملة منهجياً". (موريس أنجرس، 2004، ص. 107).

حيث أن "عملية جمع البيانات عدّة أدوات تختلف حسب طبيعة الموضوع ومتطلبات الدراسة وهي التي تفرض عدّة أدوات منها: الملاحظة والمقابلة والاستبيان، تحليل المضمون...، ويتم عادة تحديد الأداة أو الوسيلة اللازمة لجمع البيانات على ضوء الأهداف والبيانات المتاحة، ومدى ملائمتها لدراسة المشكلة من جهة والتي يجب أن تكون على درجة عالية من الثبات والصدق من جهة أخرى". (عاطف غيث، محمد علي محمد، 1976، ص. 100).

ولقد تم الاعتماد في الدراسة الحالية على التقنيات التالية:

5-1- الملاحظة:

و تُعرف الملاحظة كأداة بحث بأنها: "توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك مُعين أو ظاهرة مُعينة، وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه" (بوحوش عمار، محمد ذنبيات، 1995، ص. 72).

و يُقصد بها أيضا: "ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائيا في ظروفها العادية دون إخفاءها للضبط العلمي، ودون استخدام أدوات للقياس بُغية الدقة في الملاحظة والتحلي بالموضوعية، وتُستخدم الملاحظة أيضا في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة، أو المقابلة، أو الوثائق أو السجلات، أو التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية المكتسبة" (زرواتي رشيد، 2004، ص. 84).

ما لاحظناه منذ اليوم الأول من دخولنا لمستشفى القطار "العادي فليسي"، ثم بعده في المصالح الأخرى المتخصصة في مكافحة وعلاج الأمراض المُعدية التي تم فيها إجراء هذا البحث، هو حالة الطوارئ التي تحدث في أروقة المستشفى عند دخول مريض جديد في حالة مستعجلة، حيث أنه لم يتم بعد تحديد نوع مرضه ولا إمكانية انتشاره، فيتم توجيهه مباشرة إلى غرفة العزل (La chambre d'isolement)، هذه الغرفة التي تم تصميمها بطريقة خاصة تمنع تسرب أي عامل معدٍ إلى الخارج.

أما أفراد الطاقم الطبي والمرضى فهم يرتدون بدلة خاصة تُغطي كل أجسامهم، بما في ذلك الوجه، قبل الولوج إلى هذه الغرفة، حيث أن هذه الثياب تقيهم من إصابة محتملة بالعدوى.

ما لاحظناه أيضا هو تواجد الصابون السائل من نوعية خاصة ومطهرات على مستوى جميع قاعات العلاج والمكاتب أيضا، حيث أنه من الضروري تطهير اليدين بصفة مستمرة في مثل هذه المصالح التي تكثر فيها العوامل والمسببات الإمبرضية والمُعدية، حيث أن بعض المرضى يستعملونها لدرجة تضرر بشرة اليدين لكثرة الغسل، حيث أن الخوف والتوجس من الإصابة بعدوى يدفعهم لهذا السلوك التكراري الذي أصبح بمثابة هاجس لديهم.

في حين يقوم بعض الممرضين بإجراء مختلف الفحوصات بشكل دوري على مستوى مركز الفحص الطوعي (Le Centre de Dépistage Volontaire)، المتواجد على مستوى هذه المؤسسات الاستشفائية، والذي يفتح أبوابه لكل شخص يرغب بإجراء هذه الفحوصات للكشف عن حالته المناعية، حيث يعتمد هؤلاء الممرضين للقيام بهذه الفحوصات للتأكد من عدم إصابتهم بمرض معدٍ، خاصة مرض فقدان المناعة المكتسب الذي يمكن، حسبهم، أن ينتقل إليهم أثناء ممارسة وظائفهم مع مرضى مصابين به دون انتباههم لذلك، حيث أن الكشف المبكر على إصابة مُحتملة يسمح بمباشرة علاج يمكن أن يعرقل تطور الفيروس على مستوى العضوية.

من جهة أخرى، تواجه هذه المؤسسات المتخصصة في علاج الأمراض المعدية مشكل آخر وهو التسرب الوظيفي أو دوران العمل (Turne over)، فبعد ايجاد صعوبة كبيرة في توظيف ممرضين جُدد، الذين عادة ما يتجنبون العمل في هذه المصالح، يميل بعض الممرضين إلى ترك العمل فيها والتوجه، لمن وافته الفرصة، إلى مستشفيات أو مصالح أخرى، بل هناك من يتوقف نهائياً عن ممارسة مهنة التمريض، حيث أنهم يفضلون أداء وظائف أخرى على العمل في مثل هذه الظروف الخطرة.

كما أننا التقينا ببعض الممرضين الذين وقعوا ضحايا لحوادث التعرض للدم (خاصة الوخز بإبر مستعملة)، والذين عاشوا أوقات عصيبة أثناء قيامهم بمختلف الفحوصات وانتظارهم لنتائج التشخيص التي تمتد لعدة أشهر حيث أنهم، لحسن حظهم، لم يُصابوا بعدوى، ولقد سمحت لنا مقابلتنا معهم بالتعرف على تجربتهم الصعبة هذه وطريقة معاشتهم لها.

5-2- استبيان المعلومات العامة:

من خلال هذه الدراسة، قمنا بإعداد استبيان يتكوّن من 07 أسئلة مُغلقة، حيث سعينا من خلاله إلى التعرف على الجنس، السن، المستوى التعليمي، الوضعية العائلية، الحالة الصحية، مدة العمل في مصلحة الأمراض المعدية ومواقيت العمل، وذلك للحصول على معلومات عامة تُفيدنا في تحديد خصائص العينة ومُميزاتها.

5-3- مقياس أعراض الضغوط المهنية:

5-3-1- تعريف المقياس:

لقد أعدّ "دافيس" وآخرون (Davis et al., 1997) مقياس أعراض الضغوط المهنية، ثم قام الباحث "علي عسكر" بنقله إلى اللغة العربية مع إدخال بعض التعديلات. ويتكوّن هذا المقياس من 20 عبارة يحدّد من خلالها المفحوص درجة موافقته على العبارة من بين عدّة درجات تتكوّن من 05 مستويات والمتمثلة فيما يلي: أبدا (0) نادرا (1) أحيانا (2) غالبا (3) ودائما (4). وتعكس الاجابة (دائما) درجة عالية من الضغط المهني، والعكس فإن الاجابة (أبدا) تعكس درجة منخفضة من الضغط المهني.

5-3-2- طريقة التصحيح:

يتم تفسير المجموع الكلي للدرجات كالتالي:

- ❖ ما بين (0-25) تُشير إلى تكيف جيد مع ضغوط العمل.
- ❖ ما بين (26-40) تُشير إلى معاناة الفرد من ضغوط العمل، ومن المناسب أخذ خطوات وقائية.
- ❖ ما بين (41-55) من الضروري أخذ خطوات وقائية لتجنب الاحتراق النفسي.
- ❖ ما بين (56-80) تُشير إلى الاحتراق النفسي ومن الضروري وضع خطة ملائمة للتحكم في ضغوط العمل.

5-3-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- ثبات المقياس:

لقد قامت كل من الباحثات حكيمة آيت حمودة، زاهية خطار وشهرزاد بوشدوب بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، فقد طُبّق المقياس على عينة من مدرّسي التعليم الثانوي (ن = 45)، وقامت الباحثات بحساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على البنود الفردية ودرجاتهم على البنود الزوجية، وبلغ معامل الارتباط بين جزئي المقياس وفق معادلة بيرسون ب 0,79، وباستخدام معادلة التصحيح لسبيرمان - براون بلغ معامل الثبات 0,88، وهو معامل مرتفع يشير إلى اتساق داخلي للمقياس (برزوان حسيبة، 2013، ص. ص. 370-372).

وفي الدراسة الحالية، فُمنّا بالتحقق من صدق وثبات المقياس كما يلي:

أ- الصدق:

↳ صدق الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق المقياس إحصائياً، قمنا بحساب معاملات الارتباط

لـ"برسون" بين درجة كل بُند من بنود المقياس والدرجة الكلية له، والجدول التالي يوضّح ذلك:

جدول رقم (21): يوضّح ارتباط درجات كل بُند مع الدرجة الكلية لمقياس إدراك الضغط المهني.

رقم البند	معامل الارتباط لبرسون	مستوى الدلالة
01	0,56	0,01
02	0,39	0,01
03	0,45	0,01
04	0,49	0,01
05	0,51	0,01
06	0,29	0,05
07	0,52	0,01
08	0,46	0,01
09	0,57	0,01
10	0,51	0,01
11	0,55	0,01
12	0,32	0,05
13	0,58	0,01
14	0,35	0,05
15	0,56	0,01
16	0,32	0,01
17	0,62	0,01
18	0,66	0,01
19	0,56	0,01
20	0,63	0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (21) أن معاملات الارتباط لدرجات كل بُند من بنود مقياس إدراك الضغط المهني مع الدرجة الكلية له تتراوح بين (0,29 و 0,66) وكلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 و 0,05، وبذلك نستنتج أن بنود المقياس تتميز بدرجة مقبولة من صدق الاتساق الداخلي، أي أن المقياس يقيس فعلاً ما وُضع لقياسه.

◀ **الصدق الذاتي:** وللتأكد أكثر من صدق المقياس إحصائياً، اعتمدنا على الصدق الذاتي والذي يتم حسابه من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات، فتوصلنا إلى أنه يتميز بدرجة صدق عالية تُقدَّر ب (0,85).

ب- الثبات:

◀ **ألفا كرونباخ:** فُمنّا بحساب ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ والذي قُدِّر ب (0,73).

◀ **التجزئة النصفية:** فمنا كذلك بحساب معامل ثبات المقياس باستعمال طريقة التجزئة النصفية وذلك بتقسيم بنود المقياس إلى نصفين، حيث يتكوّن النصف الأول من البنود الفردية ويتكوّن النصف الثاني من البنود الزوجية، وتم حساب معامل الارتباط بين الجزأين والذي يمثّل معامل الثبات بواسطة معادلة Spearman، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة Spearman-Brown قُدِّر معامل الثبات ب (0,92).

4-5- مقياس الصلابة النفسية ل "محمد عماد مخيمر" (2006):

5-4-1- تعريف المقياس:

هي أداة تُعطي تقديراً كمياً لصلابة الفرد النفسية، تتكوّن من (47) عبارة تُركّز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، وتقع الصلابة النفسية في ثلاث أبعاد هي:

أ- الإلتزام (commitment):

هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم الفرد تُجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله، وهذا البُعد يتكوّن من 16 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البُعد إلى أنّ الفرد أكثر التزاماً تُجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين.

ب- التحكم (control):

ويُشير إلى مدى اعتقاد الفرد أنه بإمكانه أن يكون له سيطرة وضبط فيما يلقاه من أحداث ويتحمّل المسؤولية الشخصية عمّا يحدث له، وهذا البُعد يتكوّن من 15 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البُعد إلى أن الفرد لديه تحكم واعتقاد في مسؤوليته الشخصية عمّا يحدث له.

ج- التحديّ (challenge):

وهو اعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغيّر على جوانب حياته هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً له، مما يساعده على المبادرة واستكشاف البيئة ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية، ويتكوّن هذا البُعد من 16 عبارة، وتشير الدرجة المرتفعة على هذا البُعد إلى اعتقاد الفرد بأن أي تغيير يطرأ على حياته إنما هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً له، مما يساعده على المبادرة والاستكشاف والتحدّي.

5-4-2- طريقة التصحيح:

تقع الإجابة على المقياس في ثلاثة مستويات (تنطبق دائماً- تنطبق أحياناً- لا تنطبق أبداً) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة بمعنى إذا كانت الإجابة:

❖ تنطبق دائماً يتحصل على درجة (3).

❖ إذا كانت تنطبق أحياناً يتحصل على درجة (2).

❖ إذا كانت لا تطبق أبداً يتحصل على درجة (1).

وبذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 47 إلى 141 درجة، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية.

وللتقليل من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات (Response Set) تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى، أي تشير هذه العبارات المعكوسة إلى الجانب السلبي للصلابة، وبالتالي فإن هذه العبارات، والتي تقابل في المقياس الأعداد: (7، 11، 16، 21، 23، 25، 28، 32، 35، 36، 37، 38، 42، 46، 47) ينبغي أن تُصحح في الاتجاه العكسي، بمعنى أن هذه العبارات تُصحح كالتالي:

❖ تنطبق دائماً يتحصل على درجة (1).

❖ تنطبق أحياناً (2).

❖ لا تنطبق أبداً (3).

و بلغ عدد العبارات التي يجب أن توضع لها الدرجة المعكوسة 15 عبارة من مجموع عبارات الاستبيان.

ولقد تم تحديد مستويات للصلابة النفسية وهي كالتالي:

5-4-3- مستويات الدرجة الكلية للصلابة النفسية:

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (47-78) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص منخفض.

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (79-109) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص متوسط.

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (110-141) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص مرتفع.

- مستويات بُعدي الالتزام والتحدي:

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (16-26) هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص منخفض.

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (27-37) هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص مرتفع.

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (38-48) هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص مرتفع.

- مستويات بُعد التحكم:

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (15-24) هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص منخفض.

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (25-35) هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص متوسط.

❖ إذا كان مجموع الدرجات تتراوح ما بين (36-45) هذا يعني أن مستوى الصلابة لدى المفحوص مرتفع (العبدلي خالد، 2012، ص. ص. 87-90).

5-4-4- الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام مُعدّ مقياس الصلابة النفسية المستخدم في هذه الدراسة بحساب ثبات وصدق هذا المقياس على عينة من طلاب الجامعة من كلية الآداب بجامعة الزقازيق، وبلغ حجم العينة (ن=80) منهم 45 أنثى و35 ذكر تراوحت أعمارهم ما بين 19 و24 عاما بمتوسط عمري قدره (20,87 عاما) وانحراف معياري قدره (1,03).

أ- ثبات مقياس الصلابة النفسية: تم التحقق من ثبات المقياس بطريقتين هما:

◀ **الاتساق الداخلي:** تم ايجاد معامل الاتساق الداخلي للعبارات من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مُفردة ومجموع درجات البُعد الذي تنتمي إليه، ثم حساب معامل الارتباط بين درجة كل بُعد وبين المجموع الكلي لدرجات المقياس، وذلك من أجل ايجاد التجانس الداخلي للمقياس، ولإيجاد هذه الارتباطات تم استخدام معامل "بيرسون" وذلك لحساب معامل الارتباط، وقد وُجد ارتباط بين درجة كل مُفردة ودرجة البُعد الذي تنتمي إليه، وكذلك درجة كل بُعد والدرجة الكلية للاستبيان وجميعها دالة عند مستوى (0,05) ومستوى (0,01). ويتضح أن عبارات المقياس تنتمي إلى البُعد الذي تدرج فيه، وكذلك الأبعاد الفرعية تنتمي إلى الدرجة الكلية كما تدل على ذلك مستويات الدلالة الاحصائية، ما يدل على التجانس الداخلي للاستبيان.

◀ **معامل ألفا كرونباخ:** استُخدم معامل "ألفا كرونباخ" لحساب الثبات للمقياس، ويوضح الجدول

التالي معامل ثبات "ألفا" للمقياس ككل ولأبعاده (الالتزام، التحكم والتحدي):

جدول رقم (22): معامل ثبات مقياس الصلابة النفسية وثبات كل بُعد من أبعاده باستخدام

معامل ثبات ألفا كرونباخ.

معامل الثبات ألفا كرونباخ	البعد
0,69	الالتزام
0,76	التحكم
0,72	التحدي
0,75	الدرجة الكلية

يُلاحظ من خلال الجدول رقم (22) ارتفاع معامل ثبات المقياس ككل (0,75) عند مستوى الدلالة (0,01) وكذلك يُلاحظ الارتفاع في معاملات الثبات للأبعاد الفرعية مما يشير إلى تجانس مفردات المقياس

ب- **صدق المقياس:** قام "مخيمر" بحساب الصدق للمقياس بطريقتين هما:

◀ **الصدق الظاهري:** حيث قام بعرض عبارات المقياس على ثلاثة محكمين من المتخصصين في مجال علم النفس، وترتّب على صدق المحكمين أن تم تعديل صياغة بعض عبارات المقياس، ولكن نظرا لأن صدق المحكمين صدق ظاهري فقد قام الباحث بحساب الصدق عن طريق الصدق التمييزي.

◀ **الصدق التمييزي:** قام بحساب الصدق التمييزي لمقياس الصلابة النفسية مع مقياس قوة الأنا ل (محمد ربيع شحاتة)، ولقد كان معامل الارتباط بينهما (R=0,75) و هو دال عند مستوى (0,01).

كما تم أيضا حساب الصدق التمييزي لمقياس الصلابة النفسية مع مقياس "بيك" للاكتئاب، وبلغ معامل الارتباط بين المقياسين (R=0,63) وهو دال عند مستوى (0,01) (صيدم محمد، 2012، ص. 93-95).

5-4-5- الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية في البيئة الجزائرية:

قامت الباحثة "هناء شريفي" في إطار تحضيرها لأطروحة دكتوراه سنة (2014) بعنوان " الذكاء الانفعالي والصلابة النفسية واستراتيجيات التعامل كمتغيرات معدلة للعلاقة بين الضغط النفسي والصحة النفسية" بحساب صدق وثبات هذا المقياس، حيث تحسّلت على النتائج التالية:

أ- **الصدق:** حيث قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقتين وهما:

◀ **صدق المحكمين:** حيث عرضت المقياس في صورته الأولى على 5 من الأساتذة المختصين في هذا المجال، لإبداء آراءهم فيه من حيث ملائمة الفقرات لمقياس الصلابة النفسية، وصياغة الفقرات بصورة سليمة وواضحة وشطب أو تعديل، وفي ضوء آراء الأساتذة المحكمين قامت الباحثة بتعديل بعض العبارات وفقا لذلك.

◀ **الصدق الذاتي:** تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي والذي يمثل العلاقة بين الصدق والثبات، وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات، حيث وُجد معامل الصدق الذاتي يساوي (0,89) وهي درجة عالية، وبالتالي فالمقياس يتميّز بالصدق.

ب- الثبات: حيث طبقت الباحثة مقياس الصلابة النفسية على عينة من شباب الجامعة وعددهم 150، وبعد التطبيق تم حساب الثبات بطريقتين وهما:

◀ الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: حيث وُجد أن قيمة "ألفا" لمقياس الصلابة تساوي (0,8)، وهذا يدل على أن معامل الثبات للمقياس مرتفع ودال احصائياً.

◀ الثبات بطريقة التجزئة النصفية: ولقد وجدت الباحثة أن معامل الارتباط بين نصفي المقياس (Correlation Between Forns) قد بلغ (0,71)، وباستخدام معادلة "سبيرمان- براون" المعدلة أصبح معامل الثبات (0,83)، وبهذا فلقد توصلت الباحثة إلى أن مقياس الصلابة النفسية يتمتع بدرجات ثبات عالية (شريفى هناء، 2014، ص. ص. 212-214).

من جهتها قامت الباحثة "عوالي عائشة" في إطار إعدادها لأطروحة دكتوراه (2017) بعنوان "دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في تخفيض إدراك الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى احتشاء عضلة القلب" بحساب ثبات مقياس الصلابة النفسية على عينة دراستها، أي المرضى المصابين باحتشاء عضلة القلب، وذلك اعتماداً على طريقة التجزئة النصفية، حيث قُدِّرَ معامل الثبات ب (0,76) مما يدل على أنه دال إحصائياً (عوالي عائشة، 2017، ص. 361).

أما في الدراسة الحالية، فلقد اعتمدنا في حساب الصدق والثبات للمقياس على التقنيات التالية:

أ- الصدق:

◀ الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق المقياس إحصائياً، قمنا بحساب معاملات الارتباط ل "برسون" بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له، والجدول التالي يبيّن ذلك:

جدول رقم (23): يوضّح ارتباط درجات كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية.

البُعد	معامل الارتباط لبرسون	مستوى الدلالة
الالتزام	0,82	0,01
التحكم	0,70	0,01
التحدي	0,67	0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (23) أن معاملات الارتباط لدرجات كل بُعد من أبعاد مقياس الصلابة النفسية مع الدرجة الكلية له تتراوح بين (0,67 و 0,82) وكلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، وبذلك نستنتج أن أبعاد المقياس تتميز بدرجة مقبولة من صدق الاتساق الداخلي.

◀ **الصدق الذاتي:** وللتأكد أكثر من صدق المقياس إحصائياً، اعتمدنا على الصدق الذاتي والذي يتم حسابه من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات، فتوصلنا إلى أنه يتميز بدرجة صدق عالية تُقدَّر ب (0,88).

ب- الثبات:

◀ **ألفا كرونباخ:** قُمنّا بحساب ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، حيث تراوح معامل الثبات بين (0,57 و 0,68) على أبعاد المقياس، أما المقياس ككل فلقد بلغ معامل ثباته (0,79)، والجدول التالي يبيّن ذلك:

جدول رقم (24): معامل ثبات مقياس الصلابة النفسية وثبات كل بُعد من أبعاده باستخدام

معامل "ألفا كرونباخ".

البعد	معامل الثبات "ألفا كرونباخ"
الالتزام	0,68
التحكم	0,64
التحدي	0,57
الدرجة الكلية	0,79

◀ **التجزئة النصفية:** قُمنّا كذلك بحساب معامل ثبات المقياس باستعمال طريقة التجزئة النصفية، وتم حساب معامل الارتباط بين الجزء الأول (البنود الفردية) والجزء الثاني (البنود الزوجية) للمقياس والذي يمثّل معامل ثبات بواسطة معادلة Spearman، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة Guttman قُدّر معامل الثبات ب (0,61).

5-5- قائمة استراتيجيات المواجهة للوضعية الضاغطة:

Invontaire de Coping pour Situations Stressantes (CISS):

5-5-1- تعريف المقياس:

تم إعداد المقياس من طرف (Parker M.A. & Endler S.)، وترجمه إلى الفرنسية (Roland P. J.) ويسمح هذا المقياس بتقدير خصائص تعدد أبعاد المواجهة (Coping)، حيث أن المقياس عبارة عن تقرير ذاتي (Self report) وطريقة تطبيقه رائجة وسهلة.

وللمقياس خصائص عديدة، إذ تم إعداده وبنائه من خلال الاعتماد على معطيات نظرية وتطبيقية، كما أنه مقياس متعدد الأبعاد لاستراتيجيات الواجهة: المهام، الانفعال والتجنب. وهذا ما يسمح بالتنبؤ لأنواع الاستراتيجيات المختارة، وفهم الخصائص الفردية من حيث الاستجابة وكذلك فهم العلاقة بين أنواع استراتيجيات المواجهة ومتغيرات الشخصية الأخرى. ويحتوي هذا المقياس على 48 بند موزعة كالاتي:

❖ 16 بند تقيس استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو المهام.

❖ 16 بند تقيس استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو الانفعال.

❖ 16 بند تقيس استراتيجيات المواجهة الموجهة نحو التجنب.

وهناك بُعدين فرعيين لبُعد التجنب هما: التسلية (08 بنود) والالهاء الاجتماعي (05 بنود)، في

حين أن البنود الباقية من مقياس التجنب لم تُسجل في البُعين الفرعيين.

5-5-2- طريقة التصحيح:

نطلب من المفحوص تسجيل إجاباته على سلم تنقيط مكون من 05 نقاط متدرجة من 1 (إطلاقاً)

إلى 5 (كثيراً)، حيث يستغرق تطبيق المقياس 10 دقائق، وعند تفريغ المقياس نتحصل على 05 نقاط

خام (03 على المقاييس الأساسية و02 على المقاييس الفرعيين)، ثم تُحوّل هذه النقاط الخام إلى نقاط

معيارية T، وذلك حسب الملمح Profil (عبارة عن جدول).

5-5-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

يُعتبر هذا المقياس ذات استخدامات واسعة في المجال الطبي والعيادي، كما أنه يتمتع بخصائص

سيكومترية جيدة.

أ- الثبات: جاءت نتائج دراسة أمريكية من حيث الثبات والصدق كالاتي:
جدول رقم (25): يوضِّح ثبات (الاختبار وإعادة الاختبار) لمقياس قائمة استراتيجيات المواجهة للوضعيات الضاغطة (CISS).

السلم	رجال (ن = 74)	نساء (ن = 164)
المهام	0,73	0,72
الانفعال	0,68	0,71
التجنب	0,53	0,60
التسلية	0,51	0,59
الالهاء الاجتماعي	0,54	0,60

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25) أن معاملات الارتباط جاءت من متوسطة (0,51) إلى عالية (0,73) عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$.

ب- الصدق: بالاعتماد على صدق التكوين (Validité de construct)، فإن مقياس (CISS) لاستراتيجيات المواجهة يعتبر مقياساً قوياً لقياس المواجهة، وأنه متعدد الأبعاد يقيس استراتيجيات المواجهة الموجّهة نحو المهام (Tache)، الانفعال (émotion) والتجنب (évitement) وأنه يقيس وجهين مميزين لاستراتيجيات المواجهة الموجّهة نحو التجنب وهي: استراتيجيات التسلية والإلهاء الاجتماعي، كما أن استراتيجية المواجهة الموجّهة نحو الانفعال ترتبط بالاضطرابات النفسية والأمراض العضوية وبالتالي فإنه مقياس صادق.

وقد قامت الباحثة زناد دليلة باختبار صدق المقياس (بعد أن ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية) عن طريق الصدق الظاهري، وذلك من خلال استطلاع رأي المحكمين حيث طلبت منهم أن يقيموا كل عبارة من عبارات المقياس من حيث الصيغة اللغوية وعلاقتها بالموضوع الذي وضعت من أجله، ووضوح التعليمات وتناسب مدة التطبيق وسهولة التصحيح، وترتّب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض عبارات المقياس.

وبعد دراسة الصدق الذي تتوقف دلالاته على صدق المحكمين، قامت الباحثة باختبار ثبات المقياس حيث اعتمدت على طريقة إعادة الاختبار (Test, Retest) للتعرف على مستوى ثبات مقياس المواجهة للوضعيات الضاغطة، وقد قامت بإعادة التطبيق للمقياس بعد أسبوع من التطبيق الأول، إذ تم تطبيق المقياس على 10 مرضى يخضعون لتصفية الدم، حيث تم حساب معامل (Pearson) للارتباط الذي جاءت قيمته من 0,84 إلى 0,99 عند مستوى الدلالة الاحصائية 0,01 لمجموع المقاييس الفرعية المكوّنة للمقياس الكلي، مما يدل على ارتباط قوي وموجب ودال (زناد دليلة، 2008، ص. ص. 210-213).

وفي الدراسة الحالية، تحققنا من الخصائص السيكومترية للمقياس كما يلي:

أ- الصدق:

الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق المقياس إحصائياً، قمنا بحساب معاملات الارتباط ل

"برسون" بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له، والجدول التالي يبيّن ذلك:

جدول رقم (26): يوضح ارتباط درجات كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات

المواجهة.

البُعد	معامل الارتباط لبرسون	مستوى الدلالة
المهام	0,65	0,01
الانفعال	0,53	0,01
التجنب	0,64	0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (26) أن معاملات الارتباط لدرجات كل بُعد من أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة مع الدرجة الكلية له، تتراوح ما بين (0,53 و0,65) وكلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، وبذلك نستنتج أن أبعاد المقياس تتميز بدرجة مقبولة من صدق الاتساق الداخلي.

الصدق الذاتي: وللتأكد أكثر من صدق المقياس إحصائياً، اعتمدنا على الصدق الذاتي الذي

يتم حسابه من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات، فتوصلنا إلى أنه يتميز بدرجة صدق

عالية تُقدّر ب 0,83.

ب- الثبات:

◀ **معامل ألفا كرونباخ:** قمنا بحساب ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، حيث تراوح معامل الثبات بين (0,73 و 0,74) على أبعاد المقياس، أما المقياس ككل فلقد بلغ معامل ثباته (0,70)، والجدول التالي يبيّن ذلك:

جدول رقم (27): معامل ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة وثبات كل بُعد من أبعاده

باستخدام معامل ثبات "ألفا كرونباخ"

المعامل الثبات "ألفا"	البعد
0,74	المهام
0,74	الانفعال
0,73	التجنب
0,70	الدرجة الكلية

◀ **التجزئة النصفية:** قمنا كذلك بحساب معامل ثبات المقياس باستعمال طريقة التجزئة النصفية، وتم حساب معامل الارتباط بين الجزء الأول (البنود الفردية) والجزء الثاني (البنود الزوجية) للمقياس والذي يمثّل معامل ثبات بواسطة معادلة Spearman، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة Spearman-Brown قُدر معامل الثبات ب (0,88).

5-6- مقياس نوعية الحياة في العمل للمرضين:

Quality of Nursing Work Life Scale :

5-6-1- **تعريف المقياس:** تم إعداد هذا المقياس من طرف (Beth Brooks et al.) سنة 2001، وذلك لقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين، حيث يُعتبر من مقاييس التطبيق الذاتي (Self-completion)، ولقد قام الباحث (Mohammed Jubran Almalki) بالمملكة العربية السعودية بترجمة هذا المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، وهو يتكوّن من 42 بُند موزعة على 04 أبعاد وهي كالتالي:

أ- **الحياة المهنية/ الحياة اليومية (Work life/Home life):** وهو يقيس التفاعل والتأثير الموجود بين الجانب المهني والحياة اليومية للممرض.

- ب- **تصميم العمل (Work Design):** يهتم هذا البُعد بمحتوى أو ما يتضمنه العمل التمريضي من وظائف وتدخلات علاجية، كما يصف العمل الحالي الذي يقوم الممرضون بإنجازه.
- ج- **ظروف العمل (Work Context):** يقيس هذا البُعد الظروف التي يمارس فيها الممرضون عملهم، ومدى تأثير ظروف العمل على الأداء الوظيفي لديهم.
- د- **مهنة التمريض والمجتمع (Work World):** وهو بُعد يُعنى باتجاهات المجتمع نحو مهنة التمريض، ومدى تأثيرها على الممارسات المهنية لدى الممرضين وإمكانية تعديلها أو تغييرها.
- جدول رقم (28): توزيع البنود حسب الأبعاد الأربعة لمقياس نوعية الحياة في العمل للممرضين.**

البُعد	عدد البنود	رقم البنود
الحياة المهنية/ الحياة اليومية	07	05، 10، 12، 20، 25، 27، 36.
تصميم العمل	10	01، 02، 03، 06، 11، 16، 17، 18، 23، 42.
محيط العمل	20	07، 08، 09، 13، 14، 15، 19، 21، 22، 26، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 38، 40.
مهنة التمريض والمجتمع	05	04، 24، 37، 39، 41.

ويستطيع الممرض المفحوص أن يجيب عن مدى موافقته من عدمها حول كل بُد، وذلك على سَلْم يتضمن 06 نقاط تتراوح ما بين 01 التي تعني "غير موافق مطلقاً" و06 التي تعني "موافق تماماً" مع مختلف جوانب الحياة المهنية لديه.

5-6-2- طريقة التصحيح:

تقع الاجابة على المقياس في 06 مستويات (موافق تماماً، موافق إلى حد ما، موافق، غير موافق، غير موافق إلى حد ما، غير موافق مطلقاً). وتتراوح الدرجة لكل عبارة بين درجة واحدة و06 درجات، أي إذا كانت الاجابة (موافق تماماً 06، موافق إلى حد ما 05، موافق 04، غير موافق 03، غير موافق إلى حد ما 02، غير موافق مطلقاً 01)، ويتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 42 إلى 252 درجة، ويشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك الممرض لنوعية حياة ايجابية في العمل.

ولقد تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى، حيث تشير العبارة المعكوسة إلى الجانب السلبي لنوعية الحياة في العمل لدى الممرضين، وبالتالي فإن هذه البنود ستُصحح في الاتجاه العكسي، أي أن هذه العبارات تُصحح كما يلي: (موافق تماما 01، موافق إلى حد ما 02، موافق 03، غير موافق 04، غير موافق إلى حد ما 05، غير موافق مطلقا 06).

ويبلغ عدد العبارات التي يجب أن توضع لها الدرجة المعكوسة 09 عبارات، وهي تتمثل فيما يلي: 03، 10، 11، 16، 20، 27، 29، 30، 36.

5-6-3- الخصائص السيكومترية للمقياس: لقد توصل الباحثون الذين قاموا ببناء هذا المقياس

إلى أنه يتميز بصدق وثبات عاليين، وذلك قبل أن يتم اعتماده واستعماله في العديد من الدراسات.

أ- الصدق:

◀ **الصدق الظاهري:** لقد تم عرض عبارات المقياس على 07 محكمين مختصين، وذلك لتقدير كل بُند ما إذا كان ينتمي إلى البُعد الذي وُضع فيه، وكذلك مدى وضوحه وملائمته، ولقد اقترحت 04 بدائل على هؤلاء الخبراء يمكن أن يُدرج فيه كل بُند وهي: (01) بُند غير ملائم لميدان نوعية الحياة في العمل للممرضين، (02) بُند غير ملائم إذا لم يتم تعديله، (03) بُند ملائم إلا أنه يحتاج لتعديل طفيف، (04) بُند ملائم جدا. ولقد تم تعديل البنود التي أوصى المختصون بتعديلها، وذلك اعتمادا على توجيهاتهم ونصائحهم، في حين تم استبعاد البنود التي لا تلائم ميدان نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين ليصبح المضمون النهائي للمقياس يحتوي على 42 بُند.

بعدها تم تطبيق هذا المقياس على ممرضين تم توزيعهم على 12 مجموعة، حيث طُلب منهم قراءة التعليمات قبل إجابتهم على البنود، حيث أن المشاركين لم يسبق لهم أن تعرّفوا على مفهوم نوعية الحياة في العمل، وكان الهدف من وراء ذلك هو التحقق من مدى ملائمة هذه البنود لميدان التمريض وكذا التحقق من وضوحها وعدم غموضها، وقد أكد المبحوثون عدم إجادهم لأي صعوبة في هذا الجانب.

ب- الثبات:

◀ **الثبات بالاختبار وإعادة الاختبار:** لقد قامت (Beth Brooks et al.) بتطبيق هذا المقياس على عينة تتكوّن من 53 ممرض وممرضة، ثم أعادوا التطبيق على نفس العينة بعد مرور 14 يوم، حيث تم حساب الثبات بمعادلة "بيرسون"، وكانت النتيجة ($r= 0,90$)، وهي نسبة عالية تدل على ثبات هذا المقياس.

◀ **الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:** قامت (Beth Brooks et al.) بحساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات وذلك بتطبيق المقياس على عينة قوامها 265 ممرض وممرضة، حيث وُجدت قيمته ($0,89$)، وهذا يدل على أن معامل الثبات للمقياس مرتفع ودال.

(Mohammed Jubran Almalki, 2012, P.P. 120-121).

من جهتهم، قام كلٌّ من (Meltem Sirin & Serap Mankaliye Sokmen) من جامعة

(Erzincan) التركية بالتحقق من ثبات مقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين بطريقتين هما:

◀ **طريقة الاختبار وإعادة الاختبار:** حيث قام الباحثان بتوزيع المقياس على عينة تتكوّن من 96 ممرض وممرضة، ليتم إعادة توزيع المقياس على نفس الأفراد بعد مرور أسبوعين على التطبيق الأول، حيث وجد أن الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني يساوي ($r= 0,75$, $P < 0,01$)، بحيث أنه لا يوجد اختلاف دال احصائياً بين التطبيقين ($t=0,52$, $P > 0,05$).

◀ **الثبات بطريقة "ألفا كرونباخ":** قام الباحثان بحساب الثبات بمعامل "ألفا كرونباخ" على عينة قوامها 96 ممرض وممرضة، حيث وُجدت القيمة الكلية للمقياس تساوي $0,8$ ، في حين تراوحت قيم معامل "ألفا" بالنسبة لأبعاد المقياس على حدا ما بين $0,62$ إلى $0,81$ وهي كلها قيم دالة إحصائياً.

(Meltem Sirin & Serap Mankaliye Sokmen, 2015, p.p. 549-550).

أما في الدراسة الحالية، فلقد تحققنا من الخصائص السيكومترية لهذا المقياس كما يلي:

أ- الصدق:

◀ **صدق التحكيم:** لقد قُمنّا بعرض نسختين من المقياس على 07 أساتذة من قسم علم النفس بجامعة الجزائر 02 الذين يتحكمون في اللغة الانجليزية (الملحق رقم 01)، وطلبنا منهم قراءة العبارات بتأنٍ وتفحص ذلك للمقارنة بين النسخة الانجليزية الأصلية والنسخة العربية ومدى صحة الترجمة، واقتراح تعديلات في صياغة أية عبارة وتصحيح الترجمة لأي بُد يستدعي

ذلك، حيث ترتب عن هذا اقتراح الأساتذة المحكمين تعديل في صياغة بعض البنود بهدف التبسيط وتوضيحها، وهذا ما بيّنه الجدول التالي:

جدول رقم(29): بنود مقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين قبل وبعد التعديل.

رقم العبارة	العبارة في الترجمة الأصلية	العبارة بعد التعديل
05	لدي القدرة على الموافقة بين احتياجات الأسرة والعمل.	لدي القدرة على التوفيق (الموازنة) بين احتياجات الأسرة والعمل.
06	لدي الحرية في اتخاذ قرارات الرعاية المتعلقة بالمراجع/المريض.	لدي الاستقلالية في اتخاذ قرارات الرعاية المتعلقة بالمريض.
07	إمكانية التواصل بشكل جيد مع مدير/مشرف التمريض.	تتوفر إمكانية التواصل بشكل جيد مع مدير/مشرف التمريض.
09	يقدم مدير/مشرف التمريض إشرافا كافيا.	يوفر المدير/ المشرف على التمريض إشرافا كافيا.
13	الصدقة والعلاقة مع زملاء العمل تُعتبر جيدة.	الصدقة والعلاقة جيدة مع زملائي في العمل.
18	يوجد عدد كافٍ من الممرضين/ الممرضات المؤهلين (فنيين أو أخصائيين) في مقر عملي.	يوجد عدد كافٍ من الممرضين/ الممرضات المؤهلين في مقر عملي.
21	إمكانية التواصل بشكل جيد مع بقية العاملين بالمركز (مثل مساعد الصيدلي، فني المختبر...).	تتوفر إمكانية التواصل بشكل جيد مع بقية العاملين بالمركز (مثل: مساعد الصيدلي، فني المختبر...الخ).
24	راتبي يُعتبر كافيا في ظل الظروف الحالية لسوق العمل.	يُعتبر راتبي كافيا في ظل الظروف الحالية لسوق العمل.
27	من الضروري أن يُسهم المركز في رعاية الآباء المسنين للموظفين.	من الضروري أن يُسهم المركز في رعاية الآباء المسنين لموظفيه.
32	إمكانية التواصل بشكل جيد مع الأطباء في مقر عملي.	أتواصل بشكل جيد مع الأطباء في مقر عملي.
33	مدير/مشرف التمريض يُقدّر إنجازاتي.	يُقدّر مدير/ مشرف التمريض إنجازاتي.

34	إجراءات وخطط التمريض في مقر العمل تُسهّل من أداء عملي.	تُسهّل إجراءات التمريض في مقر العمل من أداء عملي.
35	موظفوا الحراسة والأمن بالمركز بيئة عملية آمنة.	موظفوا الحراسة والأمن بالمركز يوفرون بيئة عملية آمنة.
39	أعتقد أن وظيفتي تتمتع بأمان وظيفي.	أعتقد أن عملي آمن.
40	المستويات الإدارية العليا تحترم التمريض.	تحتزم المستويات الإدارية العليا هيئة التمريض.

← **الاتساق الداخلي:** للتحقق من صدق المقياس إحصائياً، قمنا بحساب معاملات الارتباط ل

"برسون" بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له، والجدول التالي يبيّن ذلك:

جدول رقم (30): يوضح ارتباط درجات كل بُعد مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين.

البُعد	معامل الارتباط لبرسون	مستوى الدلالة
توافق حياة مهنية/حياة شخصية	0,84	0,01
تصميم العمل	0,89	0,01
ظروف العمل	0,94	0,01
مهنة التمريض والمجتمع	0,78	0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) أن معاملات الارتباط لدرجات كل بُعد من أبعاد مقياس نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين مع الدرجة الكلية له تتراوح بين (0,78 و 0,94) وكلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، وبذلك نستنتج أن أبعاد المقياس تتميز بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي.

← **الصدق الذاتي:** وللتأكد أكثر من صدق المقياس إحصائياً، اعتمدنا على الصدق الذاتي والذي

يتم حسابه من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات، فتوصلنا إلى أنه يتميز بدرجة صدق عالية تُقدّر ب 0,90.

ب- الثبات:

◀ ألفا كرونباخ: قمنا بحساب ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، حيث تراوح معامل الثبات بين (0,75 و 0,78) على أبعاد المقياس، أما المقياس ككل فلقد بلغ معامل الثبات (0,81)، والجدول التالي يُبيّن ذلك:

جدول رقم (31): معامل ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة وثبات كل بُعد من أبعاده

باستخدام معامل ثبات "ألفا كرونباخ"

معامل الثبات "ألفا"	البعد
0,78	توافق حياة مهنية/حياة شخصية
0,76	تصميم العمل
0,75	ظروف العمل
0,75	مهنة التمريض والمجتمع
0,81	الدرجة الكلية

◀ التجزئة النصفية: قمنا كذلك بحساب معامل ثبات المقياس باستعمال طريقة التجزئة النصفية، وتم حساب معامل الارتباط بين الجزء الأول (البند الفردية) والجزء الثاني (البند الزوجية) للمقياس والذي يمثل معامل ثبات بواسطة معادلة Spearman، وبعد تصحيح الطول باستخدام معادلة Spearman-Brown فُدر معامل الثبات ب 0,93.

6- المعالجة الإحصائية:

لمعالجة البيانات المتحصّل عليها في العينة الاستطلاعية والعينة الأساسية، اعتمدنا الأساليب

الإحصائية التالية:

6-1- حساب مختلّف مقاييس التّزعة المركزية والتشتت (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري،

معاملي الالتواء والتقلّح...) وذلك للتأكد من اعتدال توزيع أفراد العينة ومدى تماثلها.

6-2- معامل الارتباط ل "بيرسون":

يُستخدم هذا المعامل في تقدير قوة العلاقة بين متغيرين كميين أو أكثر، وتتمثل دالة هذا الاختبار

فيما يلي:

$$r = \frac{n \Sigma (X \cdot Y) - (\Sigma X) (\Sigma Y)}{\sqrt{[n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2]} \sqrt{[n \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2]}}$$

حيث استخدمنا هذا المعامل لمعرفة دلالة العلاقة بين مختلف متغيرات الدراسة.

(عبد الكريم بوحفص، 2013، ص. 16).

6-3- الانحدار المتعدد الهرمي: الذي يتم حسابه بالمعادلة التالية:

$$Y = a + b_1 \cdot x_1 + b_2 \cdot x_2$$

(عبد الكريم بوحفص، 2013، ص. 51).

وقد استخدمنا هذا الاختبار للتحقق من التأثير المعدل لكل من استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية، حيث يبين ذلك التأثير إذا كان التفاعل بين المتغيرين المنبئين يفسر زيادة دالة في تباين المتغير المحك بعد ضبط تأثير هذين المتغيرين.

6-4- حساب الثبات:

6-4-1- التجزئة النصفية: ويتم حساب الارتباط بين نصفي الاختبار (نصف البنود الفردية

ونصف البنود الزوجية) بمعادلة بيرسون المذكورة أعلاه.

في حالة تساوي البنود الفردية والزوجية يتم حساب معامل الثبات بإدخال معادلة "سبيرمان براون" لتصحيح الطول وهي كالتالي:

$$r_s = \frac{2 \cdot r}{1 + r}$$

أما إذا كانت بنود المقياس غير متساوية، يتم حساب معامل الثبات بإدخال معادلة "جوتمان" لتصحيح الطول وهي كالتالي:

$$2 \cdot \left[\frac{1 - S_x^2 + S_y^2}{S^2} \right]$$

6-4-2- حساب معامل ألفا كرونباخ: وذلك بالمعادلة التالية:

$$\alpha = \frac{J}{J - 1} \cdot \left[1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2} \right]$$

6-5- حساب الصدق:

6-5-1- صدق الاتساق الداخلي: الذي يتمثل في ارتباط كل بُعد من أبعاد المقياس بالدرجة

الكلية له، وذلك باستعمال معامل ارتباط "بيرسون".

6-5-2- الصدق الذاتي: والذي يتمثل في الجذر التربيعي لمعامل الثبات (بن نوار يوسري،

2016، ص. ص. 195-196).

الفصل السابع

عرض النتائج

- تمهيد:

نتناول في هذا الفصل النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، المتوصل إليها بعد استرجاع المقاييس المستعملة من أفراد العينة وتفريغها للمعالجة الاحصائية، من أجل التحقق من صحة الفرضيات المُصاغة في بداية الدراسة وذلك كالتالي:

◀ الكشف عن معاملات الارتباط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى أفراد عينة البحث.

◀ الكشف عن معاملات الارتباط بين نوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة ودرجة إدراك الضغط المهني لدى أفراد عينة البحث.

◀ الكشف عن معاملات الارتباط بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى أفراد عينة البحث.

◀ الكشف عن معاملات الارتباط بين نوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى أفراد عينة البحث.

◀ الكشف عن معاملات الارتباط بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى أفراد عينة البحث.

◀ كذلك استخدمنا أسلوب الانحدار المتعدد الهرمي للكشف عما إذا كان لنوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة، دور معدل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل، وما إذا كان للصلابة النفسية بأبعادها دور معدل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى أفراد عينة البحث.

وبعد عرض النتائج الاحصائية، تطرقنا إلى تحليلها وذلك وفقا لفرضيات الدراسة.

1- العرض الوصفي لنتائج الدراسة:

يسمح الاحصاء الوصفي بتنظيم البيانات في جداول أو في رسوم بيانية وتلخيصها، وهذا ما يمكن الباحث من تكوين فكرة موجزة وسريعة عن الظاهرة محل الدراسة، فبعد جمع البيانات المطلوبة من أفراد عينة البحث باستخدام الأداة المناسبة لهذا الغرض، يقوم الباحث بصب النتائج الخام في جدول البيانات الخام (Row-Scores)، وهي الدرجات التي نحصل عليها مباشرة بعد تطبيق أدوات القياس ولم تدخل عليها أي تعديلات أو عمليات إحصائية.

إن إحدى المعايير التي يحتكم إليها الباحث لاختيار الأسلوب الإحصائي المناسب لتحليل بياناته هو الكشف عن اعتدالية التوزيع، وهي خاصية هامة من خصائص الاحصاء الوصفي كونها تساعدنا في الاختيار بين أحد الأسلوبين في عملية التحليل والاستدلال الإحصائي، وهما الاحصاء البارامتري والاحصاء اللابارامتري. ويمكن الكشف عن اعتدالية أي توزيع من خلال حساب معاملي الالتواء (Skewness) والتقلطح (Kurtosis)، حيث يُستخدم الأسلوب الإحصائي المسمى بالخطأ المعياري لمعامل الالتواء والخطأ المعياري لمعامل التقلطح للحكم على اعتدالية التوزيع.

كما أن الباحث يلجأ إلى تلخيص مجموع المشاهدات (البيانات) في قيمة واحدة، تُعبّر عن مجموع هذه القيم وتُدعى هذه القيم بمقاييس النزعة المركزية، ومن أكثر مقاييس النزعة المركزية استخداماً في علم النفس والعلوم الاجتماعية نجد: المتوسط الحسابي، المنوال والوسيط.

ولمعرفة مدى تباعد قيم أي توزيع عن بعضها البعض، أو متوسط تباعد القيم عن وسطها الحسابي، يستخدم الباحث مقاييس التشتت التي تُعطي فكرة عن مدى تجانس أو تباين هذه القيم، ومن أكثر مقاييس التشتت استخداماً نذكر: المدى المطلق، المدى الربيعي، الانحراف المعياري والتباين (بوحفص عبد الكريم، 2013، بتصرف).

ونظراً لأهمية مقاييس وتقنيات الاحصاء الوصفي والكشف عن اعتدالية التوزيع في مختلف أنواع الدراسات، قمنا بتطبيقها في الدراسة الحالية على البيانات المتحصّل عليها وذلك كما يلي:

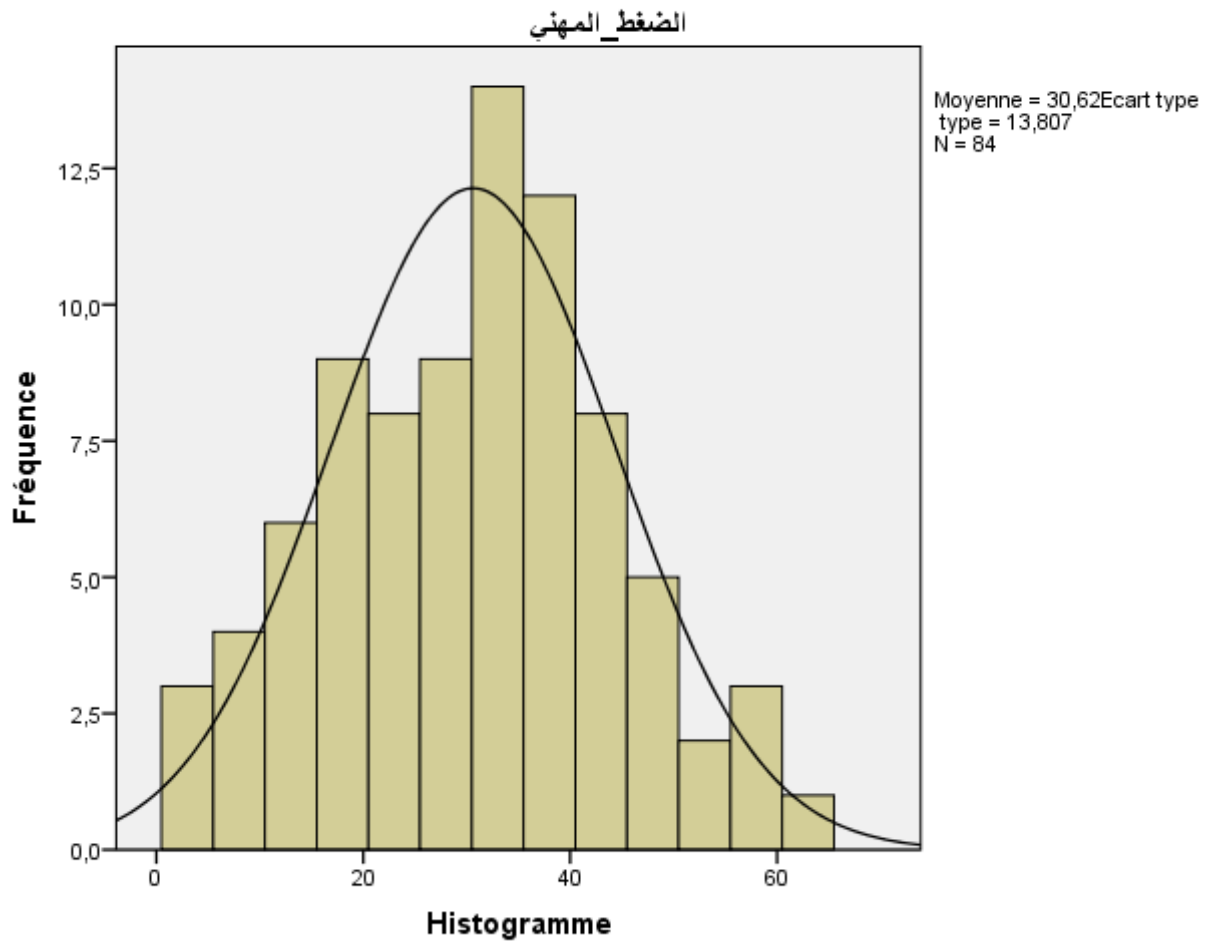
1-1- نتائج الاحصاء الوصفي للضغط المهني:

جدول رقم (32): نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري للضغط المهني.

الضغط المهني	
30,62	المتوسط الحسابي
1,5	الخطأ المعياري في المتوسط الحسابي
13,8	الانحراف المعياري
190,62	التباين
0,03	معامل الالتواء Skewness
0,26	الخطأ المعياري في معامل الالتواء
-0,36	معامل التفلطح Kurtosis
0,52	الخطأ المعياري في معامل التفلطح
3	أدنى مستوى لدى أفراد العينة
65	أعلى مستوى لدى أفراد العينة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) أن المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لأفراد عينة البحث الحالي على مقياس أعراض الضغط المهني بلغ (30,62) بخطأ معياري (1,5)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (13,8) و (190,62)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (65) وأدناه يساوي (03)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (62) .

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لمتغير الضغط المهني جاءتا على التوالي (0,03) و (-0,36) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات الضغط المهني توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (19): التوزيع التكراري للضغط المهني.

1-2- نتائج الاحصاء الوصفي لنوعية الحياة في العمل:

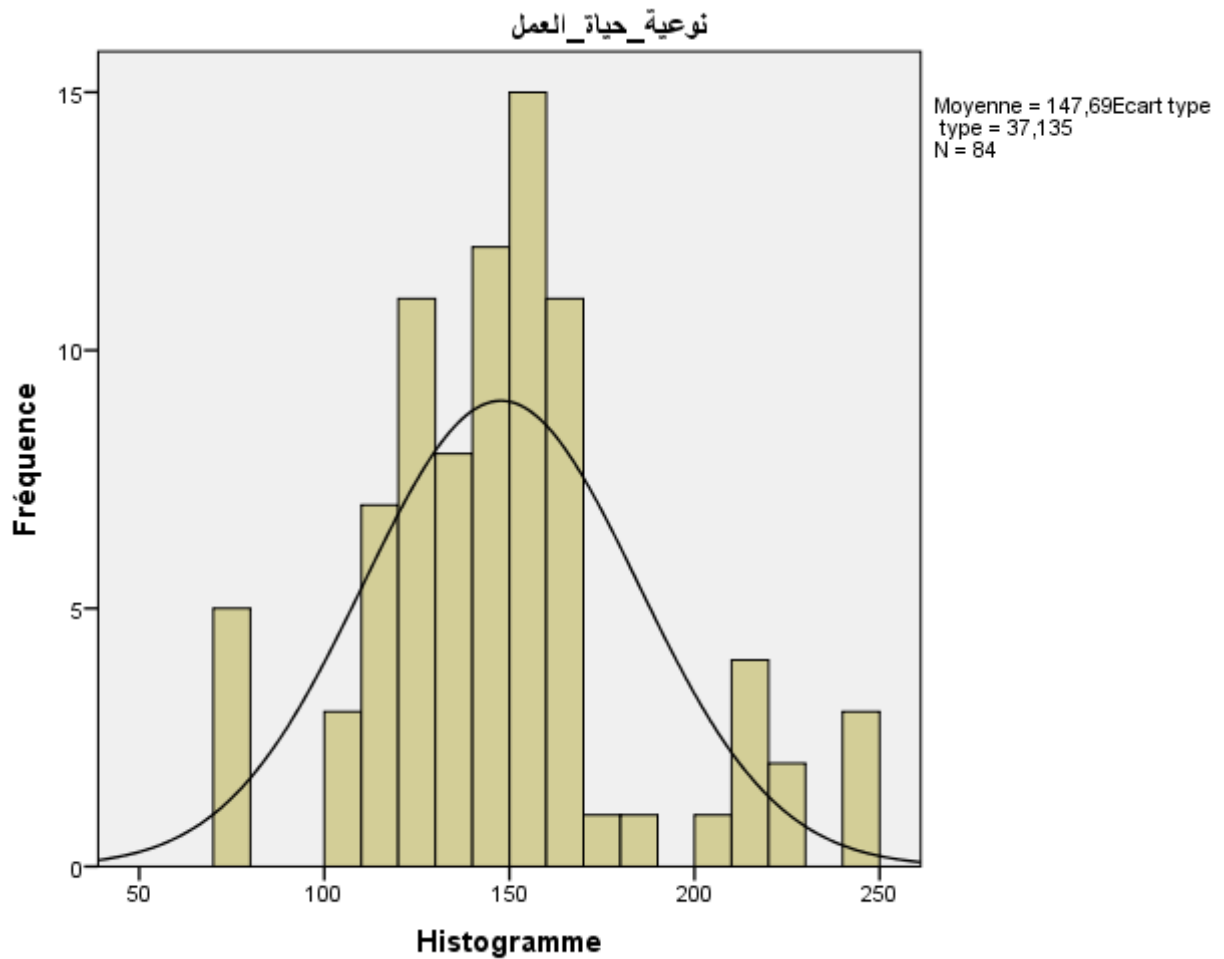
جدول رقم (33): نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري لنوعية الحياة في

العمل بأبعادها.

أبعاد نوعية الحياة في العمل				نوعية الحياة في العمل	
التمريض والمجتمع	ظروف العمل	تصميم العمل	توافق حياة مهنية/حياة شخصية		
18,93	72,68	35,71	20,37	147,69	المتوسط الحسابي
0,52	2,01	1,06	0,87	4,05	الخطأ المعياري في المتوسط الحسابي
4,84	18,49	9,79	8,02	37 ,13	الانحراف المعياري
23,46	342,17	95,91	64,38	1378,98	التباين
-0,02	0,16	0,24	0,87	0,56	معامل الالتواء Skewness
0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	الخطأ المعياري في معامل الالتواء
0,2	0,71	-0,04	0,22	0,89	معامل التفلطح Kurtosis
0,52	0,52	0,52	0,52	0,52	الخطأ المعياري في معامل التفلطح
05	28	13	08	72	أدنى مستوى لدى أفراد العينة
29	117	58	40	243	أعلى مستوى لدى أفراد العينة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لأفراد عينة البحث الحالي على مقياس نوعية الحياة في العمل بلغ (147,69) بخطأ معياري (4,05)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (37,13) و (1378,98)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (243) وأدناه يساوي (72)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (171).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لمتغير نوعية الحياة في العمل جاءتا على التوالي (0,56) و(0,89) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات نوعية الحياة في العمل توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



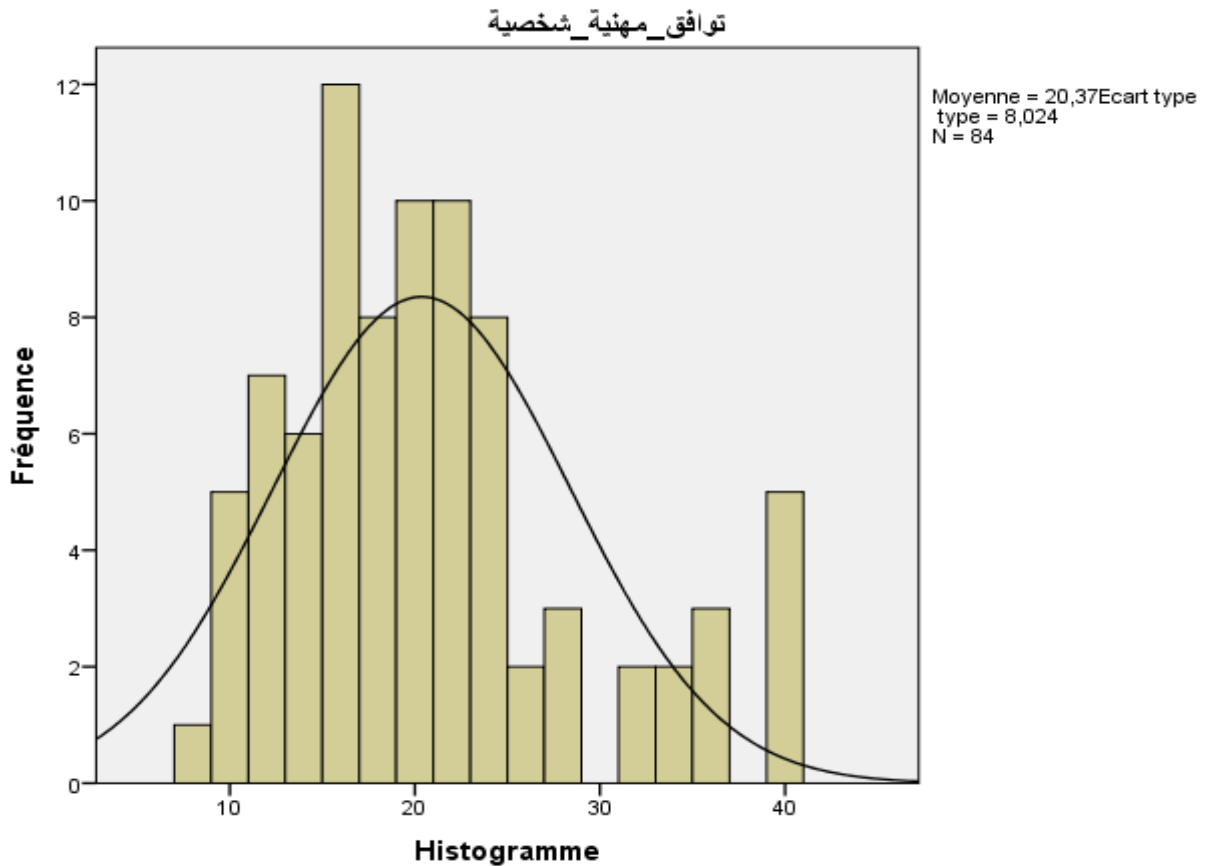
الشكل (20): التوزيع التكراري لنوعية الحياة في العمل.

1-2-1- نتائج الاحصاء الوصفي لأبعاد نوعية الحياة في العمل:

- البعد الأول: توافق حياة مهنية/حياة شخصية:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد توافق حياة مهنية/حياة شخصية بلغ (20,37) بخطأ معياري (0,87)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (8,02) و (64,38)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (40) وأدناه يساوي (08)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (32).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (0,87) و(0,22) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

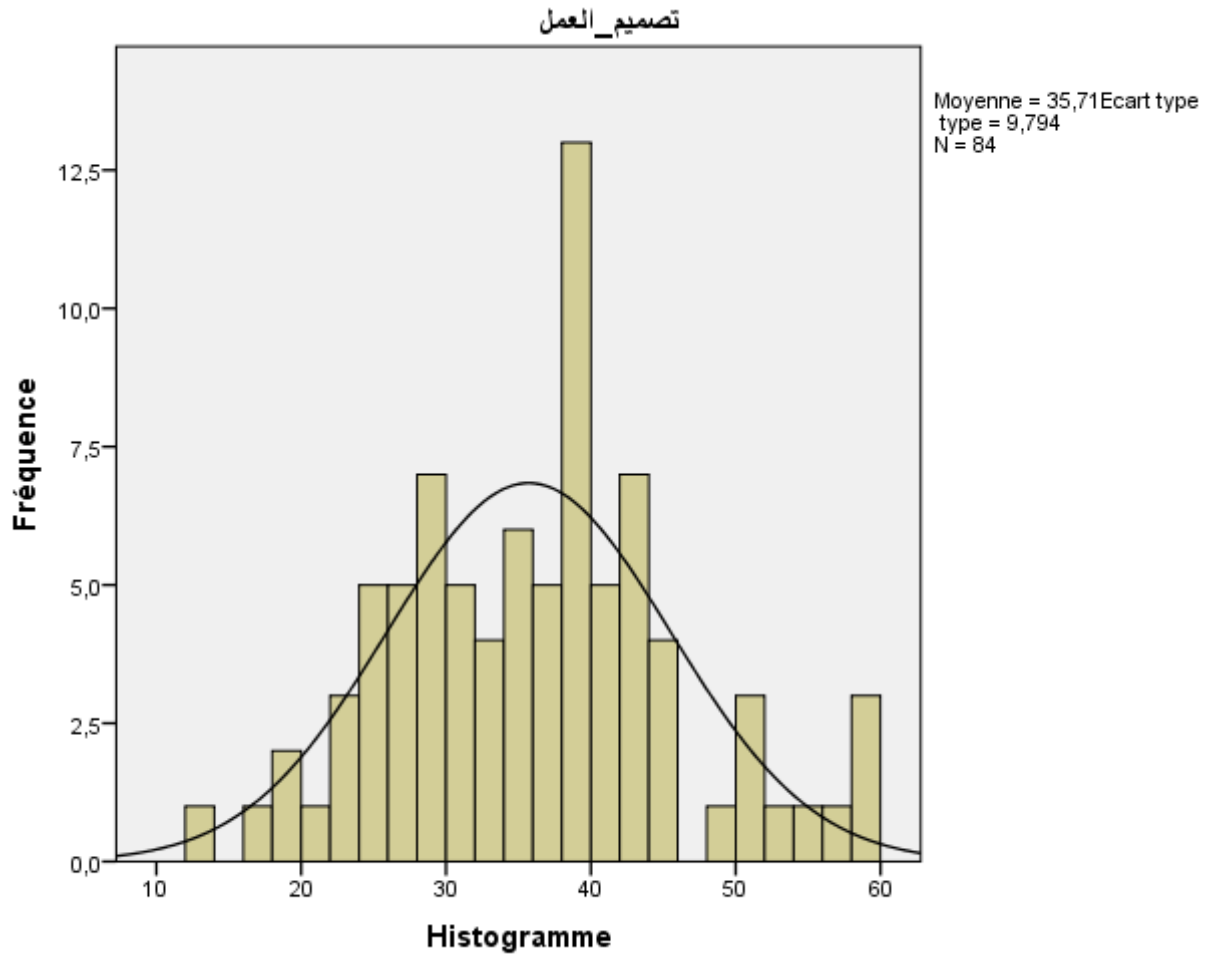


الشكل (21): التوزيع التكراري لبُعد توافق حياة مهنية/حياة شخصية.

- البُعد الثاني: تصميم العمل:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد تصميم العمل بلغ (35,71) بخطأ معياري (1,06)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرًا على التوالي (9,79) و(95,91)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (58) وأدناه يساوي (13)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب(45).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (0,24) و(-0,04) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

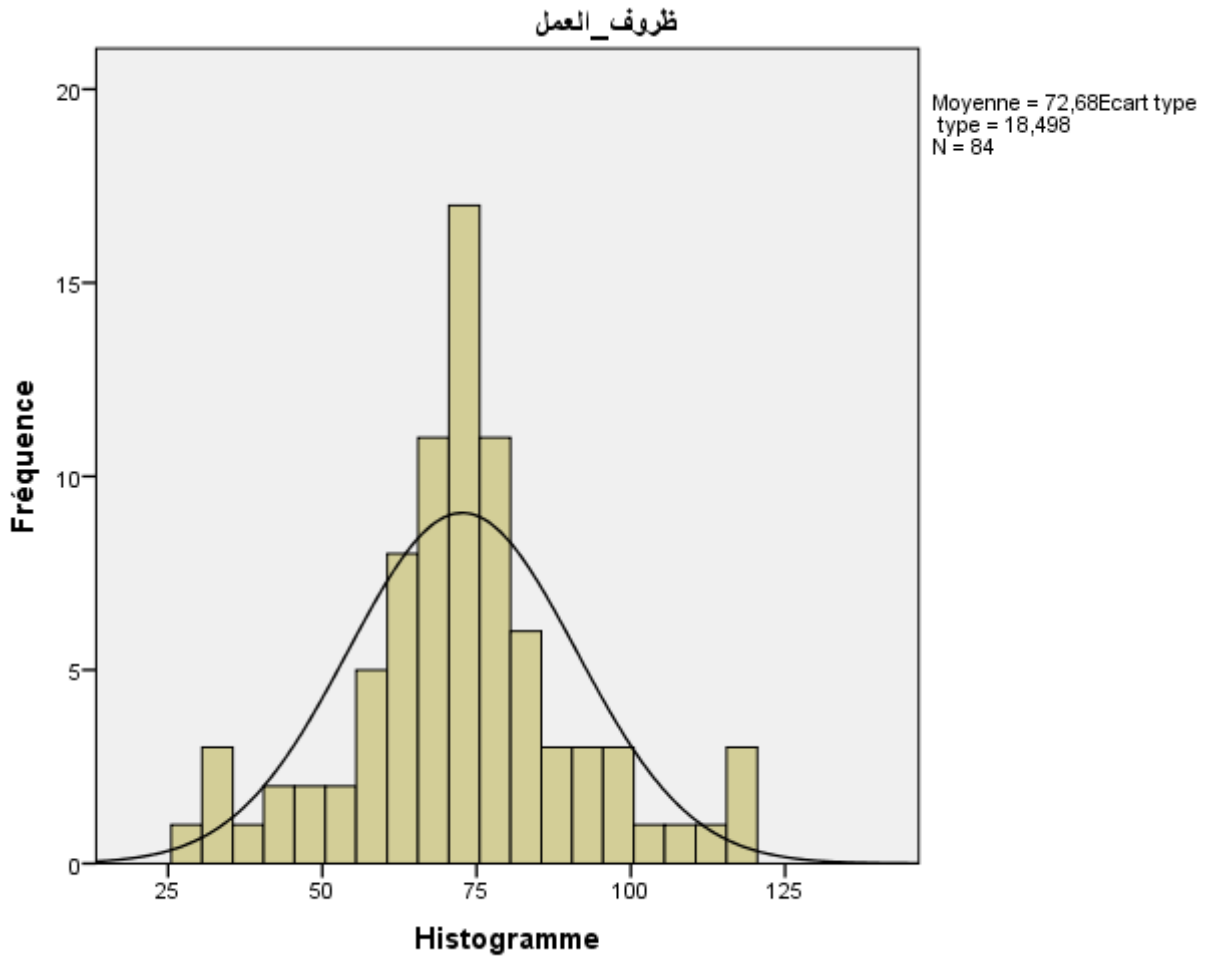


الشكل (22): التوزيع التكراري لبُعد تصميم العمل.

- البُعد الثالث: ظروف العمل:

تُلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد ظروف العمل بلغ (72,68) بخطأ معياري (2,01)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرًا على التوالي (18,49) و (342,17)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (117) وأدناه يساوي (28)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (89).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (0,16) و (0,71) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

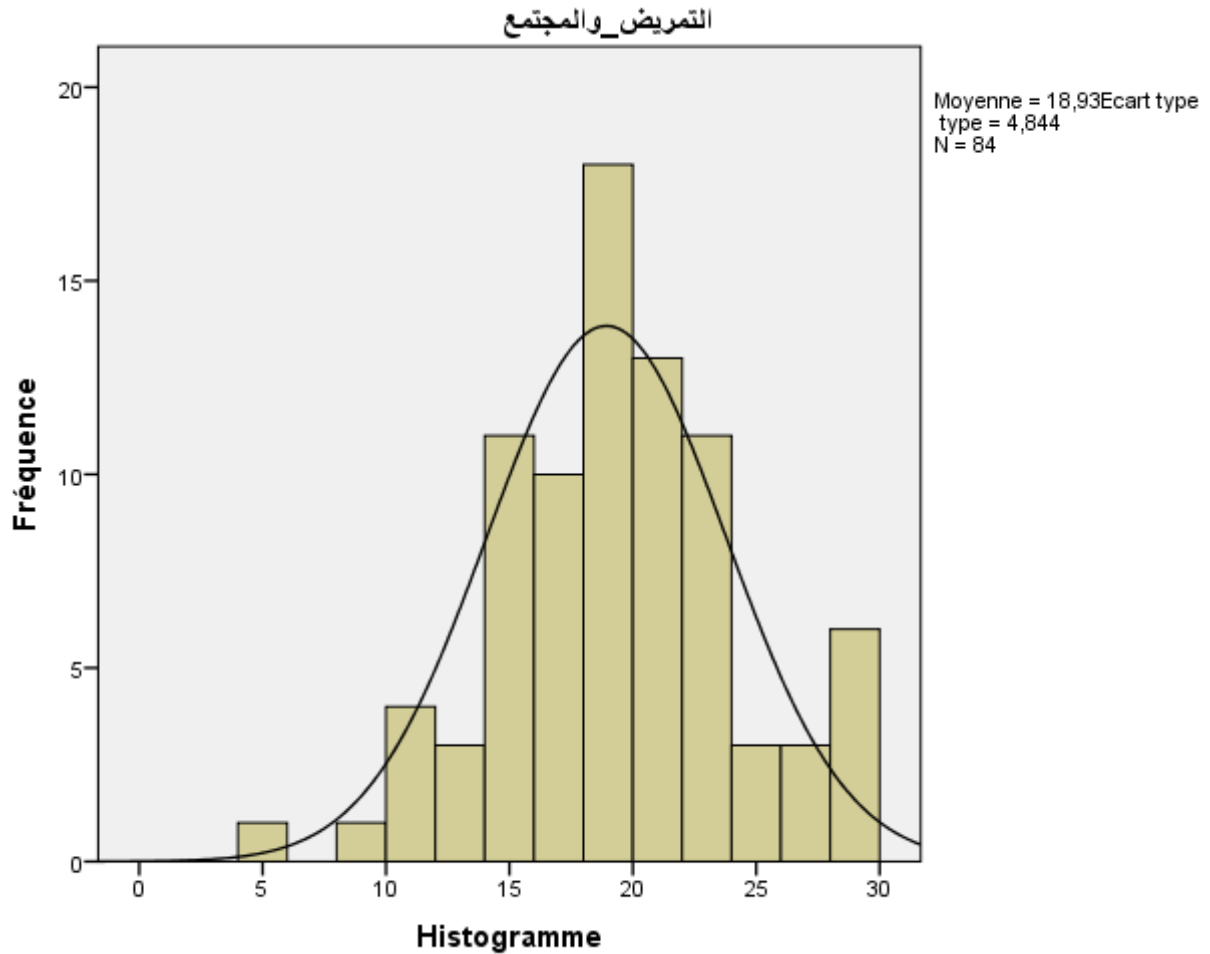


الشكل (23): التوزيع التكراري لبُعد ظروف العمل.

- البُعد الرابع: التمريض والمجتمع:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد التمريض والمجتمع بلغ (18,93) بخطأ معياري (0,52)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرًا على التوالي (4,84) و(23,46)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (29) وأدناه يساوي (05)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (24).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (-0,02) و(0,2) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل (24): التوزيع التكراري لبُعد التمريض والمجتمع.

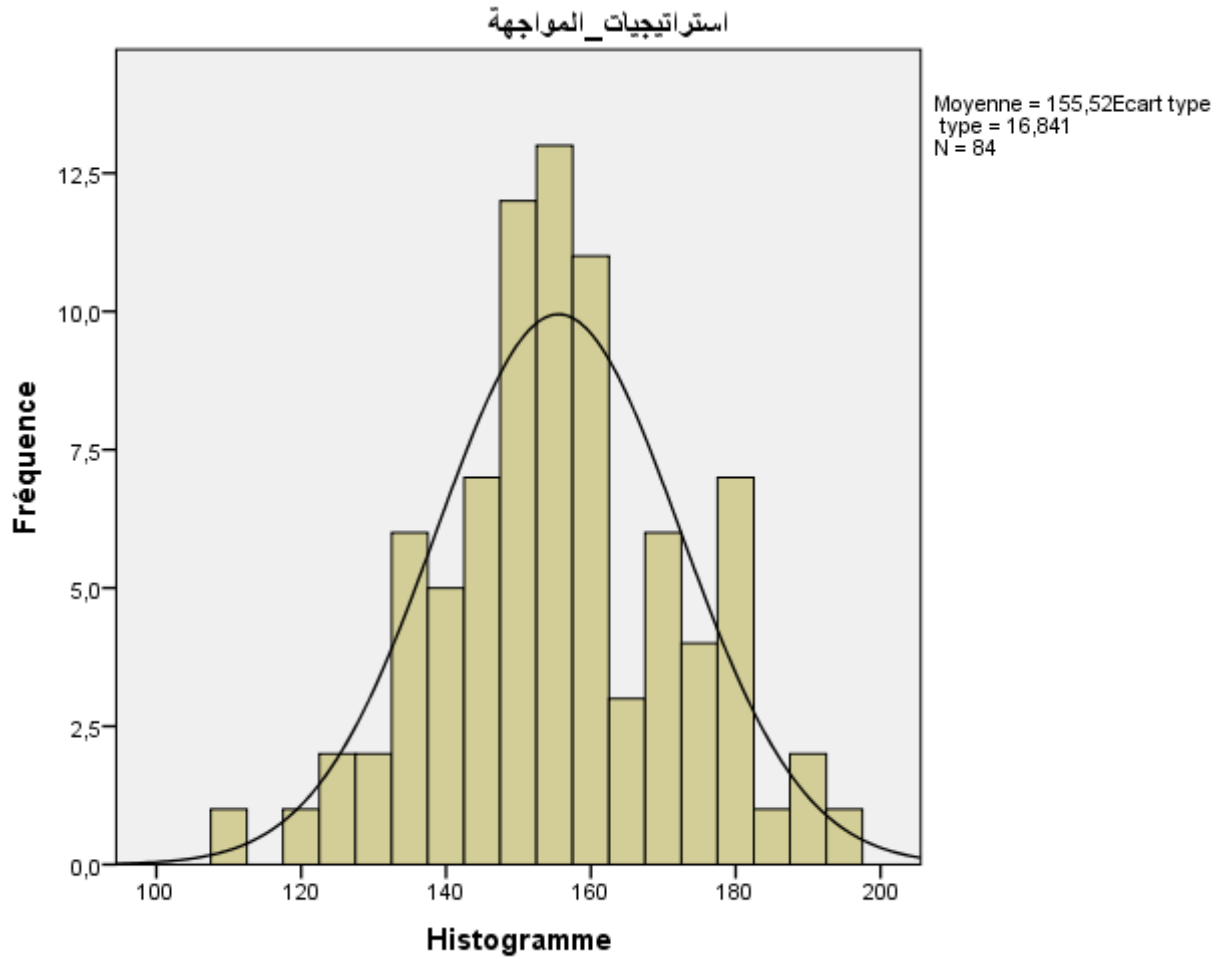
1-3- نتائج الاحصاء الوصفي لاستراتيجيات المواجهة:

جدول رقم (34): نتائج مقاييس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري لاستراتيجيات المواجهة بأبعادها.

أبعاد استراتيجيات المواجهة			استراتيجيات المواجهة	
التجنب	الانفعال	المهام		
46,46	51,11	57,95	155,52	المتوسط الحسابي
0,92	1,01	0,87	1,83	الخطأ المعياري في المتوسط الحسابي
8,49	9,27	7,98	16,84	الانحراف المعياري
72,22	86	63,75	283,62	التباين
-0,2	-0,03	-0,12	-0,02	معامل الالتواء Skewness
0,26	0,26	0,26	0,26	الخطأ المعياري في معامل الالتواء
0,03	-0,53	-0,91	-0,03	معامل التفلطح Kurtosis
0,52	0,52	0,52	0,52	الخطأ المعياري في معامل التفلطح
23	30	41	110	أدنى مستوى لدى أفراد العينة
65	75	74	196	أعلى مستوى لدى أفراد العينة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أن المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لأفراد عينة البحث الحالي على مقياس استراتيجيات المواجهة بلغ (155,52) بخطأ معياري (1,83)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (16,84) و (283,62)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (196) وأدناه يساوي (110)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (86).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لمتغير استراتيجيات المواجهة جاءتا على التوالي (-0,02) و (-0,03) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات استراتيجيات المواجهة توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



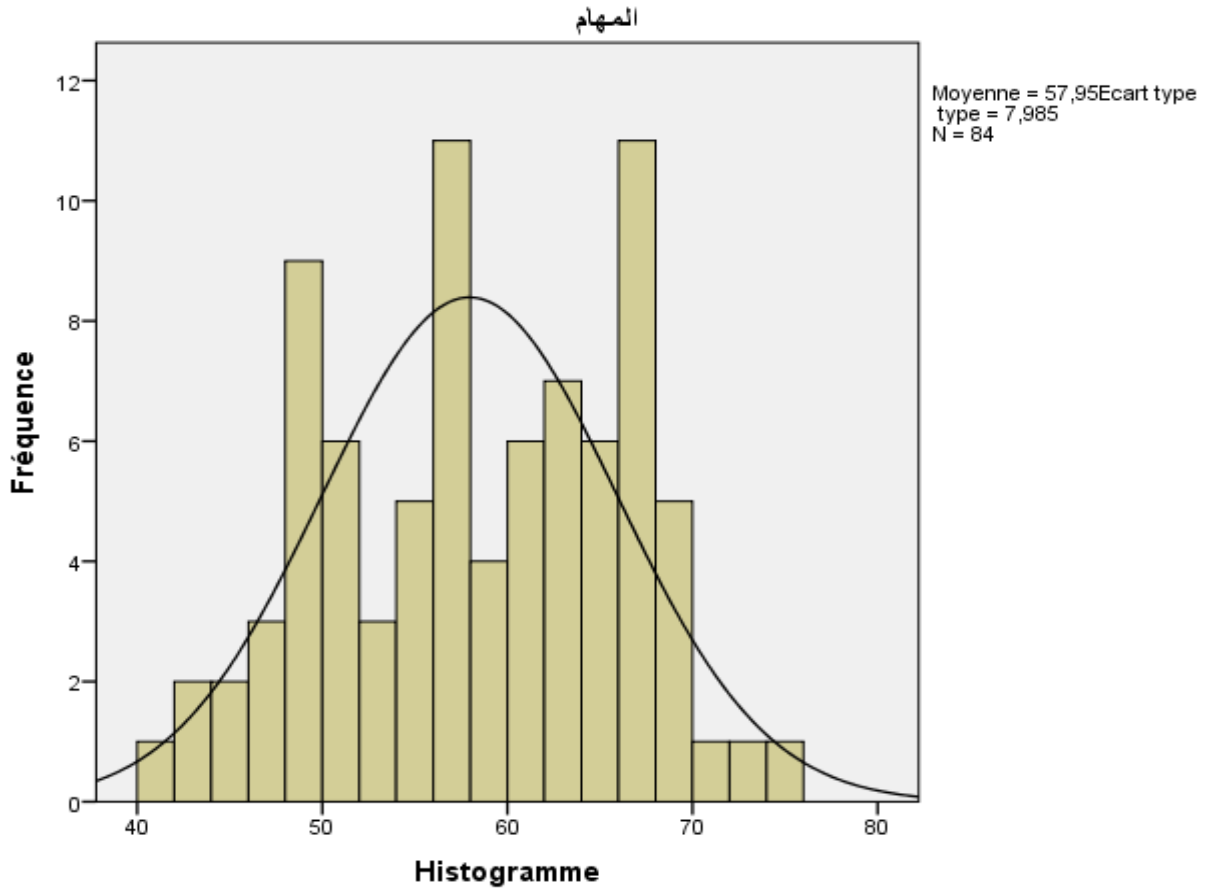
الشكل (25): التوزيع التكراري لاستراتيجيات المواجهة.

1-3-1- نتائج الاحصاء الوصفي لأبعاد استراتيجيات المواجهة:

- البعد الأول: المهام:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد المهام بلغ (57,95) بخطأ معياري (0,87)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (7,98) و (63,75)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (74) وأدناه يساوي (41)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (33).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (-0,12) و (-0,91) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

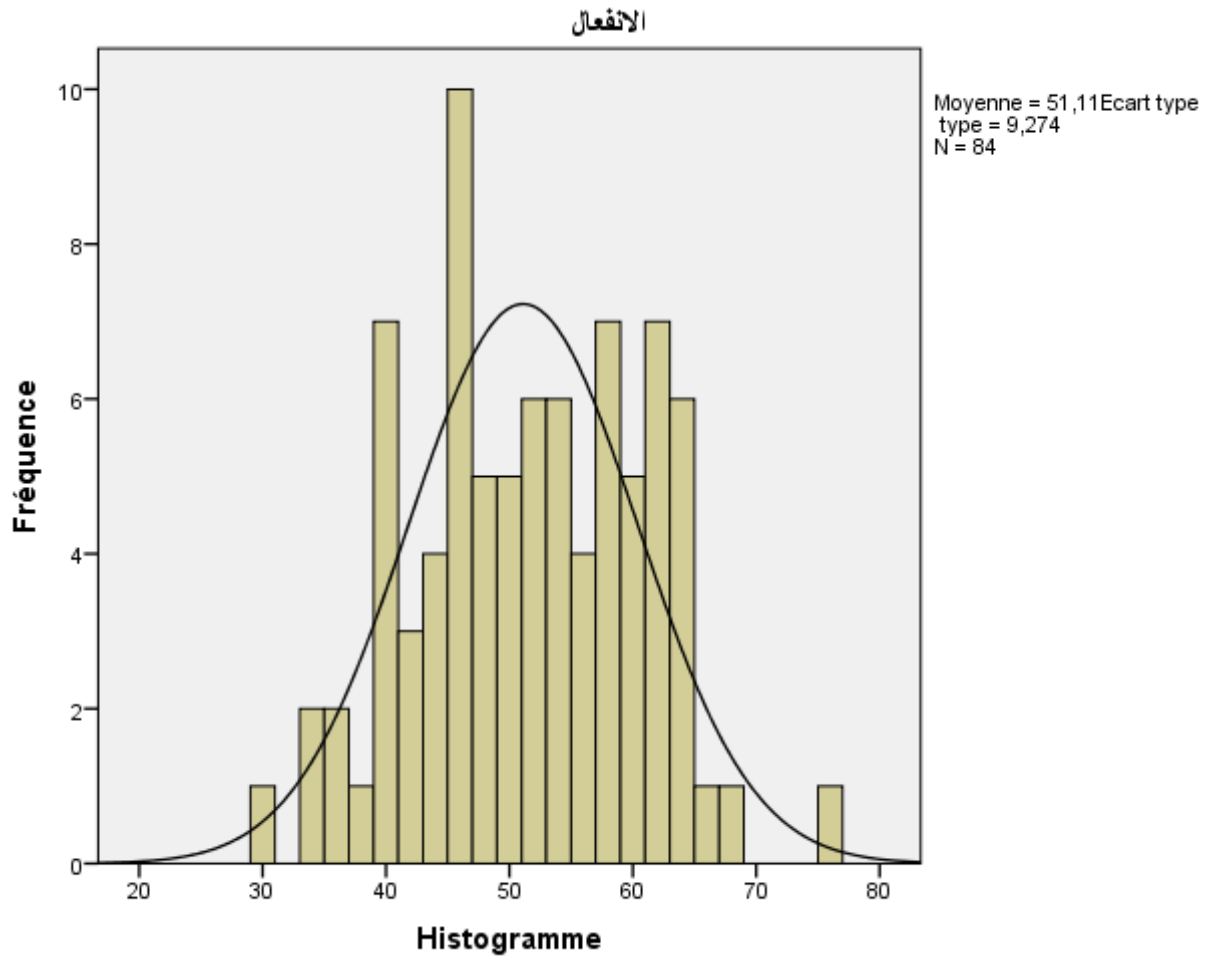


الشكل (26): التوزيع التكراري لبُعد المهام.

- البعد الثاني: الانفعال:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد الانفعال بلغ (51,11) بخطأ معياري (1,01)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (9,27) و(86)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (75) وأدناه يساوي (30)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (45).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (-0,03) و(-0,53) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

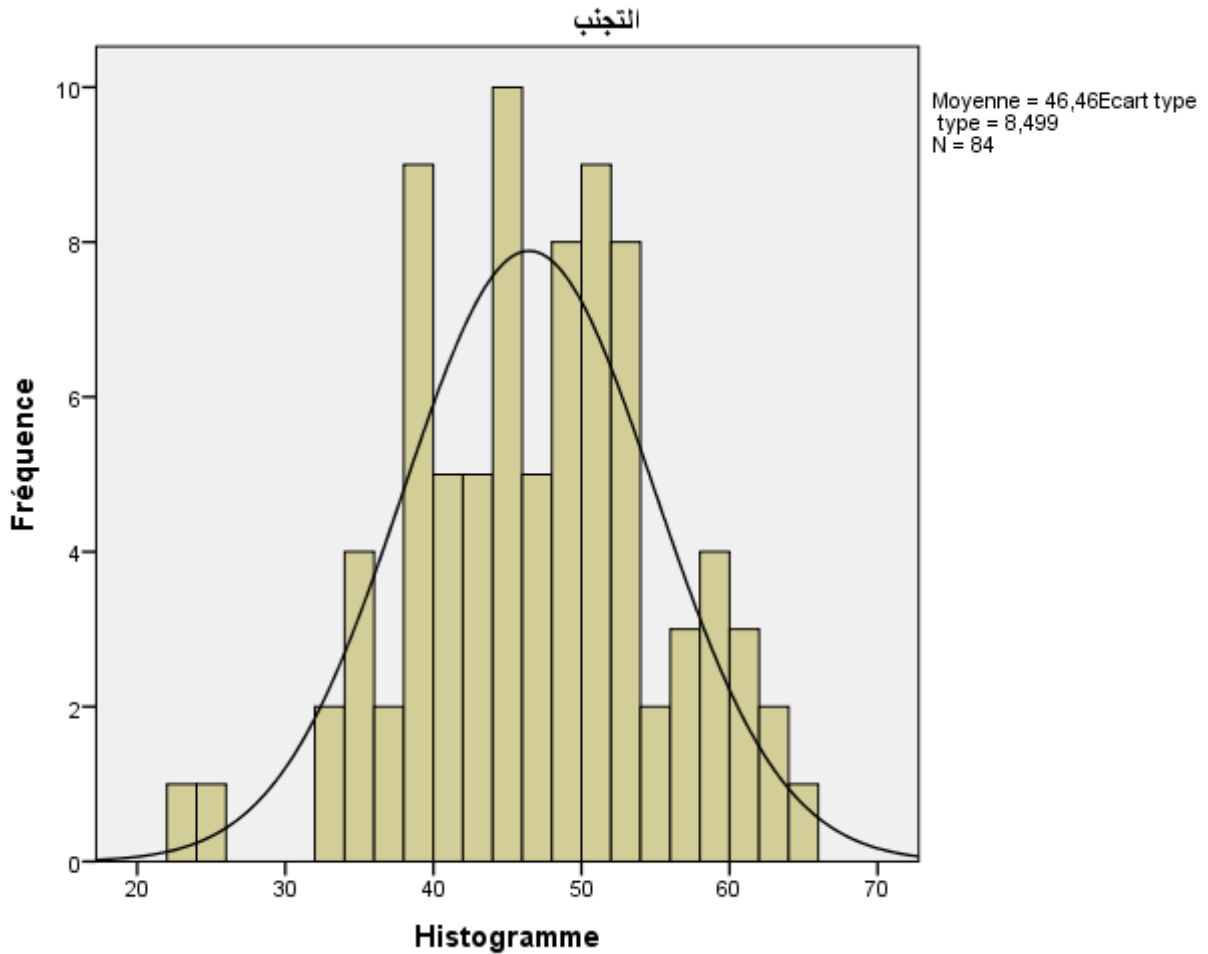


الشكل (27): التوزيع التكراري لبُعد الانفعال.

- البُعد الثالث: التجنب:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد التجنب بلغ (46,46) بخطأ معياري (0,92)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (8,49) و(72,22)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (65) وأدناه يساوي (23)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (42).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (-0,2) و(0,03) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل (28): التوزيع التكراري لبُعد التجنب.

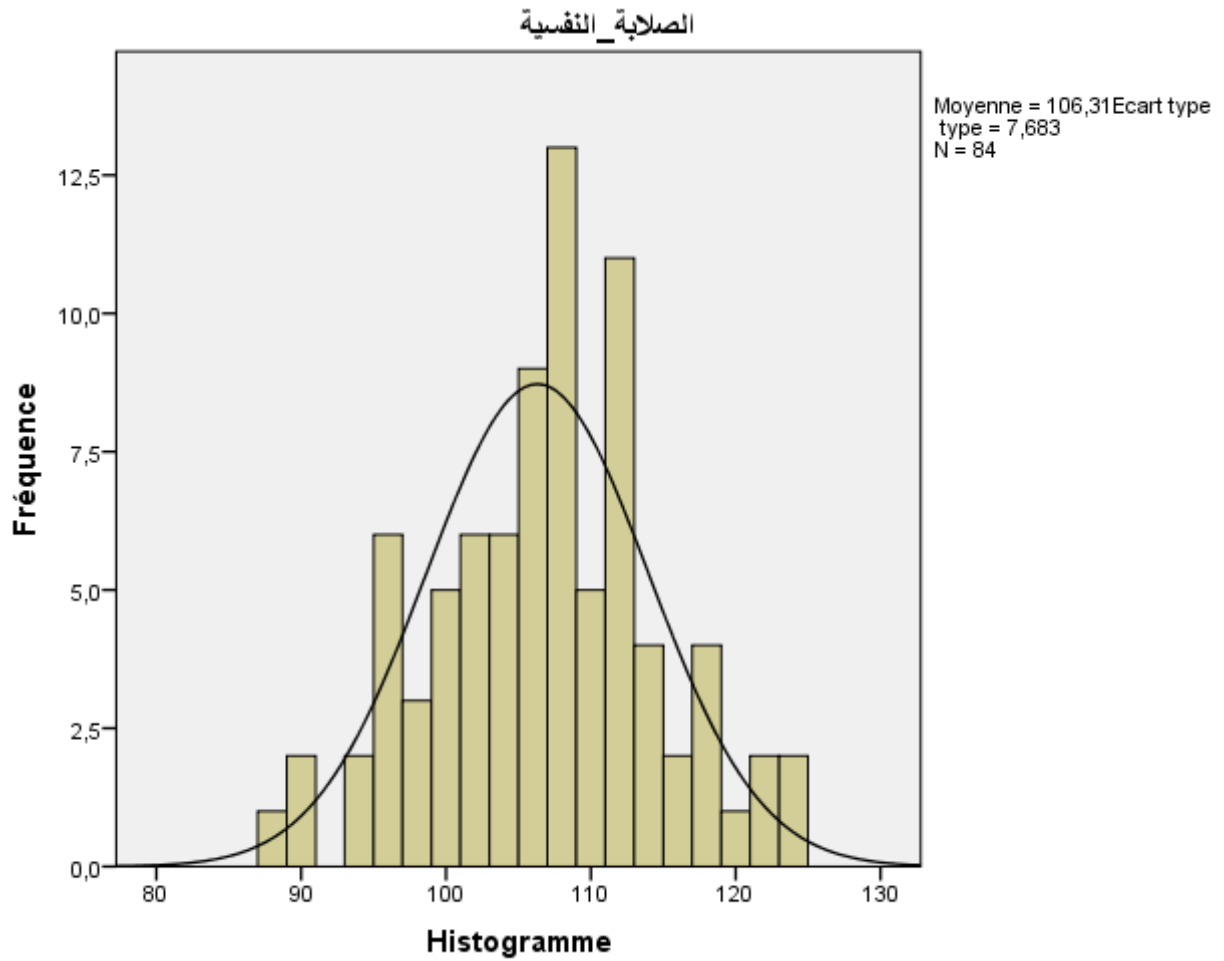
1-4- نتائج الاحصاء الوصفي للصلابة النفسية:

جدول رقم (35): نتائج مقياس النزعة المركزية والتشتت والتوزيع التكراري للصلابة النفسية بأبعادها.

أبعاد الصلابة النفسية			الصلابة النفسية	
التحدي	التحكم	الالتزام		
34,95	32,29	38,85	106,31	المتوسط الحسابي
0,33	0,33	0,4	0,83	الخطأ المعياري في المتوسط الحسابي
3,1	3,03	3,7	7,68	الانحراف المعياري
9,61	9,21	13,69	59,03	التباين
0,07	0,01	-0,5	-0,09	معامل الالتواء Skewness
0,26	0,26	0,26	0,26	الخطأ المعياري في معامل الالتواء
0,88	0,72	-0,42	-0,14	معامل التفلطح Kurtosis
0,52	0,52	0,52	0,52	الخطأ المعياري في معامل التفلطح
26	24	30	88	أدنى مستوى لدى أفراد العينة
44	41	46	123	أعلى مستوى لدى أفراد العينة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (35) أن المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لأفراد عينة البحث الحالي على مقياس الصلابة النفسية بلغ (106,31) بخطأ معياري (0,83)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (7,68) و(59,03)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (123) وأدناه يساوي (88)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (35).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لمتغير الصلابة النفسية جاءتا على التوالي (-0,09) و(-0,14) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات الصلابة النفسية توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



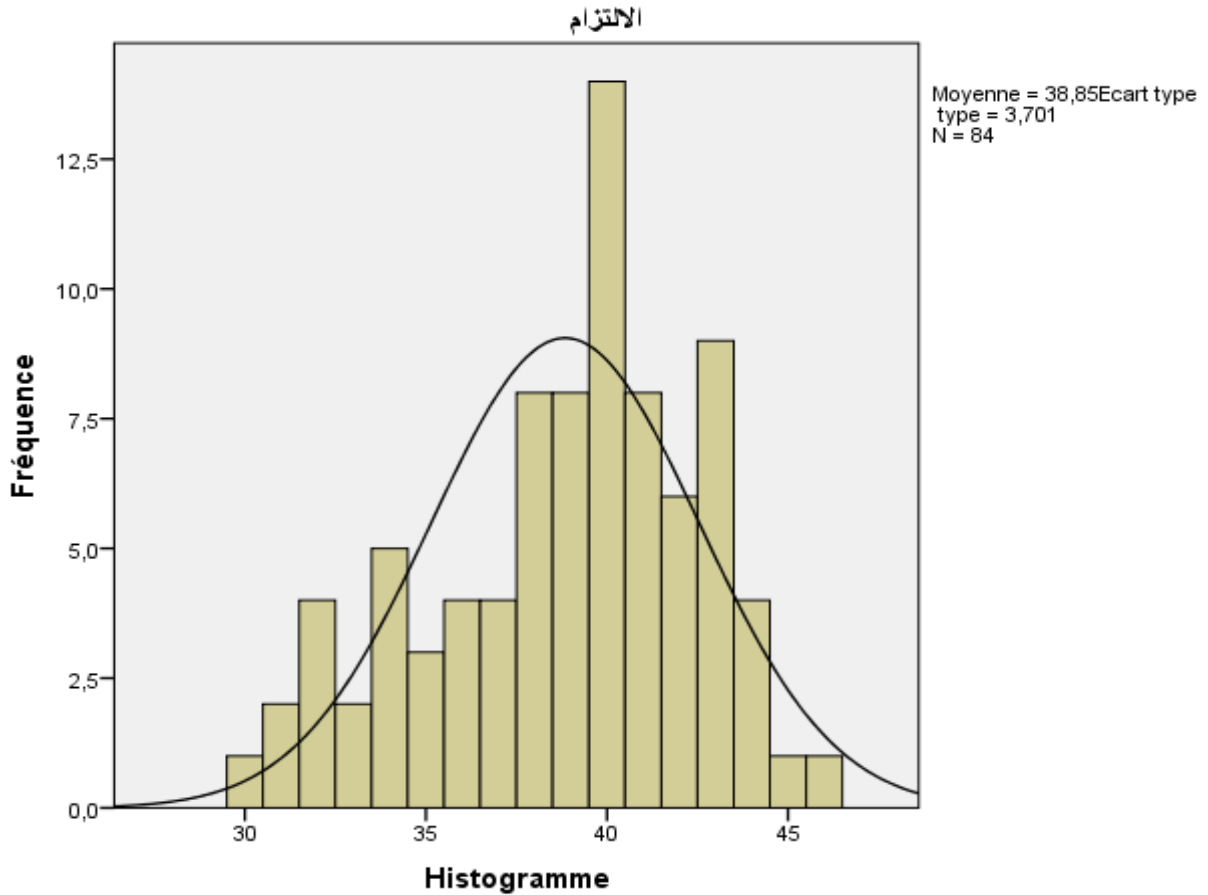
الشكل (29): التوزيع التكراري للصلابة النفسية.

1-4-1- نتائج الاحصاء الوصفي لأبعاد الصلابة النفسية:

- البعد الأول: الالتزام:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (35) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد الالتزام بلغ (38,85) بخطأ معياري (0,4)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (3,7) و (13,69)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (46) وأدناه يساوي (30)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (16).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (-0,5) و (-0,42) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

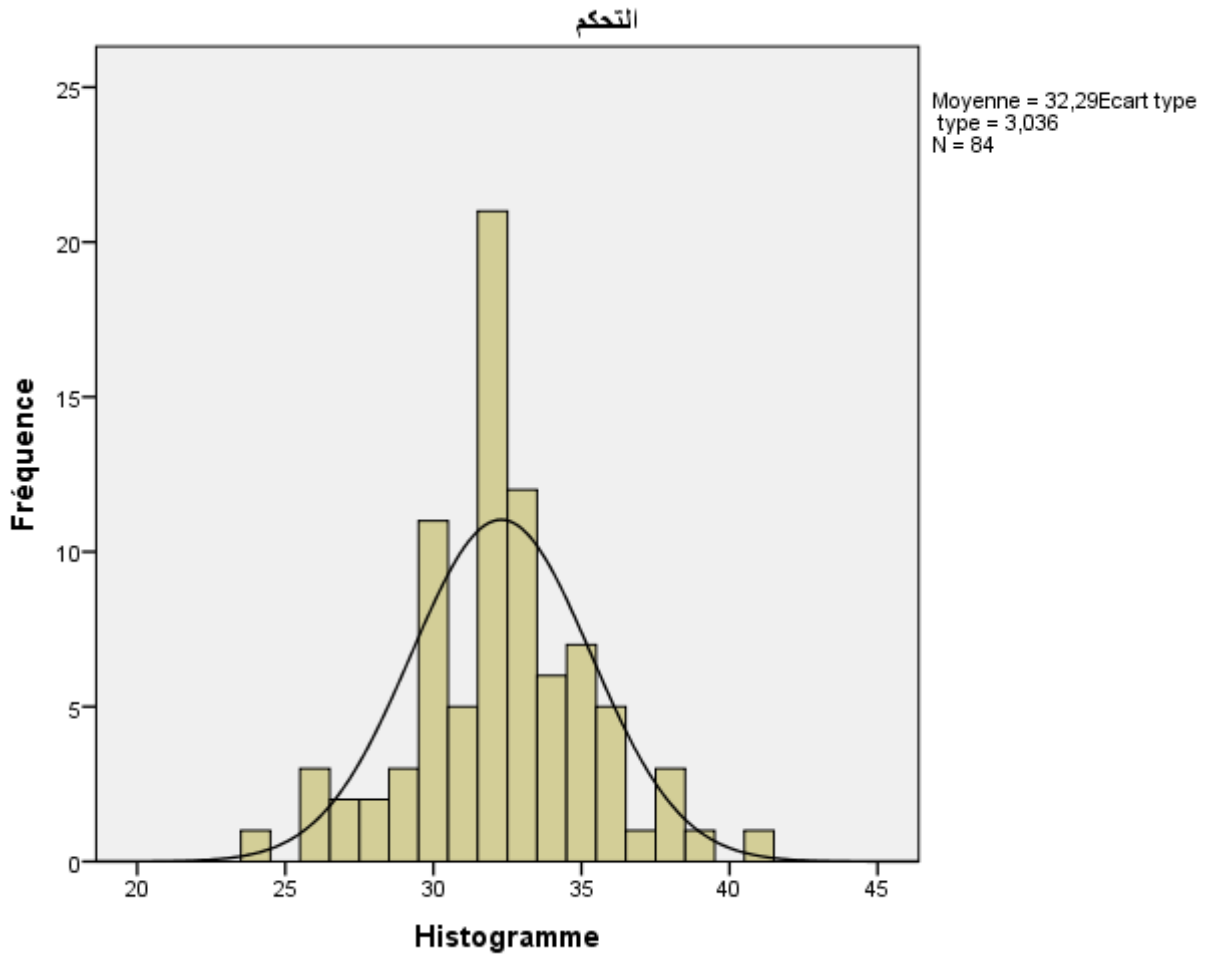


الشكل (30): التوزيع التكراري لبُعد الالتزام.

- البُعد الثاني: التحكم:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (35) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد التحكم بلغ (32,29) بخطأ معياري (0,33)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (3,03) و(9,21)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (41) وأدناه يساوي (24)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (17).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (0,01) و(0,72) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

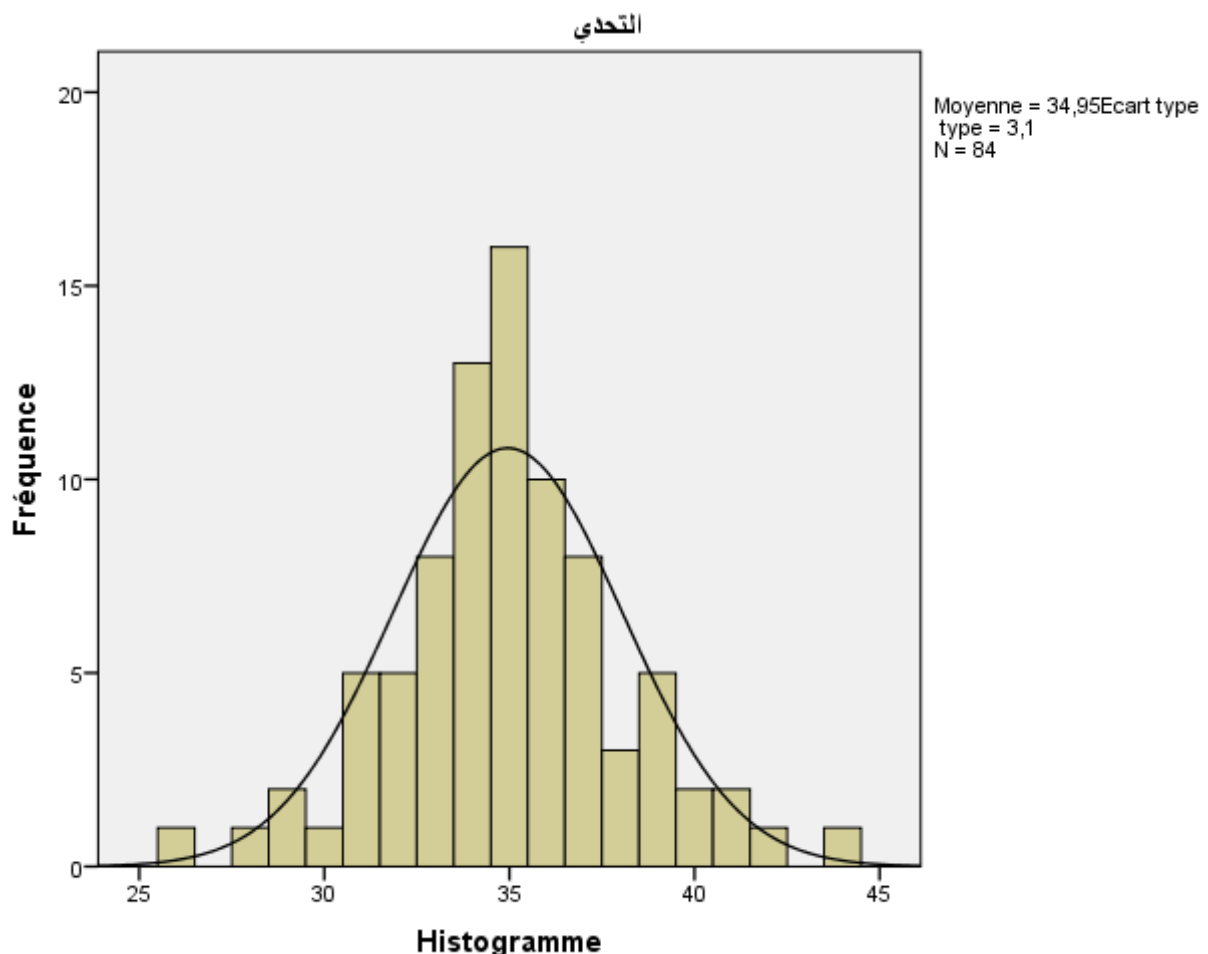


الشكل (31): التوزيع التكراري لبُعد التحكم.

- البُعد الثالث: التحدي:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (35) أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة البحث الحالي في بُعد التحدي بلغ (34,95) بخطأ معياري (0,33)، أما الانحراف المعياري والتباين فلقد قُدرَا على التوالي (3,1) و(9,61)، ويتبين من خلال نفس الجدول أن أعلى مستوى لدى أفراد العينة قد بلغ (44) وأدناه يساوي (26)، أي أن المدى الاحصائي قُدر ب (18).

ويتبين أيضا من خلال نفس الجدول أن قيمة معامل الالتواء (Skewness) وقيمة معامل التفلطح (Kurtosis) لهذا البُعد جاءتا على التوالي (0,07) و(0,88) حيث تشير هذه القيم إلى أن توزيع درجات هذا البُعد توزيع اعتدالي طبيعي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل (32): التوزيع التكراري لبُعد التحدي.

2- عرض نتائج التحليل الاحصائي لمتغيرات الدراسة:

2-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على: "وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، وللتحقق من نتائج الفرضية تم استخدام معادلة "بيرسون" للكشف عن قيمة الارتباط بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة البحث الحالي، على مقياس أعراض الضغط المهني ومقياس نوعية الحياة في العمل بأبعادها، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (36): معامل الارتباط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل وأبعادها.

الضغط المهني	نوعية الحياة في العمل	
-0,68 **	توافق حياة شخصية/حياة مهنية	أبعاد نوعية الحياة في العمل
-0,57 **	تصميم العمل	
-0,65 **	ظروف العمل	
-0,66 **	مهنة التمريض والمجتمع	
-0,46 **		

** : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$

يتبين من خلال الجدول رقم (36) أن معامل ارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية للضغط المهني والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل بلغ (-0,68)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$ ، كما يظهر أن علاقة الارتباط بين هاتين الدرجتين هي علاقة سالبة، وهذا يعني أنه كلما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة في مقياس أعراض الضغط المهني كلما كانت نوعية الحياة في العمل لديهم واطئة.

كما نلاحظ أيضا من خلال نفس الجدول أن جميع أبعاد نوعية الحياة في العمل المتمثلة في: توافق حياة شخصية/حياة مهنية، تصميم العمل، ظروف العمل، مهنة التمريض والمجتمع لها علاقة ارتباطية مع الدرجة الكلية للضغط المهني، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط التي تعكس هذه العلاقات بالترتيب كالتالي: (-0,57)، (-0,65)، (-0,66)، (-0,46) وهي كلها قيم دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) وهي كلها علاقات ارتباطية سالبة، أي أنه كلما تحسّل أفراد عينة البحث الحالي على درجات عالية في مقياس أعراض الضغط المهني، كلما كانت أبعاد نوعية الحياة في العمل لديهم واطنة، وبالتالي فالفرضية الأولى قد تحققت.

2-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على: "وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، وللتحقق من نتائج الفرضية تم استخدام معادلة "بيرسون" للكشف عن قيمة الارتباط بين الدرجات التي تحسّل عليها أفراد عينة البحث الحالي على مقياس أعراض الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة بأبعادها، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (37): معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها والضغط المهني.

الضغط المهني	استراتيجيات المواجهة	
0,07	استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام	
-0,29 **	استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال	أبعاد استراتيجيات المواجهة
0,36 **	استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب	
0,02		

** : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$

يتبين من خلال الجدول رقم (37) أن معامل ارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية للضغط المهني والدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة لم يتجاوز (0,07) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، أما فيما يتعلق بأبعاد استراتيجيات المواجهة، فلقد جاءت قيمة معامل الارتباط بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام والدرجة الكلية للضغط المهني (-0,29) وهي قيمة دالة عند مستوى ($\alpha = 0,01$) كما أنها علاقة سالبة، وهذا يشير إلى أنه كلما توجه أفراد عينة البحث الحالي نحو استخدام هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى انخفاض مستوى الضغط المهني لديهم، والعكس صحيح أي أنه كلما قل استعمال هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى ارتفاع درجة الضغط المهني لديهم.

أما قيمة معامل الارتباط بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والدرجة الكلية للضغط المهني، فلقد كانت (0,36) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) كما أنها علاقة ايجابية، أي أنه كلما استعمل أفراد عينة البحث الحالي هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى ارتفاع درجة إدراكهم للضغط المهني، في حين لم تتجاوز قيمة معامل الارتباط بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب والدرجة الكلية للضغط المهني (0,02) وهي قيمة غير دالة إحصائياً.

2-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على: "وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط النفسي المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، وللتحقق من نتائج الفرضية تم استخدام معادلة "بيرسون" للكشف عن قيمة الارتباط بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة البحث الحالي على مقياس أعراض الضغط المهني ومقياس الصلابة النفسية بأبعادها، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (38): معامل الارتباط بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني.

الضغط المهني	الصلابة النفسية	
-0,44 **	الالتزام	أبعاد الصلابة النفسية
-0,37 **	التحكم	
-0,32 **	التحدي	

** : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$

يتبين من خلال الجدول رقم (38) أن معامل ارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية للضغط المهني والدرجة الكلية للصلابة النفسية بلغ (-0,44)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$)، كما أن علاقة الارتباط بين هاتين الدرجتين هي علاقة سالبة، وهذا يعني أنه كلما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة في مقياس الصلابة النفسية كلما كان إدراك الضغط المهني لديهم واطئ.

كما نلاحظ أيضاً من خلال نفس الجدول أن جميع أبعاد الصلابة النفسية المتمثلة في: الالتزام، التحكم، التحدي لها علاقة ارتباطية مع الدرجة الكلية للضغط المهني، حيث جاءت قيم معاملات الارتباط التي تعكس هذه العلاقات بالترتيب كالتالي: (-0,37)، (-0,38)، (-0,32) وهي كلها قيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) وهي كلها علاقات ارتباطية سالبة، أي أنه كلما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات عالية على أبعاد مقياس الصلابة النفسية، كلما كان إدراكهم للضغط المهني واطئ، وبالتالي فالفرضية الثالثة قد تحققت.

2-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على: "وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية". وللتحقق من نتائج الفرضية تم استخدام معادلة "بيرسون" للكشف عن قيمة الارتباط بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة البحث الحالي على مقياس نوعية الحياة في العمل ومقياس استراتيجيات المواجهة، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (39): معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها.

أبعاد نوعية الحياة في العمل				نوعية الحياة في العمل	استراتيجيات المواجهة	
مهنة التمريض والمجتمع	ظروف العمل	تصميم العمل	توافق حياة مهنية/حياة شخصية		استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام	أبعاد استراتيجيات المواجهة
0,16	0,17	0,16	0,13	0,17	استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام	
0,26*	0,34**	0,39**	0,35**	0,38**	استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال	
0,07	-0,09	-0,07	-0,14	-0,08	استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب	
-0,003	0,11	0,02	0,08	0,08		

** : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$

* : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$

يتبين من خلال الجدول رقم (39) أن معامل ارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل والدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة لم يتجاوز (0,17) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، أما بالنسبة لباقي أبعاد استراتيجيات المواجهة، فقد جاءت قيمة معامل الارتباط بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل (0,38) وهي قيمة دالة عند مستوى

($\alpha = 0,01$) كما أنها علاقة موجبة، أي أن كلما توجّه أفراد عينة البحث الحالي نحو استخدام استراتيجية المواجهة المركزة على المهام كلما تحسنت لديه نوعية الحياة في العمل، في حين جاءت قيم معامل ارتباط "بيرسون" بين هذا البعد وأبعاد نوعية الحياة في العمل بالترتيب كالتالي: (0,35)، (0,39)، (0,34)، (0,26)، وهي كلها قيم دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$)، ومستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) بالنسبة لعلاقة هذه الاستراتيجية مع بُعد مهنة التمريض والمجتمع، كما أنها علاقات موجبة وهذا يشير إلى أنه كلما توجه أفراد عينة البحث الحالي نحو استخدام استراتيجية المواجهة المركزة على المهام كلما أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى أبعاد نوعية الحياة في العمل لديهم، والعكس صحيح أي أنه كلما قلّ استعمال هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى انخفاض درجة هذه الأبعاد لديهم.

أما قيم معاملات الارتباط بين بُعدي استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وأبعادها، فنلاحظ من خلال نفس الجدول أنها غير دالة إحصائياً.

2-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أن "نوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد الهرمي وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول أدناه:

جدول رقم (40): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة باستخدام الدرجة

الكلية.

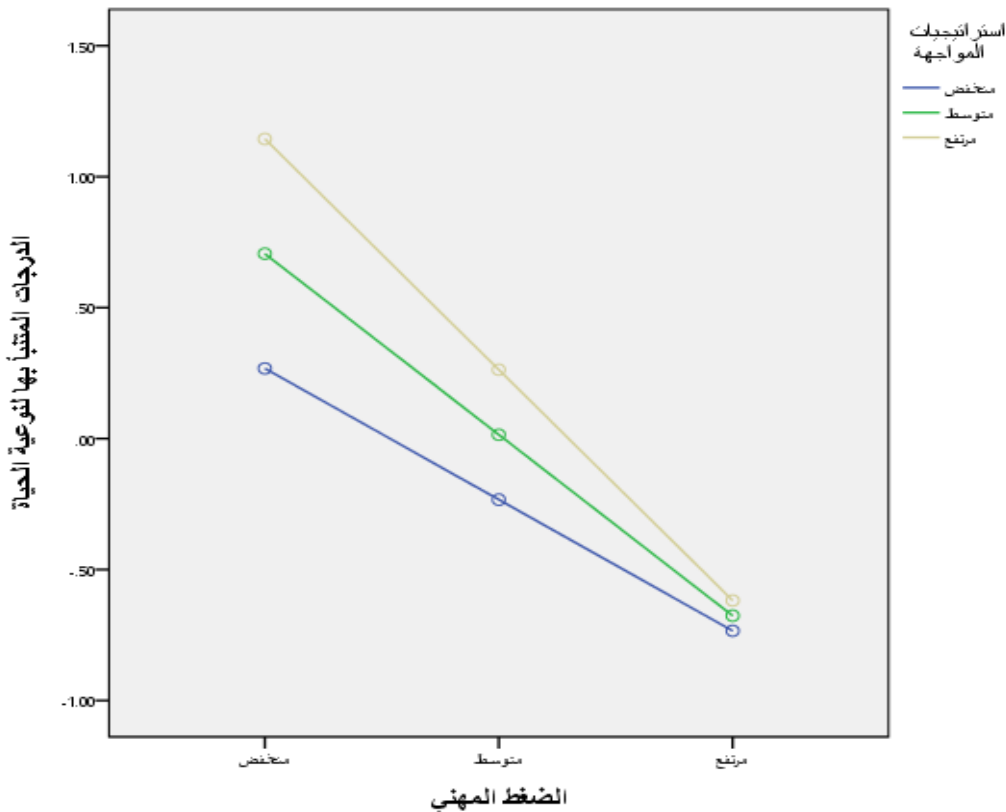
الدالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.83	0.20	0.01	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.00	3.39	0.25	استراتيجيات المواجهة
0.00	-9.42	-0.69	الضغط المهني
0.00	-2.94	-0.19	التفاعل (استراتيجيات المواجهة x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

اقترح (Baron & Kenny,1996) أنه يمكن التحقق من التأثير المعدل بطريقة أكثر ملاءمة باستخدام الانحدار المتعدد الهرمي، حيث يبيّن ذلك التأثير إذا كان التفاعل بين المتغيرين المنبئين يفسّر زيادة دالة في تباين المتغير المحك بعد ضبط تأثير هذين المتغيرين.

وقد أوصى (West & Aiken, 1991) بضرورة تحويل درجات المتغير المحك والمتغيرين المنبئين إلى درجات معيارية. واتباعا لهذه التوصيات، فإننا نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك نسبة دالة من التباين في نوعية حياة العمل، تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل. وقُدّر التغيّر الحاصل في R^2 بـ: $P < 0,01$ ، 0.04 .

ولتفسير التفاعل الدال، تم رسم ثلاثة خطوط انحدار غير معيارية منفصلة بين الدرجات المعيارية للضغط المهني والدرجات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة، والمستوى المعياري لنوعية الحياة.



الشكل رقم (33): تمثيل بياني لدرجات نوعية الحياة المتنبئ بها استنادا إلى مُخرجات الانحدار المتعدد الهرمي بالنسبة للدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة.

يتضح من خلال الشكل السابق أن هناك اختلاف في ميل الخط ذي اللون الأخضر الذي يُعبّر عن المستوى المتوسط لاستراتيجيات المواجهة، مقارنة بكلا الخطان البني والأزرق المعبران عن المستوى المنخفض والمرتفع على التوالي. حيث نلاحظ أن ميل خط استراتيجيات المواجهة المتوسط منحدر بشكل كبير، في حين أن ميل خطي استراتيجية المواجهة المنخفض والمرتفع منبسطان نوعاً ما. وبيّن هذا الشكل أنه بالنسبة للأفراد الذين لديهم مستويات منخفضة أو مرتفعة من استراتيجيات المواجهة فإن مستوى الضغط المهني لا يحدث أي فرق في مستويات نوعية الحياة في العمل. ومن جهة أخرى فإن من لديهم مستوى متوسط من استراتيجيات المواجهة، فإنه كلما ارتفعت لديهم مستويات الضغط المهني ارتفعت معها نوعية الحياة في العمل. بمعنى أن العلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل يكون أقوى عند المستويات المتوسطة لاستراتيجيات المواجهة.

ومن أجل إثراء التحليل أكثر تم الكشف أيضاً عن الدور المعدل لكل بُعد من أبعاد متغير استراتيجيات المواجهة (المهام، الانفعال والتجنب) كما يلي:

جدول رقم (41): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة بالنسبة لبُعد

المهام.

الدلالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.29	-1.05	-0.07	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.00	3.20	0.24	المهام
0.00	-6.71	-0.52	الضغط المهني
0.00	-4.03	-0.27	التفاعل (المهام x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك نسبة دالة من التباين في نوعية حياة العمل، تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل. وقُدِّر التغيير الحاصل في R^2 بـ: 0.08 أي ما نسبته 8%، $P < 0,01$.

جدول رقم (42): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة بالنسبة لُبُعد الانفعال لاستراتيجيات المواجهة.

الدلالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.55	0.58	0.04	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.04	2.08	0.17	الانفعال
0.00	-9.29	-0.77	الضغط المهني
0.07	-1.83	-0.13	التفاعل (الانفعال x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد الانفعال لاستراتيجيات المواجهة والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

جدول رقم (43): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية الخامسة بالنسبة لُبُعد التجنب لاستراتيجيات المواجهة.

الدلالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.99	-0.00	0.00	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.19	1.30	0.10	التجنب
0.00	-8.61	-0.69	الضغط المهني
0.91	0.10	0.00	التفاعل (التجنب x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد التجنب لاستراتيجيات المواجهة والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

في ضوء ما سبق، يمكن القول أن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة للفرضية الخامسة، حيث تم التوصل إلى أن الدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة المستخدمة، بالإضافة إلى درجة بُعد المهام لهما دور معدل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى أفراد عينة البحث الحالي.

2-6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على "وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالحي الأمراض المعدية". وللتحقق من نتائج الفرضية تم استخدام معادلة "بيرسون" للكشف عن قيمة الارتباط بين الدرجات التي تحصل عليها أفراد عينة البحث الحالي على مقياس نوعية الحياة في العمل ومقياس الصلابة النفسية، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (44): معامل الارتباط بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل

بأبعادها.

أبعاد نوعية الحياة في العمل				نوعية الحياة في العمل	الصلابة النفسية
مهنة التمريض والمجتمع	ظروف العمل	تصميم العمل	توافق حياة مهنية/حياة شخصية		
0,31**	0,29**	0,16	0,13	0,26*	أبعاد الصلابة النفسية الالتزام التحكم التحدي
0,22*	0,20	0,06	0,05	0,16	
0,43**	0,34**	0,23*	0,21*	0,33**	
0,11	0,18	0,13	0,11	0,16	

** : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,01$

* : دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,05$

يتبين من خلال الجدول رقم (44) أن معامل ارتباط "بيرسون" بين الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل والدرجة الكلية للصلابة النفسية قُدرت ب (0,26) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، كما أنها علاقة موجبة وهذا يعني أنه كلما تحصل أفراد عينة البحث الحالي على درجات مرتفعة على مقياس الصلابة النفسية كلما أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى نوعية الحياة لديهم، والعكس صحيح أي كلما تحصلوا على درجات منخفضة على مقياس الصلابة النفسية كلما أدى ذلك إلى نوعية حياة واطئة في العمل.

أما معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية مع بُعدي توافق حياة شخصية/حياة مهنية وتصميم العمل كانت بالترتيب كالتالي: (0,13)، (0,16) وهي قيم غير دالة إحصائياً، أما مع بُعدي ظروف العمل ومهنة التمريض والمجتمع فلقد جاءت بالترتيب كالتالي (0,29)، (0,31) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$)، كما أنها علاقات موجبة.

أما بُعد التحكم للصلابة النفسية فلقد جاءت قيمة معامل الارتباط بينه وبين الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل (0,33)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$)، كما أنها علاقة موجبة أي أنه كلما كانت درجات بُعد التحكم لدى أفراد عينة البحث الحالي عالية كلما أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى نوعية الحياة في العمل لديهم، ولقد جاءت قيم معاملات الارتباط الأخرى بين بُعد التحكم وباقي أبعاد نوعية الحياة في العمل بالترتيب كالتالي: (0,21)، (0,23)، (0,34)، (0,43) وهي كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، ومستوى الدلالة ($\alpha = 0,01$) بالنسبة لعلاقة بُعد التحكم للصلابة النفسية مع بُعدي ظروف العمل ومهنة التمريض والمجتمع لنوعية الحياة في العمل.

ولقد جاءت قيم معاملات ارتباط بُعدي الالتزام والتحدي للصلابة النفسية مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وأبعادها غير دالة إحصائياً، ما عدا قيمة معامل ارتباط بُعد الالتزام مع بُعد مهنة التمريض والمجتمع التي جاءت (0,22) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$)، كما أنها علاقة موجبة، وبالتالي فالفرضية السادسة قد تحققت.

2-7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على أن "الصلابة النفسية دور معدل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، وللتحقق من هذه الفرضية، تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد الهرمي وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (45): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة باستخدام الدرجة الكلية للصلابة النفسية.

الدالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.70	-0.39	-0.03	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.47	-0.73	0.07	الصلابة النفسية
0.00	-7.84	-0.71	الضغط المهني
0.40	-0.85	-0.08	التفاعل (الصلابة النفسية x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين الضغط المهني والصلابة النفسية، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

ومن أجل إثراء التحليل أكثر، تم الكشف أيضا عن الدور المعدل لكل بُعد من أبعاد متغير الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي) كما يلي:

جدول رقم (46): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة بالنسبة لبُعد الالتزام للصلاية النفسية.

الدالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.70	-0.37	-0.03	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.20	-1.27	-0.10	الالتزام
0.00	-8.36	-0.72	الضغط المهني
0.35	-0.93	-0.09	التفاعل (الالتزام x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد الالتزام للصلاية النفسية والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

جدول رقم (47): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة بالنسبة لبُعد التحكم للصلاية النفسية.

الدالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.75	-0.31	-0.02	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.34	0.94	0.08	التحكم
0.00	-7.45	-0.64	الضغط المهني
0.37	-0.88	-0.07	التفاعل (التحكم x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد التحكم للصلاية النفسية والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

جدول رقم (48): تلخيص نتائج الانحدار المتعدد الهرمي للفرضية السابعة بالنسبة لبُعد التحدي للصلابة النفسية.

الدلالة	النسبة التائية (t)	وزن الانحدار (B)	
0.93	0.07	0.00	الجزء المقطوع من المحور الرأسي (المقدار الثابت)
0.00	0.77	-0.06	التحدي
0.44	-8.30	-0.71	الضغط المهني
0.83	0.20	0.02	التفاعل (التحدي x الضغط المهني)

المتغير المحك هو: نوعية حياة العمل

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد التحدي للصلابة النفسية والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

على ضوء ما سبق، يمكن القول أن بيانات الدراسة الحالية لم تؤيد الفرضية السابعة.

الفصل الثامن

تفسير ومناقشة النتائج

1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى للدراسة الحالية على أنه "توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل بأبعدها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، حيث أكدت النتائج وجود ارتباط دال احصائياً وسالب بين الضغط النفسي المهني المدرك ونوعية الحياة في العمل لدى أفراد العينة، أي أنه كلما كانت النتائج المتحصّل عليها من خلال مقياس أعراض الضغط المهني المدرك مرتفعة كلما كانت الدرجات الكلية على مقياس نوعية الحياة في العمل منخفضة والعكس صحيح. في هذا الإطار، أي تأثير الضغط النفسي المهني المدرك على نوعية الحياة المهنية، أكدت العديد من الدراسات التي أُقيمت في هذا الاتجاه ذلك، مثل الدراسة التي قام بها (Kleiveland et al.) بعنوان "الضغط المهني، الشعور بالتماسك ونوعية الحياة لدى طلاب التمريض النرويجيين بعد فترة من الممارسة الاكلينيكية"، حيث هدف الباحثون من وراء هذه الدراسة للتحقق: ما إذا كانت تجربة طلاب التمريض العاملين في دور رعاية المسنين والعاملين على مستوى الأجنحة الطبية/الجراحية من الضغوط المهنية مختلفة، ما إذا كان هناك ارتباط بين كل من الشعور بالتماسك، الضغط المهني ونوعية الحياة، ما إذا كان الشعور بالتماسك بمثابة متغير معدّل في العلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة، حيث تم جمع البيانات من 227 طالب في التمريض.

ولقد بيّنت النتائج أن (33,92%) من طلاب التمريض المشاركين في هذه الدراسة لديهم مستويات متوسطة أو عالية من الضغط المهني، كما أن الممرضين العاملين في دور رعاية المسنين أبدوا درجات منخفضة من الضغط مقارنة مع زملائهم العاملين في الأجنحة الطبية/الجراحية، وهذا يشير إلى أن مكان مزاوله العمل يلعب دور في شدة ظهور الضغط المهني لدى الممرض، وارتبط الشعور بالتماسك بشكل إيجابي مع نوعية الحياة في تحليلات الانحدار البسيط والمتعدد ($p < 0,01$).

في حين ارتبط الضغط المهني بشكل سلبي بنوعية الحياة في تحليل الانحدار البسيط ($p < 0,01$)، ولكن ليس في التحليلات المتعددة عندما تم تضمين متغير الشعور بالتماسك، حيث أن هذا المتغير يبدو أنه وسيط هام في العلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة لدى هؤلاء الطلاب ($p = 0,015$) (Kleiveland B. et al., 2015, p. 01).

أما دراسة (Kohler, M.)، بعنوان "استكشاف العلاقة بين كل من الضغط المهني، نوعية الحياة، الرضا الوظيفي وتوقع دوران العمل لدى رؤساء التمريض"، والتي كان الغرض منها هو استكشاف العلاقة بين متغيرات الضغط المهني، نوعية الحياة، الرضا الوظيفي ومدى تأثيرها على دوران العمل لدى رؤساء التمريض العاملين على مستوى وحدات العناية المركزة، وهي الدراسة التي شملت 94 ممرض رئيس. ولقد أظهرت هذه الدراسة أن هناك علاقة دالة إحصائية بين الضغط المهني، عدم الرضا عن العمل ودوران العمل لدى أفراد هذه العينة، حيث أوصت في النهاية بضرورة وأهمية تحسين ظروف ومحيط العمل للاحتفاظ بهؤلاء الممرضين والاستفادة من خبرتهم الطويلة وتقادي ترك الممرضين لمناصبهم ومزاولة نشاطات أخرى.

هذا ما يتفق مع دراسة (Aiken & Haye, 2005) التي حددت أن من بين تأثيرات الضغط المهني تتمثل في ضعف عمليات التكفل بالمرضى وهو ما يؤدي لانخفاض مستوى الرضا الوظيفي وزيادة معدل دوران العمل (Kohler M., 2010, p.p. 06-07).

ولقد قام باحثين عاملين في قسم الصحة والسلوك الاجتماعي التابع لمدرسة "هارفارد" للصحة العمومية (Cheng, Kawachi, Coakley, Schwartz & Colditz, 2000)، بدراسة واسعة شملت ما يناهز 21290 ممرض وممرضة، حيث قام هؤلاء الباحثون باستبعاد أولئك الذين أُحيلوا على التقاعد والذين يعانون من بعض الأمراض المستعصية كأمراض الشرايين التاجية، السرطان أو السكتة الدماغية.

وتوصلت هذه الدراسة إلى أن ظروف العمل السيئة هي منبئات مهمة لتردي الرضا الوظيفي وتدهوره مع مرور الوقت، وهو ما أدى بالباحثين إلى الاستنتاج بأن ظروف وبيئة العمل يؤثران على الصحة ونوعية الحياة لدى الممرض (Kohler M., 2010, p.p. 26-27).

من جهته قام (Cardoso L. et al.) بدراسة بعنوان "العلاقة بين ضغوط العمل والاكنتاب لدى الممرضين ذوي التكوين التقني في مجال التمريض"، ولقد تم فيها إجراء مقابلة مع 310 من فنيي ومساعدتي التمريض، حيث يعمل معظم هؤلاء الممرضين الذين تمت مقابلتهم (77.9%) في قطاعات تعتبر عالية التعقيد ولمدة أقل من 15 عاما في المؤسسة الاستشفائية، حوالي (50%) منهم كانوا عاطلين عن العمل بسبب المرض في العام الماضي، كما أفاد معظم المستجوبين (76.1%) بأنهم

يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل و(11.3%) يتعاطون التبغ، كما أن ما يناهز (17.4%) يعملون تحت مستوى عالٍ من الضغط.

ولقد تم تشخيص الاكتئاب لدى (20%) منهم، بلغت نسبة النساء (24.5%)، حيث تبين أن (35.2%) منهن لديهن مستوى عالٍ من الضغط المهني، ووصلت نسبة المدخنات (37.1%)، كما أن (26.6%) منهن لديهم ما لا يقل عن مرض مزمن واحد.

وبعد تحليل البيانات، تم التحقق من فرص حدوث الاكتئاب وفقا لشدة الضغط المهني الذي يتعرض له يوميا هؤلاء المرضى، حيث أظهرت النتائج أن فنيي ومساعدى التمريض مع مستويات عالية من ضغط العمل، كانت نسبة انتشار الاكتئاب لديهم أعلى مقارنة بذوي التعرض المنخفض للضغوط المهنية، ورغم الأخذ بعين الاعتبار للظروف الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، انخفض حجم هذا الاختلاف بنسبة طفيفة فقط.

كما أبرزت أيضا نتائج الدراسة العلاقة بين الاكتئاب وكل من طلب إجازة العمل ودرجة التعرض للأمراض المزمنة (Cardoso L., 2015, p. 736).

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسات أخرى أُقيمت في هذا الاتجاه، ففي الدراسة التي أجراها (Urbanetto S. et al., 2013) مع مهنيي التمريض في جنوب البرازيل، وجد أن نسبة انتشار الضغط المهني المرتفع وصلت إلى (21.8%) وكانت نسبة انتشار الاضطرابات العقلية الشائعة (20.6%).

في مراجعة بعدية للدراسات التي أُجريت حول حدوث الاكتئاب لدى العاملين في مجال التمريض (Manetti M. et al., 2007)، كان معدل الانتشار (28.8%)، حيث تبين أن الاكتئاب يتعلق بالوظائف التمريضية ذات مستوى الضغط المهني المرتفع.

فالضغط المهني عبارة عن رد فعل شخصي لخصائص بيئة العمل المدركة من قبل العامل على أنها تتجاوز قدراته التكيفية، وذلك كنتيجة لاختلال التوازن بين المهارات والقدرات الفردية ومتطلبات العمل.

هذا الاختلال يمكن أن يؤدي إلى معاناة نفسية وجسدية للعامل، مما قد يسبب في حدوث المرض الجسدي والاضطرابات العقلية الشائعة.

إن العلاقة بين الضغط المهني والاكنتاب مرتبطة بشكل كبير بظروف العمل لدى مهني التمريض، فالعمل الذي يقوم به هؤلاء الممرضين يتميز عادة بانخفاض قدرة الرقابة والتحكم في الأنشطة التي يتم إنجازها، أداء العمل الزائد والمهام المتكررة، وتدني الأجور مقارنة بحجم ونوع المهام المنجزة، هذه العوامل يمكن أن تؤدي إلى ظهور الضغط المهني، وإذا لم يتم حلها يمكن لذلك أن يؤدي بدوره إلى تدهور الصحة العقلية الذي يتجلى خاصة في الاكنتاب والقلق أو الاضطرابات العقلية الأخرى.

(Cardoso L., 2015, p. 738).

من جهة أخرى، قام (Lauvrud G. et al.) بدراسة بعنوان "مستوى حدوث أعراض ضغط ما بعد الصدمة وعلاقته بنوعية الحياة في العمل لدى فريق التمريض العامل في وحدة الطب العقلي الشرعي بالنرويج"، وذلك على عينة تتكون من 70 ممرض وممرضة، حيث انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن العمل في هذه الوحدات يشكل مصدر للضغط المهني، وذلك راجع إلى ظروف العمل عالية المخاطر التي تتجم عن العنف المتكرر الذي يتعرض له الممرضون العاملون على مستوى هذه الوحدات.

(Lauvrud G. et al., 2009, p. 01).

ولقد تضمنت هذه الدراسة، إلى جانب أعراض ضغط ما بعد الصدمة ونوعية الحياة في العمل، بحث 03 محاور أساسية لدى الممرضين المشاركين فيها وهي مدى التعرض في الثلاثين يوما الأخيرة ل:

- ◀ تلقي تهديدات شفوية تتضمن معاني العنف.
- ◀ حضور مشاهد العنف الجسدي الممارس على الزملاء أو المرضى الآخرين.
- ◀ التعرض الشخصي للعنف الجسدي.

وقد استوفى 67 ممرضا من أصل 70 مستجيبا (95.7%) المعيار "أ" (التعرض) وفقا لتشخيص اضطراب ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)، حيث تم الإبلاغ خلال الثلاثين يوما الأخيرة أنهم تعرضوا لمحور واحد أو أكثر من المحاور الثلاثة المذكورة آنفا.

وعلى الرغم من ذلك، توصلت النتائج إلى أن نسبة انتشار أعراض الضغط اللاحق للصدمة كانت منخفضة، فلقد كان لدى عدد كبير من المبحوثين بعض الأعراض، ولكن القليل منهم فقط استوفوا المعايير الخاصة باضطراب الضغط اللاحق للصدمة كما هو مُحدّد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV).

ولقد تم تفسير هذا الانتشار المنخفض لأعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المرضى، رغم مزاوله نشاطهم وسط مخاطر التعرض للعنف، من خلال بعض عوامل الحماية مثل الخصائص التي تتميز بها هذه الوحدات كتوفر عدد كافٍ من المرضى وباقي الموظفين الآخرين (ممرض واحد مقابل خمسة مرضى)، وهذا من شأنه تقليل عبء العمل، كما يمكن للروح الجماعية داخل الأجنحة والشعور القوي بالتعاون والخبرة المتبادلة في جميع أنحاء المصلحة أن تُسهم في انخفاض احتمال ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

كما أن اتخاذ مسافة كافية بين المرضى والمرضى، التي تستلزمها وحدة علاج ذات أمن مرتفع ونظام قائم أساساً على السلوك الأمني والوقائي، من شأنها أن تقلل من الأثر العاطفي السلبي للعنف تجاه المرضى.

ولقد تم العثور أيضاً على درجات منخفضة على مقياس نوعية الحياة في العمل، وارتبط طول مدة ممارسة مهنة التمريض على مستوى هذه المصلحة وانخفاض الدرجات في نوعية الحياة المهنية بزيادة أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المرضى.

ويبدو أن هذه الدراسة لم تتفق مع نتائج بعض الدراسات الأخرى التي أُقيمت في هذا الإطار، مثل دراسة (Robinson, 2003) الذي توصل من خلالها إلى أن (35%) من الممرضات العاملات على مستوى المستشفيات ذات الأمن العالي لديهن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

كذلك دراسة (Richter, 2006) التي وجد فيها أن ما نسبته (17%) من الممرضات اللواتي يعايشن خطر التعرض للاعتداء في الوسط المهني يعانون من متلازمة اضطراب ما بعد الصدمة، وهي الأعراض التي استمرت لأكثر من 06 أشهر لدى (11%) منهن.

(Lauvrud G. et al., 2009, p.p. 03-04).

أما الدراسة التي قام بها (da Silva et al.) بعنوان "الضغط المهني وعلاقته بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة"، وذلك على عينة تتكون من 227 ممرض وممرضة من مختلف التخصصات التمريضية (26 ممرض عادي، 126 ممرض مساعد و75 ممرض تقني)، فقد كان الهدف منها المقارنة بين هذه الأطياف المهنية ومدى تأثير الضغط المهني على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديها، وكذا التحقق من مدى وجود الإجهاد المهني ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة في مجال التمريض.

وقد وُجد أن (60.8%) من المشاركين يرون أن عبء العمل مرتفع لديهم، و(85.5%) منهم اعتبروا أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقونه واطئ. فيما يتعلق بالأبعاد الثمانية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة، فإن أكثرها تضرراً هو بُعد الألم ($\mu = 61.87$) وبُعد الشعور بالحيوية ($\mu = 62.25$)، وقد استنتج أنه على الرغم من أن معظم أفراد العينة أظهروا مستويات معتدلة من الضغط المهني، إلا أن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديهم كانت واطئة (Da Silva A. M. et al., 2016, p. 63).

كما أنه وُجد اختلاف في درجة تأثير الضغط المهني على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة حسب التخصص، وقام الباحثون بعزو ذلك إلى تفاوت عدد الممرضين بين هذه التخصصات وبالتالي اختلاف الشعور بعبء العمل، وكذلك إلى متطلبات ونوع الأنشطة المتعلقة بكل تخصص.

في رأي المؤلفين، فإن الطلب المرتفع للقدرات والموارد النفسية هو ملازم لمهنة التمريض، وهذا راجع إلى التعامل لفترات طويلة من اليوم مع أفراد يعانون من المرض والذين يحتاجون إلى رعاية مستمرة للحفاظ على حياتهم وإرضاء حاجاتهم الإنسانية الأساسية.

كما أشار الباحثون أيضاً إلى أن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تتأثر بالضغط المهني بصفة متزايدة كلما تقدم الممرض في السن، وهذا يمثل مشكل يجب الاهتمام به نظراً إلى أنه للحصول على ترقية والتدرج الوظيفي، فإن ذلك يتطلب خبرة مهنية طويلة نسبياً عادة ما يكون الممرض متقدماً في السن.

(Da Silva A. M. et al., 2016, p.p. 67-68).

دراسة (Pavlos S. et al.) بعنوان "تأثير الضغط المهني على سلوكيات الرعاية الصحية لدى الممرضات ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة" وذلك على عينة قوامها 246 ممرض وممرضة عاملين على مستوى المستشفيات والقطاع الخاص، حيث انطلق الباحثون من فرضية رئيسية مفادها أن الضغط المهني يؤدي إلى تدهور حالة الصحة البدنية والعقلية للممرض، وهو ما يؤثر بدوره سلباً على تبني الممارسات الجيدة فيما يتعلق بسلوكيات الرعاية تُجاء المرضى.

توصلت هذه الدراسة إلى أن الرغبة في الاستقالة مرتبطة بالصحة الجسدية، لدى الممرضين الذين يريدون التخلي عن مهنة التمريض وهم يواجهون المزيد من الأعراض الجسدية. من ناحية أخرى، كان نوع التخصص، وقطاع العمل بمثابة عوامل تنبؤية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة العقلية.

كما ارتبطت الدرجة الكلية للضغط المهني بالأبعاد الأربعة المكونة لسلوكيات العناية. لذلك، يعتبر الضغط المهني مؤشراً هاماً لتبني سلوكيات الرعاية الصحية الملائمة، حيث أن المستويات العالية من الضغط المهني يؤدي إلى أداء ممارسات الرعاية الصحية بطريقة دون المستوى الأمثل، بالإضافة إلى زيادة معدل خروقات وعدم احترام معايير السلامة وهو الأمر الذي قد يؤدي إلى نتائج ضارة بالنسبة للمعالجين والمرضى على السواء، وتكرار أعلى في ارتكاب الأخطاء أثناء الممارسة العيادية اليومية.

أما من حيث المواقف الأكثر إثارة للضغط المهني، فإن "التعامل مع موت المرضى" هو الأكثر تسبباً في ارتفاع الضغط لدى المشاركين في هذه الدراسة مقارنة مع جميع العوامل الأخرى، حيث أنه كان مرتبطاً بشكل أساسي بالتعامل مع المعاناة البشرية قبل الموت، وذلك أكثر من حدوث الموت نفسه. وهذا يتوافق مع بيانات بحثية أخرى التي أشارت إلى شعور الممرض بفشله في تلبية حاجيات ورغبات المرضى المتوفين، والشعور بالذنب بسبب عدم القدرة على منع حدوث المعاناة والألم الذي يسبق الوفاة، وهذا قد يكون مصدراً كبيراً للتوتر، مما يؤثر على قدرة الممرض على أداء مهامه بفعالية.

ولقد كان المرضى وعائلاتهم ثاني أكثر العوامل المسببة للضغط المهني، حيث تمتد المشاكل مع المرضى وعائلاتهم من غياب التعاون إلى سلوكيات العنف، وهذا ما يخلق مشاعر الغضب والخوف وخيبة الأمل وسط طاقم التمريض، مما يؤدي إلى مستويات أعلى من الضغط المهني.

وخلصت مراجعة الأدبيات إلى أن خطر العنف الجسدي والنفسي الناجم عن المرضى المُسيئين وأقاربهم هو بمثابة مصدر كبير للضغط. ولقد كانت تجربة الولايات المتحدة مماثلة في هذا الشأن، حيث كشفت عن أن العنف في مكان العمل هو من أكبر عوامل الضغط، خاصة على مستوى مصالحي الاستعجال الطبي أين تكثرت سلوكيات الإساءة اللفظية وحتى الجسدية تُجاء الممرضين.

فيما يخص "عدم التأكد من نتائج العلاج"، فهذا العامل يعكس عدم توفر معلومات كافية حول ما يتعلق بالحالة الصحية للمريض، المآل العلاجي ومدى فعالية وملائمة العلاجات المتبعة لحدوث الشفاء أو، على الأقل، التخفيف من معاناة المرضى وآلامهم، ويرجع ذلك في كثير من الأحيان إلى ميل الأطباء إلى عدم إبلاغ الممرضين والمرضى بما فيه الكفاية من معلومات.

في ظل هذه الظروف، فإن التعامل مع المرضى الذين يُبدون مستويات مختلفة من الضيق النفسي، ولديهم توقعات مختلفة تجاه حالتهم الصحية والعلاجات المقدمة، قد يحدث كل هذا لدى الممرضين الشعور بدرجات متفاوتة من العواطف والانفعالات السلبية.

وأخيرا وفقا لنتائج هذه الدراسة، ترتبط مستويات الضغط المهني ارتباطا وثيقا بطريقة إدراك الممرضين لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديهم (Pavlos S. et al., 2016, p.p. 01-07).

وفي نفس المنحى، قام (Makabe S. et al.) بدراسة بعنوان "تأثير عدم التوازن بين العمل والحياة اليومية على الرضا الوظيفي ونوعية الحياة لدى الممرضين العاملين في مستشفيات اليابان" على عينة تتكون من 1202 ممرض وممرضة، وذلك على مستوى ثلاثة مستشفيات مختصة للرعاية المكثفة، حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو بحث مدى تأثير عدم التوازن بين العمل والحياة الشخصية على الرضا الوظيفي وكذلك على نوعية الحياة لدى هؤلاء الممرضين.

ولقد تم تقسيم أفراد العينة إلى أربعة مجموعات وهذا تدريجيا تبعا لدرجة اختلال التوازن بين الحياة المهنية/الحياة الشخصية لديهم، وذلك كالتالي:

المجموعة "أ" (50/50).

المجموعة "ب" (40/60).

المجموعة "ج" (30/70).

المجموعة "د" (20/80).

(Makabe S. et al., 2015, p.p. 152).

ولقد تبين أن معظم الممرضين يشعرون بأن الحياة المهنية لديهم طغت على حياتهم الخاصة، وأنهم يعانون من عدم توازن حياة مهنية/حياة شخصية.

ومع ذلك، لم يظهر انخفاض درجة الرضا الوظيفي ونوعية الحياة إلا لدى أفراد المجموعتين "ج"

و"د".

كما قد يكون الممرضون أيضاً معرضون لمشاكل صحية، وميلهم للاستقالة من وظائفهم بسبب انخفاض مستوى الرضا عن العمل وسوء نوعية الحياة لديهم.

كما ترتبط نوعية الحياة أيضاً ارتباطاً وثيقاً بجودة الرعاية التمريضية، وقد تؤدي التحسينات التي تطرأ على توازن حياة العمل للمرضين مع حياتهم الشخصية إلى تحسين النتائج العلاجية للمرضى ونوعية الرعاية الصحية المقدّمة (Makabe S. et al., 2015, p.p. 156).

من جهته، قام (Mosadeghrad) بدراسة بعنوان "الضغط المهني ودوران العمل: الآثار المترتبة على إدارة التمريض"، وهذا على عينة مكونة من 296 ممرض وممرضة، حيث كان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو استكشاف مستوى الضغط المهني بين الممرضين في بعض المستشفيات الإيرانية، كما هدفت أيضاً إلى فحص العلاقة بين الضغط المهني للمرضين وعزمهم على مغادرة المستشفى.

وتوصلت النتائج إلى أن ما يناهز ثلث الممرضين المشاركين في هذه الدراسة اعتبروا الضغط المهني عالي لديهم، وأن المصادر الرئيسية للتوتر كانت عدم كفاية الأجور مقارنة بحجم المهام المنجزة، عدم المساواة في العمل، العبء المهني ونقص الموظفين، نقص الترقية، انعدام الأمن المهني ونقص الدعم الإداري.

كما ذكر أكثر من (35%) من الممرضين أنهم يفكرون في مغادرة المستشفى إذا أمكنهم إيجاد فرصة عمل أخرى، وارتبط الضغط المهني بشكل إيجابي مع نوايا دوران العمل لدى هؤلاء الممرضين.

(Mosadeghrad A. M., 2013, p. 169).

في هذا الاتجاه، أجرى (Moustaka E. et al.) دراسة بعنوان "مصادر وتأثيرات الضغط المرتبط بالعمل في مجال التمريض"، وهي دراسة بعدية كان الهدف منها المراجعة المنهجية للدراسات السابقة لفحص مصادر الضغط المهني لدى الممرضين وعواقبه المختلفة لديهم.

ولقد تم إجراء مراجعة منهجية للدراسات السابقة على مستوى قواعد البيانات التابعة لكل من "الوكالة الأوروبية للسلامة والصحة في العمل"، "المعهد الوطني الأمريكي للسلامة والصحة المهنية (NIOSH)"، "شبكة الضغط المهني"، إضافة إلى مواقع على شبكة الإنترنت لمختلف المنشورات والملخصات حول الموضوع، خاصة موقع "مجلة الطب المهني والبيئي"، وذلك باستخدام الكلمات المفتاحية التالية "الضغط النفسي، الضغط المهني والتمريض".

ومن بين أهم مصادر الضغط المهني التي توصلت إلى تحديدها والإشارة إليها الأبحاث السابقة التي راجعتها هذه الدراسة نجد طبيعة مهنة التمريض، حيث أنه في كثير من الحالات يجذب الأشخاص إلى هذه المهنة رغبة منهم في مساعدة المرضى والتخفيف من آلامهم، ولكنهم سرعان ما يواجهون واقع العمل في المستشفيات الذي سيدركون بأنه ليس ذلك الواقع الذي كانوا يتصورونه.

فمؤسسات الرعاية الصحية تختلف من حيث الحجم وطبيعة التخصصات، ويواجه الممرضون مهام العمل المختلفة وساعات العمل الليلية، وظروف العمل الصعبة الناجمة عن نقص الموظفين، ومواقف الإجهاد المرتبطة بمعاونة وموت المرضى.

هذا إضافة إلى الضغوط التي يعايشها الممرضون المتعلقة بالمواقف الخطيرة مثل التعامل مع الأمراض المعدية نظرا لطبيعتها وخصائصها، وما تشكله من أخطار صحية عليهم جراء استخدامهم لمعدات حادة مثل الإبر، ومن خلال الملامسة التي يتعرضون من خلالها لنفس مخاطر العدوى التي تصيب المرضى عن طريق معالجة الدم والافرازات الأخرى للجسم.

إضافة إلى المواد الكيميائية المستخدمة في المستشفيات والأدوية الخطيرة، مثل تلك المستعملة في العلاج الكيميائي، والتي تُعرض الممرضون للأخطار الصحية.

(Moustaka E. et al., 2010, p.p.210-212).

دراسة (Katarzyna K. et al.) بعنوان "عوامل الضغط المهني مقابل الرضا الوظيفي بين الممرضين العاملين في مقاطعة "بوميرانيان" (بولندا) ومنطقة "فيلنيوس" (ليتوانيا)"، التي كان هدفها تحليل عوامل الضغط المُشار إليها من قِبَل موظفي التمريض في بولندا وليتوانيا، وتقييم الرضا المهني لديهم.

وشملت الدراسة عينة عشوائية تتكون من 230 ممرض وممرضة في كلا البلدين، حيث تم استخدام مقياس الضغط لدى الممرضين ومقياس الرضا الوظيفي.

أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية بين درجة الضغط المهني ومستوى الرضا الوظيفي بين الممرضين البولنديين ($r = -0.33, p = 0.01$)، والممرضون الليتوانيون ($r = 0.34, p = 0.01$)، أي كلما زاد الضغط المهني، انخفض الرضا الوظيفي لديهم.

أما المصادر الرئيسية لهذه الضغوط المهنية فهي مرتبة من حيث الأهمية كالتالي: معاناة المرضى، آلامهم ووفاتهم، عبء العمل، الصراع مع الأطباء وعدم توفر معلومات كافية حول المآل العلاجي ومدى فعالية العلاجات المتبعة (Katarzyna K. J. et al., 2017, p. 01).

أما دراسة (Jafari S. et al.) بعنوان "آثار الضغوط المهنية على نوعية الحياة والعوامل المرتبطة بها لدى مرضى المستشفيات في إيران"، التي هدفت إلى تحديد نوعية الحياة لدى الممرضين الإيرانيين وما إذا كانت هناك أي علاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة لديهم، حيث تم أخذ عينة قوامها 241 ممرض وممرضة باستخدام طريقة طبقية متناسبة مع حجم المجتمع الأصلي، فلقد أظهرت النتائج مستويات عالية من الضغط المهني بين الممرضين، مما أثر سلباً على نوعية الحياة لديهم، حيث أوضحت أن معظم الممرضين (50.6%) قد تعرّضوا للضغط المهني المرتفع، و (48.1%) عانوا من ضغط مهني معتدل و (1.2%) فقط تعرّضوا لضغط مهني منخفض.

كما تبين أن المتغير الديموغرافي الوحيد الذي يؤثر على الضغط المهني عندهم هو الجنس مع انخفاض التوتر لدى الممرضين الذكور.

في حين أظهر اختبار "سبيرمان" أن المخاوف بشأن الوضع المهني في المستقبل ترتبط أيضاً مع الضغط المهني لدى الممرضين، حيث كان القلق بشأن المستقبل مرتبطاً بشكل كبير مع الضغط المهني لديهم، وكانت الممرضات هن اللواتي يعانين أكثر من هذه المخاوف بشأن المستقبل.

وارتبط أيضاً الضغط المهني بمواقف الآخرين تجاه مهنة التمريض، فغالبية المشاركين الذين اعتقدوا أن سلوك الآخرين إيجابي واجهوا مستوى معتدل من التوتر، وأولئك الذين اعتقدوا أن سلوك الآخرين سلبي، وُضعوا في مجموعة عالية التوتر.

كانت أعلى درجة لنوعية الحياة تحصل عليها أفراد العينة متعلقة ببُعد الصحة العامة وأدنى درجة متعلقة ببُعد الألم الجسدي. وفقاً لنتائج اختبار (ANOVA)، جاء مستوى نوعية الحياة متفاوت بين الذكور والإناث لصالح الذكور وذلك بالنسبة لكل الأبعاد، وكانت الفروق في الدرجات دالة إحصائياً.

ولقد اتضح من خلال هذه الدراسة أن الضغط المهني مرتبط بشكل كبير بنوعية الحياة لدى الممرضين، حيث تبين أن الذين تحصلوا على درجات منخفضة على مقياس الضغط المهني يتمتعون بمستوى أعلى من نوعية الحياة.

وبالمثل فقد ذكر (Su H. et al., 2009) في الصين و(Puksta, 1995) في الولايات المتحدة أن الضغط المهني يؤثر سلباً على نوعية الحياة للممرضات في دراساتهم، ويمكن تفسير ذلك من خلال حقيقة أن الأفراد الذين يعانون من الإجهاد الكامل هم أكثر عُرضة للألم الجسدي، الاكتئاب، القلق وسهولة ارتكاب الأخطاء، وهذا بدوره يجعلهم يتجنبون الاتصالات الاجتماعية وحصولهم على نتائج ضعيفة في الأداء الوظيفي وضعف في أداء الدور.

من جهة أخرى، تبين أيضاً من خلال هذه الدراسة أن مخاوف الممرضين المتعلقة بالمستقبل تؤثر بشكل كبير على الصحة العقلية والوظيفية الاجتماعية والحدّ من الأداء الملائم للدور.

وفي هذا الاتجاه، توصل (Puksta, 1995) و(Fallahzadev et al., 2006) إلى أن المخاوف بشأن المستقبل المهني يمكن أن تؤثر بسهولة على نوعية الحياة، وأن الممرضون الذين يشعرون بقلق أكبر بشأن مستقبلهم هم أكثر تشدد ومحاولة أداء العمل الإضافي واتخاذ المزيد من الجهود لإرضاء المشرفين، وبالتالي الاستمرار في العمل في المستشفى لساعات طويلة، وما ينجرّ عن ذلك من آلام جسمية وضعف الأداء (Jafari S. et al., 2012, p.p. 194-197).

دراسة (Silva B. et al.) بعنوان "العلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة لدى مقدمي الرعاية الصحية: تصور مجموعة من أخصائيي الرعاية الصحية"، على عينة تتكون من 164 معالج ينتمون لتخصصات مختلفة (من بينهم 96 ممرض)، عاملين على مستوى الاستجالات الطبية. عند تقييم مستوى الضغط المدرك مع الدرجة الإجمالية لنوعية الحياة، لم يكن هناك ارتباط كبير بين هذين المتغيرين، ومع ذلك، كان هناك ارتباط دال بين مستوى الضغط المدرك وبُعد الصحة الجسمية لنوعية الحياة.

ولفهم العلاقة الموجودة بين الضغط المدرك وبُعد الصحة الجسمية لنوعية الحياة، من المهم الإشارة إلى أن مقياس نوعية الحياة - النسخة المختصرة - الذي تم إعداده من قبل المنظمة العالمية للصحة (WHOQOL-bref) يتكون من جوانب ذات علاقة مع الاحتياجات البشرية الأساسية، مثل الألم الجسدي، نقص الراحة والطاقة والتعب، نوعية النوم، ممارسة أنشطة الحياة اليومية، مدى الاعتماد على الأدوية أو العلاج والقدرة على العمل.

إنها حقيقة أن المواقف المؤلمة و/أو غير المريحة قد تؤثر سلباً على نوعية حياة الفرد العامل، مما يزيد من مستويات التوتر. إلى جانب ذلك، يعاني أخصائيو التمريض (الغالبية في هذه الدراسة) من آلام الظهر والإصابات العضلية الهيكلية، وغالباً ما يكون ذلك بسبب وضعية الجسم المعتمدة أثناء أداء العمل.

فيما يتعلق بفقدان الطاقة والشعور بالتعب، فقد لوحظ أن معظم عوامل الإجهاد التي يعاني منها أخصائيو الرعاية الصحية تتبع من خصائص بيئة العمل، لا سيما الاكتظاظ، سوء ظروف العمل، نقص الموارد اللازمة التي تسمح بأداء جيد وعبء العمل (Silva B. et al., 2017, p. 135).

ولقد قيّمت دراسة (Al-khasawneh A. et al.) بعنوان "العلاقة بين الضغط المهني ومستوى أداء الممرضين في المستشفيات الأردنية: دراسة حالة في مستشفى الملك عبد الله"، العلاقة بين خمسة عوامل للضغط النفسي وهي: العوامل الأسرية، العوامل الاقتصادية، صعوبة الوظيفة، منافسة الزملاء والمناخ التنظيمي مع أداء الممرضين (الإبداع والابتكار، القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرار).

ولقد تمثّل مجتمع الدراسة في الممرضين العاملين في مستشفى الملك عبد الله في مدينة إربد بالأردن، وتم اختيار عينة عشوائية تتكون من 120 ممرض.

باستخدام الإحصاء الوصفي ومعامل الارتباط، تبين أن عوامل الأسرة لم تكن متغيراً ضاعطاً حسب وجهة نظر أفراد العينة وليس هنالك علاقة بين هذا المتغير ومستوى أداء الممرضات، في حين كانت هناك علاقة إيجابية كبيرة بين مصادر الضغوطات الأربعة الأخرى والأداء على النحو التالي: المناخ التنظيمي كان له أكبر تأثير على الأداء لتليه العوامل الاقتصادية، ثم صعوبة الوظيفة وأخيراً منافسة الزملاء (Al-khasawneh A. et al., 2013, p. 267).

من جهتهم قام كلٌّ من (Gershon, Stone, Zeltzer, Faucett, Macdavitt, Chou, 2007) بدراسة بعدية واسعة شملت ما يناهز 1414 مقالة نُشرت في الفترة الممتدة ما بين 1997-2007، والتي تناولت تأثيرات الضغط المهني على الصحة الجسدية والنفسية ونوعية الحياة في العمل للممرض وذلك على المدى الطويل، وهذا من منظور أن التوظيف النفسي والفيزيولوجي ذو علاقة مباشرة مع طريقة إدراك الممرض لنوعية الحياة.

ولقد أراد هؤلاء الباحثون من خلال هذه الدراسة فحص العلاقة بين نوعية حياة العمل وكل من:

- ◀ التعرض للدم ومختلف السوائل البيولوجية.
- ◀ الاضطرابات العضلية العظمية.
- ◀ الانهالك المهني.

ومن أهم الاستنتاجات التي توصلت إليها هذه الدراسة من خلال البحوث التي ارتكزت عليها، هي أن نوعية حياة العمل بالمستشفى يمكن أن تكون ذات تأثير سلبي أو ايجابي على صحة الممرضين. (Kohler M., 2010, p. 25).

أما دراسة (Morikawa, 2005) باليابان، فلقد سمحت ببحث آثار الضغط المهني على وظيفة الخلايا القاتلة الطبيعية التابعة للجهاز المناعي (NK) لدى الممرضات، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن عبئ العمل الكمي كان أقوى منبئ لتدهور الدور الذي تلعبه هذه الخلايا وكذلك لحدوث الانهالك المهني، كما أن نسبة الكورتيزول اللعابي كانت متناسبة مع شدة الضغط المهني المدرك.

ووجدت الدراسة التي أجراها (Piko, 2005) في المجر على عينة مكونة من 201 موظفا في الرعاية الصحية المجرية (من بينهم 112 ممرض)، أن هؤلاء الأفراد أصيبوا بالاحتراق النفسي بسبب تعرضهم المستمر ولفترات طويلة للضغط المزمن المرتبط بالعمل، حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن الاحتراق النفسي (خاصة بعد الانهالك الانفعالي) يؤثر سلبا وبشدة على الرضا الوظيفي لدى الممرضين وغيرهم من العاملين في الرعاية الصحية.

إضافة إلى ذلك، توصلت هذه الدراسة أيضا إلى أن هناك زيادة ملحوظة في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية لدى الممرضين الذين شهدوا مستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي وصراعا في الأدوار. أما الدراسة التي أجراها كل من (Stacciarini & Troccoli, 2004) في البرازيل على عينة مكونة من 461 ممرض بهدف التعرف على العلاقة بين كل من الضغط المهني، الرضا الوظيفي، الحالة الصحية للممرض، التفكير البناء واستراتيجيات المواجهة، فقد أسفرت على وجود علاقات ايجابية بين الضغط المهني واعتلال الصحة الجسدية والنفسية.

كما أظهرت النتائج أيضا أن الضغط المهني له ارتباط سلبي مع الرضا الوظيفي، كما أن شدة الضغط المهني تؤثر سلبا على طريقة إدراك الممرض لحالته الصحية.

(Kohler M., 2010, p.p. 30-31).

نستنتج من خلال عرض نتائج الدراسات السابقة، أن الضغط المهني له علاقة وطيدة مع نوعية الحياة المهنية وأوجهها المتعددة، حيث أشار الباحثون إلى أنه يمكن أن يكون للعمل تأثير إيجابي على الصحة والرفاهية الذاتية، عندما تكون متطلبات الوظيفة ملائمة وفي حدود إمكانيات وقدرات الفرد العامل، وعندما يتمتع هذا الأخير بدرجة مناسبة من الاستقلالية وعندما يكون أيضا مناخ العمل الذي يزاول نشاطه فيه مواتيا، حينها يمكن للعمل أن يُعطي المعنى والغاية للحياة، ويُمكنه كذلك أن ينظّم الحياة اليومية ويجعلها أكثر ثراء، ويساعد على تحقيق الهوية لدى الفرد واحترام أفضل للذات والاستفادة بفعالية من الدعم الاجتماعي.

من ناحية أخرى، عندما تكون ظروف العمل خصائص مُعاكسة، فمن المحتمل، على المدى البعيد، أن تُسبب في حدوث مشاكل صحية أو أن تُسرّع من وتيرة وقوعها أو تُسبب في ظهور الأعراض. فعندما يتعرض شخص ما لضغوطات متواصلة في الوسط المهني، قد تظهر لديه ردود فعل انفعالية سلبية مثل القلق، الاكتئاب أو الانهك. من جهته، يمكن للضغط المهني أن ينشأ بتفسير معرفي خاطئ لظروف العمل التي يعتبرها الشخص كمثيرات مُهددة بالنسبة له.

من ناحية أخرى، يمكن أيضا أن تُؤثر ضغوط العمل على السلوك الصحي، وهكذا، فإن بعض الأفراد سوف يُدخنون أكثر، أو يأكلون بشراهة (النهم العصبي)، أو يتعاطون الكحول، أو يتببّون سلوكيات محفوفة بالمخاطر (أثناء العمل، أثناء القيادة...)، هذه السلوكيات يمكن أن تؤدي إلى المرض أو حتى الموت، والانتحار هو مجرد مثال عن ذلك، ناهيك عن تأثر الفرد من الناحية الفيزيولوجية: ضغط الدم المرتفع أو معدّل ضربات القلب غير المنتظم، توتر على مستوى العضلات وآلام في الرقبة والرأس، حرقة المعدة...

وهكذا، فلقد تبيّن أن الضغط المهني يمكن أن يؤثر تقريبا على جميع جوانب نوعية الحياة في العمل، خاصة كل ما هو متعلق بالصحة، حيث أنه يمكن أن يؤدي إلى الاضطرابات الأكثر تنوعا، والشعور بالضيق، إضافة إلى آثاره المعرفية التي تظهر على شكل صعوبة في التركيز واكتساب وتعلم مهارات جديدة والإبداع واتخاذ القرارات.

كما تتعلق أيضا الآثار الأخرى للضغوط المهنية بحوادث العمل، حيث أنه من الأرجح أن يتجاهل العاملون المثقلون بمهام صعبة والذين يعايشون التشویش والاحباط في الوسط المهني احتياطات السلامة، أو يأخذون مخاطر غير ضرورية ويتجاهلون الخطر الوشيك، ولكن كل هذا يؤثر أيضا سلبا على المؤسسة ككل، مثل ضعف المردودية والإنتاجية وعدم تحقيق أهدافها المسطرة.

نتيجة سلبية أخرى خاصة بالضغط المهني يمكن أن يلحق ضررا بنوعية الحياة المهنية تتمثل في الاحتراق النفسي، والذي ينجر عن التعرض المستمر لفترات طويلة للتوتر والضغط في مكان العمل، حيث يمكن أن يؤدي ذلك بدوره إلى صعوبة لدى الفرد للفصل بين حياته المهنية والاجتماعية والأسرية، وبذلك يتحكم الضغط المهني تدريجيا بشتى مجالات الحياة الأخرى، إلى أن يصبح متعلقا بحياة الفرد مما قد يتسبب لديه في مشاكل اجتماعية وأسرية...

ومع ذلك، فإن الاحتراق النفسي ليس دائما نتيجة للضغط المهني في حد ذاته، وإنما يرجع ذلك أيضا إلى سوء إدارة وتسيير ذلك الضغط، حيث يجد العامل نفسه، على وجه الخصوص في المهن التي تتطلب التواصل والتعامل والاحتكاك مع الآخرين (مثل المستشفيات)، في مواجهة مع حالات الطوارئ بصفة مستمرة، بالتالي يتعين عليه استثمار طاقاته وقدراته لأقصى درجة ممكنة في العمل على مدى فترة زمنية طويلة نسبيا، مع التزام شخصي، انفعالي وعاطفي معتبر، هذا الاستثمار الذي قد لا يجد في المقابل الاعتراف به ومكافأته من قبل الآخرين (الزملاء، رؤساء العمل والمشرفين...).

2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية:

جاء في الفرضية الثانية من الدراسة الحالية أنه "توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، حيث أسفرت نتائج التحليل الاحصائي (معامل ارتباط بيرسون) أن هناك ارتباط سلبي دال احصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام ودرجة إدراك الضغط المهني، وهذا يعني أنه عند استعمال هذا النوع من الاستراتيجيات لمواجهة الضغط المهني، فإن هذا الأخير سيتجه نحو الانخفاض، وارتباط ايجابي دال احصائيا بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ودرجة إدراك الضغط المهني لدى أفراد العينة.

ومن خلال الاطلاع على الأدب النظري الذي عالج هذا الطرح، نجد أن الكثير من الدراسات اتفقت مع النتائج الحالية التي توصلنا إليها.

لقد اتفق الباحثون على أن الممرضون معرضون لمصادر متعددة ومتفاوتة الشدة للضغط المهني، خاصة بالنسبة لأولئك الذين يفتقرون إلى الدعم والتدريب المستمر للتعامل مع التغيرات المستمرة التي تطرأ على التكنولوجيات الحديثة المتعلقة بالعلاجات الطبية، ما يعرضهم للإرهاق الجسدي والنفسي المرتبط برعاية المرضى.

في دراسة ل (Hinds et al., 1994) حول الصعوبات التي يعاني منها الممرضون المبتدئون (الذين تم توظيفهم حديثا)، توصلوا إلى تحديد أهم هذه الصعوبات في المسؤوليات المهنية العالية المناطة إليهم، عدم التأكد بشأن فعالية النظام العلاجي المتبع والأدوية المستعملة لدى المرضى ونتائجها، المخاوف/الإحباط الناجم عن التعامل مع المواقف الصعبة والطارئة.

ولقد تبين أيضا بأن الممرضون الذين لم يتمكنوا من التعامل بفعالية مع الضغوط المهنية التي تعرضوا لها خلال الفترات الأولى من عملهم، استقالوا من وظائفهم، في حين وُجد أن الممرضون الذين واصلوا أداء مهامهم وكانوا لا يزالون يعملون بعد مرور عام واحد من توظيفهم، تمكنوا من التعرف على طبيعة الضغوط التي يواجهونها وكان لديهم القدرة على التعامل معها بشكل أفضل، مما يشير إلى أن القدرة على التعامل بنجاح مع الضغوط المهنية هو عامل حاسم في الاحتفاظ بالممرضين وتقادي دوران العمل.

ومن أهم الاستراتيجيات التي كانت تُستخدم في الغالب من طرف الممرضين اللذين واصلوا عملهم في هذه المهنة هي: التخطيط لحل المشكلة، تقبل المسؤولية وإعادة التقييم الإيجابي للموقف الضاغط.

كما أن هؤلاء الممرضون اللذين يتبنون هذه الاستراتيجيات أدركوا أيضا قدرا أقل من الضغط المهني، مما يشير إلى أن هذا الأخير كان مرتبطا سلبيا مع هذه الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل، في حين شهد الممرضون المبتدئون الذين اعتمدوا على الاستراتيجيات المركزة على الانفعالات ضغط مهني أكثر شدة.

وجدت دراسة أخرى ل (Dos Santos & Carolino, 2013)، وهي دراسة طولية أُجريت على ممرضين عاملين على مستوى وحدات علاج الأورام السرطانية في البرازيل، تمت متابعتهم منذ بداية توظيفهم إلى غاية اكتسابهم لخبرة مهنية في ميدان التمريض، حيث ركزت على استراتيجيات المواجهة المستعملة من قبلهم، وجدت أن الممرضين الذين تمكنوا من البقاء وصمدوا في هذه الوحدات التي تُعَرَف بظروفها المهنية الضاغطة وتمكنوا من اكتساب الخبرة في هذا الميدان هم الذين استخدموا منذ بداية توظيفهم استراتيجيات أكثر تركيزا على حل المشكل (التخطيط، التفاعل النشط، تقبل المسؤولية وإعادة التقييم الإيجابي للوضعية الضاغطة) أثناء تعاملهم مع الضغط المهني.

(Ebstein M., 2015, p.p. 88-90).

دراسة كل من (Mark G. & Smith A. P.) بعنوان "الضغط المهني، خصائص الوظيفة، استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى الممرضين"، حيث بحثت هذه الدراسة العلاقات بين الخصائص الوظيفية لمهنة التمريض واستراتيجيات المواجهة ومستويات القلق والاكتئاب لدى الممرضين، ولقد تكونت عينة البحث من 870 ممرض من جنوب إنجلترا.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة مفادها أن استراتيجيات المواجهة السلبية مثل التأنيب الذاتي، الهروب/التجنب والتفكير بالتمني (أحلام اليقظة) أظهرت ارتباطات ايجابية مع القلق والاكتئاب، وذلك بارتباط قُدر على التوالي ب (0.28) و(0.48) في حين أظهرت استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية مع الاكتئاب.

بالإضافة إلى الخصائص الوظيفية التي تتميز بها مهنة التمريض، من المهم أن نفهم كيف يمكن أن يؤثر الاختلاف بين الأفراد على كيفية تعاملهم مع عوامل الضغط في العمل (Cox & Ferguson, 1991).

فالنظريات التفاعلية للضغط والمواجهة (مثل نظرية فولكمان ولازاروس، 1980)، تركز ليس فقط على الخصائص المهنية لمحيط العمل، ولكن أيضا على التصورات الذاتية للفرد تجاه الضغوطات والاختلافات الفردية في طرق التعامل معها، كيفية تصوّر المشاكل، الخبرات السابقة ونوع الشخصية وما إلى ذلك، كل هذا يلعب دور أساسي على طريقة إدراك الفرد للضغط في مكان العمل.

فهذا النموذج اقترح أن الأفراد يقيّمون العوامل المحيطة الضاغطة، بما في ذلك مستوى التهديد والنتائج المحتملة (التقييم الأولي)، ثم وضع خطط ملائمة للتعامل مع هذه الضغوط باستخدام أساليب المواجهة المعروفة لديهم والخبرة السابقة (تقييم ثانوي)، ومن ثم الشروع في عملية التكيف.

ولقد تم وصف "استراتيجيات المواجهة" على أنها أيّ جهد فكري أو سلوكي لإدارة أو تقليل أو قبول الأحداث التي يعتبرها الأفراد بمثابة تهديد محتمل لرفاهيتهم الذاتية، وأن المواجهة لا تعني دائما النجاح في التعامل مع الحالات الضاغطة، كما يمكن أن تكون استجابات المواجهة للضغط غير فعالة.

فقد تشمل هذه الطرق حل المشكلات، اللوم الذاتي، الهروب/التجنب، التفكير بالتمني (أحلام اليقظة)، طلب التوجيه والدعم... لذلك فإن استراتيجيات المواجهة لها دور مزدوج، فهي من جهة كسيرورة متواصلة للتكيف، ولكن أيضا كمتغير فارقي يميّز بين الأفراد، وذلك عندما يتم تبني هذه الاستراتيجيات (أثناء فترات التفاعل) بصفة ثابتة أو متغيرة تدريجيا بمرور الوقت. فحسب العديد من الباحثين (من أهمهم لازاروس وفولكمان) فإن استراتيجيات المواجهة يمكن اعتبارها كمتغيرات تدخل في عملية تحديد الفروق الفردية بين الأشخاص.

وترى (فولكمان وزملاؤها، 1986)، أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على حل المشكلة (والتي تسمى أنواع التكيف الإيجابي) أبدت ارتباطات بمستويات أقل من النتائج المتعلقة بالصحة السلبية، في حين ارتبطت استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعالات (أو أنواع التكيف السلبي) مثل اللوم الذاتي، التمني أو الهروب/التجنب مع زيادة أعراض الصحة السلبية.

على سبيل المثال، وجد (Healy & McKay, 2000) أن استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب تنبأت بصحة نفسية سيئة لدى المرضى، وأن استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل ارتبط ارتباطا إيجابيا بالرضا والصحة، في حين اختلفت النتائج بالنسبة للعلاقة بين استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي والتوجيه مع الحالة الصحية (Mark G. & Smith A. P., 2011, p.p. 01-03).

دراسة (Olayinka A. et al.) بعنوان "إدارة الضغط المهني لدى الممرضين في مستشفى ولاية إيدو بنيجيريا"، وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهم مصادر الضغط المهني، آثاره واستراتيجيات إدارته لدى هؤلاء الممرضين، وتم اختيار 100 ممرض عامل على مستوى هذا المستشفى.

وكشفت نتائج الدراسة أن الأسباب الرئيسية للضغط المهني الذي يعاني منه الممرضون جاءت بالترتيب كالتالي: رواتب ضعيفة، ارتفاع عدد المرضى مقارنة بالممرضين ونقص الحوافز، انعدام الأمن الوظيفي حيث أشار معظم المبحوثين لسلوكيات العنف كسبب للتوتر وكذا المضايقات الصادرة من المرضى وأقاربهم.

أما الآثار الرئيسية للضغط المهني التي ظهرت لدى هؤلاء الممرضين فهي: الصداع، الغضب وسرعة الاستثارة، الأرق والتعب كنوع طبيعي للإجهاد، إضافة إلى كثرة النسيان ونقص التركيز.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه (Peterson, 2004)، حيث خلصت دراسته إلى أن من بين الممرضين اللذين تم فحصهم، كان واحد من كل خمسة منهم عُرضة لخطر المشاكل الصحية المرتبطة بالضغط المهني، واثنين من خمسة يعانون من الضيق بسبب الكثير من الضغط أو التعب الذهني في العمل، ومن المعروف أن الإرهاق يؤدي إلى اللامبالاة، ارتفاع نسبة ارتكاب الأخطاء واحتمال حدوث إصابة أثناء ممارسة العمل سواء على الممرض أو المريض، كما أن معظمهم عانوا من سرعة الغضب والإحباط والسلوك القهري كنتيجة للإجهاد العاطفي.

فيما يخص استراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل أفراد عينة هذا البحث، فلقد تبين أن الممرضين اللذين يعتمدون على الاستراتيجيات التالية: تخصيص فترات للاستراحة، ممارسة تمارين للاسترخاء والتأمل، التعبير عن المشاعر بدلا من كبتها، إدارة الوقت بشكل أكثر فعالية، وتعديل اتجاهاتهم ومواقفهم من العوامل الضاغطة كطرق أخرى لإدارة الضغط المهني، ظهرت لديهم مشاكل صحية نفسية أقل مثل القلق والاكتئاب والشعور بعدم الكفاءة.

(Olayinka A. et al., 2013, p.p. 479-480).

من خلال مراجعة الدراسات السابقة لدى الممرضين العاملين على مستوى المستشفيات بمختلف الدول، وُجد أنه على الرغم من أن مصادر الضغط المهني وطريقة إدراكها مختلفة من بلد لآخر ومن ثقافة لأخرى، إلا أن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والبحث عن الدعم الاجتماعي هما الاستراتيجيتين الأكثر استخداما من قبلهم والأكثر فعالية.

حيث وجد (Chang et al., 2006) أن استراتيجيات المواجهة الثلاثة الأكثر شيوعاً لدى الممرضين الأستراليين هي: التخطيط لحل المشكلات، ضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي. بالنسبة للممرضين الصينيين: إعادة التقييم الإيجابي للمواقف الضاغطة، ضبط النفس، والبحث عن حل فعال للمشكلات، أما لدى الممرضين اليابانيين: ضبط النفس، البحث عن الدعم الاجتماعي، وحل المشكلات بطريقة مدروسة.

من جهته أشار كلٌّ من (Welbourne et al., 2007) و (Xianyu & Lambert, 2006) إلى أن الممرضون يستخدمون أساليب أكثر تركيزاً على حل المشكلات بدلاً من التعامل مع العواطف. ووفقاً لما توصل إليه (Lambert et al., 2004)، فإن الممرضين اللذين خططوا سابقاً للتخلي عن مهنة التمريض، خلصوا إلى أن قبول المسؤولية وعدم اللجوء للتجنب والهروب أمام الوضعيات الضاغطة هما أفضل استراتيجيات للمواجهة.

كما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها (Lee, 2003) إلى وجود علاقة عكسية بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والضغط المهني، وارتباط إيجابي مع الحالة الصحية المدركة. من جهته اقترح (Healy & McKay, 2000) أن الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة مرتبطة بصحة نفسية أفضل عند التعامل مع الضغط المهني، في حين أشار (Boey et al., 1997) إلى أن الممرضون في سنغافورة يفضلون الاستراتيجيات التي تعتمد على المساعدة الذاتية (self-help coping) على البحث عن الدعم الاجتماعي من الممرضين الآخرين أو المشرفين.

وأفاد الممرضون في المناطق الحضرية الأمريكية وفقاً ل (Bowman & Stern, 1995) أن استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل مع الضغوطات المرتبطة بالعمل، تعتمد على الخصائص الفردية والتجربة السابقة الناجحة في وضع مماثل (Alhajjar B. I., 2013, p.p. 86-87).

دراسة (Teixeira et al.) بعنوان "الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة لدى المتخصصين في ميدان التمريض العاملين في المستشفيات"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحليل مستوى الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل فنيي التمريض ومساعدتي التمريض في مستشفى جامعي. بالنسبة للضغط المهني الذي تم قياسه من خلال تطبيق مقياس الضغط في العمل (JSS)، أكد ما نسبته (88.4%) من الممرضين المشاركين في الدراسة أنهم يعملون تحت ضغط مهني مرتفع، من بينهم (21%) لديهم تحكم منخفض على مطالب العمل و (35.2%) أظهروا دعماً اجتماعياً منخفضاً.

إن المهام المنجزة في ظل مطالب العمل المرتفعة والشعور بتحكم ضعيف في ظروف العمل ضار بصحة الأفراد العاملين ويمكن أن يثير غالبية ردود الفعل السلبية تجاه العمل، حيث أظهرت بحوث سابقة على أخصائيي التمريض العلاقة بين العمل في ظل ارتفاع مطالب المهنة ونسبة حدوث الأمراض النفسية.

فيما يخص استراتيجيات المواجهة المستعملة من قبل أفراد عينة هذه الدراسة، فلقد تبين أن الاستراتيجيات الأكثر استخداماً هي التي تركز على المشكلة (60%)، حيث أبدت هذه الاستراتيجيات توافقاً مع الطرق النشطة للتفاعل مع الوضع الضاغط، لأن المواجهة التي تركز على حل المشكلة تهدف إلى علاج الوضع المثير للإجهاد.

أما الفئة الثانية من استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداماً من قبل هؤلاء المرضى فهي الممارسات الدينية والروحية، وذلك بنسبة (21.3%)، حيث أنها من بين الاستراتيجيات التي تُستخدم لتخفيف حدة التوتر، إلا أنها تعتبر مُسكنة فقط، لأنها لا تتطوي على جهود فعالة لحل المشكلة نفسها.

فيما يتعلق بالاستراتيجيات التي تُركز على حل المشكلة، فإن الارتباط السلبي مع الضغط المهني يوحي بأن هذه الاستراتيجيات يمكن أن تعمل كعوامل وقائية للتوتر النفسي الناجم عن هذا الضغط، كما اقترح الباحثون أنه قد تكون هذه النتيجة مرتبطة بالحقيقة التي مفادها أنه عندما يستخدم الأشخاص استراتيجيات التركيز على المشكلة، فإنهم يقيّمون الوضع الضاغط على أنه قابل للحل، وبالتالي يقومون بتعبئة كل الموارد الداخلية والخارجية المتوفرة التي من شأنها مساعدتهم في سبيل إيجاد حل للضغط، وهذا ما يؤدي بدوره إلى فقدان المشكلة لصعوبتها الكبيرة المدركة، وبالتالي سهولة التعامل مع حالات مماثلة في المستقبل (Teixeira C. et al., 2016, p. 317).

هناك العديد من الأدلة التجريبية التي تدعم العلاقة بين الضغوط في مكان العمل واستراتيجيات المواجهة المتبعة لدى عينات مختلفة من المرضى.

فدراسة (Chang et al., 2007) لغرض التحقق في ما إذا كانت استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة والمركزة على الانفعال مرتبطتان بالصحة الجسدية والعقلية لدى 328 ممرض أسترالي و190 ممرض نيوزيلندي، وهي الدراسة التي تم فيها قياس الضغط في مكان العمل باستخدام مقياس الضغط النفسي للمرضى (NSS) وقياس استراتيجيات المواجهة باستخدام مقياس (WAYS)، حيث أظهرت نتائجها أن أساليب المواجهة لم تكن مرتبطة بالصحة البدنية، في حين كانت هذه الاستراتيجيات

منبئا هاما لمستوى الصحة العقلية، حيث أن $R = 0.48$ مع تعديل $R^2 = 0.22$ (وهذا يعني أن النموذج قد توقع (22%) من التباين في مستويات الصحة العقلية).

نتائج الانحدار للتنبؤ بالصحة العقلية كشفت أيضا أن الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال كانت مرتبطة سلبا مع مستوى الصحة العقلية ($r = -0.34, p < 0.01$) في حين كان التعامل مع المشاكل مرتبطا بشكل إيجابي ولكن ليس بدرجة كبيرة مع مستوى الصحة العقلية ($r = 0.09$).

من جهتهم، قيم كل من (Le Sergent & Haney, 2005) الضغط في مكان العمل واستراتيجيات المواجهة المستعملة (التي تركز على المشكل أو الانفعالات) لدى عينة مكونة من 87 ممرض في مستشفى ريفي بكندا، حيث تم استخدام (WAYS) لقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس (NSS) لقياس تواتر وأهم مصادر الضغوط المتكررة في العمل.

وكشفت النتائج في هذه الدراسة عن وجود علاقة إيجابية أقوى بين الضغط المهني والاستراتيجيات التي تركز على الانفعال ($r = 0.37, p < 0.05$) مقارنة مع علاقة الضغط المهني بالاستراتيجيات المركزة على المشكل ($r = 0.27, p > 0.05$)، مما يعني أن الممرضون اللذين شعروا بضغط مهني أكبر هم أكثر اعتمادا على الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

(Ebstein M., 2015, p.p. 24-25).

دراسة (Hasan Abd Alhadi) بعنوان "الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة ومستويات حدوث الاكتئاب لدى الممرضين العاملين بمستشفى الصحة العقلية بمدينة بور سعيد"، حيث انطلق الباحث من حقيقة أن الممرضون العاملون على مستوى وحدات الطب العقلي يواجهون مجموعة واسعة من الأحداث الضاغطة، التي تنجم من رعاية المرضى الذين يمكن أن يكونوا عنيفين وتتكسر لديهم النوبات العقلية والانتكاسة المتكررة، وهو الأمر الذي يؤثر على أبعاد متعددة لحياة الممرضين والصحة الجسدية والعقلية لديهم.

كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم مستوى الضغط المهني الذي يعيشه هؤلاء الممرضين، واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها ودرجة الاكتئاب لديهم، حيث تم جمع البيانات من عينة مكونة من 250 ممرض يزاولون نشاطهم في مستشفى الصحة العقلية المتواجد بمدينة "بور سعيد" المصرية.

وكشفت النتائج أن الممرضون العاملون في هذه المؤسسة الاستشفائية لديهم مستويات معتدلة من الضغط المهني والاكتئاب، فضلا عن استخدامهم لاستراتيجيات مواجهة مختلفة.

بالنسبة لمصادر الضغط المهني لدى هؤلاء الممرضين، فلقد تبين أن من أكثرها تسببا للضغط هو التعامل مع الإساءة الجسدية واللفظية والتهديد الصادرين عن المرضى، وبعدها يأتي عدم كفاية التكوين والتدريب اللازمين للعمل مع المرضى العقليين، وكذلك التعامل مع المرضى الذين يُقدمون على الانتحار بصفة متكررة.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن استراتيجيات المواجهة النشطة (المركزة على المشكل) ذات تأثير دال إحصائيا على مستوى الضغط المهني والاكنتاب بين هؤلاء الممرضين، حيث ينتج انخفاض في الضغط المهني المدرك ومستوى الاكنتاب لديهم عن طريق التفاعل بين هذه الضغوطات التي تصادفهم أثناء أداء مهامهم واستخدامهم لهذا النوع من الاستراتيجيات (Hasan A. A., 2017, p. 01).

دراسة (Haslinda, A. & Tsuey Tyng) بعنوان: "الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين العاملين في مستشفى خاص بماليزيا"، حيث ركزت هذه الدراسة للاطلاع على المحيط المهني الذي يتميز به القطاع الاستشفائي الخاص، وكذا أهم المشاكل التي يواجهها الممرضون العاملون على مستوى هذه المستشفيات الخاصة واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمونها للتعامل معها، حيث أن القطاع الخاص يختلف عن المستشفيات العمومية خاصة من حيث المنافسة وأنه يركز على المداخل التي يتحصل عليها، وبالتالي ضرورة أداء المهام العلاجية بطريقة متقنة للتمكن من كسب رضا المستفيدين من خدماته، ولقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 301 ممرض وممرضة عاملين على مستوى هذا المستشفى.

ولقد وجد الباحثون الذين أجروا هذه الدراسة أن إدارة هذا المستشفى تستخدم ما أطلقت عليه تسمية "سياسة الباب المفتوح" مع أفراد الطاقم الطبي، حيث يمكن للممرضين مشاركة مشاكلهم والادلاء باقتراحاتهم للإدارة والمشرفين، حيث نجحت هذه الاستراتيجية في مشاركة الموظفين في عملية صنع القرار والحدّ من أي تهديد أو قلق يرتبط بقضايا التوتر المحتمل التي يمكن أن تكون مصدرا للضغط في مكان العمل.

ولقد أوضحت النتائج أن هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والضغط المهني، حيث فُدرت نسبة هذا الارتباط ب $(r = -0.51)$.

بشكل عام، ركز الباحثون في دراساتهم التي بحثوا من خلالها مختلف استراتيجيات المواجهة التي يمكن استعمالها أمام الضغوط المهنية على المصادر والموارد الداخلية والخارجية للفرد التي تساعد في التغلب على الإجهاد.

عموماً، اتفق الباحثون على أن هناك ثلاثة إجراءات لتحقيق المواجهة المركزة على المشكل الفعالة مع ضغوط العمل وهي:

- ◀ يجب أولاً على الفرد أن يحاول توقع المصادر المحتملة للضغوط قبل حدوثها.
 - ◀ إعداد خطط واقعية وملائمة لهذه الضغوط الوارد حدوثها في مكان العمل.
 - ◀ ثم يتعين على الفرد محاولة الحد من الإثارة الجسدية الناجمة عن هذه الضغوطات مثل ممارسة تمارين التأمل والاسترخاء، وفتح مجال للتعبير عن هذه المشاكل مع الزملاء والمشرفين لبحث الحلول الملائمة لها بشكل جماعي، فمن الضروري أن يمتلك الفرد القدرة على فصل الحقائق عن العاطفة من أجل تقليل التأثير الانفعالي للضغوطات.
- من جهة أخرى، توصلت الأبحاث السابقة إلى نتائج متباينة فيما يتعلق بنوع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الممرضون عند التعامل مع ضغوطات العمل.
- على سبيل المثال، وجد (Lambert et al., 2004) أن الممرضون في مستشفيات اليابان يميلون إلى استخدام ضبط النفس كآلية للمواجهة، في حين فضل الممرضون من كوريا الجنوبية استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي للأحداث المهنية الضاغطة، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فلقد استخدم الممرضون بصفة أكبر استراتيجيات حل المشكلة.
- وفقاً ل (O'Brien & DeLongis, 1996) يميل الممرضون بشكل عام إلى استخدام آليات المواجهة المركزة على حل المشاكل (Haslinda, A. & Tsuey Tyng, 2016, p.p. 474-475).
- أما (Nayomi W., 2016) فلقد أوضح أن الممرضون اللذين استخدموا استراتيجيات غير فعالة للمواجهة مثل كبت الانفعالات وعدم التعبير عن المشاكل التي يواجهونها، كانوا أكثر عرضة لخطر المعاناة النفسية مقارنة مع اللذين استخدموا استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية.
- وأوضحت هذه الدراسة أن معظم الممرضين أفادوا بأنهم يتعاملون مع الضغط المهني عن طريق تعديل المعتقدات السلبية وتبنيهم لتصورات ايجابية تجاه مهنتهم، وهذا بتذكيرهم بأن العمل سيكون محل تقدير، وأن يكون لديهم الثقة في قدراتهم الخاصة للقيام بعمل جيد والتغلب على المشاكل والعراقيل المحتملة والرضا المستمد من رؤية أداء مهمة حتى الانتهاء، كل هذه الاستراتيجيات تهتم بالمواقف والتصورات الإيجابية تجاه الذات والعمل.

وقد يُفسر هذا من خلال حقيقة أن التمريض هو مهنة إنسانية نبيلة، حيث أن توفير الرعاية للمرضى له تأثير إيجابي وروحي على الممرضين، وهو الأمر الذي يشجعهم أكثر على توفير الرعاية المثلى للمرضى بقدر ما يستطيعون.

هناك تفسير آخر متعلق بالجانب الروحي، وهو مواجهة المشاكل المهنية عن طريق التشجيع والتذكير الذاتي أن ما يفعله الممرض في مهنته في سبيل مساعدة الأشخاص المرضى للشفاء والتخفيف من معاناتهم سيكون موضع جزاء اعتقاداً من أن الله سيكافئنا على ما نقوم به من عمل جيد، حيث يتفق هذا مع ما جاءت به الكثير من الدراسات التي أُجريت في البلدان الإسلامية، التي حددت ذلك كاستراتيجية مواجهة مع ضغط العمل.

ويتطابق هذا مع الدراسة التي أجراها (Moustaka & Constantinidis) على مصادر وتأثيرات الضغط المتصل بالعمل في التمريض، وذكرت أن الضغط المهني قد يسبب مشاكل نفسية مثل القلق والاكتئاب ومشاعر عدم الكفاءة.

وفي هذا الصدد، كان الانخفاض في استخدام استراتيجيات المواجهة التكيفية مرتبط سلباً بسلامة الصحة العقلية.

وفي نفس السياق، ذكر (Yoshizawa et al., 2016) أن أعلى درجات الضغط المهني لدى الممرضين كانت مرتبطة بدرجات منخفضة من مهارات التكيف مع المحيط المهني.

(Hasan A. A., 2017, p.p. 06-07).

دراسة (Happell R.N. et al.) بعنوان "كيف يتعامل الممرضون مع الضغط المهني خارج أماكن عملهم"، حيث انطلق الباحثون من افتراض أن الضغط المهني لا يؤثر على الممرضين في مكان العمل فقط، بل يمكن أن يمتد تأثيره لباقي جوانب الحياة الأخرى مثل الحياة الأسرية...

ولقد شارك في هذه الدراسة 38 ممرض وممرضة يزاولون عملهم على مستوى مصالح حساسة مختصة في تقديم الرعاية الصحية المكثفة.

ولقد تساءل في البداية مُعدوا هذه الدراسة ما إذا كانت الدراسات السابقة قد تناولت وأحاطت بجميع (أو على الأقل بأغلب) الاستراتيجيات التي يلجأ إليها الممرضون لمواجهة الضغط المهني الذي يتعرضون له.

ولقد أسفرت الدراسة الحالية على أن الممرضون يستخدمون مجموعة أوسع بكثير من استراتيجيات المواجهة التي ركزت عليها الأدبيات السابقة الخاصة بها، حيث أشار هذا الباحث وزملائه إلى أن الطريقة الاختزالية المتبعة في هذه الأدبيات والتي تهدف إلى تصنيف استراتيجيات المواجهة بأكثر الطرق المختصرة، يبدو أنها لا تشمل باقي الاستراتيجيات المتنوعة التي يتم استخدامها من طرف الأفراد أمام الظروف الحرجة.

من خلال هذه الدراسة، تم تحديد العديد من استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الممرضون المشاركون في هذه الدراسة خارج مكان العمل، كنتيجة للضغوط التي يعيشونها أثناء ممارسة مهامهم في المستشفيات من أهمها: شرب الكحول والتدخين واستخدام النوادي الاجتماعية للموظفين، استخدام مواقع الشبكات الاجتماعية، ممارسة الأنشطة العائلية والمنزلية والأنشطة في الهواء الطلق، تجنب الأشخاص والانعزالية والنوم...

كما يظهر من خلال نتائج هذه الدراسة، فإن الممرضون يستخدمون استراتيجيات ايجابية تساعدهم في التخلص أو، على الأقل، التخفيف من حدة الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط العديدة التي يعيشونها على مستوى أماكن عملهم، من أهمها:

◀ **البحث عن الدعم الاجتماعي:** حيث ذكر بعض الممرضين أن العلاقات الاجتماعية مع

الزملاء والأصدقاء كانت طريقة ملائمة للتعامل مع الإجهاد المرتبط بالعمل. وأفاد كبار موظفي التمريض أنهم يلجئون لاستخدام النوادي الاجتماعية للموظفين من أجل التخفيف من وطأة ضغوط العمل والاسترخاء، بينما أفاد بعض موظفي التمريض الأصغر سنا عن استخدام مواقع الشبكات الاجتماعية لأهداف مماثلة.

◀ **الانخراط في أنشطة أخرى:** ذكر بعض الممرضين، في محاولة لنسيان ضغوط العمل

وتقليل مستويات التوتر المرتبطة به، الاستغراق بأنفسهم في أنشطة أخرى. وتشمل هذه الأنشطة ممارسة هوايات والقيام بأشياء مع أفراد أسرهم والأنشطة المنزلية والتتره في الهواء الطلق...

إلا أن بعض الممرضين كانوا يستخدمون سلوكيات سلبية لمواجهة الإجهاد المتصل بالعمل، لا

تؤدي فقط إلى تفاقم المشاكل لديهم، وإنما تعود أيضا بأضرار صحية ومن بينها:

◀ **استعمال المواد والمؤثرات النفسية:** أشار بعض الممرضين إلى أنهم يقومون بتعاطي

المواد المؤثرة نفسيا، وشرب الكحول في المقام الأول وتدخين التبغ، للتعامل مع الإجهاد

المرتبط بالعمل، وذكر بعض الممرضين أنهم ذهبوا إلى الحانة (لوحدهم أو مع بعض زملاء) لشرب الكحول، بينما فضل آخرون الشرب عندما وصلوا إلى المنزل بعد مغادرتهم العمل، وأشار الممرضون إلى أنهم يدخنون التبغ رداً على حياتهم العملية المُجهدة.

◀ **السلوكيات المعادية للمجتمع:** ذكر بعض الممرضين سلوكيات سلبية كانوا يستخدمونها ويمكن اعتبارها معادية للحياة الاجتماعية من أهمها تجنب الآخرين وسرعة الاستئثار والغضب عليهم، ووصف بعض الممرضين كيف يعمدون لتجنب الآخرين بعد أن عانوا من ضغوط مهنية في مكان العمل، حيث أن هذا النوع من السلوك كان له تأثير سلبي خاصة على أطفالهم وأزواجهم الذين يحتاجون لاهتمامهم.

لقد كانت هذه السلوكيات المعادية للمجتمع مثل الغضب وتوجيه الشتائم للآخرين و "جلب مشاكل العمل إلى البيت" بعض استراتيجيات المواجهة تم تبنيها في البيئة المنزلية التي أثرت سلباً على الحياة الأسرية (Happell R.N. et al., 2013, p.p. 197-198).

من خلال كل ما سبق عرضه من نتائج الدراسات السابقة، يمكننا أن نستنتج أن استراتيجيات المواجهة التي يتبناها الفرد يتم تقييم فعاليتها من خلال التأثيرات والنتائج الوظيفية لها على عوامل محددة مثل الرفاهية الذاتية والصحة البدنية، وبالتالي فإن استراتيجيات المواجهة تُعتبر فعالة أو وظيفية إذا سمحت للشخص بالتحكم أو الحد من تأثير الظروف والعوامل الضاغطة على سلامته الجسدية والنفسية. وهذا يعني أنها لا تُمكن فقط من التحكم في المشكلة أو إيجاد حل لها، بل إنها تسمح كذلك للفرد بتنظيم انفعالاته السلبية، لا سيما معاناته النفسية.

وبخلاف ذلك، يمكن أن تكون استراتيجيات المواجهة غير فعالة أو غير وظيفية، ويتجلى ذلك بالاستجابات الانفعالية، الفيزيولوجية والسلوكية المضطربة لدى الفرد.

وقد حددت الكثير من الدراسات مختلف الضغوطات المهنية التي تواجه الممرضين في العمل، خاصة العاملين منهم في أقسام الاستجالات والطوارئ ومصالح العناية المركزة، التي تتمثل أهمها في نقص الوقت وضرورة إنجاز المهمة في أقصر مدة ممكنة، العوامل التي تُعيق التكفل الأحسن بالمريض (مثل عدم التأكد من نتائج التشخيص، التوتر الناتج عن العمل ضمن فريق، ضيق الممرات وازدحامها...)، شدة الأمراض وخطورتها والتهديدات التي تُشكلها على المعالجين، الحاجة إلى الكفاءة التقنية العالية في هذه المصالح، عدم القدرة على التنبؤ بالمآل العلاجي، غموض الدور أثناء إنجاز المهام

مع غيرهم من المهنيين، الصراع مع الأطباء والزملاء والمشرفين، التمييز واختلاف طريقة المعاملة، عبء العمل، المشاكل العلائقية مع المرضى وعائلاتهم ومرافقيهم وموت المرضى. في حين تناولت دراسات أخرى موضوع استراتيجيات المواجهة والانهك المهني لدى الممرضين، حيث أشارت معظم النتائج إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشاكل من شأنها أن تقي من وقوع الانهك المهني، في حين أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعالات يمكن أن تساهم في حدوثه.

وبالنظر إلى كل هذه المعطيات، يرى الباحثون أنه من الضروري تشجيع وتطوير استخدام استراتيجيات المواجهة الملائمة، لدى الممرضين بشكل عام وأولئك الذين يعملون في العناية المركزة والمصالح الحساسة بشكل خاص، للتمكن من إدارة الضغوط المهنية والوقاية من الإرهاق الذي يمكن أن ينجم عنها، وهذا من خلال وضع برامج تكوينية في هذا الصدد. ويمكن تحقيق ذلك من خلال التدريب أثناء العمل على استخدام استراتيجيات المواجهة المناسبة تجاه الوضعية الضاغطة، خاصة وأن طبيعة هذه الاستراتيجيات القابلة للتعديل والتي تتميز بالمرونة تجعل من الممكن تعلم استعمالها.

3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

التي كان مضمونها أنه: "توجد علاقة ارتباطية سالبة بين الصلابة النفسية بأبعادها ودرجة إدراك الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية".

ولقد أظهرت نتائج التحليل الاحصائي (معامل ارتباط بيرسون) أن هناك ارتباط سلبي دال احصائيا بين كل من الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الالتزام، التحكم والتحدي) ودرجة الضغط النفسي المهني لدى أفراد عينة البحث الحالي، أي أنه كلما ارتفع مستوى الصلابة النفسية بأبعادها أدى ذلك إلى تدني درجة الضغط المهني الذي يشعر به هؤلاء الممرضون، حيث أن الأدب النظري يزخر بدراسات سابقة وبحوث أُقيمت في هذا الاطار، وتوصلت إلى نتائج مماثلة.

وفقا ل (Turnipseed, 1999) قد يكون لعملية دعم وتنمية الصلابة النفسية فوائد محتملة للعاملين في قطاع الرعاية الصحية، حيث أن هذا يسمح بتحديد الأفراد الذين يستطيعون الأداء الجيد في بيئة مرهقة أو قد يكونون أكثر قابلية للتدريب من أجل التعامل الفعال مع الضغط المهني.

لقد أشارت (Kobasa, 1979) إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يشعرون بالفضول بشكل طبيعي ويجدون تجارب حياتهم مثيرة للاهتمام وذات معنى، ويتوقعون أن يكون التغيير هو معيار التطور وحافزا هاما للتنمية. هذه هي الصفات المرغوبة للأفراد الذين يعملون في بيئة سريعة التغير (مثل بيئة المستشفى)، حيث يقومون بتقييمات إدراكية ايجابية تتميز بالتفاؤل، لذا ينظرون إلى التغيير على أنه أمر طبيعي ومفيد وذات معنى.

ولتسهيل التطبيق العملي لـ "الصلابة النفسية كمهارة"، تم تطوير برنامج تدريبي ذات صلة وتم اختباره بشكل أولي (Maddi, Kahn & Maddi, 1998)، ووفقا ل (Maddi, 1999) فإن برنامج التدريب على الصلابة النفسية يشمل الإدراك، الانفعالات والسلوكيات المتعلقة بالتعامل بفعالية مع المواقف الصعبة وتسييرها، ويُمنى ردود الفعل الملائمة من خلال هذه العملية لتعميق مهارات الالتزام والتحدي والسيطرة في المعتقدات الايجابية حول الذات.

وقد أظهرت الأبحاث أنه من بين النتائج الايجابية لتطبيق برنامج التدريب على "مهارة الصلابة النفسية"، يؤدي إلى تحسين علامات ومعدلات الاحتفاظ بالمعلومات أثناء الاستذكار بالكلية لدى طلاب التمريض ومستويات الصحة لديهم، بينما يتحسن أداء العمل والرضا الوظيفي والصحة المدركة لدى الممرضين العاملين في المستشفيات، واقترح (Maddi, 1999) أنه من الضروري تقنين تطبيق هذه

البرامج التدريبية لتحسين مستوى الصلابة النفسية في المراحل الأولى التي تلي بداية ممارسة الممرض لمهامه على مستوى المستشفى، حيث أنه لم يتعرّض بعد لمستويات عالية من الضغط المهني. وفي هذا الإطار قام كلٌّ من (Khoshaba & Maddi, 1999) بإصدار بعض المؤلفات على شكل كراسات عمل تطبيقية، تحتوي على شروحات وأمثلة وتمارين مبسطة للأفراد للعمل من خلالها، حيث أنه أثناء التدريب يتم تعليم الأفراد ليس فقط استراتيجيات المواجهة التي تركز على مهارات الصلابة النفسية، ولكن أيضا اكتساب هذه المهارات واستدخالها ضمن الخصائص الشخصية والتي يمكن توظيفها للمساعدة في المواجهة والتعامل مع الصعوبات، من خلال تحويل الشدائد إلى فُرص. (McAuley L., 2010, p.p. 180-181).

باستخدام التصميم التجريبي، قام (Delmas et al., 2004) بدراسة هدفت إلى تقييم مدى فعالية برنامج لتعزيز الصلابة النفسية لدى الممرضات الفرنسيات، حيث تم اختيار عينة مكونة من 70 ممرضة تم تقسيمها إلى مجموعتين متساويتين، الأولى ضابطة (ن = 35) والثانية تجريبية (ن = 35)، وقد تم التدخل لتطبيق هذا البرنامج لدى الممرضات لمدة 15 ساعة وذلك على مدار ثلاثة أشهر، وهذا ما أدى إلى زيادة مستوى الصلابة النفسية لدى ممرضات المجموعة التجريبية، حيث أصبحت كخاصية ثابتة في الشخصية، وزيادة ملحوظة أيضا في مستوى الأداء، وقام الباحثون بقياس قبلي وآخر بعدي لكلٍ من الصلابة النفسية والضغط المهني لدى المجموعتين.

بعد التدخل (تطبيق برنامج تعزيز الصلابة النفسية)، توصل الباحثون إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجة الضغط المهني بين ممرضات المجموعة الضابطة ($F = 2.61, p > 0.05$) وممرضات المجموعة التجريبية ($F = 13.66, P < 0.05$).

وتكمن أهمية هذه الدراسة في أن نتائجها أثبتت أن مقاومة الضغط المهني يمكن أن ترتبط ارتباطا وثيقا بمستويات جيّدة من الصلابة النفسية، وأن هذه الأخيرة تلعب دورا هاما في ترقية الصحة وتعزيز الوقاية من حدوث الأمراض (Jacob N., 2013, p.p. 27-28).

ولقد تم تطبيق النماذج التدريبية لمهارات الصلابة النفسية على نطاق واسع في مجال التمريض (Ford-Gilboe & Cohen, 2000, Keane, Ducette & Adler, 1985, McCraine et al., 1986, Pollock, 1987)، حيث قدّم (Keane et al., 1985) أول بحث يدعم الفرضية القائلة بأن الصلابة النفسية بأبعادها قد تكون مصدرا مهما للشخصية يسمح لمقاومة الأحداث والمواقف الصعبة، وذلك للحيلولة دون الإرهاق والانهاك المهنيين بين موظفي التمريض بالمستشفى.

وقد درس (Rich & Rich, 1987) 100 ممرض من العاملين على مستوى مصالحي العناية الكثيفة والمركزة فيما يتعلق بالصلابة النفسية والضغط المهني، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية عالية بين هذين المتغيرين.

بينما فحص (McCraine et al., 1987) العلاقة بين الصلابة النفسية والضغط والانهاك المهنيين لدى 107 ممرض في المستشفى، واستكشاف دور الصلابة كمعدّل في تأثير الضغط المهني على درجة الانهاك المهني، وقد خلصوا إلى أن هذا الأخير كان مرتبطاً بشكل كبير بمستويات أعلى من الضغط المهني المدرك ومستويات أقل من الصلابة النفسية. وأشارت تحليلات الانحدار المتعدد إلى أن الضغوط المهنية والصلابة النفسية كانت بمثابة عوامل منبئة بدرجة الإنهاك المهني بدلاً من كونها متغيرات تفاعلية معه.

ولقد قام (Topf, 1989)، لأول مرة، باستكشاف النموذج الذي تنبأ من خلاله أن زيادة مستوى الصلابة النفسية يؤدي إلى ضغط مهني أقل، حيث درس هذا الباحث الضغط المهني، الانهاك المهني والصلابة النفسية لدى 100 ممرضة عاملة في مجموعة متنوعة من مجالات الممارسة الاكلينيكية. تم التوصل من خلال هذه الدراسة إلى أن مركز الضبط ذو علاقة دالة مع الضغط المهني، حيث أظهر الممرضون اللذين يتميزون بمركز الضبط الخارجي قدراً أكبر من الضغط المهني، كما ارتبطت الصلابة النفسية سلبياً مع الانهاك المهني لدى أفراد عينة هذه الدراسة.

(McAuley L., 2010, p.p. 90-91).

باعتبار أن معظم مشاكل العمل تأتي من الضغوط المهنية، وأن الصلابة النفسية يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي على القدرة للتكيف، أجرى كلٌّ من (Hurst & Koplín-Baucum, 2005) دراسة نوعية وصفية لفهم تأثير الصلابة النفسية باعتبارها سمة شخصية على الإرجاعية لدى الممرضين العاملين في مستشفى بجنوب الولايات المتحدة، حيث تكوّنت العينة من 19 ممرض لا تقل خبرتهم عن 10 سنوات في وحدة العناية المركزة، حيث ينسب (Benner, 1984) هذا العدد من سنوات الخبرة لنفس التخصص إلى فئة الخبراء، والتي تضمن للممرض تأمين مهني كافٍ وملائم وتوفر مهارات لتسيير الضغط المهني.

كشف تحليل النتائج أن الصلابة النفسية لها تأثير على الإرجاعية والانهك المهني، وهي نتائج توافق إلى حد ما كتابات (Maddi et Kobasa, 1984) التي مفادها أن الممرضين ذوي الدرجات المرتفعة في بُعد الالتزام شعروا بالتوافق مع زملائهم في العمل، في حين أن أولئك الذين لديهم شعور مرتفع بالتحدي كان لديهم شعور بالإنجاز.

من جانبهم، توصل كلٌّ من (Judkins & Rind, 2005)، إلى أنه اعتماداً على تنمية وتطوير الصلابة النفسية، يمكن معالجة مشكل انخفاض أداء الممرضين نتيجة للتغيير التنظيمي، حيث قاموا بدراسة وصفية ارتباطية للسعي إلى تحديد العملية التي تؤدي إلى زيادة ورفع نسبة الإنتاجية، وكان الهدف أيضاً هو التأكد مما إذا كانت علاقة بين الضغط المهني والتنشيط (انخفاض مستوى الدافعية)، وتم الاعتماد على الأطر النظرية التي وضعها كلٌّ من (Kobasa, 1979) بالنسبة للصلابة النفسية، (Gray-Toft & Anderson, 1981) بالنسبة للضغط و(Blegen & Mueller, 1987) بالنسبة للرضى المهني.

ولقد سمحت هذه الدراسة، التي أُجريت على عينة مكونة من 96 ممرض، الوصول إلى نتيجة أن هناك علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية ($r = -0.190, p < 0.05$) بين الصلابة النفسية والضغط المهنية، إضافة إلى أن الممرضين اللذين يتمتعون بشخصية صلبة يشعرون بحماس أكثر لعملهم، حيث أن التجارب التي مروا عليها نتيجة التغيير التنظيمي جعلت حياتهم المهنية ذات معنى وأكثر منطقية. ولقد كان لبُعد التحكم، حسب نتائج هذه الدراسة، دور مهم وارتباط مع القدرة على أداء المهام بمهارة أكبر والإبداع ليتوافق ذلك مع متطلبات الإدارة وحاجات المرضى، فضلاً عن القدرة على خلق بيئة مهنية ممتعة، تتخللها فترات الفكاهة (Jacob N., 2013, p.p. 28-31).

من جهتهم، درس (Boyle, Grap, Younger & Thornby, 1991) كلٌّ من الصلابة النفسية، استراتيجيات المواجهة، الدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي لدى 103 ممرض على مستوى مصالحي العلاج المكثف، ووجد الباحثون أن الصلابة النفسية ترتبط ارتباطاً سلبياً بالاحتراق النفسي وترتبط بشكل إيجابي بالبحث عن الدعم الاجتماعي.

ومن جهتهم، خلص كلٌّ من (DePew, Gordon, Yoder & Goodwin, 1999) إلى أن الصلابة النفسية فسرت ما نسبته (35%) من التباين في الانهك المهني لدى عينة من الممرضات.

وقد دعمت الكثير من الدراسات الحديثة، التي تستكشف العلاقة بين الصلابة النفسية والضغط المهني، أهمية برامج تنمية مهارات الصلابة النفسية في مهنة التمريض، حيث تحقق كل من (Harrison, Loiselle, Duquette and Semenic, 2002) من التأثيرات المفيدة لهذه البرامج للتخفيف من درجة الشدة النفسية لدى مساعدي التمريض.

من جهته، استنتج (McVicar, 2003) من الدراسة التي قام بها أن الصلابة النفسية فسرت نسبة معتبرة من التباين في الضغط المهني بين المرضى.

استنتج كل من (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989) أن عمال المساعدة في حالات الطوارئ الذين تم تصنيفهم على أنهم أشخاص يتميزون بصلابة نفسية مرتفعة، ظلوا أصحاء بعد مواجهة فترات طويلة من الضغوط المهنية.

في حين وجدت (Kobasa, 1979) أن الاطارات الذين يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط المهنية، ومع ذلك أبدوا معدلات منخفضة من الإصابة بمرض، كانوا يتمتعون بقدر أكبر من الصلابة النفسية مقارنة مع المدراء الذين أظهروا ارتفاعاً في معدل المرض. كما تم العثور على نتائج مماثلة بين موظفي الشركات بدوام كامل وطلاب الجامعات.

من جهة أخرى تبين أن الصلابة النفسية مرتبطة بعملية اختيار استراتيجيات المواجهة الملائمة للتعامل مع المواقف الصعبة، حيث اقترح كل من (Gentry & Kobasa, 1982), (Kobasa, 1984) أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات جيدة من الصلابة النفسية يفضلون الاعتماد على استراتيجيات المواجهة النشطة التي تُحوّل الإجهاد في مكان العمل إلى تجربة إيجابية عن طريق تبني استراتيجيات تُركز على المشكلة.

وعلى النقيض من ذلك، قد يُفضل الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة استخدام استراتيجيات مواجهة تراجعية مثل الانسحاب المعرفي والسلوكي والانكار، وهو الأمر الذي قد يزيد من الصعوبات الانفعالية والتكيفية لديهم.

يبدو أن نموذج الصلابة النفسية الذي وضعته في البداية (Kobasa, 1979) يلعب دور مهم في تغيير عملية التقييم المعرفي للفرد نحو الأفضل، بحيث يتمكن الأفراد من إعادة صياغة أو إعادة تفسير التجارب السلبية، وبالتالي يؤدي ذلك إلى تخفيض مستوى الضغط النفسي، ثم أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية لديهم القدرة على استخدام استراتيجيات مواجهة بطريقة تكيفية بمجرد معايشة الضغط النفسي و/أو الشدائد النفسية.

قام كلٌّ من (Florian et al., 1995) بفحص مستوى الصلابة النفسية لدى المجندين العسكريين، ووجدوا أن بُعدي الالتزام والتحكم للصلابة قد حسّنت الصحة العقلية عن طريق الحدّ من تقييم التهديد بصفة مبالغ فيها.

من جهتها استكشفت (Duquette, 1995) وزملاؤها الممرضات الفرنسيات اللاتي يعملن في دور العجزة مع كبار السن، ووجدن أن الصلابة النفسية هي عامل مهم للتنبؤ بانخفاض مستوى الانهاك المهني، حيث أن الممرضات اللواتي كن يتمتعن بمستويات عالية من الصلابة النفسية شعرن بمستويات منخفضة من الإرهاق (McAuley L., 2010, p.p. 92-95).

دراسة (Nilofer F. et al.) بعنوان " الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة كمتغيرين منبئين بمستوى الضغط المهني المدرك لدى الأطباء العاملين في المنازل"، حيث تمثلت الفرضية الرئيسية لهذه الدراسة في أن الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة ستكون منبئات مهمة بمستوى إدراك الضغط المهني وذلك لدى عينة متكونة من 200 طبيب يزاولون عملهم في المنازل.

ولقد جاءت النتائج مدعمة للفرضية المذكورة أعلاه، حيث تنبأت الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة بشكل كبير بمستويات الضغط المهني المدرك لدى هؤلاء الأطباء، وأشارت النتائج إلى أن الصلابة واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل كانت مرتبطة بشكل سلبي مع ضغوط الحياة المهنية، حيث فسرت الصلابة النفسية (8%) من التباين في نتائج الضغط المهني الذي يواجهه هؤلاء الأطباء، كما أشارت النتائج كذلك إلى أنه لم تتنبأ المتغيرات الديمغرافية (العمر، الجنس، الحالة العائلية، مدة العمل على مستوى المنازل، عدد الأطفال والدخل الشهري) بشكل دال احصائيا بضغوط الحياة المهنية لدى هؤلاء الأطباء (2% من التباين).

تتوافق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليها بحوث سابقة (Rasouli, Hossenian & Dokanee, 2012)، (Jalali & Amarqan, 2015) والتي أشارت كلها إلى الصلابة النفسية باعتبارها مؤشرا مهما لمستوى الضغط المهني، واقترح هؤلاء الباحثون أن الصلابة يمكن أن تقلل من التأثير السلبي للضغط المهني.

وقد أبلغ العديد من الباحثين الآخرين (Monat et al., 2007, Polman & Nicholls, 2009, Bartone, 2012) عن تأثيرات الصلابة النفسية في تقليل الشدة النفسية الناتجة عن الإجهاد المهني.

بالتالي، اقترح مُعدي هذه الدراسة أن التدريب لغرض زيادة مستوى الصلابة النفسية وتطبيق استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة من شأنه أن يمكّن الأطباء العاملين في المنازل من التغلب على ضغوط حياتهم المهنية (Nilofer F. et al., 2015, p. 57).

دراسة كلٌّ من (Schmied & Lawler) بعنوان "العلاقة بين الصلابة النفسية ونمط الشخصية أ" وبين الضغط المهني وحدث المرض لدى النساء العاملات"، حيث تم في البداية اقتراح الصلابة النفسية كمصدر لمقاومة الضغط المهني والحفاظ على الصحة، بالتزامن مع نمط "أ" للشخصية في التأثير على المرض، وتم في هذه الدراسة فحص هذه العلاقة بين النساء العاملات (ن = 82).

كما كان متوقّعا، كانت هناك علاقة إيجابية قوية بين الضغط المهني ودرجة وقوع المرض، ولكن لم تكن هنالك علاقة مباشرة بين نمط الشخصية "أ" والصلابة النفسية والوقوع في المرض، ومع ذلك، كان لنمط الشخصية "أ" والصلابة النفسية علاقة ارتباطية بمستويات الضغط المهني، التي كانت مرتفعة لدى العاملات اللواتي تبيّن أن لديهن سمات الشخصية نمط "أ" ومستويات متدنية من الصلابة النفسية، وهكذا، فإن نمط الشخصية "أ" والصلابة النفسية يرتبطان بالضغط المهني، والضغط بدوره مرتبط بوقوع المرض، ولكن لا النوع "أ" ولا الصلابة مرتبطين بالمرض.

في دراسة لكل من (Kobasa & Hill, 1984) وجدوا من خلالها أن النساء ذوات الضغط المرتفع والأعراض النفسية المنخفضة كنّ أكثر تمتعا بالصلابة النفسية من النساء اللواتي يعانين من ضغط عالي وارتفاع نسبة الأعراض.

لذلك، على الرغم من تمتع الفرد بشخصية ذات صلابة نفسية قد يكون بمثابة مصدر مهم لمقاومة المرض، إلا أن هناك نقص الأدلة العلمية فيما يخص المرض الجسدي، في حين تبيّن أن الصلابة النفسية لدى النساء وثيقة الصلة بالصحة العقلية.

(Schmied & Lawler, 1986, p. 1221).

دراسة (Duquette A. et al.) بعنوان "التحقق من مدى تأثير نموذج من المحددات النفسية والاجتماعية على الصحة المهنية للممرضات العاملات في مصالح رعاية الشيخوخة"، هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من نموذج من العلاقات بين العوامل النفسية والاجتماعية والصحية لدى 1990 ممرضة عاملة في مجال رعاية المسنين بمقاطعة (Québec) بكندا، وهي عينة مأخوذة بطريقة عشوائية من مجتمع إحصائي متكون من 8066 ممرضة عاملة في هذا المجال.

وكشفت هذه الدراسة أن ثلاثة متغيرات أساسية لها تأثير مباشر على الشدة النفسية هي: الإنهاك المهني، الضغط المهني والصلابة النفسية.

وبالمثل، فإن المتغيرات التي لها تأثير مباشر على الإنهاك المهني حسب الأهمية هي: الصلابة النفسية، الضغوط المهنية، الدعم في مكان العمل، استراتيجيات المواجهة النشطة وحالة التوظيف. للتغلب على ضغوط العمل، تركز الممرضات اللواتي يتميزن بالصلابة النفسية على استراتيجيات المواجهة النشطة ويسعين للحصول على الدعم من المحيط في بيئة عملهن، وهذا يتفق مع ما أكدته كل من (Maddi & Kobasa, 1984) بأن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية يتبنون استراتيجيات المواجهة النشطة ويسعون إلى الحصول على دعم الناس من بيئتهم.

فمن خلال هذه الدراسة، اتضح أن الصلابة النفسية ليست فحسب أقوى متغير ضمن مجموعة متغيرات تعمل لحماية الصحة، بل أنها أيضاً تعززت بشكل كبير من خلال استراتيجيات المواجهة النشطة والدعم في مكان العمل، ومن ثم، فهي تُعدّل إدراك شدة الضغط المهني عن طريق الجمع بين تأثيرات الدعم المتحصّل عليه وإيجابيات أساليب المواجهة النشطة، وبالتالي تعمل على الحدّ من تأثير الإنهاك المهني والشدة النفسية. لذلك فالنتائج تُظهر أن الصلابة النفسية تُشكل العمود الفقري لمجموعة من المتغيرات الواعدة التي تساعد عملية التكيف مع العمل ولتعزيز الصحة، فهي لا تحمي فقط من الإنهاك المهني بل تعمل أيضاً على تنشيط عمل المتغيرات الأخرى التي لم تعد تنشط بمفردها، وتُوحّد آثارها الواقية بشكل مباشر أو غير مباشر، ومن شأن ذلك أن يسمح بتماسك مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المواتية للتكيف وتعزيز الصحة في سياق العمل.

من بين الدراسات المتعلقة بالموارد النفسية للشخص، قام العديد من الباحثين بفحص العلاقة بين الصلابة النفسية والإنهاك المهني. فالشخص الذي يتمتع بصلابة نفسية هو الذي يُبدي معتقدات معينة، ومواقف ومشاعر عن الحياة، مثل الاعتقاد بأن التغيرات الحاصلة مفيدة للتنمية الشخصية والميل إلى تحديد أولويات العمل في ما يقوم به من مهام والشعور بالسيطرة والتحكم في الأحداث.

في العديد من الدراسات (Boyle et al., 1991, Major, 1995, Morissette, 1993, Topf, 1989)، تبين أن الممرضون اللذين يتمتعون بمستويات جيدة من الصلابة النفسية يُبدون مظاهر أقل من الإنهاك المهني (Duquette A. et al., 1997, p. 556).

دراسة (Franciely M. et al.) بعنوان "الصلابة النفسية والضغط المهني لدى مشرفي التمريض في بعض المستشفيات البرازيلية"، لتحديد مستوى الصلابة النفسية والضغط المهني لدى مشرفي التمريض، وقد أجريت في خمسة مستشفيات واقعة في جنوب البرازيل، ثلاثة منها عامة، مستشفى خاص ومستشفى خيري، كلها تقدم رعاية متفاوتة في التعقيد، حيث تضمنت عينة الدراسة 62 ممرض وممرضة ممن كانوا يشغلون مناصب رؤساء أو منسقي الخدمات التمريضية.

كان الضغط المهني المرتفع حاضرا لدى (56%) من مشرفي التمريض المشاركين في هذه الدراسة، حيث أنه وبحكم منصب مشرف التمريض الذي يتميز بالمتطلبات العديدة التي تخص عمله، وكذا ضرورة إدارة مطالب وحاجات الممرضين الذين يُشرف عليهم، إضافة للقرارات التي يتعين اتخاذها في أوقات مناسبة وحساسة، كل هذا من شأنه أن يضع هؤلاء المشرفين أمام وضعيات قصوى من الضغط المهني.

فيما يتعلق بالصلابة النفسية، فلقد تم ايجاد أن (40%) فقط من أفراد عينة هذه الدراسة كانوا يتمتعون بمستويات جيدة منها، كما تبين أيضا أن هناك علاقة عكسية بين الصلابة النفسية والضغط المهني لدى هؤلاء المشرفين، حيث وبالموازاة مع دراسة أجريت على الأطباء المقيمين (Silva R. et al.)، تم التوصل من خلالها إلى أن من بين مميزات الصلابة النفسية أنها تُعدّل طريقة إدراك الضغط المهني نحو الايجابية.

من جهة أخرى، تبين أيضا أن مشرفي التمريض ذوي الصلابة النفسية المشاركين في هذه الدراسة، تحصلوا على درجات مرتفعة على السلم الفرعي لُبعد التحكم، وهذا يشير إلى أن الممرض المشرف يعمل للتأثير على محيط العمل الذي يتميز بالظروف الضاغطة، والنتائج التي يتحصل عليها بدلا من الاستسلام للعجز والسلبية أثناء التعامل مع هذه المواقف، هذه الخصائص التي يجب أن تتوفر لدى مديري التمريض الذين لديهم مسؤوليات تُجاه موظفيهم ومطالب العمل.

إن القدرة على التحكم يسمح لمشرف التمريض، في العديد من المواقف المهنية الصعبة، بإدراك نتائج وعواقب يمكن التنبؤ بها، وبالتالي امكانية استغلال المثبرات والمواقف المختلفة لصالحهم، وهذا ما يسمح لهم من جهة أخرى الاستفادة من درجة عالية من الاستقلالية.

(Franciely M. et al., 2017, p. 4202).

دراسة (Marchido M.) بعنوان "العلاقة بين الصلابة النفسية والإرهاك المهني لدى الممرضين العاملين في الجيش"، حيث انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن هؤلاء الممرضين العاملين مع أفراد الجيش، يعايشون حالات قصوى ومواقف صعبة وضاغطة ناجمة عن التعامل مع وضعيات طارئة وخطيرة على أفراد الجيش وعلى أنفسهم، وتكونت عينة البحث من 50 ممرض وممرضة.

ولقد تم العثور على علاقة ارتباطية عكسية قوية ($r = -0.52, p < 0.01$)، أما أبعاد الصلابة فلقد تبين أن بُعد التحدي لم يكن ذات علاقة دالة احصائياً مع الإرهاك المهني، في حين ارتبط عكسياً بُعد التحكم والالتزام بالإرهاك المهني وذلك على التوالي ($r = -0.61$) و ($r = -0.57$)، وبالتالي تشير النتائج إلى أن الصلابة النفسية توفر حماية من الضغوطات المهنية القصوى ومساعدة في إدراكها بطريقة أكثر ايجابية، وبالتالي منع أو التقليل من حدوث الإرهاك المهني لدى الممرضين.

(Marchido M., 1994, p. 03).

تدعم هذه النتائج النموذج المفاهيمي ل (Kobasa, 1983)، الذي مفاده أن الصلابة النفسية تمثل مصدراً هاماً من مصادر الشخصية، الذي يساعد في مقاومة وإدارة تأثيرات ضغوط العمل المعاكسة من خلال آليات التقييم الإيجابي والمواجهة النشطة، بحيث ترتبط هذه القدرة بإدراك ضغوطات العمل المحتملة والتعامل معها بطريقة ايجابية، وبالتالي فإن الممرض الذي يتمتع بالصلابة النفسية يعاني من إرهاك مهني أقل (Marchido M., 1994, p. 40).

دراسة كل من (Diss C. & Wadey R.) بعنوان "بحث العلاقة بين الصلابة النفسية والضغط النفسي المرتبط بالنمو لدى الرياضيين المعرضين للإصابات والجروح الرياضية"، حيث تكونت العينة من 206 رياضي تعرضوا لجروح وإصابات متفاوتة الخطورة والذين عادوا مجدداً لممارسة الرياضة. حيث كشفت النتائج وجود علاقة إيجابية دالة احصائياً ($r = 0.36, p < 0.05$) بين الصلابة النفسية والضغط النفسي المرتبط بالنمو (stress-related growth)، أي ذلك الضغط النفسي الذي يستفيد منه الفرد ويساعده على اكتساب خبرات وتجارب تقيده في حياته المستقبلية.

كما تم العثور على استراتيجيتين للمواجهة تتوسط هذه العلاقة وهما الدعم العاطفي وإعادة التقييم الإيجابي، حيث أن الرياضيين الذين يتميزون بصلابة نفسية مرتفعة استطاعوا الاستفادة من تجاربهم الضاغطة السابقة واستخدامها كخبرة لتفادي الوقوع في إصابات وجروح متكررة.

(Diss C. & Wadey R., 2016p. 02).

يقول العديد من الممرضين أنهم يشعرون بتوعك (mal-être) في الوسط المهني، ربما بسبب ظروف العمل الموجودة في مؤسسات الصحة العامة. ومع ذلك، فإن بعض زملائهم من نفس مكان العمل يُبدون رضا مهني على الرغم من المطالب المهنية المختلفة والمعقدة.

وكتفسير لهذا الاختلاف في المواقف، أشار العديد من الباحثين إلى أن وجود نمط معين للتوظيف (الصلابة النفسية) يمكن أن يحمي من الشدة النفسية، وهذا من خلال تعديل التأثير الضار للتوترات الضاغطة.

انطلاقاً من هذه الحقائق، أجرت (Jacob N.) دراسة بعنوان "التحقق من طبيعة العلاقة بين كل من الصلابة النفسية، المحيط المهني، الخصائص الاجتماعية والديمغرافية، ومدى إدراك حدة الضغوط المهنية لدى الممرضات العاملات في مقاطعة (Québec) الكندية"، حيث تكونت عينة هذه الدراسة من 746 ممرض وممرضة.

وكان الغرض من هذه الدراسة هو التحقق من طبيعة الارتباط الموجود بين الصلابة النفسية والشدة النفسية الناجمة عن الضغوط المهنية باستخدام تقدير الارتباط التنبئي وذلك في ضوء المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية.

أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي وقوي بين الصلابة النفسية والشدة النفسية، على الرغم من المساهمة الكبيرة لعبء العمل، النزاعات بين الزملاء وعدد سنوات الخبرة. وبما أن الصلابة النفسية وحدها هي المسؤولة عن تفسير ما نسبته (27.1%) من تباين الشدة النفسية، فإن هذه النتائج تهدف كي تكون كبدائية لإطلاق بحوث جديدة تُركز على تطوير الصلابة النفسية لدى الممرضين، والعمل على دمج هذا المفهوم في التخصص (Jacob N., 2013, p. 02).

لقد أثارت الصلابة النفسية، منذ ظهورها، انتباه وحماس العديد من الباحثين الذين شاركوا في دراسات عن العلاقة بينها والاستجابة للتوتر، حيث أن غالبية المؤلفين أشاروا إلى أن الصلابة النفسية مرتبطة بمستويات منخفضة من الشدة النفسية ومستويات أعلى من الرفاهية الذاتية (Kobasa, 1979, Maddi, 2006, Alarcon, Eschlemann & Bowling, 2009, Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez & Monteiro, 2010, Cash & Gardner, 2011)، وهذا لا سيما لدى المدراء والمسيرين (Maddi & Kobasa, 1984, Morissette, 1993, Brun et al., 2003, Viens et al., 2007)، بين الجنود في حالات القتال (Bartone, 2006) وحتى لدى الأفراد المتواجدين تحت الظروف القاسية (Ben-Zur, Yagil & Oz, 2005) (Jacob N., 2013, p.26).

وأخيراً، اهتم البحث الذي أجراه (Lambert et al., 2007) بالتأثيرات الضارة للضغط المهني على الممرضات الصينيات، وذلك بهدف فهم عوامل الضغط المهني الرئيسية في مكان العمل، حيث أدرجوا مؤشرات الصحة البدنية والعقلية، استُخدمت الطريقة العشوائية الطبقيّة لأخذ العينة من خمسة مستشفيات في هذا البلد، والتي تكونت من 480 مشاركاً. كما ارتكزت هذه الدراسة الكمية الوصفية على نظرية الصلابة النفسية ل (Kobasa, 1985).

أظهرت النتائج أن أهم أسباب الضغط المهني هو صراع الأدوار ($r = 0.192, p < 0.01$)، عبء العمل ($r = 0.207, p < 0.05$) وعدم التأكد من نتائج العلاجات المتبعة ($r = 0.119, P < 0.02$)، إضافة إلى ذلك، فإن النتائج دلت على وجود علاقة عكسية دالة احصائياً بين الصلابة النفسية والضغط المهني ($r = -0.152, P < 0.01$).

في ضوء هذه النتائج، توصل الباحثون إلى أن الصلابة النفسية هي التي تمهّد لنوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة للتعامل مع عوامل الضغط المهني الرئيسية في مكان العمل.

(Jacob N., 2013, p. 32).

انطلاقاً مما سبق عرضه من نتائج مختلف الدراسات، نستنتج أن الصلابة النفسية عامل أساسي لتعزيز الصحة النفسية والجسمية وتحسين مستوى نوعية الحياة المهنية والعامّة، فهي تساعد على الصمود أمام الوضعيات القصوى التي تتميز بضغوط ومطالب عالية قد تفوق قدرات وموارد الفرد، وهو الأمر الذي يساعد هذا الأخير على الارتقاء والنجاح حتى وسط الظروف الضاغطة. كما أنها تُمثّل إحدى أهم المتغيرات الشخصية الايجابية والوقائية للفرد التي تعكس نمطاً معرفياً، انفعالياً وسلوكياً تساعد على مقاومة الأزمات والاحباطات والمصاعب والأحداث الضاغطة.

وبالتالي، فإن الأشخاص الذين يتمتعون بالصلابة النفسية هم أولئك الذين يعتقدون أنهم يستطيعون التأثير على الصعوبات التي تواجههم والتحكم فيها، بدلاً من الشعور بالعجز تجاهها (بعد التحكم)، الذين يعتبرون تنوع الأحداث وتقلباتها فرصاً لإثراء خبراتهم وتجاربهم الشخصية وتنميتها، بدلاً من كونها حالات تتجاوز قدراتهم وإمكانياتهم (بعد التحدي)، والذين يشاركون ويبادرون لأداء ما يتوجب عليهم إنجازه بدلاً من الشعور بالضعف أو أنهم غير معنيين (بعد الالتزام).

في هذا المنحى، يُشير العديد من الباحثين إلى أن الخصائص الشخصية التي تُعزز قدرات الفرد لمقاومة الضغوط النفسية يُمكن اعتبارها كموارد، هذا يسمح لنا باعتبار الصلابة النفسية كمورد نفسي في حدّ ذاته، حيث أنها تُمكن الفرد أولاً بإعادة تفسير الأحداث السلبية بكيفية تظهر من خلالها كتحدٍ، بدلاً من اعتبارها كتهديد، وثانياً تساعد الفرد لاعتماده على استراتيجيات مواجهة ملائمة استجابة لحالة ضاغطة.

يذكر الباحثون على وجه الخصوص أن الأفراد ذوي مستويات مرتفعة من الصلابة النفسية، يميلون إلى التكيف مع الضغوط النفسية عن طريق اتخاذ القرارات الملائمة والحاسمة، وتحويل المواقف الضاغطة إلى حالات أقل إجهاداً، بل إلى فرص للنمو والتطور بدلاً من اتباع استراتيجيات تقوم على التجنب أو الإنكار.

كذلك تقوم الصلابة النفسية بدور مهم في المجال المهني، وهذا ما بيّنته العديد من الدراسات عند البحث عن دور العوامل النفسية في وقوع الحوادث والاصابات المهنية، حيث أن تطور الأساليب التقنية التي تحترم القواعد والمعايير الأرغونومية لم يعد وحده كافياً في تقليص الحوادث والاصابات المهنية، بل هناك أيضاً عوامل بشرية تتضمن الخصائص الشخصية للأفراد. وقد اتفقت نتائج هذه الدراسات فيما يخص أهمية التدريب على الصلابة النفسية والتحمل، كما أكدت على أن ارتفاع مستوى الصلابة النفسية يؤدي إلى التخفيف من إدراك الضغوط النفسية بشكل سلبي، تحسين مستوى الأداء المهني وتخفيض نسبة حوادث العمل.

استناداً على كل ما سبق، يتضح أن الصلابة النفسية مورد من موارد الشخصية، تتضمن خصائص معرفية، انفعالية وسلوكية ايجابية، تساعد في التعامل مع الضغوط النفسية والتخفيف من آثارها السلبية، حيث أن هناك علاقة وثيقة بين الصلابة النفسية والصحة العامة ونوعية الحياة، فقد تبين دور الصلابة النفسية في الحماية من الآثار السلبية للضغط النفسي والوقاية من ظهور الاضطرابات النفسية والجسمية. وبالتالي، من الضروري العمل على تنمية وتطوير هذا المورد النفسي الهام واكتسابه، من أجل التعامل مع الأحداث الضاغطة بنجاح وفعالية وترقية نوعية الحياة لدى الأفراد.

4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة للدراسة الحالية على أنه "توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية"، حيث أكدت نتائج التحليل الاحصائي (معامل ارتباط بيرسون) أن هناك ارتباط موجب دال احصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام ونوعية الحياة في العمل بكافة أبعادها، وهذا يعني أنه عند استعمال هذا النوع من الاستراتيجيات لمواجهة الضغط المهني، فإن نوعية الحياة في العمل ستتجه نحو التحسن، والعكس صحيح، أي أنه كلما قلّ استعمال هذا النوع من الاستراتيجيات لمواجهة الضغط المهني كلما أدى ذلك لتدهور نوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية.

على الرغم من أن موضوع استراتيجيات مواجهة الضغوط وكيفية تأثيرها وارتباطها مع نوعية الحياة المهنية من المجالات ذات الاهتمام المتزايد، إلا أنه، حسب البحوث التي أجريناها في هذا الموضوع، قليل من الدراسات فقط حُصصت لدراسة هذا الجانب لدى الممرضين، لذلك ارتأينا إدراج الدراسات التي تناولت هذين المتغيرين لدى فئات أخرى مثل الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية وبعض فئات المرضى.

دراسة (Desbiens J.) بعنوان "استراتيجيات المواجهة، ردود الفعل الانفعالية ونوعية الحياة الروحية لدى الممرضات العاملات في مصالِح العلاجات الملطفة"، وذلك على عينة مكونة من 120 ممرضة عاملة في هذه المصالح، حيث انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أنه بالإضافة إلى التعامل اليومي مع العديد من الضغوطات التنظيمية والادارية التي تؤثر على عمل وصحة الممرضات، تواجه ممرضات الرعاية الملطفة ضغوط انفعالية مرتبطة بطبيعة عملهن (القلق الناجم عن موت المرضى، المعاشية المستمرة للحداد، الشعور بالعجز للتخفيف من معاناة المريض وقلق أسرهم...)، هذه الضغوطات المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى استجابة انفعالية سلبية ناجمة عن الشدة النفسية، والتي قد تسبب آثارا نفسية طويلة الأمد مثل الإنهاك المهني.

من جهة أخرى، أشار بعض الباحثين إلى أن دعم المرضى في المراحل النهائية من حياتهم هو بمثابة فرصة للنمو الشخصي لممرضات الرعاية الملطفة، وهي ظاهرة يمكن الاستفادة منها بشكل أفضل من خلال استراتيجيات المواجهة الفردية الملائمة لمثل هذه الوضعيات.

(Desbiens J., 2006, p. 59).

وكان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة الارتباطية هو وصف العلاقة بين استراتيجيات المواجهة، وردود الفعل العاطفية والانفعالية (الشدة والقوة) ونوعية الحياة الروحية لدى الممرضات اللواتي يواجهن ضغوط متعددة ناجمة عن الحداد.

ولقد تبين أن استراتيجيتي إعادة التفسير الإيجابي ($r = 0.27, p < 0.01$) والممارسة الدينية والروحية ($r = 0.33, p < 0.01$) هما استراتيجيتين متعلقتين بالبحث عن المعنى، وهما تسمحان بتفسير (22%) من التباين في نوعية الحياة الروحية، وبالتالي استنتاج أهمية وملائمة استعمال استراتيجيات المواجهة التي تركز على البحث عن إيجاد معنى لدى ممرضات الرعاية الملطفة اللواتي يجدن أنفسهن في مواقف غير قابلة للحل.

وفي هذا الاتجاه، وجدت دراسة (Fillion & Saint-Laurent, 2003) أن العمل في ظروف ضاغطة قصوى (مثل علاج المرضى في نهاية الحياة)، يمكن أن يؤدي أيضا إلى استجابات عاطفية إيجابية، وبالتالي تكون تجربة ملائمة ومصدرا للنمو والتطور الشخصي.

وفقا ل (Fillion & Saint-Laurent)، ترتبط هذه الاستجابة الإيجابية تجاه الضغط المهني لدى الممرضات العاملات في الرعاية الملطفة ارتباطا وثيقا بقدرتهن على إيجاد معنى للموت، لأن الحاجة لإيجاد معنى حسب (Frankl) تشكل قوة تحفيزية عميقة تساعد في الحد من الشدة النفسية وتحسين نوعية الحياة ورفاهية الأفراد.

من جهتها أشارت (Folkman, 1997) إلى أن استراتيجيات المواجهة الفردية المتصلة بالبحث عن المعنى لها علاقة بتحقيق استجابة نفسية إيجابية، حتى في ظل التوتر الشديد الذي غالبا ما تصاحبه ردود فعل انفعالية سلبية.

في هذا السياق، تعتبر دراسة استراتيجيات المواجهة عملية مهمة لضمان فهم أفضل لآليات حدوث الضغط المهني، والتكيف مع المواقف الشديدة المتعددة في مجال الرعاية التمريضية.

من جهته، يشير النموذج المفاهيمي للتكيف الذي أتى به (Roy & Andrews, 1991)، إلى أن الفرد في تفاعل مستمر مع بيئة دائمة التغير والتحول التي يجب أن يتكيف معها من أجل تعزيز صحته والحفاظ عليها وترقية نوعية حياته.

وقد اقترح هذا النموذج أربعة أساليب للتكيف (أساليب فيزيولوجية، مفهوم الذات، أداء الوظائف حسب الأدوار، الترابط)، بالإضافة إلى استراتيجيات المواجهة التنظيمية والإدراكية.

في حين تسمح النظرية الوسيطة ل (Lazarus & Folkman, 1984) بإثراء نموذج (Roy & Andrews) المفاهيمي بمستوى وظيفي من خلال تقديم مفاهيم قابلة للقياس مثل التقييم المعرفي (التقييم الأولي والتقييم الثانوي وإعادة التقييم)، واستراتيجيات المواجهة التي من شأنها أن تؤدي دور الوساطة بين التعرض للضغوط والاستجابة الانفعالية لها (Desbiens J., 2006, p.p. 58-60).

دراسة (Motaharian E. et al.) بعنوان "دراسة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى أفراد الطاقم الطبي العاملين مع الأطفال المرضى بالهيموفيليا"، حيث تكونت العينة من 50 فردا من أطباء وممرضين عاملين على مستوى مستشفى متخصص في طب الأطفال بإيران. وكشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكل وشعور أفراد الطاقم الطبي بالحيوية ومجالات الصحة النفسية والعقلية التي يحتويها مقياس نوعية الحياة الذي تم اعتماده في هذه الدراسة.

علاوة على ذلك، فإن متوسط درجات استراتيجيات المواجهة التجنبية ارتبطت عكسيا مع المستوى الكلي لنوعية الحياة ومع مجموع أبعادها المتمثلة في الأداء الجسدي، الصحة البدنية، والحياة الانفعالية والعاطفية ومجالات الأداء الاجتماعي لنوعية الحياة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصل إليه كلٌّ من (Momeni & Shahbazi Rad, 2012) بأن نوعية الحياة لدى الطلبة كانت مرتبطة بشكل إيجابي باستراتيجيات حل المشكلات لديهم وارتبطت سلبا باستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. بالإضافة إلى ذلك، وجد كلٌّ من (Kheir- Abadi et al., 2010) و (Marsac et al., 2007) علاقات دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة.

من جهته، لاحظ (Raina et al. 2004) أن درجة تردي نوعية الحياة لدى أولياء الأطفال المرضى وكذا القائمين على رعايتهم، تعتمد على عوامل مختلفة مثل العوامل البيئية والمهنية، الحالة الاجتماعية والاقتصادية، الدعم الاجتماعي وخصائص المرض لدى هؤلاء الأطفال واستراتيجيات المواجهة التي يعتمدونها.

وبالنظر إلى كل هذه النتائج، يمكن تفسيرها اعتماداً على نموذج (Lazarus & Folkman)، حيث أنه، وفقاً لهذا النموذج، أثناء استخدام الاستراتيجيات الموجّهة لحل المشكل، يقوم الفرد بتقييم المشكلة الموجودة ويجد حلاً لها، وكنتيجة لهذا السياق، ينخفض الشعور بالتوتر والضغط، والشعور أكثر بالرضا النفسي، وتحسين مستوى نوعية الحياة.

إن الإنكار والسلبية (passivité) هما من بين خصائص الأشخاص الذين يستخدمون استراتيجيات غير فعالة مركّزة على الانفعالات، فإنكار الموقف الفوري المسبب للضغط يؤدي بالفرد إلى العزلة والتجنب لهذا الوضع، وهذا يمنعه من محاولة حل المشاكل التي يواجهها، لذلك تستمر المشكلة وتمتد في الزمن، وهو ما يجعل الفرد غير راضٍ ويضر نوعية الحياة لديه.

وعلى العكس من ذلك، فإن البحث عن مصدر المشكلة بُغية إيجاد حل لها وتسييرها بطريقة ملائمة، واستخدام استراتيجيات فعالة لإدارتها من شأنه التقليل من استمرار الضغوط وتفاقمها، وهذا قد حظي باهتمام كبير خلال السنوات الأخيرة، حيث تبين أن استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة له دور حاسم في التخفيف من حدة التوتر وتحسين نوعية الحياة.

إن التقدم الكبير والمستمر لمختلف العلوم الطبية وما تلاها من تدني في نسبة حدوث الأمراض المُعدية، أدى إلى انخفاض معدل الوفيات وزيادة متوسط العمر المتوقع (espérance de vie)، ولكن من جهة أخرى تفاقمت نسبة وقوع الأمراض المزمنة الغير قابلة للشفاء، ولهذا أصبحت نوعية الحياة مؤشراً هاماً لخدمات الرعاية الصحية.

لقد ارتبط مفهوم نوعية الحياة بشكل كبير مع حدوث الأمراض والظروف التي تُعرض الصحة للخطر، وفي هذا السياق يتعرّض الآباء والأمهات ومقدمي الرعاية الصحية للأطفال المرضى باستمرار إلى عوامل ضاغطة مختلفة تضعهم تحت إجهاد كبير مما يُعرقل سير حياتهم الطبيعي، زيادة على ذلك اللجوء إلى استراتيجيات مواجهة غير فعالة، وبناء على هذا، فإنهم يطورون مشكلات مختلفة (زوجية، مهنية...) من شأنها أن تؤدي في النهاية إلى عواقب سلبية على نوعية الحياة لديهم وكذا على أطفالهم المرضى (Motaharian E., 2015, p.p. 70-71).

دراسة (Tuncay T.) بعنوان "استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى النساء التركيات المصابات بسرطان المبيض"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى بحث نوع استراتيجيات المواجهة المستعملة ومدى ارتباطها بجوانب من نوعية الحياة بين النساء التركيات المصابات بسرطان المبيض اللواتي يخضعن للعلاج الكيميائي، وتكونت العينة من 228 مريضة. ولقد كشفت النتائج أن مستوى نوعية الحياة معتدل لدى المريضات، على الرغم من الآثار السلبية للمرض وتجربة العلاج.

وكان النقبَل والبحث وتلقي الدعم العاطفي والممارسة الدينية والروحية هي الاستراتيجيات الأكثر استعمالاً من طرفهن للتعامل مع المشاكل، أما الترفيه، التنفيس وفك الارتباط السلوكي (Désengagement) الذي يعتمد خاصة على التجنب، فقد كانت أكثر الاستراتيجيات المركزة على الانفعال التي تمارسها المريضات، كما أن مستوى نوعية الحياة بشكل عام كان أقل لدى المريضات الأصغر سناً، وعلى وجه الخصوص درجات الرفاهية الذاتية النفسية والروحية.

كما أن المريضات يستخدمن أساليب المواجهة التي تركز على التعامل مع المشكلة أكثر من أساليب المواجهة المركزة على الانفعال، وأنه كلما زاد التركيز على المشكلة وقل التركيز على الانفعال كلما أدى ذلك لنوعية حياة أفضل.

ولقد تبين أيضاً أن استعمال الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة كان مرتبطاً بالرفاهية الذاتية الجسدية والروحية، أما تلك الاستراتيجيات المركزة على الانفعالات فقد كانت مرتبطة عكسياً بالرفاهية الذاتية النفسية والاجتماعية.

وفي الأخير استنتج الباحثون أن استراتيجيات المواجهة تلعب دور مهم في تحديد مستوى نوعية الحياة لدى المريض، وكذا في عملية التكيف النفسي الاجتماعي لمرضى السرطان، كما أوصوا بضرورة إعداد وتطبيق برامج دعم لمساعدة المرضى على الاستخدام المتكرر للاستراتيجيات التي من شأنها التغلب على المشكلة وتقليل استعمال استراتيجيات المواجهة التي تُركز على الانفعال لتحسين مستوى نوعية الحياة بشكل عام (Tuncay T., 2014, p. 4005).

دراسة (El-Shafei A. et al., 2018) بعنوان "دور تطبيق برنامج لتحسين الرفاهية الذاتية واستراتيجيات المواجهة في رفع مستوى نوعية الحياة المهنية لدى الأطباء العاملين في قسم الاستعجالات"، حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد عوامل الخطر التي تهدد نوعية الحياة المهنية بين أطباء مصلحة الاستعجالات في مصر، والكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المهنية واستراتيجيات المواجهة،

وقياس مدى تأثير برنامج خاص بالرفاهية الذاتية واستراتيجيات المواجهة على تحسين المعرفة، المهارات، نوعية الحياة المهنية لدى عينة مكونة من 108 فرد من هؤلاء الأطباء.

وقد انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن مفاهيم العافية (سلامة الفرد من الأمراض والعلل) ونوعية الحياة المهنية والتكيف مع الضغوطات، كلها تشكل مجالا متناميا للتركيز والاهتمام من طرف الباحثين، خاصة بين أفراد الطاقم الطبي الذين يواجهون بشكل يومي الأحداث المؤلمة والطارئة التي تكثر في أقسام الاستعجالات على مستوى المستشفيات في سياق حياتهم المهنية.

وتوصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى نوعية الحياة المهنية أحسن لدى الأطباء العاملين في النهار مقارنة مع نوعية الحياة المهنية لأطباء المناوبة الليلية، كما أن الأطباء الذين يمارسون هوايات ويخصصون وقت كافٍ للبقاء مع أفراد الأسرة كانت لديهم نوعية حياة مهنية أفضل، حيث أن النوم لفترة كافية في الليل وممارسة الهوايات ومشاركة الأوقات مع أفراد الأسرة، كلها سلوكيات تدخل ضمن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، وتسمح بتحقيق حياة أكثر توازنا والتخفيف من وطأة ضغوط العمل، وهذا ما يؤدي إلى مزيد من الرضا الانفعالي والمهني.

كما تمكّن أيضا تطبيق البرنامج الذي أعدّه الباحثون من زيادة وعي الأطباء حول استراتيجيات المواجهة الملائمة مع ضغوط العمل المختلفة في حالات الطوارئ، حيث ساعد هذا البرنامج الأطباء للتغلب على هذه الضغوط والتخفيف من وطأتها وبالتالي تحسين نوعية الحياة المهنية لديهم.

هذه النتائج تتفق مع ما توصل إليه (Hunziker et al., 2013)، الذي أبلغ عن التأثير الكبير لبرنامج تعليمي على تحسين آليات المواجهة مع الضغوط بين أطباء الطوارئ، والحدّ من تعرضهم للاحتراق النفسي، ومساعدتهم على التعامل الفعال مع مهام العمل الخاصة بهم.

علاوة على ذلك، أكدت الجمعية الأمريكية لأطباء الطوارئ (2016) أن الدعم الاجتماعي الوظيفي (تلقي الدعم من الزملاء والمشرفين، والشعور بأنهم شركاء وبالتالي تبادل النصائح والخبرات فيما بينهم لمواجهة فعالة مع الضغوط المهنية) والحل المنطقي للمشكلات كانا من أهم العوامل المؤدية للتغلب على الاحتراق النفسي لديهم.

من جهته، أشار (Goldberg et al., 1996) إلى وجود علاقة إيجابية قوية بين نوعية الحياة المهنية واستراتيجيات حل المشكلات والبحث عن الدعم الاجتماعي وإعادة التقييم المعرفي، وعلاقة سلبية بين كل من تجنب المشاكل، الانسحاب الاجتماعي والتأنيب الذاتي المستمر.

ولهذا، فإن العديد من الباحثين أشاروا إلى مدى أهمية إعداد برامج تعليمية وتدريبية موجهة لأفراد الطاقم الطبي، بمختلف أطيافهم، والتي من شأنها زيادة وعيهم ولفت انتباههم نحو أهمية ودور استراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية، ليس فقط على نوعية حياتهم المهنية والرفاهية الذاتية، ولكن أيضا على جودة الخدمة المقدمة لمرضاهم. هذه البرامج التي تهدف إلى زيادة المرونة النفسية والتقليل من الوقوع في الاحتراق النفسي، خاصة لدى الذين يتعاملون يوميا مع مواقف قصوى كالعامل في أقسام الطوارئ والعلاجات الملطفة... (El-Shafei A. et al., 2018, p.p. 07-10).

لقد تبين من خلال عرض بعض الدراسات السابقة التي هدفت إلى فحص العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة، أن استخدام استراتيجيات المواجهة الإيجابية (المركزة على المشكل) كان لها ارتباط موجب مع نوعية الحياة، حيث يبدو أن الاستراتيجيات الإيجابية مثل تلك القائمة على التوجيه الذاتي والعمل على التحكم في الوضع، والتي ترتبط بالعديد من مجالات نوعية الحياة، ضرورية لمساعدة الأفراد على تعزيز استخدام إمكانياتهم ومواردهم الشخصية، لأن مثل هذه الاستراتيجيات تلعب دور مهم في تسيير عوامل الضغط المختلفة والتعامل معها، وتساعد على أداء مهام أساسية في الحياة المهنية وتوفر شعورا للفرد بأنه يؤدي ذلك بطريقة أفضل.

في حين ارتبطت استراتيجيات المواجهة السلبية، مثل الخضوع والميل إلى الهروب وتجنب الوضعيات الضاغطة بدلا من محاولة إيجاد حل لها، بشكل سلبي مع نوعية الحياة. وبمعنى آخر، كلما زاد استخدام استراتيجيات المواجهة السلبية من طرف الفرد، زاد تعميق شعوره بالإحباط والفتنل في التعامل مع مواقف حياته ووظائفه وأدائه للأدوار الأساسية المناطة إليه، ما يؤدي في الأخير إلى تدهور نوعية الحياة لديه.

من ناحية أخرى، يمكن لاستراتيجيات المواجهة السلبية هذه أن تساهم في حدوث بعض المشاكل النفسية مثل الاكتئاب، الذي قد يؤثر بدوره سلبيا على طريقة إدراك نوعية الحياة. فالمرضى يواجهون مجموعة متنوعة من المواقف الصعبة والضاغطة أثناء أداء مهامهم، البعض منها قابلة للتعديل والآخر لا يمكن تغييرها، وبعضها يمكن السيطرة عليها والبعض الآخر لا يمكن التحكم فيها، فهذا يرتبط بخصائص المواقف وكذا الخصائص الشخصية للفرد الذي يعايشها.

في الواقع، ترتبط استراتيجيات المواجهة النشطة مع مستويات منخفضة من القلق، الاكتئاب والاحتراق النفسي وترتبط أيضا بنظرة إيجابية تجاه الذات، في حين تم العثور على نتائج عكسية مع استخدام الاستراتيجيات السلبية. بالإضافة إلى ذلك، تُعزز استراتيجيات المواجهة النشطة الشعور بالإنجاز ومشاعر تحقيق الذات.

إن كل هذه النتائج تشير إلى أهمية اختيار الوسائل والامكانيات الملائمة، لاستثمار الموارد البشرية وقدرات الممرضين لترقية ودعم نوعية الحياة المهنية في مكان العمل، وهذا بمنع أو التقليل من أسباب حدوث الإرهاق والاحتراق النفسي وتحقيق التكيف السيكو-اجتماعي الأمثل مع مراعاة موارد وقدرات كل فرد.

ولهذا، فلقد تم التوجه في الفترات الأخيرة نحو وضع وتطبيق برامج خاصة للتعليم والتكوين المستمرين للممرضين، وهذا حتى بعد تخرّجهم ومزاولة مهامهم، حيث أن هذه البرامج من شأنها أن تساعد على اكتساب وتعلم استراتيجيات مواجهة ايجابية ونشطة، ومهارات للتعامل مع مختلف المواقف الضاغطة التي يواجهونها يوميا في مكان العمل، مثل ايجاد معنى للعوامل الضاغطة التي يعايشونها وهو ما يُسهّل من عملية تسييرها، تقييم استراتيجيات المواجهة المستعملة ومدى فعاليتها في تسيير الضغط النفسي المهني والعمل على تحسينها وتعديلها... وهذا ما سيساعد بدوره الممرض في بناء هوية مهنية، تنمية وتطوير الموارد الشخصية (مثل الضبط المدرك)، وهذا ما يهدف لتعزيز استخدام المواجهة الفعالة التي تُعتبر إيجابية اجتماعيا، للوصول في الأخير إلى تحقيق مستويات جيدة من نوعية الحياة في العمل، وكذا تحسين نوعية الرعاية الصحية المقدّمة للمرضى.

5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:

جاء نص الفرضية الخامسة كما يلي: "نوع استراتيجيات المواجهة المستخدمة دور معدل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية". وللتحقق من هذه الفرضية تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد الهرمي، وقد تبين أن درجة بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة لها دور معدل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل.

لقد تراكمت عدّة بحوث ودراسات أُقيمت في هذا الاتجاه على مستوى الكثير من الدول، والتي أكّدت هذه النتيجة، أي أن لاستراتيجيات المواجهة وأبعادها دور معدل للعلاقة بين الضغوط النفسية على اختلافها ونوعية الحياة (أو الجوانب التي تنتمي إليها)، والتي نستعرض البعض منها فيما يلي:

دراسة (Dardas A. & Muayyad M.) بعنوان "استراتيجيات المواجهة كمتغير وسيط ومعدل بين الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى أولياء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحّد"، حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو بحث ما إذا كان لاستراتيجيات المواجهة دور وسيطي أو معدل بين الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى هؤلاء الأولياء. ولقد تكونت عينة الدراسة من 184 والد ووالدة لهؤلاء الأطفال المصابين باضطراب التوحّد.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن قبول وتحمل المسؤولية كانت الاستراتيجية الوحيدة التي كان لها دور وسيطي في العلاقة بين الضغط النفسي ونوعية الحياة، لدى أولياء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحّد. فاستراتيجية قبول وتحمل المسؤولية من هذا المنطلق، تسمح بتفسير اختلاف العلاقة بين الضغط النفسي ونوعية الحياة بين أولياء هؤلاء الأطفال. ووفقاً ل (Folkman & Lazarus, 1988)، فإن قبول المسؤولية ينطوي على اعتراف الفرد بدوره ومدى أهمية مساهمته في إيجاد حل للمشكلة ومحاولة تصحيح الوضع. ولقد استنتج مُعدّي هذه الدراسة بأن قبول وتحمل الأولياء لمسؤولية المشاكل التي يواجهونها بسبب وجود طفل مُصاب باضطراب التوحّد، يمكن أن يفسّر تفاوت مستويات نوعية الحياة واختلافها لديهم. لكن قبول المسؤولية لا يعني أن الأولياء سيعتبرون بأن المشاكل التي يواجهونها هي خطأهم أو يشعرون بالذنب، بل ما يعنيه هذا هو أن الأولياء يتقبلون المشكلة وأنهم الوحيدون الذين يمكنهم إيجاد الطرق الملائمة للتعامل معها.

من ناحية أخرى، أظهرت نتائج هذه الدراسة أن استراتيجية السعي للحصول على الدعم الاجتماعي، كان لها دور معدّل للعلاقة بين الضغط النفسي ونوعية الحياة لدى أولياء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحّد، حيث أوضحت التفاعلات بين الضغط النفسي والبحث عن الدعم الاجتماعي 1,7% من التباين، وهذا يعني أنه عند استخدام أولياء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحّد استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، فإن هذه الاستراتيجية من شأنها تحسين نوعية الحياة لديهم بشكل ملحوظ.

على النقيض من ذلك، أفاد كل من (Kashdana, Barriosb, Forsyth & Stegerc, 2006) وكذا (Hastings et al., 2005) أن استراتيجية الهروب أو التجنب قد ارتبطت بزيادة في تكرار الأفكار التسلطية ومن درجات القلق والاكتئاب، فبالرغم من أن هذه الاستراتيجية تُعتبر كحاجز يقي من حدوث التوتر لدى البعض، وأنها قد تكون مفيدة على المدى القصير، فقد ثبت أنها تُؤثر سلباً على الصحة العقلية للأفراد عند استخدامها على المدى الطويل للتعامل مع عوامل الضغط المزمن، مثل وجود طفل في الأسرة يعاني من إعاقة مدى الحياة - (Dardas A. & Muayyad M., 2015, p.p. 10-11).

دراسة (Chia-Ming Chang, Tsung-Liang Lin et al.) في تايوان بعنوان "آثار الضغط النفسي على حياة طلاب المدارس العليا: استراتيجيات المواجهة الترفيهية كمتغيرات معدّلة"، حيث كان الغرض من هذه الدراسة هو التحقق من تأثير الضغوط النفسية على مختلف جوانب الحياة لدى هؤلاء الطلبة، وتم اختيار عينة متكونة من 720 طالباً من ثماني مدارس عُليا اعتماداً على العينة العنقودية، حيث تم في الأخير الاحتفاظ بـ 622 طالب. ووفقاً لنتائج هذه الدراسة، فإن أهم مصدر للضغوط النفسية لدى أفراد هذه العينة تتمثل خاصة في الضغط النفسي الأكاديمي الناجم عن الحياة الدراسية وواجباتها المتعددة، حيث أن التعليم الإلزامي في تايوان يتميز بكثافة البرامج الدراسية وكبير الحجم الساعي لها، وهو الأمر الذي يحرم هؤلاء الطلاب من أوقات فراغ ما يؤدي في الأخير إلى حدوث الاجتهاد الأكاديمي لديهم. إضافة إلى الاجتهاد الأكاديمي، فلقد تبين أن هؤلاء الطلبة يعانون أيضاً من مصادر أخرى للضغط من أهمها الضغط الأسري، ضغوط المعلمين، التوتر الناجم عن الأقران.

(Chia-Ming Chang, Tsung-Liang Lin et al., 2018, p. 01)

وفي هذا الإطار، فلقد توصل (Li, 2010) إلى أن ما نسبته 26,4% من الطلاب في تايوان قد راودتهم فكرة وضع حدّ لحياتهم والانتحار. ولهذا فقد عمد مُعدّي هذه الدراسة إلى بحث دور استراتيجيات المواجهة الترفيهية في تعديل العلاقة السلبية بين الضغوط النفسية التي يعاني منها هؤلاء الطلاب (خاصة الضغط النفسي الأكاديمي) ومختلف جوانب الحياة لديهم، حيث تم التوصل إلى أن هذه الاستراتيجيات تلعب فعلا دور معدّل للعلاقة التي تربط بين هذه المتغيرات، حيث اتضح أن الطلاب الذين يداومون على المشاركة في الألعاب الرياضية لتعزيز الصحة البدنية والعقلية وكأسلوب ترفيهي، يساعد على التعامل مع أنواع الضغوط النفسية التي يواجهونها والتمتع أكثر بحياتهم.

وبالتالي فإن استراتيجيات المواجهة القائمة على الترفيه الرياضي، يمكن أن تساهم في التخفيف من حدّة الآثار السلبية للضغوط الأكاديمية والضغوط الأخرى لدى هؤلاء الطلاب، وفك حلقة الإجهاد المتواصل وتجديد الطاقة الكافية التي تسمح بالتكيف مع وتيرة الدراسة العالية.

إن هذه النتيجة تتطابق عموما مع ما توصل إليه كلٌّ من (Iwasaki & Mannell, 2000)، اللذان اقترحا أن استراتيجيات المواجهة القائمة على تخصيص أوقات فراغ، وذلك من خلال المشاركة في الأنشطة الترفيهية، يمكنها أن تساعد الفرد للتعامل بشكل فعال مع الضغط النفسي وآثاره السلبية، مما يؤدي في الأخير إلى الاحتفاظ بصحة نفسية ايجابية.

(Chia-Ming Chang, Tsung-Liang Lin et al., 2018, p. 08-09).

دراسة (Li Li et al.) بعنوان "التأثيرات المعدلة لاستراتيجيات المواجهة على العلاقة ما بين الضغط المهني والأداء الوظيفي لدى الممرضين العاملين على مستوى مستشفيات التعليم العالي في الصين"، حيث تضمنت عينة هذه الدراسة 852 ممرض وممرضة يزاولون عملهم في أربعة مستشفيات صينية، ولقد توصلت إلى أن الممرضين يستخدمون استراتيجيات مواجهة إيجابية أكثر من استراتيجيات المواجهة السلبية، كما أن لاستراتيجيات المواجهة تأثيرات معدلة على بعض الأبعاد الفرعية من الإجهاد المهني والأداء المهني.

ومن أجل اختبار التأثيرات المعدلة لاستراتيجيات المواجهة على علاقة ضغط العمل بالأداء الوظيفي، تم إجراء تحليل الانحدار. أولاً، فيما يتعلق بالضغط المهني، فلقد كان لثلاثة أبعاد متعلقة بهذا المتغير آثار سلبية مباشرة على الأداء الوظيفي، والتي تتمثل في طبيعة مهنة التمريض والواجبات الكثيرة والمتكررة المتعلقة بها، عبء العمل وضيق الوقت والعلاقات الإدارية والشخصية السيئة.

ثانياً، عند إدراج شروط التفاعل (الضغط المهني X استراتيجيات المواجهة)، فلقد أدى ذلك إلى نسبة أكبر من التباين، مما يشير إلى أن استراتيجيات المواجهة كان لها تأثير معدل للعلاقة ما بين الضغط المهني والأداء الوظيفي. على وجه التحديد، تم إيجاد أن التأقلم الإيجابي (البحث عن الدعم من العائلة أو الأصدقاء، استخدام طرق الآخرين الناجحة للتعامل مع مشكلات مماثلة)، يمكن أن يقلل أو يحمي من التأثيرات السلبية الناجمة عن رعاية المرضى على الأداء الوظيفي. أما استراتيجيات المواجهة السلبية (مثل المماطلة والاعتماد على الآخرين ومحاولة تجنب المواقف الصعبة)، فلقد تبين أنها تُعزّز التأثيرات السلبية لـ "عبء العمل وضيق الوقت" و"بيئة العمل السلبية ونقص الموارد" على الأداء الوظيفي. عموماً، تبين من خلال هذه الدراسة أن أفراد العينة يميلون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة أكثر إيجابية من استراتيجيات المواجهة السلبية أثناء التعامل مع ضغوط العمل، ومع ذلك، عندما زادت درجات ضغط العمل انخفض استخدام استراتيجيات المواجهة الإيجابية وازداد استخدام الاستراتيجيات السلبية. لذلك، أشار مُعدّي هذه الدراسة في التوصيات، إلى أنه يجب على المؤسسات الاستشفائية خلق بيئة تُشجّع المرضى على استخدام استراتيجيات مواجهة أكثر إيجابية عند معايشة ضغوط العمل، وذلك عن طريق دراسة أنواع ضغوط العمل وتحليل أسبابها، ومساعدة المرضى للتعرف على أسباب الضغط المهني، أضراره وأساليب المواجهة الملائمة في هذه الحالات.

(Li Li et al., 2017, p.p. 06-07).

دراسة (Greer M.) بعنوان "استراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين الضغط النفسي الناجم عن العرق (Race) وأعراض الصحة العقلية للمرأة الأمريكية ذات الأصول الإفريقية"، وهذا على عينة مكونة من 128 امرأة أمريكية من أصل إفريقي.

ولقد انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن السكان الأمريكيين من أصول إفريقية، يتعرّضون لعدّة صعوبات نفسية واجتماعية وعدم المساواة التي تشمل أشكال متنوعة من العنصرية، وبالتالي هناك حاجة إلى جهود مواجهة متعددة لإدارة مستويات عالية من الضغوط النفسية المرتبطة بالتحديات العامة للحياة والصعوبات الفريدة المرتبطة بالعرق، وهذا يزداد سوءاً بين النساء الأمريكيات من أصل أفريقي، حيث أن وضعهن الاجتماعي المعقد وكونهن نساء يجعلهن عُرضة للاضطرابات النفسية المتزايدة.

ولقد تم في الدراسة الحالية فحص استراتيجيات المواجهة الخاصة بالثقافة (أي الجهود والاستراتيجيات التي يشيع استخدامها من قبل أفراد مجموعة ثقافية أو عرقية). ولقد افترضت هذه الدراسة في البداية أن استراتيجيات المواجهة المستعملة بكثرة في ثقافة معينة، لها تأثير على شدة الأعراض النفسية الناجمة عن الضغط النفسي المرتبط بالعرق، بحيث أن الاستخدام المتكرر لهذه الاستراتيجيات سيُخفف من قوة العلاقة بين الضغط النفسي المرتبط بالعرق والأعراض النفسية السلبية.

أظهرت تحليلات الانحدار الهرمي أن الاستخدام المرتفع لهذا النوع من الاستراتيجيات التي تُركز على الطقوس الثقافية لمعالجة الضغط النفسي الناجم عن العرق، كان مرتبطاً بالقلق الشديد والحساسية بين الأشخاص، في حين لم يتم العثور على أي تأثير معدّل لهذه الاستراتيجيات على العلاقة ما بين الضغط النفسي الناجم عن العرق وبين الاكتئاب، الوسواس القهري والأعراض الجسدية، كما أشارت أيضاً النتائج إلى أن النساء الأمريكيات من أصل إفريقي، قد يستخدمن عن غير قصد هذه الاستراتيجيات التي تعمل على زيادة شدة الأعراض النفسية الناجمة عن الضغط النفسي المرتبط بالعرق.

(Greer M., 2011, p. 2015).

الدراسة التي قام بها (بوزارة مصطفى) بعنوان "الآثار الوسيطة لاستراتيجيات المواجهة على الصلة ضاغط عمل - توتر"، هدفت الدراسة إلى تحديد أنواع الاستراتيجيات التي يلجأ إليها المشرفون عند مواجهة الضواغط المهنية المدركة في مقر العمل، وكذلك فحص أثر الدور الوسيطي لتلك الاستراتيجيات على الصلة ضاغط عمل - توتر. بحيث قام الباحث بتصميم مقياس لغرض الدراسة الذي طُبّق على عينة تضمنت 114 مشرف على العمل، يمارسون مهنتهم بشكل دائم في المؤسسة الوطنية للعربات الصناعية (الروبية).

ولقد تم الافتراض في هذه الدراسة أن استراتيجيات المواجهة لها دور وسيطي في العلاقة بين ضواغط العمل التي يواجهها المشرف ومؤشرات التوتر لديه، وعندما يتم تصوّر المواجهة على هذا الأساس، فهذا يعني أنها لا تتوسط هذه العلاقة حتى يتوفر مستوى معيّن من ضواغط العمل لإثارة المواجهة.

وبعبارة أخرى فإن المواجهة لا يمكن أن تكون وظيفية إلا بعدما يتم تنشيطها من خلال معاشة ضواغط العمل من طرف المشرف. وهكذا فإن المواجهة لا تحدث بتلقائية لدى الفرد بل هي تتأثر من خلال ضواغط العمل، وتؤثر بدورها وذلك بتضخيم أو تخفيف آثار الضواغط المدرك. وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن الميزة التصويرية لاعتبار المواجهة كوسيط هي ميزة مضاعفة:

أولاً: إنها توفر تصوّر ديناميكي أكثر من استاتيكي لدور المواجهة بالنسبة للعلاقة ضاغط عمل-توتر، أي أن اعتبار المواجهة كوسيط يعني أن ضواغط العمل المُعاشة تؤدي إلى تنشيط أو تحريك موارد المواجهة الشخصية، فالمواجهة عند تنشيطها تُغير أثر ضواغط العمل المدركة على التوتر.

ثانياً: هناك ميزة أخرى وهي أن المواجهة كوسيط توفر شرحاً أكثر لعلاقة ضواغط العمل بالتوتر، حيث أنه عندما تُدرك من طرف المشرف فإن ضواغط العمل تتعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على توترات العمل، والدور الوسيط للمواجهة يعمل على توفير معلومات إضافية حول طبيعة وقوة العلاقة الغير مباشرة لضواغط العمل المدركة مع التوتر، ويعني ذلك اتجاه ودرجة أثر ضواغط العمل المُعاشة على المواجهة.

لقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن استراتيجيات المواجهة التي تتوسط بين ضواغط العمل المدركة والتوتر، هي التفريغ الانفعالي والبحث عن الدعم الاجتماعي. وهذه النتائج أدت إلى تساءل الباحث عن سبب كون المواجهة عبر التفريغ الانفعالي والبحث عن الدعم الاجتماعي هما الوسيطين الأكثر دلالة بين استراتيجيات المواجهة، ولماذا مثلاً لم يتبين من خلال هذه الدراسة أن استراتيجية المبادأة بالفعل النشط (وهي شكل من المواجهة المرتكزة على المشكل) تُخفف من أثر ضواغط العمل المدركة على التوتر؟

ولقد اقترح الباحث أن التجارب التي يكتسبها المُشرف عبر الزمن في تعامله مع ضواغط العمل، تجعله يُدرك أن استراتيجيات المواجهة الايجابية غير متوقفة بشكل كلي على المجهودات النشطة لتغيير حوادث العمل الضاغطة، ومن ثم يلجأ المُشرف إلى المواجهة عبر التسيير الانفعالي كاستراتيجية لكسب بعض الوقت إلى حين إيجاد الحلول المناسبة للموقف الطارئ.

إن التعامل بهذه الطريقة وتجنب ضاغط العمل المدرك يمكن أن يقلل المشاعر الانفعالية المُثارة، ولكن لا يسمح بالقضاء بشكل نهائي على الضرر أو التهديد الطارئ في مقرّ العمل. (بوزارة مصطفى، 2007، ص. ص. 528-529).

دراسة (YIP B. et al.) بعنوان "استراتيجيات المواجهة كمتغير معدّل للعلاقة بين عبئ العمل الزائد والاحترق النفسي"، حيث شملت عينة هذه الدراسة 222 مهندس محترف في مجال البناء. ولقد تم دراسة الدور المعدّل ل 04 أنواع من استراتيجيات المواجهة على أساس مقياس طرق أساليب المواجهة (WCQ)، بحيث تتمثل هذه الأساليب في الحل العقلاني للمشكلة، ترك مسافة تُجاه المشكل وعدم الاندماج فيه، البحث عن الدعم الاجتماعي والتسلية، التفكير السلبي بالتمني (أحلام اليقظة).

ولقد توصلت النتائج إلى أن هناك تفاعل بين استراتيجية الحل العقلاني للمشكلات مع عبئ العمل الزائد، وهذا أظهر بدوره تأثيراً معديلاً على العلاقة بين عبئ العمل وجميع الأبعاد الثلاثة للاحتراق النفسي. وبمعنى آخر، عندما يستخدم المهنيون في مجال البناء جهوداً وتركيزاً أكثر من أجل إيجاد حل للمشاكل لتغيير المواقف المُجهدة، تكون العلاقة بين أعباء العمل الضاغطة والاحتراق النفسي أضعف بكثير مقارنة مع المهنيين الآخرين الذين يبذلون جهد أقل من هذا النوع.

وتُعتبر استراتيجيات المواجهة القائمة على إيجاد حل عقلائي للمشكلة كنوع من المواجهة الإيجابية الفعالة، التي تعتمد مقارنة ببناء ومباشرة لتحديد المشكلات وحلها بطريقة عقلانية، أي انطلاقاً من معطيات وإمكانات واقعية، وبالتالي من المهم دمجها ضمن برامج التدخل المصممة خصيصاً للتخفيف من حدة الإرهاق ككل، خاصة عندما يكون عبئ العمل زائد بكثرة.

كما تبين أيضاً أن لاستراتيجية ترك المسافة تجاه المشكل وعدم الاندماج فيه، دور معديلاً للعلاقة بين عبئ العمل الزائد وبعْد الانهك العاطفي للاحتراق النفسي، مما يدل على أن أفراد عينة هذه الدراسة الذين يستخدمون استراتيجية مركزة أكثر على فصل أنفسهم عن الموقف الضاغط والتقليل من أهميته، من المرجح أن يكونوا أقل استنفاداً لطاقتهم من الناحية العاطفية. ومع ذلك، فلقد أشار بعض الباحثين، مثل (Siu et al., 2006) إلى أنه على الرغم من أن اللجوء إلى هذا النوع من الاستراتيجيات قد يكون طريقة للتكيف مع الظروف الضاغطة، إلا أنه، في حالة الإفراط في استخدامها، يمكن أن يؤدي إلى تفاقم المشكلة. على سبيل المثال، إذا وصل الفرد من خلال هذه الاستراتيجية إلى درجة الانسحاب من الواقع، فهذا ليس بالضرورة وسيلة تكيفية للتغلب على عبء العمل أو الصراع بين الأشخاص، لأن واجبات العمل الكثيفة أو الصراع ما زال قائماً. لكن من جهة أخرى، يمكن الاعتبار بأن مثل هذه الاستراتيجية قد تساعد المهنيين على التعامل مع الضغوطات التي تم تقييمها على أنها غير قابلة للتغيير، لأنهم يشعرون بأن القبول هو خيارهم الوحيد. هذا ربما يُفسر سبب استخدام استراتيجية ترك مسافة تجاه المشكل وعدم الاندماج فيه، وكذا نقص فعاليتها مقارنة مع استراتيجية الحل العقلاني للمشكلة في تعديل العلاقة بين عبئ العمل الزائد والاحتراق النفسي ككل، لأنه من المرجح، في الكثير من الوضعيات المهنية، أن يتم تقييم عبئ العمل الزائد على أنه موقف مُرهق لكنه قابل للتغيير.

(Yip B. et al., 2008, p.p. 11-12).

دراسة (Mohr, D. et al.) بعنوان "التأثيرات المعدلة لاستراتيجيات المواجهة على العلاقة بين الضغط النفسي وحدث إصابات دماغية جديدة لدى مرضى التصلب اللوحي المتعدد"، حيث انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن الكثير من المرضى الذين يعانون من مرض التصلب اللوحي المتعدد (SEP)، أدلوا بأن الضغط النفسي يمكن أن يؤدي إلى تفاقم أعراض المرض لديهم. وقد دعمت الكثير من الأبحاث وجود علاقة بين الضغط النفسي وتفاقم أعراض هذا المرض، بل يمكن أن يصل الأمر لإمكانية ظهور وتطور إصابات جديدة على مستوى الدماغ.

ومع ذلك، فإن تأثير الضغط النفسي على هذا المرض لا يحدث بطريقة آلية لدى جميع المرضى، مما يدل على وجود متغيرات أخرى تلعب دور في تعديل هذه العلاقة. وبالتالي، بحثت هذه الدراسة مدى تعديل استراتيجيات المواجهة العلاقة اللاحقة بين الضغط النفسي وإمكانية وقوع إصابات دماغية جديدة لدى مرضى التصلب اللوحي المتعدد. (Mohr D. et al., 2007, p. 01).

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعالات، فشلت في تخفيف التأثيرات السلبية للضغوط النفسية على الصحة النفسية والعصبية لدى هؤلاء المرضى، خاصة عندما لا تُظهر مثل هذه الاستراتيجيات فعالية وبقاء التوتر العاطفي والانفعالي لديهم، وهذا على عكس استراتيجيات المواجهة المعرفية مثل الإلهاء أو إعادة التقييم الإيجابي للمواقف الضاغطة، التي أبدت بشكل عام تأثير إيجابي على صحة ورفاهية المرضى، في حين كانت تأثيرات استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل أكثر تباينا.

من ناحية أخرى، أشار مُعدّوا هذه الدراسة إلى أنه يمكن أن يكون تأثير استراتيجيات المواجهة على العلاقة بين الضغوط النفسية ونشاط مرض التصلب اللوحي المتعدد، مباشر أو غير مباشر أو كليهما.

يمكن أن يكون لاستخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة والملائمة نُجاء الموقف الضاغطة، تأثير غير مباشر من خلال التحكم في الضغط الناشئ، وبالتالي التقليل من مستوى الإجهاد، إضافة إلى ذلك يمكن أن يكون لاستراتيجيات المواجهة التكيفية آثار مباشرة عن طريق تغيير استجابات المريض العاطفية، الانفعالية والمعرفية نُجاء الضغط، وبالتالي تقليل الآثار الفيزيولوجية السلبية الناجمة عن نشاط الغُد الصماء والغُد المناعية، المعروفة بأنها ذات صلة بتطور مرض التصلب اللوحي المتعدد.

فالتأثير المعدل لاستخدام استراتيجية الإلهاء مثلا يدخل في هذا المسار الثاني، كما أن المسارين المباشر وغير المباشر لا يُغيان بعضهما البعض، بل يمكن أن يعملان في آن واحد.

(Mohr, D. et al., 2007, p. 07).

دراسة كل من (Wang J. et Patten S.) بعنوان "التأثيرات المعدلة لاستراتيجيات المواجهة على الاكتئاب الأساسي لدى عامة الأفراد"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الآثار المعدلة لاستراتيجيات المواجهة على الارتباط بين الضغوط المختلفة وانتشار الاكتئاب الأساسي لدى أفراد المجتمع.

لم يتم العثور في هذه الدراسة على أي تأثير معدل عام لاستراتيجيات المواجهة المدروسة، على الارتباط بين جميع الضغوط التي تم تقييمها وانتشار الاكتئاب الأساسي. وتدل هذه النتيجة، حسب هؤلاء الباحثين، على أن استراتيجيات المواجهة التي يعتمدها الأفراد قد تختلف باختلاف المواقف الضاغطة وشدها، وقد تعمل بعض أنواع الاستراتيجيات على تعديل درجة تأثير أنواع معينة من الضغوط الحياتية على خطر حدوث الاكتئاب الأساسي أو النتيجة التي سيؤول إليها، ولكن ليس بالضرورة بالقدر نفسه لدى كلا الجنسين (Wang J. & Patten S., 2002, p. 167).

وتتسق هذه النتيجة مع وجهة النظر الحالية التي مفادها أن استراتيجيات المواجهة هي موقفية، أي أنها خاصة بالوضعية التي يتواجد فيها الفرد، وهذا يعني أن نفس استراتيجية المواجهة يمكن أن تكون فعالة في موقف معين وغير فعالة في موقف آخر، فقد يستخدم بعض الأفراد أساليب مواجهة غير ملائمة أمام حدث معين أو لتسيير علاقات متوترة مع الآخرين، مما قد يؤدي إلى نتائج سلبية وبالتالي لتكثيف أعراض الاكتئاب.

من جهة أخرى، تبين أن ممارسة العبادات كالصلاة (استراتيجيات المواجهة الدينية)، يؤدي إلى انخفاض خطر الوقوع في الاكتئاب الأساسي الذي يمكن أن ينجم عن المشاكل الاقتصادية والمالية، وعن الضغوط العاطفية لدى النساء. في هذا السياق أفاد (Strawbridge et al.) بأن المشاركة في الأنشطة الدينية المنظمة وغير المنظمة، تُخفف من حدة وقع الضغوط الناجمة عن المشاكل العائلية والمالية والمشاكل الصحية على الأعراض الاكتئابية لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 50 و102 سنة.

كما أظهرت أيضا النتائج أن النساء المتدينات اللواتي يتعرضن لضغوط مالية، لا يحصلن فقط على الراحة الروحية الناجمة عن ممارسة العبادات، ولكن قد يحصلن أيضا على مساعدة ملموسة من الآخرين في المجموعة الدينية (استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي بمختلف وسائله)، مما يؤدي إلى انخفاض خطر الإصابة بالاكتئاب الأساسي.

ففي هذا المنحى، أفاد (Fuhrer et al.) فيما يخص البحث عن الدعم الاجتماعي كاستراتيجية للمواجهة، أن النساء لديهن علاقات شخصية وثيقة أكثر من الرجال، على الرغم من أن الرجال لديهم شبكات اجتماعية أكبر وأوسع، لذلك فإن النساء هن أكثر استفادة من هذا النوع من الاستراتيجيات. كما وجدت أيضا هذه الدراسة، أن التعبير عن المشاعر كاستراتيجية مُواجهة قد يُخفف من الآثار السلبية لأحداث الحياة الآنية، الضغط الشخصي، الضغط العلائقي (مع الشريك) والضغط المحيطي على الاكتئاب الأساسي بالنسبة للإناث، ولكن ليس للذكور.

وقد فسّر مُعدّي الدراسة ذلك باعتبار أن هذه الاختلافات يمكن أيضا أن تكون نتيجة لتأثير الدعم الاجتماعي كمتغير معدّل، حيث أن النساء كُن أكثر ميلا للتحدث مع الآخرين حول الوضعية الضاغطة كاستراتيجية مواجهة.

ولقد توصلت الدراسة الطولية لكل من (Stanton A. L. & Danoff-Burg S., 1994) على طلاب الجامعات إلى نتائج مماثلة، حيث أن اللجوء لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال (خاصة التعبير عن العواطف والمشاعر) كانت أكثر استخداما لدى الاناث، وهذا ما ساعدهن على خفض مستويات أعراض الاكتئاب عندما تعرضن لضغوط الحياة الدراسية.

وقد خلص الكثير من الباحثين إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال التي تتجسد في التنفيس الانفعالي (التعبير عن العواطف)، قد تؤدي إلى رفع مستوى التكيف عند التعرض لضغوط الحياة، حيث أن ذلك يساهم في تعديل المخططات المعرفية-العاطفية السلبية، والإفراج عن التوتر الفيزيولوجي والنفسي، وتحفيز السلوك التكيفي.

من جهة أخرى، ذكرت دراسات سابقة أن الاستخدام غير الفعال لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، كان مرتبطا بزيادة في مستوى أعراض الاكتئاب لدى النساء. ففي عينة من المراهقين الفنلنديين، وجدت (Aro H. & Hanninen V., 1996)، أن استخدام التفريغ العاطفي السلبي كاستراتيجية مواجهة، مثل التنفيس عن طريق الغضب، إلقاء اللوم على الذات، اللجوء إلى التدخين وتعاطي الكحوليات، زاد من مستويات أعراض الاكتئاب (التي تم قياسها بمقياس "بك" للاكتئاب) بالنسبة للفتيات عند تعرضهن للضغوط الحياتية (Wang J. & Patten S., 2002, p. 171-172).

دراسة (Wickramasinghe, V.) بعنوان: "أبعاد العمل والضغط المهني: التأثير المعدل لاستراتيجيات المواجهة"، حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو بحث التأثير المعدل لاستراتيجيات المواجهة على العلاقة بين ضغوط العمل والأبعاد المتعلقة بالعمل (روتين العمل، وضوح الدور، العلاقات مع الآخرين في مكان العمل وفرص الترقية).

ولإجراء هذه الدراسة، تم اختيار عينة قوامها 385 موظف من العاملين بدوام كامل في العديد من مؤسسات القطاع الخاص، وقد أدى التحليل العاملي إلى تحديد ثلاثة استراتيجيات مُواجهة يستخدمها أفراد هذه العينة وهي: استراتيجيات المواجهة الإيجابية النشطة، استراتيجيات المواجهة القائمة على المبادرات في مكان العمل، الدعم غير الرسمي في مكان العمل.

وتنبأت الفرضية الرابعة من هذه الدراسة بأن العلاقة بين ضغوط العمل والعلاقات مع الآخرين يمكن أن تُعدّل من خلال استراتيجيات المواجهة، حيث أشارت شروط التفاعل الاحصائية أن استراتيجيات المواجهة الإيجابية النشطة والاستراتيجيات القائمة على المبادرات في مكان العمل، عدّلت العلاقة بين الضغوط المهنية والعلاقات مع الآخرين في مكان العمل.

ولقد تم إنشاء الرسوم البيانية التي تُظهر الدرجات المنخفضة والمتوسطة والمرتفعة من هذه المتغيرات، وذلك انطلاقاً من توصيات كل من (Aiken & West, 1991)، حيث أُجريت اختبارات التأثيرات البسيطة لتحديد ما إذا كانت الانحدارات تختلف بشكل كبير عن الصفر.

وكشفت هذه الاختبارات أن العلاقة بين ضغوط العمل والعلاقات مع الآخرين في مكان العمل قد عدّلت لدى الدرجات العالية ($t = 2,12, p. <0,05$) والمتوسطة ($t = 2,14, p. <0,05$) بالنسبة لاستراتيجيات المواجهة الإيجابية النشطة وكانت مختلفة إلى حدّ كبير عن الصفر.

علاوة على ذلك، فإن العلاقة بين ضغوط العمل والعلاقات مع الآخرين في مكان العمل قد عدّلت أيضاً لدى المستويات المتوسطة ($t = 3,73, p <0,001$) والمستويات المنخفضة ($t = 3,38, p. <0,001$) بالنسبة لاستراتيجيات المواجهة القائمة على المبادرات في مكان العمل، وكانت تختلف اختلافاً كبيراً عن الصفر.

أما بالنسبة للاستراتيجيتين الأخريين، فلم يتبيّن لهما أي تأثير معدّل للعلاقة بين ضغوط العمل والعلاقات مع الآخرين، كما أنه لم تقم أيّ من هذه الاستراتيجيات بتعديل العلاقات بين ضغط العمل وكل من روتين العمل، فرص الترقية ووضوح الدور (Wickramasinghe, V., 2017, p. 14).

دراسة (Moore Britan M.) بعنوان "دراسة الأثر المعدل لاستراتيجيات المواجهة لدى المرضين العاملين على مستوى مصالحي العناية المكثفة للأطفال حديثي الولادة"، حيث كان الهدف منها هو التحقق من مدى فُدرَة استراتيجيتي المواجهة المتمثلتين في مهارات البحث عن الدعم الاجتماعي وحل المشكلات، على تعديل العلاقة بين الأعراض الثانوية للضغط الصدمي وأعراض الاكتئاب من جهة وأعراض الإجهاد النفسي من جهة أخرى لدى هؤلاء المرضين.

ولقد انطلقت هذه الدراسة من فرضيتين، تمثلت الأولى بأن مهارات البحث عن الدعم الاجتماعي سيعمل على تعديل العلاقة بين الأعراض الثانوية للضغط الصدمي ومستويات الإجهاد النفسي، لدى المرضين العاملين على مستوى مصالحي العناية المكثفة للأطفال حديثي الولادة. أما الفرضية الثانية فكان مفادها أن مهارات حل المشكلات كاستراتيجية للمواجهة النشطة من شأنها أن تعمل على تعديل العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومستويات الإجهاد النفسي لدى هؤلاء المرضين.

ولقد جاءت النتائج مدعّمة جزئياً للفرضية الأولى، حيث تبين أن مهارات البحث عن الدعم الاجتماعي كاستراتيجية للمواجهة عدّل بشكل كبير العلاقة بين الأعراض الثانوية للضغط الصدمي ومستويات الإجهاد النفسي لدى هؤلاء المرضين. ومع ذلك، بعد إجراء تحليل لاحق للتحقق من التفاعل، أشارت النتائج إلى أن هذا التعديل كان أقل لدى المرضين الذين يتجهون بكثرة نحو استعمال مهارات البحث عن الدعم الاجتماعي. وبعبارة أخرى، فإن المرضين العاملين في وحدات العناية المركزة للولادة الذين تبين لديهم مستويات مرتفعة من الأعراض الثانوية للضغط الصدمي، والذين أفادوا بأنهم يلجؤون بكثرة للبحث عن الدعم الاجتماعي سعياً منهم إلى تحقيق التأقلم، أشاروا أيضاً إلى مستويات أعلى من الإجهاد النفسي بالمقارنة مع المرضين اللذين أبلغوا عن عدم بحثهم عن الدعم الاجتماعي بكثرة.

ولقد قامت مُعدّة هذه الدراسة بتفسير هذه النتيجة غير المتوقعة بشأن التأثير المعدل لاستراتيجية المواجهة القائمة على البحث عن الدعم الاجتماعي، بالاختلاف القائم بين مفهومي الدعم الاجتماعي الموضوعي والدعم الاجتماعي المدرك، حيث أشار العديد من الباحثين إلى أن هذين النوعين من الدعم الاجتماعي هما مفهومان منفصلين ومختلفين، قد يُسفر كل واحد منهما على نتائج نفسية واجتماعية وصحية مختلفة عن نتائج الأخر.

أما فيما يخص الفرضية الثانية لهذه الدراسة فهي لم تتحقق لأن التفاعل لم يكن دالا، وهذا ما يشير إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكلة لم يكن لديها دور معدّل للعلاقة بين الأعراض الاكتئابية ومستويات الإجهاد النفسي لدى هؤلاء المرضى، كما كشفت النتائج عن وجود تأثير رئيسي مهم لأعراض الاكتئاب على ارتفاع مستويات الإجهاد النفسي لديهم.

(Moore Britan M., 2017, p. 33).

نستنتج من خلال ما سبق عرضه، أن العديد من الدراسات أظهرت أن استراتيجيات المواجهة تُعدّل العلاقة بين ضغوط العمل وآثارها على الرفاهية الذاتية ونوعية الحياة المهنية والعامة، حيث أشارت العديد منها إلى أن استراتيجيات المواجهة النشطة (المركزة على المشكل) تُخفّف من الآثار الضارة للضغوط. على سبيل المثال، أفاد الباحثون أن استراتيجيات المواجهة المباشرة والمركزة على المشكل قد خفّفت من الآثار السلبية لمتطلبات وأعباء العمل على الصحة العقلية للعاملين.

من ناحية أخرى، فإن تبني استراتيجيات المواجهة القائمة على حل المشكلات عند التعامل مع ضغوط العمل، من شأنه أن يمنع أو يُقلل تأثير هذه المشاكل المهنية على باقي جوانب حياة الفرد، وبالتالي عدم تقاوم ضغوط الحياة الأخرى لديه.

كما وُجد أيضا أن الموظفين الذين استخدموا استراتيجيات المواجهة النشطة قد تمكنوا من تحقيق أداء وظيفي أعلى، وتبيّن أيضا بأنهم أقل ميلا نحو الدوران الوظيفي (تغيير المهنة)، وهذا بالمقارنة مع أنواع أخرى من استراتيجيات المواجهة مثل الهروب والتجنب.

كذلك توصلت هذه الدراسات السابقة إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، التي تم اتخاذها من طرف الموظفين، قد كان لها دور في تكيفهم مع المواقف المهنية الضاغطة (مثل انعدام الأمن الوظيفي، أو نقص الاستقرار الوظيفي الذي يظهر مثلا من خلال التغيير التنظيمي المستمر)، مما يعني أن لهذا النوع من الاستراتيجيات دور في حماية العامل من انعدام الأمن الوظيفي، وهو ما يساعد في تحقيق الرفاهية الذاتية وتحسين مستويات نوعية الحياة في العمل.

6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة:

جاء في الفرضية السادسة للدراسة الحالية أنه "توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية بأبعادها ونوعية الحياة في العمل بأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية"، حيث أسفرت نتائج التحليل الاحصائي (معامل ارتباط بيرسون) أن هناك ارتباط موجب دال احصائياً بين كل من الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وأبعادها، ماعدا بُعدي توافق حياة مهنية/حياة شخصية وتصميم العمل، وكذا ارتباط موجب دال احصائياً بين بُعد الالتزام وبُعد مهنة التمريض والمجتمع، وكذا ارتباط موجب دال احصائياً بين بُعد التحكم ونوعية الحياة المهنية وكافة أبعادها، على عكس بُعد التحدي الذي لم يُظهر أي ارتباط مع نوعية الحياة المهنية وأبعادها.

كما نلاحظ، فإنه كلما شعر الممرض العامل في مصلحة الأمراض المعدية بتحكم أكبر في الظروف والعوامل الضاغطة التي يواجهها يومياً في مكان العمل، كلما أدى ذلك إلى تحسّن في مستوى نوعية الحياة المهنية لديه.

لقد تبين من خلال مراجعة الأدبيات أن الكثير من الباحثين (Cash, 1988, Delmas et coll., 1997, Duquette et coll, 1994, Morissette, 1993, Rodary, 1993) قد ركّزوا على دراسة الجوانب السلبية والضاغطة للعمل التمريضي، حيث فحص هؤلاء الباحثون العوامل الشخصية والمحيطية التي من شأنها أن تُسهم في الإنهاك المهني والشدة الانفعالية بين الممرضين.

كما قام بعض الباحثين (Savignac, 1993, Harrisson, 1995) بفحص العوامل المرتبطة بالرفاهية الذاتية والنفسية للممرضين، وتوصلوا إلى أن من بين كل المصادر الاجتماعية والفردية التي يمكن أن تساعد الممرض للتعامل مع الضغوطات المتعددة المرتبطة بالعمل، فإن الصلابة النفسية هي أهم مورد، حيث أنها تعتبر كعامل وقائي للممرض تساعده على الاحتفاظ بصحة جيّدة على الرغم من بيئة العمل الضاغطة.

وهذا ما أشار إليه كلٌّ من (Maddi & Kobasa, 1984) بأن الصلابة النفسية هي واحدة من أقوى المصادر الشخصية للتعامل مع الضغوطات في مكان العمل، لأن الفرد الذي يتمتع بمستويات عالية من الصلابة النفسية يلجأ غالباً لاستخدام استراتيجيات المواجهة النشطة (المركّزة على المشكل)، ويتعامل مع الحالات والمواقف التي تطرح إشكال بطريقة تجعل الشعور بالضغط المهني أقل مما هو عليه لدى الفرد الأقل صلابة.

وفي هذا الإطار، قام كلٌّ من (Delmas P. & Duquette A.) بدراسة تحت عنوان "الصلابة النفسية، استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الانعاش الطبي"، والتي هدفت من جهة إلى الكشف عن العلاقة ما بين الصلابة النفسية، استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين، ومن جهة أخرى دراسة الأثر الوسيطي (effet médiateur) لاستراتيجيات المواجهة بين أبعاد الصلابة النفسية ونوعية الحياة في العمل، وذلك على عينة مكونة من 137 ممرض.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى أن استراتيجيات إعادة التقييم الايجابي وحل المشكل لها أثر وسيطي بين الشعور بالالتزام والتحكم وبين نوعية الحياة في العمل، بعبارة أخرى، كلما كان للممرض شعور بالالتزام والتحكم، كلما استعمل استراتيجيات إعادة التقييم الايجابي وحل المشكل، ما يؤدي في النهاية لتحسين نوعية الحياة في العمل لديه.

(Delmas P. & Duquette A., 2000, p.p. 17-18).

وتتفق النتائج التي تم الوصول إليها من خلال هذه الدراسة مع نتائج دراسات أخرى التي أُقيمت على الممرضين اللذين يعملون في مختلف الأقسام (Delmas et coll., 1997, Duquette et coll., 1995, Major, 1995)، حيث اتضح أن الممرضين اللذين لديهم شعور قوي بالالتزام والتحكم يمكنهم مواجهة الواقع الصعب والضغوط الناجم عن عدة عوامل مهنية، مثل التعامل مع التكنولوجيا الطبية المتطورة باستمرار، وعبء العمل المتزايد والمطالب المتكررة والملحة للمرضى وعائلاتهم.

(Delmas P. & Duquette A., 2000, p. 23).

دراسة (Da Silva R. et al.) بعنوان "الصلابة النفسية والاحترق النفسي لدى طلاب التمريض في ثلاث جامعات برازيلية - دراسة تحليلية"، على عينة قوامها 570 طالب في التمريض، حيث تم التوصل إلى أن (48.77%) من هؤلاء الطلاب لديهم مستوى عالٍ من التحكم، (61.40%) لديهم مستوى عالٍ من الالتزام و(35.44%) لديهم مستوى عالٍ من التحدي.

وبعد تحليل البيانات، تم ايجاد أن 125 طالبا يتمتعون بصلابة نفسية عالية، من بينهم (68%) لم يتعرضوا للإنهاك المهني.

وهكذا، فإن طلاب التمريض الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية في هذه العينة يميلون إلى الاعتقاد في قدرتهم على التحكم في الأحداث الضاغطة المتعلقة بعملية التعليم والممارسة الميدانية، الالتزام بالأنشطة الأكاديمية والتطبيقية والقدرة على تفسير المواقف الضاغطة المحتملة في العملية التعليمية والممارسة الميدانية باعتبارها تحدٍ، وهذا ما يجعل هؤلاء الطلبة يعانون بصفة أقل من الضغط.

(Da Silva R. et al., 2014, p. 04).

وفقاً ل (Maddi & Kobasa, 1984)، تعتبر الصلابة النفسية كمورد شخصي يسمح للأفراد الاحتفاظ بصحة جيدة في محيط يتوفر على العديد من عوامل الضغط، وقد تم التحقق من هذه النتيجة عدة مرات لدى مختلف عينات مهنيي التمريض.

وفي هذا السياق، جاءت دراسة (Delmas P. & Duquette A.) بعنوان "مدى تأثير برنامج لتحسين مستوى الصلابة النفسية على نوعية الحياة في العمل لدى الممرضات الفرنسيات" بحيث هدفت هذه الدراسة إلى إعداد وتطبيق برنامج لتعزيز وتحسين مستوى الصلابة النفسية وتقييم آثاره على الصلابة نفسها، استراتيجيات المواجهة، الضغط المهني المُدرَك ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضات الفرنسيات.

ولقد تم سحب عينة من مستشفى في جنوب غرب فرنسا، بطريقة عشوائية تتكون من 70 ممرضة تم تقسيمها لمجموعتين تجريبية وضابطة، كما أن هذا البرنامج تم بناءه وفقاً لتوصيات كل من (Maddi & Kobasa, 1984)، بحيث تم اختيار ثلاثة تقنيات وهي: التركيز (Focusing)، إعادة بناء الوضعية والمقاربة الانفعالية - العقلانية.

ولقد أظهرت النتائج، في أوقات القياس الثلاثة التي جاءت بعد تطبيق البرنامج، أن هذا الأخير ساعد في تعزيز وتقوية مستوى الصلابة النفسية، استراتيجيات المواجهة النشطة ونوعية الحياة في العمل للممرضات، مع الحد من كثافة الضغط المهني المُدرَك وكذا من استعمال استراتيجيات الهروب والتجنب.

(Delmas P. & Duquette A., 2004, p. 12).

كما أشار أيضا الباحثان إلى أن برنامج تعزيز الصلابة النفسية الذي قاموا بإعداده وتطبيقه، سمح بزيادة في المستوى العام للصلابة وكذلك أبعادها، حيث أن الدرجة الكلية للصلابة التي تم الحصول عليها بعد ثلاثة أشهر من التدخل، أصبحت أعلى مما كانت عليه في القياس القبلي، وهذا يعني أولاً أن الصلابة النفسية هي سمة شخصية يمكن أن تتحسن بفضل التدخل من أجل تعزيزها، ثانياً أن هذا التأثير للبرنامج على الصلابة النفسية ليس مؤقتاً بل هو دائم، نظراً لأنه باقٍ مع مرور الوقت، ومن ثم فإن هذه

النتائج لا توافق الانتقادات التي صاغها كلٌّ من (Carver, 1989, Funk, 1992) التي افترضت أن الصلابة النفسية هي سمة ثابتة للشخصية لا يمكن تطويرها.

على المستوى الإكلينيكي، فإن نتائج الممرضين الذين استفادوا من برنامج لتعزيز الصلابة النفسية لديهم والممرضين الذين لم يستفيدوا منه، والتي تم جمعها بعد تطبيق هذا البرنامج، أشارت إلى اختلاف في طريقة تصرفهم ومواجهتهم لحدث مهني ضاغط، فالمرضى الذين طُبِّق عليهم هذا البرنامج يرون أن الوضعية الضاغطة التي تبقى على حالها ولم يتم حلها، يمكن أن تصبح مصدراً للضغط المهني المزمن، وهذا ما يدفعهم إلى تبني استراتيجيات مواجهة فعالة ترمي لإيجاد حل للمشكلة الضاغطة وإعادة تقييم الوضع بشكل أكثر إيجابية، إضافة إلى ذلك، فهم يتعلمون طريقة ترك مسافة انفعالية كافية تجاه الأحداث الضاغطة وعدم الاندماج معها والتأثر الكبير بها، وهذا ما يسمح لهم بتحليلها بطريقة أكثر عقلانية وطلب الدعم إذا لزم الأمر، وكنتيجة لذلك، فإنهم يشعرون برفاهية ذاتية أكبر في العمل، وتأكيداً أفضل للذات مع إدراكهم ووعيهم بحدودهم.

باختصار، يبدو أن برنامج تعزيز الصلابة النفسية قد سمح للممرضين باستعادة قدرتهم على اختيار وتنفيذ الإجراءات المناسبة لإحداث تغيير مفيد لصالح نوعية حياتهم في العمل، حيث يمكن ملاحظة أن مستوى نوعية الحياة في العمل ارتفع بعد تطبيق برنامج التعزيز، وذلك بعدما ظهر أن هذا المستوى كان معتدلاً قبل التدخل.

في نفس السياق، توصل كلٌّ من (Carlier, 2000) (Delmas, 1999) إلى نتائج مشابهة لدى عينة من الممرضين.

هذه النتائج قد تجد تفسيراً لها، حسب الباحثين، من واقع العديد من المستشفيات التي خضعت لإعادة الهيكلة، التي ركزت في المقام الأول على الميزانية المحدودة وطريقة تسييرها بعقلانية، وتناسي، أو إهمال، البعد الإنساني لمهنيي الصحة وعدم الاعتراف، في كثير من الأحيان، بالمشاكل والضغوط المهنية التي يواجهها الممرض أثناء أداءه لوظائفه. ونتيجة لذلك، لا يسمح مناخ العمل بالمستشفيات بترقية وتحسين نوعية الحياة في العمل.

إلا أن الممرضين الذين استفادوا من برنامج لتعزيز الصلابة النفسية، أكدوا على أن هذه الفترات من الاضطراب والتحويلات حفرتهم على تطبيق التقنيات المختلفة التي اقترحتها هذا البرنامج.

(Delmas P. & Duquette A., 2004, p.p. 20-21).

دراسة (Skomorovsky, A.) بعنوان "دور الصلابة النفسية في تحقيق الرفاهية الذاتية لدى مرشحي ضباط القوات العسكرية الكندية"، وذلك على عينة مكونة من 200 فرد مترشح لنيل رتبة ضابط عسكري، حيث انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن المواقف والظروف الخاصة بالتدريبات والعمليات العسكرية تتميز بمطالبها المُجهدّة والشديدة، خاصة تلك المتعلقة بالأخطار الجسدية، والتي تسبب ضغوط كبيرة لدى هؤلاء الأفراد، وبالتالي فإن معرفة الخصائص الفردية والسمات التي يمكن أن تحميهم من التأثير السلبي لهذه الضغوط، أو تجعلهم أقل عرضة لمشاكل الصحة النفسية، ستكون ذات قيمة كبيرة في هذا المجال الحساس.

ولقد تم التوصل إلى أن الصلابة النفسية من أكثر الموارد الفردية والنفسية تنبئاً بالرفاهية الذاتية، حيث تبين أن المجندين العسكريين الذين يتمتعون بمستويات عالية منها، لهم قدرة أكبر على تحمل التدريبات العسكرية الصعبة والتدخلات الخطيرة والظروف التي تحيط بها.

وبناء على نتائج هذه الدراسة، ودراسات أخرى، اقترح الباحثون في هذا الميدان أن يتم إدراج خصائص الصلابة النفسية وأبعادها في الفحص النفسي كشرط مهم يجب أن يتوفر لدى الفرد الذي يتقدم للتجنيد أثناء إجراء الانتقاء العسكري، حيث أن الصلابة النفسية تم اعتبارها كعامل نفسي مهم يساعد هؤلاء المجندين على الصمود وسط الظروف العسكرية الشديدة.

من جهة أخرى، فلقد تبين أنه إذا تم تدريب هؤلاء المجندين (في وقت مبكر قبل مباشرة التدريبات العسكرية) لتنمية وتطوير الصلابة النفسية لديهم، فقد يقلل هذا من احتمال حدوث مشاكل في الصحة النفسية، بما في ذلك الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، في أعقاب الضغوطات الناجمة عن العمليات العسكرية الأخرى الخطيرة مثل التدخلات الميدانية.

من هنا نستنتج أن للصلابة النفسية إيجابيات كثيرة أثناء التعامل مع الضغوط التي يمكن أن تنجم عن الأوساط المهنية التي تتميز بالخطورة مثل مهنة التمريض التي يتم من خلالها مواجهة الكثير من أنماط الخطر، النفسي والجسمي، مثل المعاشية اليومية لآلام الآخرين، الموت إضافة إلى أخطار الاصابات المختلفة (Skomorovsky A. & Sudom K., 2011, p. 11).

لقد أُجريت دراسات ارتباطية عديدة لدى الممرضين حول علاقة الصلابة النفسية مع متغيرات أخرى نفسية واجتماعية، حيث أكدت النتائج التي تم الوصول إليها على أن الممرض الذي يتمتع بمستوى عالٍ من الصلابة النفسية:

- ◀ يُدرك الضغط المهني بشكل أقل تكرارا وتهديدا (Mc Cranie, Lambert & Lambert, 1987, Topf, 1989, Hall, 1992, Wright et al., 1992, Lambert & Lambert, 1993, Savignac, 1993, Gomez, 1994, Van Servellen & Topf, 1994, Duquette et al., 1995, Harrisson, 1995, Collins, 1996, Delmas et al., 1997).
- ◀ يستخدم بشكل تفضيلي استراتيجيات المواجهة التي تُعتبر اجتماعيا على أنها إيجابية للتعامل مع الضغوط (Boyle et al., 1991, Duquette et al., 1995, Simoni et Paterson, 1997, Delmas, 1999).
- ◀ الاستفادة بشكل فعال من شبكة الدعم الاجتماعي المحيطة به (Boyle et al., 1991, Duquette et al., 1995, Harrisson, 1997).
- ◀ وهذا ما يسمح له بمعايشة مستويات أقل من الإنهاك المهني (Millet-Smith, 1984, Keane et al., 1985, D'ambrosia, 1987, Rich & Rich, 1987, Mc Cranie et al., 1987, Topf, 1989, Langemo, 1990, Clarke, 1991, Morisette, 1991, Paquette, 1994, Major, 1995, Duquette et al., 1995, Delmas et al., 1997).
- ◀ ومستويات أقل من الشدة النفسية (Nowack, 1986, Duquette et al., 1995, Harrisson, 1997).
- ◀ مع تعزيز الرفاهية الذاتية لديه (Harrisson, 1995, Savignac, 1997)، وجودة حياته في العمل (Delmas, 1999, 2002).
- وبالتالي فإن الصلابة النفسية يعتبرها هؤلاء الباحثون كمتغير يحمي فئة الممرضين الذين هم في عُرضة لمشاكل الصحة النفسية والعقلية في الوسط المهني.
- (Delmas P. & Duquette A., 2004, p. 13).
- دراسة (Mahdavi A. et al.) بعنوان "التنبؤ بمستوى الرضا المهني على أساس الصلابة النفسية وأبعادها لدى الممرضين الذين يعانون من الصداع الناجم عن التوتر (tension headache)", حيث تضمنت عينة هذه الدراسة 50 ممرض وممرضة يعانون من هذا الاضطراب.

أظهرت نتائج البحث وجود علاقة ذات دلالة إحصائية وإيجابية بين الصلابة النفسية وأبعادها مع الرضا الوظيفي، أي أن المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية أدت إلى زيادة في الرضا الوظيفي لدى هؤلاء الممرضين الذين يعانون، إلى جانب الضغوط المهنية، من صدام التوتر.

أما علاقة الرضا المهني مع أبعاد الصلابة النفسية لدى هؤلاء الممرضين، فلقد كانت أيضا دالة إحصائيا وإيجابية وكانت كالتالي: الالتزام 0.48، التحكم 0.47 والتحدي 0.27.

كما يبدو من خلال هذه النتائج، كان لُبعد الالتزام علاقة أكبر مع الرضا الوظيفي لدى أفراد العينة مقارنة مع بُعدي التحكم والتحدي، حيث فسّر مُعدّي هذه الدراسة ذلك بالإشارة إلى أن اعتقاد الفرد وإيمانه بأن ما يقوم به من أعمال ومهام مهمة وذات معنى، يدفعه للالتزام بها والانخراط في أدائها كما يجب، وشعوره بالمتعة والرضا المهني، وبالتالي الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسمية لديه.

إضافة إلى ذلك، أوضحت النتائج أنه يمكن التنبؤ بالرضا الوظيفي اعتمادا على مستويات الصلابة النفسية وأبعادها، وبعبارة أخرى، فإن الصلابة النفسية توفر إمكانية التنبؤ بالرضا المهني للأفراد، لأن أولئك الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية يعتبرون أن الضغط المهني لديهم أقل إجهادا، لذلك، يمكن أن يكون لديهم قابلية أكبر للتكيف في الوسط المهني، وميل لاستخدام استراتيجيات المواجهة النشطة التي تنصبّ على التعامل الإيجابي مع المشاكل واعتبارها فرصة للنمو وتنمية الخبرات بدلا من إدراكها كتهديد (Mahdavi A. et al., 2015, p. 95).

نفس النتائج تقريبا توصل إليها كلٌّ من (Nayyeri M. & Aubi S.)، حيث أظهرت نتائج الدراسة التي قاما بها أن هناك علاقة دالة إحصائية وإيجابية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وُبعد التحكم مع الرفاهية الذاتية لدى إطارات المهن ذات المسؤولية الكبيرة، في حين لم تُظهر النتائج أي علاقة ذات دلالة إحصائية بين بُعدي الالتزام والتحدي مع الرفاهية الذاتية، أي أن حتى وإن تحصل المدراء على درجات مرتفعة في هذين البعدين، فإن ذلك لن يؤثر على تحسين الرفاهية الذاتية لديهم.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه كلٌّ من (Teimory & Mashhadi, 2009, Diener & Lucas, 1999)، الذين أشاروا إلى أن الموظفين الذين أبدوا مستويات مرتفعة من الصلابة النفسية هم أكثر احتفاظا بصحتهم وأكثر تحقيقا للرفاهية الذاتية رغم مزاولتهم لمهامهم وسط ظروف ضاغطة.

ويمكن، حسب هؤلاء الباحثين، تفسير هذه العلاقة بين الصلابة النفسية والرفاهية الذاتية من حيث أن الصلابة تم تشبيهها بواقى الصدمات ضد حالة الإجهاد المهني، وبالتالي انخفاض مستوى القلق والاكتئاب وزيادة مظاهر الصحة و الشعور بالرضا.

أيضا نتائج هذا البحث تتوافق مع ما توصل إليه (Vogt et al., 2008) التي أظهرت دور الصلابة النفسية في ردود فعل الأفراد تجاه المواقف العصيبة، حيث أن الأفراد الذين يتسمون بصلابة مرتفعة يتصرفون عن طريق التركيز على المشاكل في المواقف الصعبة، ولديهم أداء ورفاهية ذاتية أفضل.

كما أن الصلابة النفسية، من خلال تفعيل الأساليب التي تركز على حل المشكلات في المواقف العصيبة، تجعل الفرد يتنبأ بالأحداث بطريقة أكثر تفاؤلا واعتقاده في إمكانية التحكم فيها، لذا فإن احتمالية ظهور الاضطرابات الجسدية أو النفسية التي يمكن أن تنجم عن توقع واستباق الأحداث السلبية، والتي تؤدي للإجهاد في الوسط المهني ينخفض حدوثها.

ولقد انفقت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الاتجاه على أهمية والدور المهم الذي يلعبه بُعد التحكم في هذا الجانب، حيث أظهرت كل من الدراسات التالية (Besharat et al., 2005, Daniels et al., 2009, Meier et al., 2008, Pinguart, et al., 2009, Lee & Brand, 2007, Azmodeh et al., 2010)، أن بُعد التحكم للصلابة النفسية يعمل على التقليل من عواقب ومشاكل بيئة العمل، وأيضا التأثير ايجابيا على الرفاهية الذاتية للأفراد الذين أجريت عليهم هذه الدراسات. في الواقع، يمكن تفسير وجود هذه العلاقة من خلال أن الفرد الذي يتمتع بمستوى مرتفع من التحكم واعتقاده أن الأحداث الضاغطة التي يعايشها قابلة للسيطرة سيكون سببا للرضى عن الحياة. (Nayyeri M. & Aubi S., 2001, p.p. 1573-1574).

أما دراسة (Babaeiamiri N.) بعنوان "التنبؤ بالصحة العقلية للمرضين بناء على الاحتراق النفسي، الدعم الاجتماعي المدرك والصلابة النفسية"، على عينة قوامها 400 ممرض وممرضة، فقد ارتبطت الصحة العقلية لدى هؤلاء الممرضين سلبيا بالإرهاك المهني ($r = -0.37$) وإيجابيا مع الدعم الاجتماعي المدرك ($r = 0.56$) والصلابة النفسية ($r = 0.53$) ($P < 0.01$)، كما تبين أيضا أن الدعم الاجتماعي المدرك والصلابة النفسية يفسرون ما نسبته (54.9%) من التباين الكلي للصحة العقلية للمرضين المبحوثين (Babaeiamiri N., 2016, p. 01).

بالنسبة لعلاقة الصلابة النفسية بالصحة العقلية لدى أفراد عينة هذه الدراسة، فسّر الباحثون هذه النتيجة باعتبار أن الصلابة النفسية بمكوناتها الثلاثة (الالتزام، التحكم والتحدي) تؤثر بصفة ايجابية على المكونات المعرفية لدى الممرضين مثل المعتقدات والأفكار والتصورات المتعلقة بالذات والمحيط.

فلقد تبيّن أن الممرضون الذين يتمتعون بدرجة عالية من الالتزام، هم أكثر وعياً بمدى أهمية استقلالية الذات في القيام بالأنشطة المناطة لهم، وهذا ما يمكنهم من أداء مهامهم بفعالية أكبر وبنجاح بفضل الاعتماد على الذات.

من ناحية أخرى، فإن الممرضين الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من التحكم يعتبرون أحداث الحياة المهنية الضاغطة قابلة للتنبؤ بها ويمكن السيطرة عليها، ويعتقدون أنه يمكنهم التأثير على الأحداث من خلال بذل جهود شخصية. إلى جانب ذلك، فهم يبادرون لحل المشكلات بدلاً من تجنبها، حيث يعتبر هؤلاء الممرضون الأحداث السيئة فرصاً للتطور والتعلم بدلاً من إدراكها كتهديدات.

فمثل هذه التصورات والمعتقدات من شأنها تحسين المرونة والتحمل وتعزز الصحة العقلية لدى هؤلاء الممرضين وبالتالي الترقية بنوعية الحياة المهنية لديهم.

التفسير الآخر لهذه النتيجة هو أن الممرضين ذوي الصلابة النفسية المرتفعة، لديهم سلسلة من السمات الشخصية الإيجابية التي تعمل كمصدر للمقاومة والحماية من أحداث الحياة الضاغطة، وبالتالي القدرة على تحكم أكبر بهذه الأحداث حيث أنهم يقيمونها بطريقة أقل سلبية ويعتبرونها قابلة للسيطرة. كل هذه القدرات تقلل من شدة الاستثارة الفيزيولوجية وحدث أعراض الضغط المهني وتعزيز الصحة العقلية. (Babaeiamiri N., 2016, p. 04).

منذ عدة سنوات، شجعت العديد من الأعمال (Selye, 1956, Lazarus, 1966, Antonowsky, 1979) على دمج المعارف الكثيرة المتوفرة من مختلف التخصصات في هذا المجال، في أطر مرجعية تفسر وتبسط سيرورات التكيف مع الضغط.

ومن هنا، احتفظت (Kobasa, 1979)، من بين الفرضيات المختلفة المقترحة في هذا الإطار، بالقدرة التي تتوفر لدى الفرد على مقاومة التأثيرات السلبية للضغط، التي أطلقت عليها تسمية الصلابة النفسية، حيث اعتبرتها من الموارد الشخصية الهامة في هذا الجانب، وهي تشير إلى الخصائص النفسية الشخصية التي تسمح للفرد للاحتفاظ بصحته، حتى أثناء معاشته لأحداث مُجهدة في الحياة أو مزاوله مهامه في بيئة ضاغطة.

وفقاً لكل من (Maddi & Kobasa, 1984)، فإن أي حدث يولد الضغط النفسي، بما في ذلك الضغوطات المهنية المتعددة، المتواصلة والمتكررة في مكان العمل، يمكن أن يُشكّل تهديداً للفرد، الذي عادة ما يظهر على شكل توتر جسدي من خلال بعض الأعراض القابلة للملاحظة مثل التعرق، تسارع دقات القلب وعدم انتظامها، الارتجاف... أما على المستوى النفسي، فهذا التوتر يظهر من خلال سرعة

الاستثارة، القلق، المخاوف... حيث تعكس هذه الإشارات حالة التأهب التي يكون فيها الجسم، في ظل الإجهاد المتواصل، الذي من المرجح أن يقلل من مقاومته ويصبح مريضاً.

وبالتالي يمكن اعتبار الإنهاك المهني بمثابة رد فعل أو إشارة إنذار للجسم ضد الأحداث المهنية الضاغطة المستمرة والمنكررة في مكان العمل، والذي يشكل تهديداً للصحة البدنية والعقلية.

مع الأخذ في الحسبان أهمية كل من القابلية والاستعداد للإصابة بالأمراض، ومدى اعتماد السلوكيات الصحية والعادات الإيجابية فيما يتعلق بتفادي مسببات الوقوع في الأمراض، يرى كل من (Maddi & Kobasa, 1984) أنه من بين موارد الفرد الأساسية، تبين أن الصلابة النفسية أقوى مصدر نفسي يمكن أن يساعد الفرد للاحتفاظ بصحته وتفادي الوقوع في مختلف الأمراض التي يمكن أن تنجم عن المحيط المهني الذي يتميز بالضغط المتواصل.

حسب العديد من الدراسات التي أُجريت في هذا الاتجاه، يؤكد الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية تركيزهم على استعمال استراتيجيات المواجهة النشطة، وأنهم يبحثون عن دعم الأشخاص الذين يستخدمون مثل هذه الاستراتيجيات، هذا ما يساعد على تقييم معرفي يتميز بالتفاؤل تجاه الضغوط التي يعايشونها، واتخاذ قرارات مستنيرة من أجل مواجهتها بطريقة فعالة.

وهكذا، فإن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية يسعون إلى تغيير الأوضاع والظروف الضاغطة والعمل على إيجاد حل للمشاكل بدلاً من تفاديها وتجنبها، حيث يستند المنظور النظري الذي اقترحه (Maddi & Kobasa, 1984) إلى العديد من الأبحاث التي أُجريت في الولايات المتحدة على عينات كثيرة من الاطارات والمدراء الذين يتحملون مسؤوليات عالية في أوساط مهنية ضاغطة.

(Kérouac A. et al., 1997).

لقد أتاحت النتائج التي تم الحصول عليها بفضل مختلف الدراسات التي تم إجراءها، إثبات أن الصلابة النفسية هي سمة مميزة للشخصية، بحيث تسمح للفرد الذي يتمتع بها باستخدام استراتيجيات مواجهة فعالة للتكيف والتعامل الإيجابي مع الأحداث المهنية الضاغطة، وهذا ما يؤدي إلى التقليل من شدتها المدركة مع تحسين نوعية حياته في العمل. علاوة على ذلك، فإن كل هذه النتائج تدعم الافتراضات النظرية ل (Maddi et Kobasa, 1984) وبالتالي تعزيز أهمية هذه النظرية.

إن الأفراد ذوي المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية، هم أكثر التزاما بما يقومون به من مهام ووظائف في حياتهم بالمقارنة مع الأفراد الذين يفتقرون لهذا المورد النفسي، فهم يدركون قدرا أكبر من التحكم الداخلي والسيطرة على مواقف الحياة الإيجابية والسلبية، وهم يعتبرون التغيرات والمصاعب المتعلقة بالحياة كتحديات وليست كضغوط. يقدّر الأفراد ذوي الصلابة النفسية أنفسهم ويعيرون أهمية بالغة لما يقومون به من مهام ووظائف، ولديهم إحساس بالمعنى والغرض في حياتهم، ويعتقدون أنه بإمكانهم توجيه مسار أحداث الحياة ضمن الحدود المعقولة، كما يمتلك هؤلاء الأفراد شعورا داخليا بالتحكم الذاتي ويمكنهم مواجهة المشاكل ومعالجتها مع الثقة في قدراتهم على تنفيذ حلول فعالة.

من ناحية أخرى، فقد وُجد أن الصلابة النفسية مرتبطة ارتباطا سلبيا مع مؤشرات الكثير من الأعراض الفيزيولوجية والاضطرابات المتعلقة بها، من أهمها ضغط الدم المرتفع. علاوة على ذلك، أظهرت نتائج هذه الدراسات أن للصلابة النفسية علاقة إيجابية مع الرفاهية الذاتية النفسية، وتم العثور على أنها من الموارد الشخصية الفعالة ضد تطور القلق أو الاكتئاب.

كذلك، ارتبطت الصلابة النفسية سلبيا بآثار الأحداث الصادمة، وذلك بانخفاض شدة التأثير بها والتغيرات النفسية السلبية التي يمكن أن تنتج عنها، وارتباط إيجابي مع تحقيق مستويات أعلى من التغيرات الإيجابية بعد تجاوز هذه الأحداث، وهذا ما بينته الدراسات التي أجريت على أسرى الحرب والجنود، مما يشير إلى أن الصلابة النفسية بمثابة عامل وقائي ومورد نفسي، يحمي الفرد ويعزز قدرته على تحقيق نمو نفسي رغم معاشته لأحداث مُجهدة وصادمة.

كما اقترح أيضا الباحثون أن الصلابة النفسية يمكن أن يكون لها تأثير مباشر على الرفاهية الذاتية النفسية رغم معاشته عوامل الضغط، أو تأثير غير مباشر على الصحة من خلال تبني الممارسات والسلوكيات الصحية الإيجابية واللجوء إلى استعمال استراتيجيات المواجهة الملائمة للتكيف. كما أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية يميلون إلى استخدام أفضل لشبكات الدعم الاجتماعي أثناء التعامل مع الضغوط الناتجة عن المحيط المهني، وهذا ما يساعدهم على تحقيق مستويات أفضل من نوعية الحياة في العمل.

7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة لهذه الدراسة على أنه "لصلابة النفسية بأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المُعدية". وللتحقّق من هذه الفرضية، تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد الهرمي الذي جاءت نتائجه غير مؤيِّدة لهذه الفرضية، بحيث أن الصلابة النفسية بأبعادها لم يتبيّن لديها أي دور معدّل للعلاقة التي تربط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين.

لقد وجدنا أن معظم الدراسات التي اطلعنا عليها أثبتت دور الصلابة النفسية المعدّل للعلاقة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة (أو الجوانب المتعلقة بها)، والتي نستعرض أهمها فيما يلي:

دراسة (Merino-Tejedor E. et al.) بعنوان "الصلابة النفسية كمتغير معدّل للعلاقة بين نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والمجهود المهني الذي يبذله العامل"، وكان الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو التحقّق من الدور المعدّل الذي من المحتمل أن تلعبه الصلابة النفسية بين سمات الشخصية الثابتة (التي يُمثّلها نموذج الأبعاد الخمسة الكبرى للشخصية) ومدى بذل الجهود في وسط العمل أمام الظروف المهنية الضاغطة.

ولقد توصلت النتائج إلى أن الفرضية الأولى من هذه الدراسة قد تحققت، والتي تشير إلى وجود علاقات ارتباطية بين الأبعاد الخمسة الكبرى للشخصية التي يتكوّن منها هذا النموذج ونسبة الجهود المبذولة أثناء أداء مختلف الوظائف المهنية، حيث أن الأشخاص الذين لديهم مستوى عالٍ من سمات الانبساطية، والاستقرار الانفعالي، الوعي، التوافق والشخصية الانفتاحية هم أكثر استعداداً لبذل مستوى أعلى من الجهد بالرغم من أن ظروف العمل تتميز بالعوامل الضاغطة، وهذا مقارنة مع الذين يفتقرون لمثل هذه السمات.

أما الفرضية الثانية، فكان الهدف منها هو اختبار ما إذا كان للصلابة النفسية دور معدّل على العلاقة بين بنية الشخصية (هنا الأبعاد الخمسة الكبرى كمتغير منبئ) والجهد المبذول في العمل (المتغير المحك)، وهذا يعني أن الهدف، مع الأخذ بعين الاعتبار أن هناك عوامل معينة في بنية الشخصية تؤثر على الجهد المبذول في العمل، يتمثل في تحديد ما إذا كان الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية يميلون إلى بذل جهد عمل أكبر.

ولقد أظهرت النتائج التي تم الحصول عليها أن الصلابة النفسية لها تأثير معدي كبير بالتفاعل مع ثلاثة سمات شخصية (الوعي، التوافق والانفتاح) وعلاقتها بالجهد المبذول في العمل، كما تبين أيضا أن من بين مكونات الصلابة النفسية الثلاثة، فإن عامل الالتزام له الدور الأكبر في تعديل هذه العلاقة مع أربعة سمات والمتمثلة في: الاستقرار الانفعالي، الوعي، التوافق والانفتاح.

وفي الأخير أشارت هذه الدراسة إلى أنه حتى إذا تم الأخذ في الحسبان أن بعض السمات الشخصية الثابتة، مثل تلك الموجودة في نموذج العوامل الشخصية الكبرى، يمكن أن تؤثر على الجهد المبذول في العمل، فإن الأشخاص الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية يوظفون جهدا أكبر، ومع ذلك يشعرون بتعب أقل في العمل، وبناء على هذا تم اقتراح إعداد برامج تدريبية وتطبيقها في مجال العمل لتنمية وتحسين مستوى الصلابة النفسية.

(Merino-Tejedor E. et al., 2015, p.p. 108-109).

دراسة (Carlbring P. et al.) بعنوان "الأثر المعدل للصلابة النفسية على العلاقة بين مهارة حل المشكلات والضغط النفسي المدرك مع التفكير في الانتحار لدى طلبة التمريض"، حيث انطلقت هذه الدراسة من حقيقة أن نتائج الأبحاث السابقة أظهرت أن انتشار الانتحار وسط الممرضين أعلى مقارنة مع المهن الطبية الأخرى (Hawton, Agerbo, Simkin, Platt & Mellanby, 2011).

ومن بين أهم التفسيرات المحتملة لارتفاع خطر الانتحار لدى الممرضين، مقارنة بالمهن الطبية الأخرى، هو أن ظروف عملهم وطبيعة العمل في حد ذاته يجعلهم عرضة للإرهاك المهني، القلق، الاكتئاب والتفكير بالانتحار (Leal & Santos, 2015). إضافة إلى ذلك، تم اقتراح أن طلاب التمريض يواجهون خطر الانتحار بصفة أكبر مقارنة مع غيرهم من الطلاب، لأنه بالإضافة إلى الدروس النظرية التي يتابعونها على مستوى المعاهد والجامعات، فهم أيضا معرضون للضغوط التي تتجم عن الترصات الميدانية التي ينبغي عليهم إجراؤها في المستشفيات، وهذا ما يقتضي تعلم ملائم لكيفية التعامل مع مواقف المعاناة والموت (Carlbring P. et al., 2018, p.30).

كما كان متوقع، توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود ارتباط إيجابي بين الافتقار إلى مهارة حل المشكلات والمستويات العالية من الضغط المدرك مع التفكير في الانتحار. إحدى التفسيرات المحتملة للارتباط الإيجابي بين ضعف مهارة حل المشاكل والتفكير الانتحاري، هو أن الأفراد الذين يميلون إلى استخدام مهارات حل المشكلات الأقل فعالية هم الأكثر ميلا للانسحاب، تقلص الثقة بالنفس لديهم، الحزن، القابلية للاستثارة والسلبية، وهي العوامل التي تساهم في خطر التفكير بالانتحار، في حين أن

الأفراد ذوي المهارات الفعالة في حل المشاكل يمكنهم تنظيم مشاعرهم الخاصة وتحييد الأفكار السلبية، وهم أقل عُرضة للوقوع في التفكير الانتحاري.

وكشفت النتائج أيضا عن أن الصلابة النفسية كانت بمثابة متغير معدّل هام في العلاقة بين الضغط المدرك والتفكير الانتحاري، حيث أن الصلابة النفسية من العوامل الرئيسية التي تلعب دور هام ضد الآثار السلبية للضغط النفسي، وأن طلاب التمريض الذين يتمتعون بصلابة نفسية قوية، حتى أولئك الذين يعايشون مستويات عالية من الضغط النفسي المدرك، كانوا أقل عُرضة للوقوع في التفكير الانتحاري.

وبصيغة أخرى، فالصلابة النفسية عدّلت من ارتباط الضغط النفسي المدرك بالتفكير الانتحاري، أي أن طلاب التمريض من مجموعة الصلابة النفسية العالية كانوا أقل ميلا نحو التفكير في الانتحار، وهذا بغض النظر عن درجة الضغط النفسي المدرك الذي يعايشونه.

كما تبيّن أيضا دور الصلابة النفسية المعدّل للعلاقة بين مهارات حل المشكلات والتفكير الانتحاري، على وجه التحديد، كان طلاب التمريض الذين يتمتعون بمستويات عالية من الصلابة النفسية أقل ميلا نحو التفكير في الانتحار، وهذا بغض النظر عن مهاراتهم غير الفعالة في حل المشكلات. وتؤكد كذلك نتائج هذه الدراسة ما أشار إليه الباحثون من خلال توضيح أن الصلابة النفسية تُدعم الشجاعة، الدوافع الايجابية واستراتيجيات المواجهة الفعالة التي تعمل على تعزيز الأداء والصحة العقلية في ظل التعامل مع ظروف عصيبة.

كما تساعد أيضا الصلابة النفسية الأفراد على التمتع بحياة أكثر صحية، وذلك من خلال البحث عن حلول فعالة لمشاكلهم اليومية والمثابرة في النظر إلى الظروف الضاغطة باعتبارها أقل إرهاقا وأكثر قابلية للتحكّم والسيطرة، وبالتالي فإن نتائج هذه الدراسة تؤكد على أهمية دور الصلابة النفسية كعامل معدّل، وهذا من خلال التقليل من أهمية وخطورة المواقف الضاغطة ما من شأنه التخفيف من حدّة التوتر المُعاش ومرادة التفكير الانتحاري للفرد (Carlbring P. et al., 2018, p.p. 37-38).

دراسة (Kouros M. H. et al.) بعنوان: " الدور المعدّل لمتغيرات الصلابة النفسية والكمالية للعلاقة بين الضغط النفسي والاستجابات الفيزيولوجية"، حيث أُجريت على عينة مكونة من 100 طالب جامعي (37 ذكور و63 إناث)، ولقد انطلقت هذه الدراسة من نتائج العديد من الأبحاث التي توصلت إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تُعد عاملا بارزا في ظهور الأمراض النفسية والجسدية.

وفي هذا المجال، أشار (Hans selye) إلى أهمية الفروق الفردية في تحديد نوعية ردّ الفعل تُجاه الضغط النفسي. واستناداً إلى هذه النظرية، حاولت (كوباسا، 1979) تحديد عوامل فعالة لدى الفرد مثل المقومات الفيزيولوجية، خبرات الطفولة المبكرة، العوامل الشخصية والموارد الاجتماعية وغيرها، والتي من شأنها تخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة.

(Kourosch M. H. et al., 2012, p. 5869).

ولقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود ارتباط سلبي بين كل من الصلابة النفسية والاستجابات الفيزيولوجية لضغط الدم الانقباضي وضغط الدم الانبساطي ومعدل ضربات القلب ومعدل التنفس غير المنتظم، ولكن علاقة الصلابة النفسية مع ضغط الدم الانقباضي فقط كانت دالة. بعبارة أخرى، لا يمكن للصلابة النفسية أن تتنبأ بصفة دالة إلا بتغيرات ضغط الدم الانقباضي، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها العديد من الدراسات السابقة (wiebe, 1991, Howard, Cunningham R., 1986).

ولقد تم تفسير هذه النتائج وفقاً لبعض الاحتمالات:

1. الأفراد الذين يتمتعون بمستويات مرتفعة من الصلابة النفسية يميلون لتقييم الظروف الضاغطة على أنها أقل تهديداً وأكثر قابلية للتحكم مقارنة مع نظرائهم الأقل صلابة، حيث أن هذه الأخيرة تُعتبر كدرع واقٍ ضد أحداث الحياة الضاغطة.

وفقاً لهذا المنظور، فالصلابة النفسية تُتيح للفرد إمكانية الشعور بأنه أقل عُرضة للخطر أثناء معاشته لظروف المحيط المهددة، كما تمنحه الشعور بالمزيد من السيطرة على هذه الظروف، وهذا ما يُمكن الأفراد من مواجهة مواقف الحياة بثقة أكبر وباعتبارها قابلة للحل والشعور بالسلام الداخلي، وبالتالي فهذا الشعور يعمل بدوره على تقليل وتخفيف معدل حدوث الاستجابات الفيزيولوجية السلبية مثل ارتفاع ضغط الدم الذي يزيد في المواقف العصبية.

2. بُعد التحدي للصلابة النفسية يجعل الشخص يعتبر الأحداث السلبية فرصة للتعلم والارتقاء بدلاً من رؤيتها كتهديد، حيث أن جميع هذه الجوانب من شأنها تقصير مدة التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة.

في الواقع، كما أشار إلى ذلك (Maddi, 2005)، فإن الصلابة النفسية تُعتبر بمثابة درع واقٍ ضد صدمات الأحداث الضاغطة التي يمكن أن تؤدي إلى انخفاض معتبر في الاستثارة الفيزيولوجية، حيث أن من أهم النتائج المترتبة على هذا الانخفاض في الاستثارة هو تدني مستوى ضغط الدم.

(Kourosch M. H. et al., 2012, p. 5873).

دراسة (Sigurd W. et al.) بعنوان: "الضغط الأكاديمي والصحة: استكشاف الدور المعدل للصلاية النفسية"، وذلك على عينة مكونة من 213 طالب جامعي (44 ذكور و169 إناث)، حيث أُجريت هذه الدراسة لبحث مدى قدرة الصلاية النفسية على تخفيف الآثار السلبية للضغط النفسي الأكاديمي على الصحة بين طلاب الجامعات.

ولقد انطلقت هذه الدراسة من خلال ما توصلت إليه الأبحاث السابقة مثل (MacGeorge et al., 2005, Misra & McKean, 2000) التي دعمت نتائجها وجود علاقة بين الضغط النفسي الأكاديمي والشكاوي الجسدية والنفسية لدى الطلبة الجامعيين.

فلقد تبين أن الطلاب الذين يشعرون بالقلق من تأثير درجاتهم ونتائجهم الدراسية على الأهداف الأكاديمية والمهنية المستقبلية، أفادوا بأنهم عانوا مزيداً من المشاكل الصحية، وهذا ما يشير إلى أن الالتحاق بالجامعة يمكن أن يكون تجربة صعبة بالنسبة للكثير من الطلاب.

ولقد تحققت فرضية هذه الدراسة التي مفادها أن الصلاية النفسية يمكن أن تتفاعل مع الضغط النفسي الأكاديمي للتخفيف من تأثيره على الحالة الصحية، حيث تبين أن الطلاب الذين يتمتعون بدرجات عالية من الصلاية النفسية، والذين أبلغوا عن قلقهم بشأن مستقبلهم الأكاديمي والمهني ظهرت لديهم مشاكل صحية أقل مقارنة مع نظرائهم الذين لديهم صلاية نفسية واطئة، وهي النتائج التي تؤكد أيضاً ما توصلت إليه البحوث السابقة في هذا الاتجاه، مما يدل على التأثير المعدل للصلاية النفسية على العلاقة بين الضغط النفسي والصحة (Bartone, 1999, Lawler & Schmied, 1992).

ولقد أضاف مُعدّي هذه الدراسة أن هذه النتائج تُدعم الفكرة التي مفادها أن أحداث الحياة ليست هي في حدّ ذاتها ما يؤدي إلى ردود الأفعال السلبية، ولكن طريقة إدراك الأفراد وكيفية تقييمهم لهذه الأحداث وتفاعلهم معها هو ما يُحدّد ذلك.

إن ثقة الفرد في قدرته على أداء السلوكيات الملائمة، وتنظيم الأحداث وردود الفعل الداخلية، وتوقع النتائج الإيجابية للجهود التي يبذلها، كلها عوامل تُؤثر على كيفية تفسيره وتفاعله مع التحولات الحياتية الصعبة. فهذا النمط الفريد لتقييم الأحداث الضاغطة بشكل إيجابي واعتقادهم في فعاليتهم للتعامل مع متطلبات الحياة، يحمي الأفراد ذوي الصلاية النفسية المرتفعة من الآثار الضارة للضغط.

ولقد تبين أيضاً من خلال هذه الدراسة، أن بُعد الالتزام للصلاية النفسية هو الذي كان له أفضل دور للتكيف الناجح مع الحياة الجامعية، وهذا يتماشى مع الأبحاث السابقة التي بينت الدور المعدل لبُعد الالتزام في الضغط الأكاديمي (Sigurd W. et al., 2009, p.p. 426-427).

دراسة كلٌّ من (Adler B. & Dolan A.) بعنوان: "الصلابة النفسية كمتغير معدل للصحة النفسية لدى الجنود بعد انتهاء المهمة العسكرية"، حيث تكونت عينة هذه الدراسة من 629 جندي أمريكي، والذين تم نشرهم في "كوسوفو" من أجل مهمة حفظ السلام لمدة 06 أشهر.

وكان الهدف من هذه الدراسة هو بحث ما إذا كانت الصلابة النفسية من شأنها الحدّ والتخفيف من التأثيرات السلبية للضغوط النفسية، الناجمة عن أخطار الحرب، على الصحة الجسدية والنفسية لدى الجنود، وعلاوة على ذلك، التحقق من تأثيرات طويلة المدى لهذه الضغوطات من 05 إلى 06 أشهر بعد نهاية المهمة العسكرية، ومدى مساهمة الصلابة النفسية للتخفيف من وطأة هذه التأثيرات عند رجوع هؤلاء الجنود وإعادة إدماجهم في بيئتهم السابقة.

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الصلابة النفسية لدى هؤلاء الجنود ارتبطت بالصحة النفسية لديهم، وهذا سواء أثناء أداء المهمة العسكرية أو بعد الانتهاء منها، ولكن لم تكن مرتبطة بالصحة البدنية. وهكذا، تحققت الفرضية المتعلقة بالعلاقة بين الصلابة النفسية والاكتئاب.

وتبيّن أن الجنود ذوي الدرجات المرتفعة من الصلابة النفسية كانت لديهم مستويات منخفضة من الاكتئاب، ومع ذلك، لم يكن هناك أي دعم للفرضية الخاصة بالعلاقة بين الصلابة النفسية والصحة الجسدية لدى هؤلاء الجنود.

عندما تم التحكم إحصائياً في مستويات الاكتئاب أثناء القيام بالمهمة العسكرية، تفاعلت الصلابة النفسية مع عوامل الضغط النفسي المتعلقة بهذه المهمة، بطريقة أمكن من خلالها التنبؤ باكتئاب ما بعد المهمة العسكرية، وهذا ما دعم الفرضية الثالثة لهذه الدراسة.

فلقد تبين أن الجنود الذين عانوا من مستويات عالية من الضغوطات النفسية الناجمة عن الانتشار في الميدان لحفظ السلام لمدة 06 أشهر، وما لذلك من مخاطر كبيرة، فإن أولئك الذين كانوا يتمتعون بصلابة نفسية عالية أصبحوا في حالة أفضل بعد مرور 05 أشهر على نهاية مهمتهم من حيث مستويات الاكتئاب، وهذا مقارنة مع أولئك الذين كانت الصلابة النفسية لديهم واطئة. وخلافا لتوقعات هذه الدراسة، فإن الصلابة النفسية لدى هؤلاء الجنود لم تعمل على التخفيف من تأثير عوامل الضغط النفسي الناجمة عن الانتشار في الميدان على الأعراض الجسدية لديهم.

ولقد أشارت هذه النتائج إلى أن الصلابة النفسية قد تكون ذات قيمة، لفهم الأثر الذي يلعبه كل من تقييم الأفراد وردود الفعل لديهم تجاه عوامل الضغط النفسي المرتبطة بالظروف القصوى على الاكتئاب بعد مرور هذه الظروف، كما يمكن أن تكون الطبيعة الطولية للدور الذي تلعبه الصلابة النفسية تجاه الاكتئاب، فرصة مفيدة لمساعدة الأفراد الذين مرّوا على فترات عصيبة وقصوى، ودعمهم لاستعادة تكيفهم بعد اجتيازها (Adler B. & Dolan A., 2006, p. 96).

دراسة (Crosson B.) بعنوان: "التأثير المعدل للصلابة النفسية على العلاقة بين الضغط المهني والفعالية الذاتية لدى المختصين النفسانيين في جورجيا"، ولقد كان الهدف من هذه الدراسة الكمية هو توظيف نظرية الصلابة النفسية، نظرية الفعالية الذاتية، والنموذج التفاعلي للضغط والمواجهة للتحقق من الدور المعدل للصلابة النفسية على علاقة الضغط النفسي المهني بالفعالية الذاتية لدى أفراد هذه العينة.

ولقد تبين من خلال هذه الدراسة أن الصلابة النفسية لها دور معدل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني والفعالية الذاتية. على وجه التحديد، أشارت النتائج إلى أنه في المستويات المنخفضة من الضغط المهني، زاد الشعور بالفعالية الذاتية لدى معظم أفراد العينة، أما في المستويات العالية من الضغط المهني، فإن ذوي المستويات المرتفعة من الصلابة النفسية فقط ظهرت لديهم زيادة في درجات الفعالية الذاتية.

تشير نظرية الصلابة النفسية والنموذج التفاعلي للضغط والمواجهة، إلى أن الفرد ذو الصلابة النفسية العالية قادر على التعامل مع التحديات والتقييم الايجابي لها، وبالتالي زيادة في مستويات الفعالية الذاتية. بالتوافق مع هذا النموذج، تشير نظرية الفعالية الذاتية إلى أن الضغط المهني له عواقب على هذه الفعالية لدى الفرد، وبالتالي فإن هذه النتائج تثبت وتدعم الأبحاث السابقة المرتبطة بهذا النموذج.

(Crosson B., 2015, p.p. 131-135).

بصفة عامة، عند معايشة الفرد حالات قصوى من الضغوط النفسية، فإن الصلابة النفسية تعمل كآلية للحماية عن طريق تعديل العواقب السلبية التي يمكن أن تتجرّ عن هذه الضغوط (Bartone 1999, 2000, Funk, 1992, Maddi, 1999) والتنبؤ بنوعية حياة إيجابية (Bonanno & Mancini, 2008, Maddi & Hess, 1992, Magnani, 1990, Pollock & Duffy, 1990, Rich & Rich, 1987). وقد أوضحت دراسات علم النفس الصحة أن الصلابة النفسية لها دور إيجابي على مختلف المستويات الفيزيولوجية، المعرفية، النفسية والسلوكية (Allred & Smith, 1989, Weibe & McCallum, 1986).

من وجهة نظر فيزيولوجية، تبين أيضا أن الأفراد الذين تتوفر لديهم مستويات عالية من الصلابة النفسية يتمتعون باستجابات مناعية قوية، وقابلية أقل للوقوع في القلق والاكتئاب (Nathawat et al., 2010)، ويميلون أكثر نحو اتباع السلوكيات الصحية الإيجابية (Bartone, 2006, Kobasa, 1979).

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت نتائج مختلف الدراسات أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يتميزون بالمثابرة، التوجه نحو المستقبل والإيجابية (Hull et al., 1988)، واستفادة أكبر من تجارب الماضي (Bartone, 2006)، كما أظهروا شجاعة وكفاءة أثناء مواجهة مواقف الحياة الصعبة ويتصفون بروح الفكاهة (Kobasa, 1979, Roberts & Levenson, 2001)، علاوة على ذلك، عند مواجهة هؤلاء الأفراد التحديات الضاغطة، فهم يتجهون لاستعمال استراتيجيات المواجهة النشيطة والمركزة على حل المشكلات، ونادرا ما يشعرون وسط هذه المواقف بالإحباط، الغضب أو العدائية.

(Crosson B., 2015, p. 52).

وقد بينت دراسة أجريت على 223 من المراهقين الذين يعيشون على مستوى الأحياء الشعبية المكتظة والفقيرة، أن الصلابة النفسية تلعب دور هام في تهدئة التوتر والضغوط وعدم التوجه نحو استخدام المخدرات وتعاطيها، كما أنها ارتبطت عكسيا بكل من سلوكيات العنف، التمرد، والصراعات العائلية (Collins, 1993).

في دراسة أخرى، تبين أنه عندما يواجه الطلاب الواجبات والمتطلبات الدراسية المجهدة، فإن الصلابة النفسية تعمل على تسهيل الأداء الأكاديمي الإيجابي لديهم والتكيف مع المواقف الضاغطة، كما تُعزّز أيضا قدراتهم القيادية (Bartone, 2000).

أما دراسة (Beasley et al., 2003) التي أُجريت على 187 طالبا جامعيًا في الدراسات العليا، فقد توصلت إلى أن الصلابة النفسية لها دور معدّل وقللت من الآثار الفيزيولوجية والنفسية للتوتر لديهم (Crosson B., 2015, p. 53-54).

علاوة على ذلك، فلقد أسفرت دراسات أُجريت على أمهات الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بالاضطرابات المجتاحة للنمو، على أن الصلابة النفسية عدّلت من مستويات الاكتئاب لديهم، وكذا القلق والضغط النفسي. إضافة إلى ذلك، تبين أيضًا أن هناك علاقة عكسية بين الضغوط النفسية الأسرية التي تتجم عن تواجد طفل مُصاب بهذا الاضطراب على مستوى الأسرة والصلابة النفسية (Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001, Weiss, 2002).

وقد توصلت الدراسات التي أُجريت على أفراد الجيش إلى نتائج مماثلة، حيث أسفرت دراسة (Eid et al. 2012) على عينة قوامها 1076 من أفراد الدفاع العسكري النرويجي، عن أن الصلابة النفسية المنخفضة تنبأت بشكل دال بالميل نحو استخدام استراتيجيات المواجهة المركّزة على التجنب، فضلًا عن التوجه لتعاطي الكحول والمخدرات. وعندما قام الباحثون باستخدام الانحدار للتحكم في متغيري الجنس والسن، تطابقت الزيادة في درجات الصلابة النفسية بنقطة واحدة مع التقليل من خطر تعاطي الكحوليات والمواد المخدرة بنسبة 8% (Crosson B., 2015, p.p. 55-56).

دراسة (Cerezo F. et al.) بعنوان: "الأخبار العاجلة: دور الصلابة النفسية في التعديل من تأثير الاحتراق النفسي على الرفاهية الذاتية لدى الصحفيين الفلبينيين الذين يُعطون الكوارث وحالات الطوارئ".

وبحثت هذه الدراسة تأثير الاحتراق النفسي على الرفاهية الذاتية ودور الصلابة النفسية في تعديل العلاقة بينهما، وذلك لدى عينة مكونة من 100 صحفي فلبيني يقومون بتغطية الأحداث الصعبة مثل الحروب والصراعات، الكوارث الطبيعية والحوادث وحالات الطوارئ الأخرى.

على غرار الأدبيات السابقة (Burke, Koyuncu & Fiksenbaum, 2010, Schaufeli, Bakker, Heijden & Prins, 2009)، كشفت النتائج أن الاحتراق النفسي يُؤثر سلبًا على الصحة النفسية لهؤلاء الصحفيين، حيث ترتبط المستويات المرتفعة من الاحتراق النفسي بمستويات ضعيفة من الرفاهية الذاتية ومن مردودية العمل. ومع ذلك، فلقد تبين أن الصلابة النفسية تُخفّف من حدّة تأثير الاحتراق النفسي على الرفاهية الذاتية لديهم.

وفقا ل (Bartone, 2000)، يميل الأشخاص ذوي مستويات عالية من الصلابة النفسية إلى تفسير الأحداث المُجهدة بطرق إيجابية وبناءة، وتقييم الأحداث الصعبة على أنها تحديات وفُرص قيّمة للتعلم والتطور، وانطلاقا من نتائج هذه الدراسة، فإن الصلابة النفسية تعمل على الحماية من التأثير السلبي للاحتراق النفسي والانهك المهني على الصحة النفسية.

كما أن نتائج هذه الدراسة أكّدت صحة الدور المعدل للصلابة النفسية في العلاقة بين الاحتراق النفسي والرفاهية الذاتية لدى الأفراد الذين يُعاشون الشدائد، على غرار الصحفيين الذين يُغطون الكوارث الطبيعية وحالات الطوارئ والأحداث الخطيرة.

في هذا الاتجاه، أشار (Bonanno, 2004) إلى أن هناك مسارات متعددة من شأنها أن تؤدي إلى تقوية وزيادة القدرة على التحمل والصمود لدى الأفراد أثناء معاشتهم الأحداث الضاغطة، حيث وجد أنه من بين أهم هذه العوامل الصلابة النفسية.

من جهته، بيّن (Maddi, 2002) من خلال النتائج التي توصل إليها، أن الصلابة النفسية تُعزز الإرجاعية عند معيشة مجموعة واسعة من الظروف المُجهدة، بما في ذلك المطالب المُلحة للمحيط والضغوط المستمرة في الحياة اليومية.

فالصلابة النفسية تلعب دورا هاما في الحفاظ على الصحة النفسية وتعزيزها لدى الصحفيين الذين يُغطون الكوارث الطبيعية وحالات الطوارئ، أثناء مواجهتهم لمخاطر كبيرة تُهدّد صحتهم وحياتهم، حيث بيّن (Maddi, 2002) دور الصلابة النفسية في الحماية من آثار الانهك المهني، من خلال تحفيز الشخص على مواجهة ضغوطاته بطريقة فعالة وإيجاد حل لها بدلا من تجنبها، وبالتالي تعزيز أدائه بالرغم من مواجهته الضغط.

بما أن الصلابة النفسية تؤدي دور وقائي للشخصية، فلقد اقترح بعض المختصين أنه من المهم قياس مستواها لدى الشخص قبل دخوله لبعض المهن التي تتميز بصعوبة أدائها أو المخاطر التي تُشكلها على ممارستها، وهذا عن طريق قياس الصلابة النفسية باستخدام المقاييس المختلفة التي تم صياغتها لهذا الصدد، وهذا ما يساعد في اختيار الأفراد المناسبين لأداء هذه الوظائف والتعامل مع متطلباتها.

ولقد اقترح أيضا العديد من الباحثين، من بينهم (Maddi, 1987)، أنه يمكن تطوير الصلابة النفسية من خلال التدريب، حيث قاموا باستحداث برامج تدريبية متنوعة تتراوح من وحدات بسيطة نسبيا للتعلم الذاتي إلى مناهج أكثر تفصيلا، والتي تشمل أيضا تعاليم وتوجيهات حول عوامل إضافية يُمكن أن تؤثر على ردود الفعل الإيجابية والملائمة تجاه التوتر.

غير أنه، في الدراسة التي أجراها (Tierney & Lavelle, 1997)، فعلى الرغم من أن مستويات الصلابة النفسية زادت مباشرة بعد التدريب، فقد عادت مرة أخرى إلى المستوى الذي كانت عليه سابقا بعد مرور 06 أشهر على فترة التدريب، وبالتالي اقترح (Hence, Hystad, 2011) أنه من أجل التوصل إلى نتائج يمكن الاحتفاظ بها على المدى الطويل، قد يتطلب التدريب على الصلابة النفسية متابعة منتظمة ودورية باستمرار (Cerezo F. et al., 2015, 186-187).

دراسة (Cieslak R. et al.) بعنوان "الدور المعدل للصلابة النفسية والدعم الاجتماعي في العلاقة بين الضغوط المهنية والرفاهية الذاتية"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من وجود علاقة بين الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي، وما إذا كان هذين المتغيرين مرتبطين بشكل مباشر بمستوى الرفاهية الذاتية، كما تم الافتراض بأن الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي يعملان على حماية الفرد من التأثيرات السلبية للضغوط النفسية المهنية على الرفاهية الذاتية لديه. ولقد أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 200 امرأة يشغلن مناصب إدارية ذات مسؤولية.

ولقد أشار في البداية معدّوا هذه الدراسة إلى أن أفراد عينتهم، لكونهن نساء، يعايشن الضغوطات الناتجة عن ممارستهن لمناصب عليا تتطلب تحمّل مسؤوليات، بصفة مختلفة عن الرجال الذين يمارسون نفس الوظائف، ولذلك اقترحوا أن تتم دراسة الضغط المهني وتأثيرات المتغيرات المعدلة على الرفاهية الذاتية والصحة للرجال والنساء بشكل منفصل.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة بين الصلابة النفسية ومؤشرات الدعم العاطفي، إلا أن هذه العلاقة ضعيفة، حيث أنها لم تتجاوز 0,21.

وفقا ل (Suzanne Kobasa, 1979)، يمكن للأشخاص ذوي المستويات العالية من الصلابة النفسية استخدام مختلف الموارد المتاحة لديهم لأقصى درجة، ومع ذلك، من الصعب تحديد ما الذي يجعل الأشخاص يُفتررون استخدام أو عدم استخدام الموارد المتعلقة بالدعم. فمن الممكن أن يشمل هذه العلاقة مجموعة من المتغيرات الأخرى، التي يمكن أن تكون متغيرات شخصية (مثل العصبية)، عوامل بيئية (أنواع معينة من الضغوطات) أو نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة.

فيما يخص علاقة الصلابة النفسية مع الرفاهية الذاتية، فلقد اتضح أن النساء اللواتي لديهم درجة عالية من الصلابة النفسية يتمتعن بمستوى أعلى من الرفاهية الذاتية النفسية، ومع ذلك، لم تكن هناك صلة بين الصلابة والجانب الجسدي للرفاهية، حيث تتوافق هذه النتائج التي تم الحصول عليها مع دراسة (Blaney & Ganellen, 1990)، وأيضا مع دراسة (Bartone et al., 1989)، حيث بيننا أنه لم تكن الصلابة النفسية مرتبطة مباشرة بالبُعد السيكوسوماتي للرفاهية الذاتية.

من جهة أخرى، تبين أن أفراد العينة الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من الدعم الاجتماعي والصلابة النفسية (المجموعة 04) لديهم مؤشرات أفضل للرفاهية الذاتية مقارنة بالمجموعات المتبقية (المجموعة 01 ذات المستوى المنخفض للصلابة النفسية والدعم الاجتماعي، المجموعة 02 ذات مستوى منخفض من الصلابة النفسية ومستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي، المجموعة 03 ذات مستوى عالٍ من الصلابة النفسية ومستوى منخفض من الدعم الاجتماعي).

أظهرت النتائج أيضا أن مستوى أفضل من مؤشرات الرفاهية الذاتية كان لدى نساء المجموعة 03 مقارنة مع نساء المجموعة 02.

يمكن القول أن كلا من الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي يرتبطان مباشرة بالرفاهية الذاتية، إلا أنه اتضح أن الصلابة النفسية كانت لها علاقة أقوى بالرفاهية الذاتية بالمقارنة مع الدعم الاجتماعي. وقد تحققت جزئيا الفرضية حول التأثير التفاعلي لكل من المتغيرين على الرفاهية الذاتية، كما اتضح أن المستوى المرتفع من الصلابة النفسية هو أكثر أهمية من المستوى المرتفع من الدعم الاجتماعي بالنسبة لتحقيق الرفاهية الذاتية. علاوة على ذلك، تبين في بعض الحالات أنه مع انخفاض مستوى الصلابة النفسية، فإن هذا يرافقه انخفاض في مستوى الرفاهية الذاتية حتى لو تم تلقي دعم اجتماعي مرتفع.

أما فيما يخص الدور المعدل للصلابة النفسية فهو غير دال إحصائيا، وهذا ما أدى إلى رفض الفرضية التي مفادها أن للصلابة النفسية دور معدل للعلاقة بين الضغوط المهنية والرفاهية الذاتية لدى أفراد العينة، حيث أنه لم يكن التفاعل (عوامل الضغط المهني x الصلابة النفسية) مصدر تباين دال لمؤشرات الرفاهية الذاتية، وهذا ما أدى بمُعدي هذه الدراسة إلى الاعتبار بأن الصلابة النفسية لا تحمي بصفة دالة من التأثير السلبي للضغوط المهنية على الرفاهية الذاتية.

(Cieslak R. et al., 2000, p.p. 286-289).

نستنتج من خلال ما ورد في الأدبيات السابقة، أنه تم تخصيص دراسات كثيرة تناولت الدور المعدل للصلابة النفسية، والتي توصلت إلى أنه يمكن لهذا العامل أن يُقلل من التأثير السلبي للضغط النفسية على العديد من الجوانب النفسية والصحية مثل الرفاهية الذاتية ونوعية الحياة.

وهذا يعني أنه من بين الأشخاص الذين يعانون من درجات مرتفعة من الضغوطات، فلقد تبين أن الذين لديهم مستوى مرتفع من الصلابة النفسية، يتمتعون بمستويات أعلى من المؤشرات الإيجابية للصحة والرفاهية الذاتية ونوعية الحياة، بالمقارنة مع ذوي المستويات المنخفضة من الصلابة النفسية.

ولقد فسّر الكثير من الباحثين هذه النتائج من خلال أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية لديهم تفسير أكثر إيجابية للأحداث التي تقع لهم، بالمقارنة مع الأفراد الذين يفتقرون لهذا المورد النفسي، كما أنهم أكثر تركيزاً على السلوك المرتبط بتحقيق الهدف. ودعماً لهذه الحقائق، وجد هؤلاء الباحثون أن الصلابة النفسية ارتبطت بعدد أقل من الأحداث الحياتية السلبية والصادمة، مما يدل بأن هؤلاء الأفراد يرون الأحداث على أنها أقل إجهاداً.

وبالمثل، تم العثور على اختلافات فيما يخص عمليات التقييم المعرفي بين الأفراد ذوي الصلابة النفسية والذين يفتقرون لها، مما يدل على أن الصلابة النفسية تساعد في عمليات تقييم وإدراك الأحداث الضاغطة بطريقة أقل سلبية.

وقد وجد أيضاً هؤلاء الباحثون أن الصلابة النفسية تسمح للأفراد ببذل المزيد من الجهود النشطة، من أجل إيجاد حلول للحالات السلبية والمواقف الضاغطة، وأن الشعور المرتفع بالالتزام يسمح للأفراد بأن يظلوا واعين وحاضرين ذهنياً أمام الحالة الضاغطة ويواجهونها بفعالية.

كذلك، ينظر الباحثون إلى الصلابة النفسية على أنها عامل وقائي مهم للصحة، وهي تختلف عن العوامل النفسية الأخرى المعروفة بكونها متغيرات وسيطة أو معدلة، حيث أنه، بشكل عام، سواء كان للصلابة النفسية تأثير مباشر أو غير مباشر على الصحة النفسية والجسمية، فمن الواضح أنها تُمثل عامل مُنبئ هام للرفاهية الذاتية النفسية والقدرة على التحمل أمام الضغط وتحقيق التكيف.

- الاستنتاج العام:

انطلاقاً مما سبق، ومن خلال عرض نتائج البحث الحالي، ومناقشة هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة، يمكن حصر أهم هذه النتائج فيما يلي:

- **الفرضية الأولى:** تبين من خلال تحليل بيانات هذه الفرضية، أن هناك علاقة سلبية بين درجة الضغط المهني والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل لدى أفراد عينة هذا البحث، وهذا يعني أنه كلما كانت درجات الضغط المهني مرتفعة لدى هؤلاء الأفراد كلما كانت نوعية الحياة في العمل لديهم منخفضة.

كما تبين أيضاً ضمن نفس الفرضية، أن جميع أبعاد نوعية الحياة في العمل المتمثلة في: توافق حياة شخصية/حياة مهنية، تصميم العمل، ظروف العمل، مهنة التمريض والمجتمع لها علاقة ارتباطية سلبية مع الدرجة الكلية للضغط المهني، أي أنه كلما كانت درجات الضغط المهني عالية لدى أفراد عينة البحث الحالي، كلما كانت أبعاد نوعية الحياة في العمل لديهم منخفضة، وبالتالي فالفرضية الأولى قد تحققت.

ويمكن اعتبار هذه النتيجة منطقية نظراً للآثار السلبية التي يحدثها الضغط المهني، والتي تمس كافة مستويات الحياة المهنية للفرد بما في ذلك نوعية الحياة في العمل، حيث أن هذه الأخيرة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالرضا المهني الذي يفتقده الممرض الذي يمارس وظيفته وسط المخاطر المهنية التي تُشكل ضغط مهني يومي.

فأنواع الضغوط المهنية لدى هؤلاء الممرضين يمكن تفسيرها من خلال الأبعاد التي تُشكل نوعية الحياة في العمل لديهم، حيث أن هذا الضغط المهني يمكن أن يؤثر عن تصميم العمل الذي يتمثل في محتوى أو ما يتضمنه العمل التمريضي من وظائف وتدخلات علاجية، كما يصف مختلف الأعمال التي يقوم الممرضون بإنجازها، والتي تتميز عن باقي الوظائف والمهام التي يقوم بها زملائهم العاملين في مصالحي أخرى بالخطورة التي تُشكلها عليهم.

فمختلف المهام الموكلة لهؤلاء الممرضين، خاصة استخدام الأدوات الحادة مثل الحقن ذات الإبر المتقوية، وأخذ مختلف العينات البيولوجية ومناولتها، والاعتناء اليومي ببعض المرضى الذين وصلوا لمراحل متقدمة من المرض ولا يستطيعون الاعتناء بأنفسهم مثل النظافة الشخصية واليومية... كلها وظائف يمكن أن تُشكّل خطورة حقيقية عليهم، مع الأخذ بعين الاعتبار أنهم يعالجون أفراد مصابين بأمراض معدية.

كما أن محيط العمل يلعب أيضا دورا مهما في ارتفاع مستوى الضغط المهني لدى هؤلاء الممرضين، والذي يتمثل في مختلف الظروف التي يمارس فيها الممرضون عملهم ومدى تأثيرها على الأداء الوظيفي لديهم، حيث أن جو المستشفى أو المصلحة التي يتم فيها التكفل بهذا النوع من الأمراض، يكون مشبعا بمختلف الكائنات المجهريّة من جراثيم وميكروبات معدية، يمكن أن تنتقل بطرق سهلة كالهواء وشبكة المياه، إضافة للاحتكاك اليومي لهؤلاء الممرضين مع المرضى وما يُشكّله هذا المحيط والظروف من ضغط مهني يومي على هؤلاء الممرضين، ناهيك عن النقص الملاحظ في بعض المصالح من حيث توفير بعض الوسائل والامكانيات الملائمة، والمُعترف بأنها تعمل فعلا على وقاية وحماية هؤلاء الممرضين بصفة ناجعة، وهذا إذا ما أخذنا بعين الاعتبار ما هو معمول به في الدول المتقدمة، إضافة إلى غياب التكوين الملائم لهؤلاء الممرضين الذي يسمح لهم بالعمل في مثل هذه الوضعيات الخاصة والذي يُمكنهم باكتساب مهارات ملائمة لذلك.

لقد تبين من خلال قيامنا بالدراسة الاستطلاعية، وإجراء بعض المقابلات مع هؤلاء الممرضين أن الضغط المهني الذي يعيشونه يوميا لا يقتصر فقط على مكان العمل، وإنما يمكن أن يؤثر أيضا على الجوانب الأخرى من حياة الممرض (خاصة الحياة الأسرية)، كما لو أن كل الانفعالات السلبية التي يعيشها طيلة اليوم أثناء أداء عمله، تُصاحبه عند خروجه في المساء إلى البيت، حيث تتحول إلى هواجس وقلق ومخاوف من إصابته بمرض معدٍ وإمكانية نقله إلى أفراد الأسرة الآخرين. وفي هذا الإطار يمكن أن نذكر على سبيل المثال حالة الممرضة التي أجرينا معها مقابلة، حيث ذكرت لنا أنها، وبعد أن أصبحت أمّاً ولديها أطفال، لم تعد خائفة على نفسها فحسب، بل أصبحت تُراودها هواجس من إمكانية إصابتها بمرض معدٍ لم تظهر أعراضه بعد، وبالتالي إمكانية نقلها لهذا المرض لأفراد أسرتها، بحيث أدلت بأنها لا تخاف على نفسها بقدر ما تخاف على أفراد أسرتها وأبنائها، كما قالت بأنها تُفكر جديا لتترك العمل في

تلك المصلحة حتى وإن اقتضى منها هذا الأمر المكوث بالبيت، فالاعتناء بأسرتها وتربية أبنائها، حسب أقوالها، أفضل من المخاطرة بالعمل في هذه الظروف.

من خلال هذه الحالة (ومن حالات كثيرة مشابهة لها)، نلاحظ بأن الضغط المهني المعاش في مكان العمل من طرف هؤلاء المرضى، يمكن أن يخرج عن الإطار المهني وينتقل إلى باقي جوانب الحياة الأخرى للمريض، وبالتالي حدوث تفاعل سلبي في بُعد حياة شخصية/حياة مهنية لنوعية الحياة في العمل.

- الفرضية الثانية:

تبيّن من خلال تحليل بيانات هذه الفرضية، أنه ليس هناك علاقة دالة بين الدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة والدرجة الكلية للضغط المهني لدى أفراد عينة هذا البحث، أما فيما يتعلق بأبعاد استراتيجيات المواجهة، فلقد اتضح أن هناك علاقة سالبة بين بُعد استراتيجية المواجهة المركزة على المهام والدرجة الكلية للضغط المهني، وهذا يشير إلى أنه كلما قام أفراد عينة البحث الحالي باستخدام هذه الاستراتيجية، كلما أدى ذلك إلى انخفاض مستوى الضغط المهني لديهم، والعكس صحيح، أي أنه كلما قلّ استعمال هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى ارتفاع درجة الضغط المهني لديهم.

أما العلاقة بين بُعد استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال والدرجة الكلية للضغط المهني فلقد كانت ايجابية، أي أنه كلما استعمل أفراد عينة البحث الحالي هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى ارتفاع درجة إدراكهم للضغط المهني، في حين لم تكن هناك علاقة دالة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب والدرجة الكلية للضغط المهني وبالتالي، والفرضية الثانية قد تحققت.

ويمكن عزو هذه النتيجة (أي ارتباط بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة سلبيا مع الضغط المهني)، إلى أن هذه الاستراتيجية هي المناسبة في مثل هذه الظروف مقارنة بالاستراتيجيتين الأخرين، لأن الممرض العامل في مصلحة الأمراض المعدية يجد نفسه مضطراً للتعامل مع المشاكل التي يعايشها في الوسط المهني ومن أهمها خطر العدوى، وهذا عن طريق اتباع احتياطات وسلوكيات وقائية وأمنة، مثل ارتداء بدلة الوقاية الملائمة عند الدخول إلى غرفة العزل، ارتداء القفازات والقناع عند التعامل مع المرضى، استعمال مواد التطهير الملائمة للقضاء على العوامل المعدية كالجراثيم والكائنات الطفيلية المنتشرة بكثرة في هذه المصالح، اتباع إجراءات الحماية عند الحقن أو التعامل مع العينات والسوائل

البيولوجية، والعمل على التخلص من الأدوات والوسائل الملوثة أو تطهيرها وتعقيمها بالوعاء الضاغط (autoclave) مباشرة بعد الانتهاء من استعمالها...

لكن الأمر يتعلق كذلك بتطبيق معايير السلامة الوقائية لتفادي انتقال العدوى لمرضى آخرين، مثل احترام معايير عزل الحماية الذي يتعلق بمرضى ذوي حساسية مُفرطة أو مناعة هشة، ومعايير عزل الوقاية التي يتوجب من خلالها عزل مريض مُصاب بمرض خطير يمكن أن ينتقل إلى مرضى آخرين أو لأفراد الطاقم الطبي، وهذا داخل عُرف خاصة مصممة بطريقة تمنع انتقال عوامل العدوى من الخارج إلى الداخل أو العكس، فوقاية جميع الأفراد المتواجدين في هذه المصالح، سواء كانوا مرضى أو أفراد الطاقم الطبي بل حتى الزائرين، هو ما يضمن السلامة والأمن للجميع. ولهذا فاستراتيجيات المواجهة المركزة على المهام (أو على حل المشكل) والتي تُجسدها هذه السلوكيات الوقائية المتبعة من طرف الممرضين، من شأنها أن تعمل على التخفيض من مستوى خطر الإصابة بالعدوى لدى أفراد الطاقم الطبي (خاصة الممرضين)، وبالتالي الشعور بضغط مهني أدنى.

أما استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال، والتي كانت ذات ارتباط موجب مع الضغط المهني، أي ارتفاع مستوى الضغط كلما تم استعمال هذه الاستراتيجية، فهذا يمكن تفسيره بأن الاستراتيجية المركزة على الانفعال غير ناجعة وسط هذه الظروف، حيث أنه يصعب تسيير الانفعالات السلبية الناجمة عن مزولة العمل في هذه المخاطر المهنية، والتخفيض من حدتها ما لم يتم اتخاذ إجراءات ملموسة وفعلية للوقاية منها (استراتيجية المواجهة المركزة على المهام)، فمحاولة التخلص من الانفعالات السلبية مادام الخطر قائماً لا يُجدي في سبيل تخفيض حدّة الضغط المهني.

- الفرضية الثالثة:

تبيّن من خلال تحليل بيانات هذه الفرضية، أن هناك علاقة سالبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية للضغط المهني لدى أفراد عينة هذا البحث، وهذا يعني أنه كلما كانت مستويات الصلابة النفسية مرتفعة لدى أفراد عينة البحث الحالي كلما كان إدراك الضغط المهني لديهم واطئ.

كما اتضح أيضاً أن جميع أبعاد الصلابة النفسية المتمثلة في: الالتزام، التحكم والتحدي لها علاقة ارتباطية سالبة مع الدرجة الكلية للضغط المهني، أي أنه كلما كانت مستويات أبعاد الصلابة النفسية مرتفعة لدى أفراد عينة البحث الحالي، كلما كان إدراكهم للضغط المهني واطئ، وبالتالي فالفرضية الثالثة قد تحققت.

ويمكن عزو هذه النتائج إلى الدور الرئيسي الذي تلعبه الصلابة النفسية في تمكين الفرد لمواجهة الضغط سواء كان مهني أو عادي، بطرق ناجعة وفعالة تؤدي إلى إدراك الفرد للمثير الضاغط بطريقة ايجابية تُسهّل عليه التعامل معه وبالتالي شعوره بتحكمه فيه.

لقد تراكم كمّ معتبر من الدراسات والأدب النظري الذي يُدعم هذا الطرح، حيث اتفق الباحثون على أن الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية هم أقل عُرضة للمعاناة النفسية التي تنجم عن الضغوط المختلفة، وهذا سواء في الحياة اليومية أو في العمل، حيث أن الصلابة النفسية تساعد على التمثيل المعرفي الايجابي للأحداث الضاغطة، وهو ما يؤدي للتقليل من تأثيراتها السلبية على الفرد خاصة الوجود النفسي لها.

فالصلابة النفسية ذات صلة وثيقة باستراتيجيات المواجهة التكيفية، لأن الفرد الذي يشعر بالالتزام تُجاه عمله وبمستوى عالٍ من التحكم في المحيط، سوف يتبنى استراتيجية ملائمة للوضعية التي يعيشها والتي تؤدي بدورها إلى خفض مستوى القلق والضغط المهني، فالأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يُدركون الضغوط المهنية على أنها قابلة للتحكم ويُركزون على ما فيها من إيجابيات وفُرص محتملة، وذلك عكس الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة الذين يُدركون هذه الظروف المهنية الضاغطة أكثر تهديداً لهم.

- الفرضية الرابعة:

تبيّن من خلال تحليل بيانات هذه الفرضية، أن العلاقة بين الدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة و الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل لم تكن دالة، أما بالنسبة لباقي أبعاد استراتيجيات المواجهة، فلقد تبيّن أن العلاقة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركّزة على المهام والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل كانت علاقة موجبة، أي أنه كلما قام الممرض باستعمال استراتيجية المواجهة المركّزة على المهام كلما تحسنت نوعية الحياة في العمل لديه، كما كانت أيضا العلاقات بين هذا البُعد وأبعاد نوعية الحياة في العمل كلها دالة وموجبة، وهذا يشير إلى أنه كلما توجه أفراد عينة البحث الحالي نحو استخدام استراتيجية المواجهة المركّزة على المهام، كلما أدى ذلك إلى ارتفاع مستوى أبعاد نوعية الحياة في العمل لديهم، والعكس صحيح أي أنه كلما ضَعُف استعمال هذه الاستراتيجية كلما أدى ذلك إلى انخفاض درجة هذه الأبعاد لديهم.

في حين جاءت العلاقة بين بُعدي استراتيجيات المواجهة المركّزة على الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركّزة على التجنب مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وأبعادها غير دالة، وبالتالي فالفرضية الرابعة قد تحققت.

هنا أيضا تُظهر هذه النتائج أهمية استراتيجية المواجهة المركّزة على المهام أمام الوضعيات المهنية الضاغطة التي تتميز بالخطر، ودورها في تحسين نوعية الحياة في العمل، حيث أن هذا الدور يمكن اعتباره بأنه تأثير غير مباشر، أي أنه ليس تبني هذه الاستراتيجية هو ما يؤدي، في حدّ ذاته، إلى تحسين مستوى نوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين، وإنما يمرّ عبر تخفيض حدّة وقوة تأثير الضغط المهني، وهو الأمر الذي يُفرض في الأخير إلى تحسّن نوعية الحياة في العمل.

أما استراتيجيات المواجهة المركّزة على التجنب، فلم يكن لها أي علاقة ارتباطية مع نوعية الحياة في العمل، حيث أنها، على غرار استراتيجيات المواجهة المركّزة على الانفعال، غير فعالة وهذا راجع إلى أن تجنب الوضعية الضاغطة لا يحلّ المشكل بل يُبقى الخطر قائما، ومن ناحية أخرى، فالممرض لا يستطيع أن يتجنب الخطر أثناء أدائه لوظائفه حتى وإن حاول ذلك، حيث، وكما أشرنا إلى ذلك في الفرضية الثانية، الاستراتيجية الوحيدة الناجعة في مثل هذه الحالات هي الاستراتيجية المركّزة على المهام (أو حل المشكل) والكفيلة في الحدّ من إمكانية وقوع الخطر، وبالتالي تخفيض شدّة الضغط المهني، وهو ما يؤثر بدوره في تحسين نوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين.

- الفرضية الخامسة:

لقد تبين من خلال معالجة وتحليل بيانات هذه الفرضية، أن هناك نسبة دالة من التباين في نوعية حياة العمل تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة والضغط المهني، وهذا بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل، وهذا يعني أن لبُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل، وبالتالي فالفرضية الخامسة قد تحققت.

هنا أيضاً، على غرار الفرضية الثانية والرابعة، أسفرت النتائج على أن بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة كان له دور في تعديل العلاقة التي تربط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل، لدى أفراد عينة هذه الدراسة، وهذا يعني، انطلاقاً من الاطار النظري للمتغيرات المعدلة، أنه بالرغم من التأثير المباشر للضغط المهني على نوعية الحياة في العمل والعلاقة التي تربط بينهما، إلا أن قوة واتجاه هذه العلاقة يتم تحديدها من خلال مدى استعمال الفرد لاستراتيجيات المواجهة المركزة على المهام، أي مدى اتباع الممرض العامل في مصلحة الأمراض المعدية لسلوكيات ملائمة تحترم المعايير الصحية المعمول بها، ومدى سعيه إلى ايجاد حلول فعالة وعملية من شأنها أن تُساعد في توفير الحماية له ولزملائه والمرضى المتواجدين في هذه المصلحة، والوقاية من انتشار وتفاقم الأمراض المستشفوية، وهذا ما سوف يعمل على التخفيف من حدة هذا التأثير السلبي للضغط المهني على نوعية الحياة في العمل.

وتعتبر استراتيجيات المواجهة القائمة على المهام من أهم هذه الاستراتيجيات وأكثرها فعالية، حيث أنها تركز على ايجاد حلول ملائمة للمشكلة كنوع من المواجهة الإيجابية النشطة، بدلا من تجنبها والهروب منها، والتي تعتمد على تحديد المشكلات وحلها بطريقة عقلانية، أي انطلاقاً مما هو كائن في الواقع، وبالتالي فمن الضروري أخذها بعين الاعتبار والعمل على تنميتها وتحسينها كمهارة لدى الممرضين، أثناء إعداد وتطبيق البرامج التي تهدف إلى التخفيف من حدة وشدة الإرهاق والانهاك المهنيين، والآثار السلبية الأخرى التي يمكن أن تتجرّ عن ممارسة العمل في وسط مهني يُشكّل مخاطر حقيقية على الصحة، وهو الأمر الذي من شأنه أن يساهم في تحسين مستويات نوعية الحياة في العمل.

- الفرضية السادسة:

تم التوصل من خلال معالجة وتحليل بيانات هذه الفرضية، إلى أن هناك علاقة موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل، وهذا يعني أنه كلما كانت درجات الصلابة النفسية مرتفعة لدى أفراد عينة البحث الحالي، كلما أدى ذلك إلى تحسّن مستوى نوعية الحياة في العمل لديهم، والعكس صحيح، أي كلما كانت درجات صلابتهم النفسية منخفضة كلما أدى ذلك إلى تدهور نوعية الحياة في العمل لديهم، أما العلاقة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية ويُعدي ظروف العمل ومهنة التمريض والمجتمع، فلقد كانت علاقة دالة وموجبة، أما مع بُعدي توافق حياة شخصية/حياة مهنية وتصميم العمل فلم تكن دالة.

فيما يتعلق بُبعد التحكم للصلابة النفسية، فلقد تبيّن أن له علاقة دالة وموجبة مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل، أي أنه كلما كانت درجات بُعد التحكم لدى أفراد عينة البحث الحالي عالية كلما أدى ذلك إلى تحسّن مستوى نوعية الحياة في العمل لديهم، كما جاءت أيضا العلاقات الأخرى لبُعد التحكم مع باقي أبعاد نوعية الحياة في العمل دالة وموجبة.

ولقد جاءت علاقات بُعدي الالتزام والتحدي للصلابة النفسية مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وأبعادها غير دالة، ما عدا علاقة بُعد الالتزام مع بُعد مهنة التمريض والمجتمع التي جاءت دالة وموجبة، وبالتالي فالفرضية السادسة قد تحققت.

وهنا يظهر بوضوح بُعد الصلابة النفسية الأكثر فعالية وملائمة لدى هؤلاء المرضى، وما يعيشونه يوميا من ضغوط مهنية وهو بُعد التحكم، فعند شعور المريض بأنه مُتحمك في متطلبات وظيفته والمهام الموكّلة إليه والمخاطر التي يُشكّلها محيطه المهني، هنا ينخفض مستوى الضغط المهني لديه، وهو ما يؤدي بدوره إلى تحسّن نوعية الحياة بجميع أبعادها.

أما بُعد التحدي، فنلاحظ أنه ليس لديه أي علاقة مع نوعية الحياة في العمل، أي ليس لديه أي دور في عملية تحسين نوعية الحياة في العمل، وهذا يُمكن عزوه إلى أن المريض العامل وسط هذه الظروف المهنية الخطيرة ليس بحاجة إلى الشعور بروح التحدي، لأن هذه الظروف الضاغطة التي تُشكّل خطر على صحته، بل على حياته، تختلف عن الظروف والمشاكل الحياتية الأخرى التي لا تُشكّل خطر مباشر على حياة الفرد أين يكون لروح التحدي دور هام وفعالية في مواجهتها.

- الفرضية السابعة:

لقد اتضح من خلال تحليل ومعالجة بيانات هذه الفرضية، أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل، تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين الضغط المهني والصلابة النفسية، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

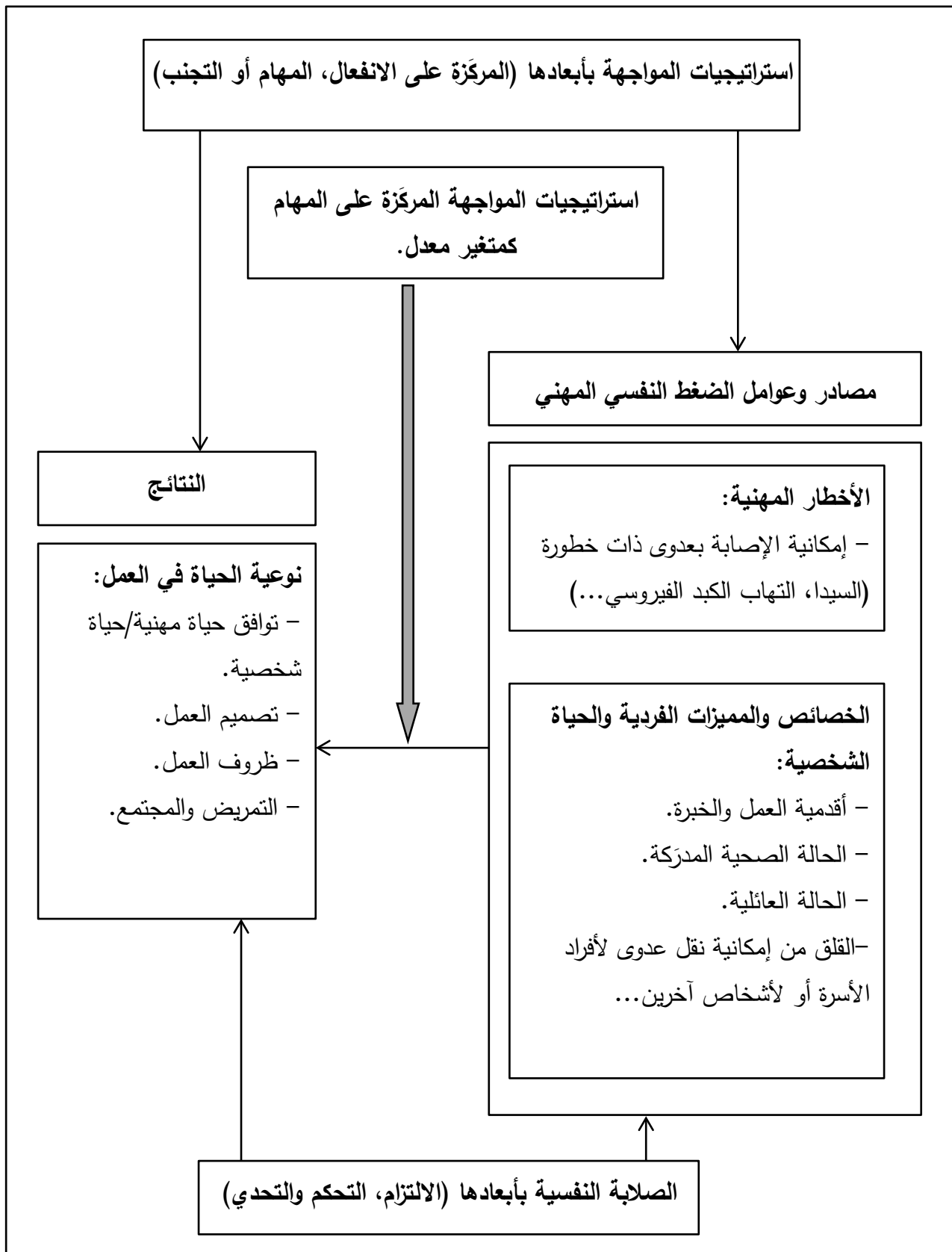
كما تبين أيضا أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل، تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد الالتزام للصلابة النفسية والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

أسفرت أيضا النتائج على أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل، تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد التحكم للصلابة النفسية والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

تم التوصل كذلك إلى أن هناك نسبة غير دالة من التباين في نوعية حياة العمل، تم تفسيرها بواسطة التفاعل بين بُعد التحدي للصلابة النفسية والضغط المهني، بعد ضبط كل من المتغيرين اللذين يشتمل عليهما التفاعل.

يمكن القول أن بيانات الدراسة الحالية لم تؤيد هذه الفرضية، التي مفادها أن للصلابة النفسية بأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالِح الأمراض المعدية، وبالتالي، الفرضية السابعة لم تتحقق.

في ضوء ما سبق، نقترح هذا النموذج الذي يلخص النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة، ويوضح العلاقات الارتباطية والمعدّلة بين متغيراتها، وهذا ما يُبينه الشكل الموالي:



شكل رقم (34): النموذج النظري المقترح للعلاقات بين متغيرات الدراسة ودور استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام في تعديل العلاقة بين عوامل الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل.

يتبين من خلال الشكل رقم (34) أن من أهم مصادر وعوامل الضغط المهني لدى المرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية، هي الأخطار المهنية التي تتمثل في إمكانية الإصابة بمرض معدٍ أثناء أداء مختلف الوظائف العلاجية والاحتكاك مع المرضى المصابين. وبالرغم من وجود مصادر أخرى ومتعددة للضغط المهني، على غرار باقي الأقسام والمصالح الطبية الأخرى مثل العمل في الليل، صراع الأدوار وغموضها، سوء العلاقات مع الزملاء والمشرفين، الافتقار للاستقلالية واتخاذ القرار، معاشة آلام المرضى ومعاناتهم... إلا أن خطر الإصابة بعدوى يبقى المصدر والعامل الأول لحدوث الضغط المهني لدى هؤلاء المرضين، وهذا راجع إلى أنه يُشكل تهديدا مباشرا على صحتهم وسلامتهم.

ولقد اتضح أيضا أثناء إجرائنا للدراسة الميدانية، ومن خلال إجراء مقابلات مع بعض هؤلاء المرضين، أن هناك عوامل متعلقة بالمرض وحياته الشخصية تلعب دور مهم في تحديد مستويات الضغط المهني لديه، تتمثل أهمها في أقدمية العمل وسنوات الخبرة التي اكتسبها من خلال مزاولته عمله في هذه المصالح، وتعامله واحتكاكه مع مرضى مصابين بأمراض معدية منذ فترات طويلة، وهو الأمر الذي يسمح له بمواجهة هذه الأخطار بمهنية، واكتسابه بمرور الوقت مهارات وسلوكيات تساعدهم في عملية الوقاية.

كما أن كيفية إدراك الممرض لحالته الصحية له دور مهم في هذا الجانب، حيث هناك من يعتبر بأن حالته الصحية تتميز بالهشاشة، وذلك راجع لعدة أسباب منها السوابق المرضية، الإصابة بمرض مزمن، التقدم في السن... وبذلك تتزايد المخاوف من سهولة وقابلية أكبر للإصابة بمرض معدٍ.

عامل آخر متعلق بالضغط المهني لدى هؤلاء المرضين، بصفة خاصة عند الممرضات الأمهات، يتمثل في هاجس إمكانية نقل العدوى من المستشفى إلى الأبناء أو الزوج/الزوجة، حيث أن العديد من الأمراض المنتقلة لا تظهر أعراضها في الفترات الأولى، وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى نقل العدوى لأشخاص آخرين دون قصد.

إن كل هذه العوامل والمتغيرات التي تُشكّل مصدرا للضغط المهني، تؤثر مباشرة على نوعية الحياة في العمل بمختلف أبعادها لدى هؤلاء الممرضين، خاصة البُعد المتعلق بمدى التوافق ما بين الحياة المهنية والحياة الشخصية، حيث أن مُعايشة الممرض لأخطار العدوى والقلق الناجم عن إمكانية الإصابة بها، بل نقلها للآخرين هي عوامل من شأنها التأثير على الحياة الأسرية لديه، ناهيك عن عوامل أخرى لها علاقة كذلك مع هذا الجانب مثل المداومة الليلية...

كذلك كيفية تصميم العمل وطبيعة مختلف المهام وطريقة أدائها، والأدوات والوسائل المستعملة في مختلف التدخلات العلاجية، وأيضا الظروف التي يؤدي فيها الممرض مهامه العلاجية تتأثر مباشرة بتواجد مخاطر العدوى وإمكانية الإصابة، فالعمل في هذه المصالح يتطلب توفير الوسائل والظروف اللازمة التي تسمح بحماية ووقاية العاملين بها وتفادي وقوع إصابات.

ويظهر أيضا من خلال نفس الشكل أن لنوع استراتيجيات المواجهة المستعملة، علاقة مع كل من الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين، حيث أنهم كلما استعملوا استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام كلما انخفض مستوى الضغط المهني وارتفع مستوى نوعية الحياة في العمل لديهم، وكلما استعملوا استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والتجنب كلما زادت درجات الضغط المهني وانخفض مستوى نوعية الحياة في العمل لديهم. كما يتبين أيضا أن لاستراتيجيات المواجهة المركزة على المهام دور معدّل للعلاقة التي تربط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لديهم، أي أنه عندما يستعمل الممرض هذا النوع من الاستراتيجيات، فإن التأثير السلبي للضغط المهني على نوعية الحياة في العمل سوف ينخفض.

أما فيما يخص الصلابة النفسية بأبعادها، فلقد تبين أنه كلما ارتفع مستواها لدى الممرض كلما أدى ذلك إلى التقليل من حدة الضغط المهني وإلى تحسّن مستوى نوعية الحياة في العمل لديه، إلا أنه لم يظهر أي تأثير معدّل لدرجتها الكلية أو لأبعادها على العلاقة التي تربط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين، وهذا يمكن عزوه إلى حجم العينة الذي لم يسمح بظهور مثل هذا التأثير المعدّل للصلابة النفسية، حيث أن، كما تبين في مناقشة النتائج، فإن العديد من الدراسات أدت إلى إبراز أن للصلابة النفسية دور معدّل للعلاقات التي تربط الضغط النفسي والمهني بمختلف المتغيرات

الأخرى، وهذا ما يفتح المجال لإجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر لإبراز الدور المعدل للصلاية النفسية.

- الخاتمة:

لقد كان منطلق هذه الدراسة من قاعدة أن علم نفس الصحة يهتم بصحة الفرد بشتى أبعادها وفي مختلف الأوساط والأماكن، بما فيها الوسط المهني الذي يمضي فيه الفرد قِسط مُهم من حياته، كما أن مكان العمل يعتبره المختصون حاليا من أكثر المصادر التي يُمكن أن تتجم عنه الضغوط النفسية، حيث يُمكن أن تأخذ أبعادا متفاوتة لتصل في بعض الأحيان إلى حدوث حالات الاحتراق النفسي بل الإقدام على الانتحار.

لقد أضحت المخاطر المهنية من أهم العوامل التي تُهدد صحة العمال والموظفين في مكان العمل، حيث أنها تنصدر جميع العوامل الأخرى التي يُمكن أن تكون مصدرا للضغوط المهنية، وهذا راجع إلى كونها تُشكّل تهديدا مباشرا على الفرد، ولهذا حاولنا من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على الأخطار التي تنتشر في الوسط الاستشفائي (مصالح الأمراض المُعدية) كنموذج للضغط المهني، وتأثيرها على الممرضين بصفتهم العاملين الأكثر عُرضة لخطر الإصابة بهذه الأمراض أثناء ممارسة وظائفهم.

وانطلاقا من هذا، ركّزت الدراسة الحالية على بحث نوعية الحياة في العمل لدى هؤلاء الممرضين، وعلاقتها بالضغط المهني الذي يعايشونه في هذه المصالح، وكذا علاقة هذين المتغيرين بكل من استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية، وذلك على عينة مكونة من 84 ممرض وممرضة، يزاولون عملهم على مستوى مصالح الأمراض المُعدية التابعة لـ 04 مستشفيات واقعة في 04 ولايات وُسطى، والتي تتمثل في الجزائر العاصمة، البليدة، تيزي وزو وبجاية، حيث يتراوح المدى العمري لأفراد هذه العينة من 21 سنة إلى 54 سنة، إذ كان عدد الذكور 13، أما عدد الإناث فقد بلغ 71 ممرضة.

لقد توجّه حديثا العديد من الباحثين إلى الاهتمام بالدور المعدّل لمختلف المتغيرات، وهذا بعد تجاوز العلاقات الخطية البسيطة التي تبيّن بأنها لا تعكس الحقائق بوضوح ولا تُفسّرُها بدقة، فالعلاقة (سبب- نتيجة) التي تربط بين متغيرين أحدهما مستقل والآخر تابع، يُمكن أن تُخفي العديد من المتغيرات الأخرى التي تلعب دور مُهم في هذه العلاقة، سواء من حيث قوتها أو اتجاهها.

ولهذا عمدنا في البحث الحالي إلى دراسة استراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف هؤلاء الممرضين وكذا الصلابة النفسية لديهم، كمتغيرين معدّلين للعلاقة التي تربط بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل، حيث توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- ◀ وجود علاقة ارتباطية سالبة بين درجة الضغط المهني والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وكذا جميع أبعادها المتمثلة في: توافق حياة شخصية/حياة مهنية، تصميم العمل، ظروف العمل، مهنة التمريض والمجتمع لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ وجود علاقة ارتباطية سالبة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام ودرجة الضغط المهني، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ودرجة الضغط المهني، في حين لم تكن هناك علاقة دالة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب ودرجة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وكذا جميع أبعادها المتمثلة في: الالتزام، التحكم والتحدي ودرجة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بُعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المهام والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل، كما جاءت أيضا العلاقات بين هذا البعد وأبعاد نوعية الحياة في العمل كلها دالة وموجبة، أما العلاقة بين بُعدي استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب، فلقد كانت غير دالة مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وأبعادها لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ بُعد المهام لاستراتيجيات المواجهة له دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل، ووجود أيضا علاقة ارتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وبُعدي ظروف العمل ومهنة التمريض والمجتمع لنوعية حياة العمل، كما أن بُعد التحكم للصلابة النفسية له علاقة ارتباطية موجبة مع الدرجة الكلية لنوعية الحياة في العمل وكافة أبعادها، كما أن بُعد الالتزام للصلابة النفسية علاقة ارتباطية موجبة مع بُعد مهنة التمريض والمجتمع لنوعية حياة العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.
- ◀ لم يكن للصلابة النفسية وأبعادها دور معدّل للعلاقة بين الضغط المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية.

وفي الأخير، تقترح الدراسة الحالية أن يتم الاهتمام مستقبلاً بالمحاور التالية:

- الدراسة المعمّقة والواقية لضغوط العمل الناجمة عن الأخطار المهنية التي تُشكّل تهديداً بالنسبة لصحة الأفراد في مكان العمل، وبحث أهم مسبباتها ومصادرها لإيجاد حلول ملائمة لها، وكذا الكشف عن أهم آثارها السلبية على صحة العاملين، ومدى مساهمتها في ظهور وتفشي الأمراض المهنية الجسمية والنفسية لديهم، وإيصال أهم هذه النتائج والمعطيات لهؤلاء العاملين والمسؤولين وتوظيفها للتوعية بهذه المخاطر التي تُشكّلها الضغوط المهنية.

- إجراء دراسات تتناول مُشكل الأمراض المستشفوية التي أصبحت، حسب المختصين، خطراً حقيقياً يُهدد صحة كل الأفراد الذين لهم علاقة بالوسط الاستشفائي، سواء العاملين منهم بمختلف مهامهم وأدوارهم (أطباء، مساعدي التمريض، عمال المخابر، عمال النظافة...) أو المرضى الماكثين بالمستشفى لتلقي علاج لفترة زمنية قد تقصر أو تطول، والاهتمام بمختلف الآثار النفسية السلبية التي تُخلّفها لديهم.

- تصميم برامج تدريبية، على غرار ما هو معمول به في الدول المتقدمة، تهدف إلى تنمية وتقوية الموارد النفسية (كاستراتيجيات المواجهة النشطة والصلابة النفسية) لدى الممرضين، وتطبيق هذه البرامج في الوسط الاستشفائي ضمن دورات تدريبية دورية ومنتظمة، والتي من شأنها أن تساعد في اكتساب وتعلم طرق فعالة وملائمة للتعامل مع المواقف الضاغطة وتسييرها، وهذا ما يساهم في ترقية وتعزيز نوعية الحياة المهنية لديهم.

قائمة المراجع

أ- مراجع باللغة العربية:

1. أبو نجيلة شعبان محمد (2009): الصحة النفسية وقضايا المجتمع، مركز البحوث الانسانية والتنمية الاجتماعية، غزة.
2. أبو ندى عبد الرحمان (2007): الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم نفس التربية، جامعة الأزهر، غزة.
3. أنجيس موريس (2004): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية، ترجمة بوزيد صحراوي و آخرون، دار القصبه للنشر والتوزيع، الجزائر.
4. اشتيوي محمد عبد (2015): اتجاهات العاملين نحو جودة حياة العمل في بلدية غزة، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات الإدارية والاقتصادية، مجلد (1)، عدد (3).
5. البدوي طلال (2000): درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الموظفين العاملين في مستشفيات محافظة عمان وأثر بعض المتغيرات في ذلك، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، عمان.
6. البربري مروان (2016): دور جودة الحياة الوظيفية في الحد من ظاهرة الاحتراق الوظيفي لدى العاملين في شبكة الأقصى للإعلام والانتاج الفني، رسالة ماجستير غير منشورة في برنامج القيادة والادارة، جامعة الأقصى بغزة.
7. البليسي أسامة زياد يوسف (2012): جودة الحياة الوظيفية وأثرها على الأداء الوظيفي للعاملين في المنظمات غير الحكومية في قطاع غزة، رسالة ماجستير منشورة تخصص علم النفس، الجامعة الاسلامية، غزة.
8. البهاص سيد أحمد (2002): الانهاك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا.
9. الثقفي حسين (2006): تغير الاتجاهات نحو مهنة التمريض لدى عينة من الشباب السعودي من خلال برنامج إرشادي، دراسة تجريبية على عينة من طلاب المعاهد الصحية بالمملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص الصحة النفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.
10. الخنجي خالد محمد (2006): علم النفس الايجابي وتجويد الحياة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، عمان.

11. الدبور أحمد محمد محمود (2007): مستويات الصلابة النفسية ومدى فعالية برنامج لتميتها لدى المعاقين بصريا، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة المنوفية، القاهرة.
12. الدوسري سعد بن عميقان سعد (2005): ضغوط العمل وعلاقتها بالولاء التنظيمي في الأجهزة الأمنية، أطروحة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض.
13. الروقي سعد بن معتاد عايد (2003): الضغوط الادارية وعلاقتها بالأداء الوظيفي، دراسة مسحية على ضباط الحدود بمحافظة جدة والقطاعات التابعة لها، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض.
14. السرسى أسماء محمد، إبراهيم محسن درغام عبد الرزاق، صديق محمد السيد (2016): جودة الحياة لدى الأطفال ضعاف السمع بالحلقة الابتدائية، مجلة العلوم التربوية، عدد (3).
15. السويطي شبلي إسماعيل (2016): أثر جودة حياة العمل على الولاء التنظيمي في الوزارات الفلسطينية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.
16. السيد عثمان فاروق (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
17. الشرافي مازن إبراهيم (2012): أساليب مواجهة الخبرة الصادمة لدى معلمي وكالة الغوث بغزة وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
18. الصباغ زهير (1999): مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين، دراسة مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة، مجلة البصائر، جامعة البتراء، عدد (2).
19. الصبوة محمد نجيب، الغباشي سهير، شويخ هناء (2004): دراسات عربية في علم النفس، مجلد (03)، عدد (01)، دار غريب، القاهرة.
20. الضريبي عبد الله (2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع زجاج القدم بدمشق، مجلة جامعة دمشق، مجلد (26)، عدد (04).
21. العبدلي خالد بن محمد بن عبد الله (2012): الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس تخصص إرشاد نفسي، جامعة أم القرى.

22. العزاوي منير سمرة السيد (2014): برنامج معرفي سلوكي لتعديل أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من الطلاب الراقدين والمصريين المقيمين بالمدن الجامعية، مجلة العلوم التربوية، مجلد (02).
23. العميان محمود سليمان (2005): السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، دار وائل للنشر، عمان.
24. العيافي أحمد بن عبد الله محمد (2010): الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة ومحافظة الليث، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
25. القشار محمد، طشطوش رامي (2017): نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (13)، عدد (2).
26. المشعان عويد سلطان (2001): مصادر الضغوط في العمل، دراسة مقارنة بين الموظفين الكويتيين وغير الكويتيين في القطاع الحكومي، مجلة جامعة الملك سعود، عدد (01)، مجلد (13)، الرياض.
27. المعمرية عالية بنت علي بن راشد (2001): ضغوط العمل لدى مديري المدارس الثانوية بسلطنة عُمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السلطان قابوس.
28. المغربي كامل محمد (2011): أساليب البحث العلمي في العلوم الانسانية والاجتماعية، دار الثقافة، عمان.
29. النعاس عمر مصطفى (2008): الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية، إدارة المطبوعات والنشر، مصراتة.
30. الهيتي خالد عبد الرحمان (2003): إدارة الموارد البشرية، مدخل استراتيجي، دار وائل للنشر والتوزيع، عُمان.
31. بجاج أحمد (2015): سوسيولوجيا الممرضة، إطار نظري لتشكيل الهوية المهنية للممرضة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، عدد (20).
32. برزوان حسبية (2013): فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للتخفيف من الضغط المهني وتنمية أساليب المواجهة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي لدى الشرطي الجزائري، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص الارشاد النفسي والصحة النفسية، جامعة الجزائر 02. المنجد في اللغة العربية (2005): ط.
- 41، دار المشرق، بيروت.

33. بـسيوني محمد السيد بسيوني (1995): ضغوط العمل، آثارها وعلاقتها بأداء المدير في قسم إدارة الأعمال كلية التجارة، جامعة الاسكندرية.
34. بن حميد السهلي عبد الله (2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص الارشاد النفسي، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
35. بن خالد عبد الكريم (2015): فلسفة إدارة جودة الحياة الوظيفية في المجال المهني، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، عدد (20).
36. بن نوار يوسري (2016): مؤشرات الصحة الايجابية (السعادة الحقيقية، الرفاهية الذاتية، الرضا عن الحياة) وعلاقتها بكل من نوعية حياة العمل، الذكاء الاجتماعي والذكاء الروحي لدى مراقبي الحركة الجوية، أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص علم نفس الصحة، جامعة الجزائر 02.
37. بوحفص عبد الكريم (2013): الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدوياً وباستخدام برنامج SPSS، ديوان المطبوعات الجامعية، ج. 1، الجزائر.
38. بوحفص عبد الكريم (2013): الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدوياً وباستخدام برنامج SPSS، ديوان المطبوعات الجامعية، ج. 2، الجزائر.
39. بوحوش عمار، ذنبيات محمد (1995): مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، الجزائر.
40. بوزازة مصطفى (2007): الآثار الوسيطة لاستراتيجيات المواجهة على الصلة ضاغط عمل- توتر، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل.
41. جاد الرب سيّد محمد (2008): جودة حياة العمل في منظمات الأعمال العصرية، دار الفكر العربي للنشر، القاهرة.
42. جرينبرج جيرالد بارون (2004): إدارة السلوك في المنظمات، ترجمة ومراجعة رفاعي بسيوني وآخرون، دار المريخ للنشر، الرياض.
43. حبيب مجدي عبد الكريم (2006): فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

44. حمادة لؤلؤة، عبد اللطيف حسن (2002): الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، مجلد (12)، عدد (2).
45. خميس محمد سليم (2013): الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، عدد (13).
46. درويش يحي (2003): مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والممرضات العاملين في مستشفيات محافظات شمال الضفة الغربية، رسالة ماجستير في الصحة العامة، جامعة النجاح الوطنية، فلسطين.
47. راضي زينب نوفل (2008): الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، الجامعة الاسلامية، غزة.
48. رجاء محمود مريم (2016): الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات جامعة الملك سعود، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، عدد (74).
49. رجاء مريم (2008): مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض (دراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق)، مجلة جامعة دمشق، مجلد (24)، عدد (02).
50. رجيعة عبد الحميد عبد العظيم (2009): التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الاجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس، مجلة كلية التربية، مجلد (19)، عدد (1).
51. رفاعي عزة (2003): الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة حلوان.
52. رونبيه برنار (2005): العدوى في المستشفيات، مجلة العلوم، مجلد (21).
53. زرواتي رشيد (2004): منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الحديث، الجزائر.
54. زناد دليلة (2008): سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم (الهيموديايز)، دراسة ميدانية من خلال علم نفس الصحة، أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 02.
55. زويلف مهدي (1989): منهجية البحث العلمي، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

56. سيد أحمد الباهض (2002): الانهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، مجلد (1)، عدد (31).
57. شاهين فارسين (1990): التمريض في الوطن المحتل، دار الأرقم للطباعة والنشر، رام الله، فلسطين.
58. شرفي هناء (2014): الذكاء الانفعالي والصلابة النفسية واستراتيجيات التعامل كمتغيرات معدلة للعلاقة بين الضغط النفسي والصحة النفسية، دراسة ميدانية من خلال نموذج علم النفس الايجابي، أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس الايجابي، جامعة الجزائر 02.
59. صيدم محمد بن رشيد (2012): فاعلية برنامج إرشادي نفسي لتنمية الصلابة النفسية لدى مدمني المخدرات، دراسة شبه تجريبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة تخصص علوم أمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
60. طالح نصيرة (2011): أثر ضغوط الحياة على الاتجاهات نحو الهجرة إلى الخارج، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مولود معمري.
61. طايبي نعيمة (2013): علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفس-جسدية لدى الممرضين، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
62. طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2006): استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان.
63. عباس مدحت (2010): الصلابة النفسية كمنبئ بخفض الضغوط النفسية والسلوك العدواني لدى معلمي المرحلة الاعدادية، مجلة كلية التربية، مجلد (26)، عدد (1).
64. عبد الستار إبراهيم (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
65. عبيدات محمد، أبو الناصر محمد، مبيضين عقيلة (1999): منهجية البحث العلمي، القواعد، المراحل والتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للطباعة والنشر.
66. عثمان أحمد عبد الرحمان (2001): المساندة الاجتماعية من الأزواج وعلاقتها بالسعادة والتوافق مع الحياة الجامعية لدى طالبات الجامعة المتزوجات، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد 37.
67. عزب حسام الدين محمود (2004): برنامج إرشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر، التعليم للجميع، مصر.

68. عسكر علي (2005): الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل، دار الكتاب للنشر والتوزيع، الكويت.
69. علواني نعيمة (2010): مصادر ضغوط العمل عند المدرسين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران.
70. علوطي عاشور (2008): الضغوط المهنية لدى العاملين بنظام التعاقد وعلاقته بالرضا الوظيفي، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس عمل وتنظيم، جامعة منتوري قسنطينة.
71. عماد عبد الرحمان (1998): مستويات الضغوط النفسية وعلاقتها باستجابات الطلاب على اختبارات التفكير الابداعي، دراسة معملية على طلاب التعليم الثانوي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة.
72. عوالي عائشة (2017): دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في تخفيض إدراك الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى احتشاء عضلة القلب، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم نفس الصحة، جامعة الجزائر 2.
73. عوض روان (2015): الصلابة النفسية وعلاقتها بالأحداث الضاغطة، رسالة ماجستير غير منشورة في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق.
74. غيث عاطف، محمد علي محمد (1976): محاضرات في البحث الاجتماعي، كزید إخوان، بيروت.
75. فاروق السيد عثمان (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة.
76. فايد حسين علي (2005): المشكلات النفسية الاجتماعية، مؤسسة طيبة، القاهرة.
77. فائق فوزي عبد الخالق (1996): ضغوط العمل، مجلة آفاق الاقتصادية، مجلد (17)، عدد (67)، الامارات العربية المتحدة.
78. مبارك عناد (2012): جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، جامعة ديالى، العراق، عدد (99).
79. متوري باشن راضية (2014): الفعالية الذاتية واستراتيجيات المواجهة والاكتئاب عند المصاب بالشلل النصفي، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر 02.
80. مجدي محمود فهيم (2007): بناء مقياس الصلابة النفسية لمعلمي التربية الرياضية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، عدد (2).

81. محساس حسبية (2009): تقييم أداء الممرضين باستعمال سلم تقديري ذي المؤشرات السلوكية، دراسة ميدانية بمستشفيات الجزائر العاصمة، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس عمل وتنظيم، جامعة الجزائر.
82. محمد إبراهيم أبو حسين سناء (2012): الصلابة النفسية والأمل وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية لدى الأمهات المدمرة منازلهن في محافظة شمال غزة، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
83. محمد جيهان (2002): دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة القاهرة.
84. مخيمر عماد (1996): إدراك القبول/الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية، مجلد (6)، عدد (2).
85. مخيمر عماد محمد (2011): استبيان الصلابة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
86. مدني عثمان (2009): الضغط المهني لدى إطارات المركب الصناعي للغاز (سوناطراك- حاسي الرمل) مصادره وأعراضه وأساليب مواجهته، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس تنظيم وعمل، جامعة الجزائر.
87. مرازقة وليدة (2016): جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس الصحة، جامعة باتنة 01.
88. مسعودي رضا (2003): الضغط المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجالات- مصادره ومؤثراته، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس عمل وتنظيم، جامعة الجزائر.
89. مصطفى حسن حسين (2004): بعض المتغيرات النفسية لنوعية الحياة وعلاقتها بسمات الشخصية لمدمني الهيروين، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، جامعة عين شمس، مصر.
90. مفتاح محمد عبد العزيز (2010): مقدمة في علم نفس الصحة، دار وائل للنشر، عمان.
91. منسي محمود عبد الحليم (2003): مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.

92. مؤيد سعيد السالم (2009): إدارة الموارد البشرية المعاصرة، مدخل استراتيجي تكاملي، دار إثراء للنشر، عُمان.
93. ميهوبي فوزي (2013): علاقة نمط القيادة والمناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي والولاء التنظيمي لدى الممرضين، رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم نفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر 2.
94. هشام إبراهيم عبد الله (2008): جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، دراسات تربوية واجتماعية، جامعة حلوان، عدد (4).
95. ياغي شاهر يوسف (2006): الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلاية النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس، الجامعة الاسلامية، غزة.
96. يخلف عثمان (2001): علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة.

ب- مراجع اللغة الأجنبية:

97. Adler B. & Dolan A. (2006): Military hardiness as a buffer of psychological health on return from deployment, in: Military Medicine, Vol. (171).
98. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (2016): Les indicateurs de santé et qualité de vie au travail, Lyon.
99. Aiken L. S., West S. G. (1991): Multiple regression: Testing and interpreting interactions, C.A. Sage, Newbury Park.
100. Alhajjar B. I. (2013): Occupational stress among hospital nurses in Gaza, Palestine, thesis submitted for the degree of PHD in the faculty of medical and human sciences, university of Manchester, U.K.
101. Al-khasawneh A. et al. (2013): the relationship between job stress and nurses performance in the jordanian hospitals, in: Asian journal of business management, Vol. (05), N° (02).

102. Alomani Q. (2006): Causes and effects of occupational stress in: nursing, Proceedings of 17th IASTEM International Conference, Istanbul, Turkey.
103. Astagneau P. et al. (1999): 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, Éditions NHA, Paris.
104. Auger D. (2006): Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009, Santé et services sociaux, Québec.
105. Azizi-Fini I. et al. (2014): Quality of Working Life of Nurses and its Related Factors, in: Nurs Midwifery Stud., Vol. (03), N° (02).
106. Babaeiamiri N. (2016): Predicting Nurses' Mental Health Based on Their Job Burnout, in: Mod Care, Vol. (13), N° (02).
107. Baron R. M., Kenny D. A. (1986): The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations, in: Journal of Personality and Social Psychology, N° (51).
108. Beeth Brooks & Andersen M. (2005): Defining quality of nursing work life, In: Nursing economics, Vol. (23), N°. (06).
109. Beghdadli Benali et al. (2008): Le personnel à risque d'accidents d'exposition au sang dans un CHU de l'Ouest algérien, In: Santé Publique, N° (03), Vol.(21).
110. Bellagamba G. (2016): Qualité de vie au travail et environnement organisationnel: études qualitatives et quantitatives sur les personnels en établissement de santé, Thèse Présentée pour obtenir le grade de doctorat en recherche clinique et santé publique, Université Aix-Marseille.
111. Benoit christophe et al. (2002): quels indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier? pertinence et objectif, EHESP, Paris.

112. Bonnard R. (2001): Le risque biologique et la méthode d'évaluation du risque, INERIS, France.
113. Boskovitz O.H. (2003): Etude du coping des adolescents dans un contexte expérimental, Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie, Université de Genève.
114. Brousseau S., (2006): La signification de la qualité de vie au travail pour des infirmiers oeuvrant en CSSS, mission CLSC et déclarant avoir une qualité de vie positive au travail, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
115. Bruchon-Schweitzer M. (2001): Concepts et modèles en psychologie de la santé, In: Recherche en soins infirmiers, N° 67.
116. Bruchon-schweitzer M., Boujut E. (2014): Psychologie de la santé: Concepts, méthodes et modèles, DUNOD, Paris.
117. Cardoso L. et al. (2015): Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level, in: Latino-Am Enfermagem, Vol. (23), N° (04).
118. Carlbring P. et al. (2018): The moderating effect of hardiness on the relationships between problem-solving skills and perceived stress with suicidal ideation in nursing students, in: Studia Psychologica, Vol. (60), N° (01).
119. Cascio W.F. (2010): Managing human resources: productivity, quality of work life, profits, 8th ed., McGraw-Hill, New York.

120. Cerezo F. et al. (2015): Breaking news: how hardiness moderates the impact of burnout on the psychological well-being of filipino journalists covering disasters and emergencies, in: Philippine Journal of Psychology, Vol. (48), N° (02).
121. Chia-Ming Chang, Tsung-Liang Lin et al. (2018): The effect of learning stress on leisure benefits: leisure coping strategies variables as moderators, in: the International Journal of Organizational Innovation, N° (01), Vol. (11).
122. Cieslak R. et al. (2000): The moderating role of hardiness and social support in the relation between job stressors and well-being, a lesson from a clerical women sample, in: International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, N° (06).
123. Commission européenne (2012): Sécurité et santé au travail dans le secteur de la Santé: Guide de prévention et de bonne pratique, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.
124. Corten P.h. (1998): Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne, in: L'Information Psychiatrique, N° (09).
125. Costa-curien M. (2009): Evaluation du stress en salle de régulation des SAMU de Lorraine, Approche individuelle et pluridimensionnelle de la perception du stress et perspectives de prise en charge, Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine, Université Henri Poincaré Nancy 01.
126. Cousson-Gelie F. (2000): concepts, stress, coping, stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave, l'exemple des cancers, In: recherches en soins infirmiers, N°(67).

127. Crosson J. B. (2015): Moderating Effect of Psychological Hardiness on the Relationship Between Occupational Stress and Self-Efficacy Among Georgia School Psychologists, Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Health Psychology, College of Social and Behavioral Sciences, Walden University, USA.
128. Cruzilles C. (2011): Infectiologie et hygiène, Gestion des risques et soins infirmiers, Elsevier Masson, Italie.
129. Da Silva A. M. et al. (2016): Occupational Stress and Quality of Life in Nursing, in: Paidéia, Vol. (26), N° (63).
130. Da Silva R. et al. (2014): Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities, an analytic study, in: BMC Nursing, Vol. (13), N° (09).
131. Dalphond C. (2015): Influence d'une intervention participative sur les perceptions de stress, de reconnaissance et d'habilitation dans un centre hospitalier, Thèse présentée comme exigence du doctorat en psychologie (D.Ps), Université de Sherbrooke.
132. Dantzer (1989): L'illusion psychosomatique, Odile Jacob, Paris.
133. Dardas A. & Muayyad M. (2015): Coping Strategies as Mediators and Moderators between Stress and Quality of Life among Parents of Children with Autistic Disorder, in: Stress and Health, Vol. (05), N° (12).
134. Delmas P. & Duquette A. (2000): Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimation, In: Recherche en soins infirmiers N° (60).
135. Delmas P. & Duquette A. (2004): Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises, in: L'infirmière clinicienne, vol. (01) N° (01).

136. Denis M. et al. (2004): Accidents d'exposition au sang: intérêt d'un «système sentinelle», in: documents pour le médecin de travail, n°99.
137. Desbiens J. (2006): les strategies de coping, la réponse émotionnelle et la qualité de vie spirituelle chez les infirmières en soins palliatifs, Mémoire présenté pour maîtrise en sciences infirmières, Université Laval, Canada.
138. Dhaka D., Jahan K., Rahman T., Tabassum A. (2011): A Comparative Analysis of Quality of Work Life among the Employees of Local Private and Foreign Commercial Banks in Bangladesh, in: World Journal of Social Sciences, Vol.(1), N°. (3).
139. Diss C. & Wadey R. (2016): Examining the Relationship between Hardiness and Perceived Stress-Related Growth in a Sport Injury Context, in: Psychology of Sport and Exercise, N° (19).
140. Duquette A. et al. (1997): validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie, in: Santé mentale au Québec, Vol. (22), N° (2).
141. Easton S. A. & Van Laar D. L. (2012): User manual for the work-related quality of life (WRQOL) scale: A measure of quality of working life, University of Portsmouth, Portsmouth, U.K.
142. Ebstein M. (2015): the relationships among coping, occupational stress, and emotional intelligence in newly hired nurses in an oncology setting, a dissertation submitted for the degree of doctor of philosophy, University of New Jersey, USA.
143. El-Shafei D. A. (2018): Professional quality of life, wellness education, and coping strategies among emergency physicians, in: environmental science and pollution research, N° (10).

144. Ferron M. (2011): La relation entre qualité de vie et santé: une question épistémologique, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en Anthropologie option Médicale, Faculté des Arts et Sciences, Université de Montréal.
145. Fonds national de prévention (2016): Le risque chimique en milieu hospitalier: Les laboratoires sous haute surveillance, Caisse des dépôts, Bordeaux.
146. Franciely M. et al. (2017): hardiness and occupational stress in nurses managers of hospital institutions, in: Journal of nursing, N° (11).
147. Funk S.C. (1992): Hardiness: A Review of Theory and Research, in: Health Psychology, Vol.(11), N°.(5).
148. Garrosa E. et al. (2006): The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses, In: International Journal of Nursing Studies, N° (10).
149. Green S., Grant A. & Rynsaardt J. (2007): Evidence-based life coaching for senior high school students: Building hardiness and hope, in: International Coaching Psychology Review, Vol. (2).
150. Greer M. (2011): Coping strategies as moderators of the relation between individual race-related stress and mental health symptoms for african american women, in: Psychology of Women Quarterly, N° (35).
151. Haberey-Knussi V. (2013): L'engagement dans les soins infirmiers: un enjeu de formation entre éthique et sens, Thèse Pour l'obtention du grade de docteur ès Sciences de l'Éducation, Universités de Rouen.
152. Happell R.N. et al. (2013): how nurses cope with occupational stress outside their workplaces, in: Collegian, N° (20).

153. Hasan A. A. (2017): work stress, coping strategies and levels of depression among nurses working in mental health hospital in Port-Said city, in: international archives of nursing and health care, Vol. (03), N° (02).
154. Haslinda, A. & Tsuey Tyng (2016): job stress and coping mechanisms among nursing staff in a malaysian private hospital, in: international journal of academic research in business and social sciences, Vol. (06), N° (05).
155. Hébert N. B. (2014): L'interrelation entre la qualité de vie au travail et la qualité de vie personnelle: son rôle dans l'épuisement professionnel et la détresse psychologique, thèse du doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.
156. Inocente, J.J. (2010): Le stress professionnel et le burnout chez les chirurgiens-dentistes, rôle de certaines caractéristiques personnelles et contextuelles dans l'ajustement au stress professionnel: une étude longitudinale et comparative entre la France et le Brésil, Thèse pour le doctorat mention psychologie, Université Victor Segalen Bordeaux 02.
157. Institut de veille sanitaire (2009): numéro thématique accidents d'exposition au sang, BEH, Paris.
158. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (2005): Risque biologique en milieux de soins, INRS, Paris.
159. Jacob N. (2013): vérifier la nature des relations entre la hardiesse, le contexte professionnel, les caractéristiques sociodémographiques et la perception de l'intensité des stressors occupationnels envers la détresse psychologique chez les infirmières soignantes du Québec, mémoire présenté pour la maîtrise en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Canada.

160. Jafari S. et al. (2012): the effects of occupational stress on quality of life and associated factors among hospital nurses in Iran, in: Journal of social and development sciences, Vol. (03), N° (06).
161. Jauréguiberry S. (2016): Maladies infectieuses tropicales, Editions Alinéa Plus, Paris.
162. josse E. (2007): Le stress, quelques repères notionnels, La Hulpe, Belgique.
163. Judkins S. K. (2001): Hardiness, stress, and coping strategies among mid-level nurse managers: implications for continuing higher education, dissertation prepared for the degree of Doctor of philosophy, university of north Texas, USA.
164. Katarzyna K. J. et al. (2017): Stress factors vs job satisfaction among nursing staff in the Pomeranian Province (Poland) and the Vilnius Region (Lithuania), in: Annals of Agricultural and Environmental Medicine.
165. Kérouac A. et al. (1997): Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie, in: santé mentale au Québec, Vol. (22), N° (2).
166. Kleiveland B. et al. (2015): Stress, sense of coherence and quality of life among Norwegian nurse students after a period of clinical practice, in: PeerJ Vol. (03), N° (10).
167. Kobasa, S. C. (1979): Stressful life events, personality and health: An Inquiry into hardiness, in: journal of personality and social psychology, Vol. (37).

168. Kohler M. (2010): Exploring the Relationships among Work-Related Stress, Quality of Life, Job Satisfaction, and Anticipated Turnover on Nursing Units with Clinical Nurse Leaders, A dissertation submitted of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, College of Nursing, University of South Florida.
169. Kourosch M. H. et al. (2012): The moderating role of hardiness and perfectionism variables and the relationship between stress and physiologic responses, in: Social and Behavioral Sciences, N° (46).
170. Lauvrud G. et al. (2009): Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit, in: Health and Quality of Life Outcomes, Vol. (07), N° (31).
171. Li Li et al. (2017): Moderating effects of coping on work stress and job performance for nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in China, in: Health Services Research, N° (17).
172. Mahdavi A. et al. (2015): Predicting the level of job satisfaction based on hardiness and its components among nurses with tension headache, in: journal of medicine and life, Vol. (08), N° (04).
173. Makabe S. et al. (2015): Impact of work-life imbalance on job satisfaction and quality of life among hospital nurses in Japan, in: Industrial Health, N° (53).
174. Marchido M. (1994): What is the Relationship Between Personality Hardiness and Burnout in Army Reserve Nurses?, Grand Valley State University.

175. Marien P. (2012): Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence: étude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention, Thèse pour le Doctorat mention sociétés, politique, sante publique spécialité psychologie, Université Bordeaux Segalen.
176. Mark G. & Smith A. P. (2011): Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses, in: British journal of health psychology, N° (10).
177. May B.E. et al. (1999): A longitudinal study of quality of work life and business performance, in: South Dakota Business Review, Vol. (2).
178. McAuley L. (2010): Occupational stress and hardiness personality traits in trainee iapt therapists: providing care in the modern NHS, a thesis submitted of the requirements for the doctorate in clinical psychology, University of Lincoln, USA.
179. Meltem Sirin, Serap Mankaliye Sokmen (2015): Quality of Nursing Work Life Scale: The Psychometric Evaluation of the Turkish Version, in: International Journal of Caring Sciences, Vol. (8).
180. Mercier C. & Filion J. (1987): La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques, in: Santé mentale au Québec, Vol. (12), N° (01).
181. Merino-Tejedor E. et al. (2015): Hardiness as a moderator variable between the Big-Five Model and work Effort, in: Personality and Individual Differences, N° (85).
182. Mhiri S. (2013): L'impact du stress professionnel sur l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de quitter chez les cadres, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur ès Sciences de Gestion, université de Nice Sophia Antipolis.

183. Mohammed Jubran Almalki (2012): Quality of work life and turnover intention in primary healthcare organisation: a cross-sectional study of registered nurses in Saudi Arabia, submitted in fulfillment of the requirement for the degree of doctor of philosophy, Institute of Health and Biomedical Innovation.
184. Mohr D. et al. (2007): Moderating Effects of Coping on the Relationship Between Stress and the Development of New Brain Lesions in Multiple Sclerosis, in: Psychosom Med., Vol. (05), N° (64).
185. Moore Britan M. (2017): An examination of the moderating effect of proactive coping in NICU nurses, thesis submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree doctor of philosophy in clinical psychology, Loma Linda University.
186. Mosadeghrad A. M. (2013): Occupational Stress and Turnover Intention: Implications for Nursing Management, in: International Journal of Health Policy and Management, Vol. (01), N° (02).
187. Motaharian E. (2015): Investigating the relationship between coping strategies and quality of life among the principal caregivers of children with hemophilia, in: Modern Care Journal, Vol. (12), N° (2).
188. Moustaka E. et al. (2010): Sources and effects of work-related stress, in nursing, in: Health Science Journal, Vol. (04), N° (04).
189. Nayyeri M. & Aubi S. (2001): Prediction well-being on basic components of hardiness, in: Social and Behavioral Sciences, N° (30).
190. Nilofer F. et al. (2015): Hardiness and coping as predictors of professional life stress among house-job doctors, in: Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. (13), N° (01).

191. Nowrouzi B. (2013): Quality of Work Life: Investigation of Occupational Stressors among Obstetric Nurses in Northeastern Ontario, A thesis for the degree of Doctor of Philosophy (PhD) in Interdisciplinary Rural and Northern Health, School of Graduate Studies, University Sudbury, Canada.
192. Olayinka A. et al. (2013): Occupational stress management among nurses in selected hospital in Benin city, Edo state, Nigeria, in: European journal of experimental biology, Vol. (03), N° (01).
193. Organisation mondiale de la santé (2002): Rapport sur la santé dans le monde: réduire les risques et promouvoir une vie saine, Genève.
194. Organisation Mondiale de la Santé (2008): Prévention des infections nosocomiales: Guide pratique, minimum graphics, Suisse.
195. Organisation Mondiale de la Santé (2010): Lutte contre les infections et soins de santé: nécessité d'une action de collaboration, OMS, Suisse.
196. Parrocchetti J.P. (S.D.): Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi, Thèse Pour obtenir le grade de Docteur mention Psychologie, Aix-Marseille Université.
197. Paulin J. F. (2014): Qualité de vie au travail et santé, APIRAF, Lyon.
198. Pavlos S. et al. (2016): The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life, in: BMC Nursing, Vol. (15), N° (56).
199. Perruchoud J. (2008): Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan: état des lieux et prévention, Mémoire de fin d'études, Domaine de la santé, Filière Soins infirmiers, Centre de Sion.
200. Pines M. (1995): Psychological hardiness, Amentor Book, New York.

-
201. Piquemal-Vieu L., (2001): le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier, In: Recherche en soins infirmiers N° (67).
202. Prévôt T. (2015): Pathogénicité du stress chronique chez l'adulte dans un modèle murin: Impact à long terme et rôle de la somatostatine, Thèse Présentée Pour l'obtention du grade de docteur spécialité neurosciences, Université de Bordeaux.
203. Rastelletti A. et al. (2015): Stress infirmier en milieu hospitalier: Prendre soin de soi pour prendre soin d'autrui, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Neuchâtel.
204. Richer M. et al. (2016): La qualité de vie au travail: un levier de compétitivité, Refonder les organisations du travail, Presses des Mines, Paris.
205. Rochette J. (2012): Le stress et l'épuisement chez les étudiants au doctorat en psychologie, Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
206. Rogreson R.G. (1999): Quality of Life and City Competitiveness, in: Urban Studies, Vol. (36), N°. (5).
207. Ryff C.D. et al. (2006): Psychological wellbeing and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? In: Psychotherapy and Psychosomatics, N°. (75).
208. Saulnier Diane (2004): Un modèle conceptuel, pourquoi?, séminaire à l'Université de Barcelone.
209. Schaloc R. L. (1993): La qualité de vie: conceptualisation, mesure et application, in: revue francophone de la déficience intellectuelle, Vol. (04), N° (02).

210. Schmied & Lawler (1986): hardiness, type a behavior, and the stress-illness relation in working women, in: journal of personality and social psychology, Vol. (51), N° (06).
211. Shields, N. (2001): Stress, active coping, and academic performance among persisting and nonpersisting college students, in: Journal of Applied Biobehavioral Research, Vol. (6), N°.(2).
212. Sigurd W. et al. (2009): Academic stress and health: exploring the moderating role of personality hardiness, in: Scandinavian Journal of Educational Research, Vol. (53), N° (05).
213. Sillière J. (2014): Évaluation du risque chimique en milieu de soins: application aux activités de désinfection et stérilisation et aux blocs opératoires dans deux cliniques, dumas, Grenoble.
214. Silva B. et al. (2017): Correlation between stress and quality of life experienced by caregivers: perception of a group of healthcare professionals, in: the open nursing journal, Vol. (11).
215. Skomorovsky A. & Sudom K. (2011): role of hardiness in the psychological well-being of canadian forces officer Candidates, in: military medicine, Vol. (176).
216. Swamy D. et al. (2015): Quality of Work Life: Scale Development and Validation, in: International Journal of Caring Sciences, Vol. (8), N°. (2).
217. Teixeira C. et al. (2016): Occupational stress and coping strategies among nursing professionals in hospital environment, in: Enfermeria Global, N° (44).
218. Tremblay M. et al., (2017): La prévention et le control des infections nosocomiales, Ensemble, Québec.

-
219. Tuncay T. (2014): Coping and Quality of Life in Turkish Women Living with Ovarian Cancer, in: Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol. (15).
220. Université Médicale Virtuelle Francophone (2011): Hygiène hospitalière, UMVF.
221. Wang J. & Patten S. (2002): The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population, in: the canadian journal of psychiatry, Vol. (47), N°(02).
222. Werther W., Davis K. (2002): Human resources and personnel management, McGraw-Hill, New York.
223. Wickramasinghe, V. (2017): Work-related dimensions and job stress: the moderating effect of coping strategies, in: Stress and Health, Vol. (26), N° (05).
224. Wiebe D.J. (1991): Hardiness and Stress Moderation: A Test Proposed Mechanisms, in: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. (60), N°.(1).
225. Ying Liang et al. (2015): Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP), in: International Journal for Equity in Health, N° (14), Vol. (85).
226. Yip B. et al. (2008): Coping strategies as moderators in the relationship between role overload and burnout, in: Construction Management and Economics, Vol. (08) N° (26).

الملاحق

- الملحق رقم (01): قائمة الأساتذة المُحكّمين لمقياس نوعية الحياة في العمل للممرضين.

ترجمه من الانجليزية في البيئة السعودية (Mohammed Jubran Almalki).

اللقب والاسم	الدرجة العلمية	مكان العمل
سي بشير كريمة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 02
أمالي محمد	أستاذ	جامعة الجزائر 02
بوالطمين سمير	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 02
لارينونة محمد اليزيد	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 02
بلهوشات رقيقة	أستاذة محاضر	جامعة الجزائر 02
فاضلي أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة
شبلي إبراهيم	أستاذ محاضر	جامعة الجزائر 02

- الملحق رقم (02): استمارة معلومات.

في إطار التحضير لبحث علمي (رسالة دكتوراه) تخصص علم نفس الصحة، نرجو منكم مساعدتنا بالإجابة على هذه الأسئلة بكل صدق وصراحة، حيث ستمكننا إجاباتكم من إنجاز دراستنا وتحقيق أهدافنا البحثية، مع العلم أن كل المعلومات التي تُقدّم لنا ستبقى محل سرية تامة، ولن تُستعمل إلا لأغراض البحث العلمي. فالرجاء الإجابة على كل الأسئلة والتحقق من عدم نسيان أي سؤال.

مع جزيل شكرنا

الجنس: ذكر أنثى

السن: سنة

المستوى التعليمي:

الوضعية العائلية: متزوج(ة) عازب(ة) مطلق(ة)

الحالة الصحية: جيدة متوسطة سيئة

منذ متى وأنت تعمل في هذا المستشفى (المصلحة)؟

مواقيت عملك الحالية: في الليل في النهار في الليل والنهار

- الملحق (03): مقياس أعراض الضغوط المهنية، إعداد (Davis et al., 1997).

التعليمة: تُمثل العبارات التالية أعراض ضغوط العمل. قَدِّر لكل عبارة مدى صحتها بالنسبة لك في الشهور الثلاثة الأخيرة خلال ممارستك لمهنة التمريض، بوضع إشارة (X) تحت الإجابة التي تراها مناسبة.

العبارات	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1- أفقد الحماس في عملي.					
2- أشعر بالتعب على الرغم من قضاء ساعات كافية من النوم.					
3- أشعر بالإحباط وأنا أقوم بمسؤولياتي الوظيفية.					
4- أنفعل من أبسط الأمور.					
5- أشعر بالرغبة في التخلي عن مسؤولياتي.					
6- أشعر بالسلبية تجاه عملي.					
7- أشعر بصعوبة على اتخاذ القرار.					
8- أشعر بانخفاض فعاليتي في الأداء.					
9- لم أعد أؤدي عملي بنفس الجودة.					
10- أشعر بالإرهاق البدني.					
11- انخفضت مقاومتي للأمراض.					
12- أعاني من مشكلات عاطفية.					
13- ازداد تناولي للمنبهات.					
14- لا أتعاطف مع مشكلات أو حاجات الآخرين.					
15- علاقتي مع الآخرين يشوبها التوتر.					
16- أصبحت كثير النسيان.					
17- أجد صعوبة في التركيز.					
18- أشعر بالملل بسرعة.					
19- أشعر بعدم الرضا دون معرفة السبب.					
20- كل ما يربطني بعملي هو راتب آخر الشهر.					

الملحق رقم (04): مقياس نوعية الحياة في العمل للمرضيين، إعداد (Beth Brooks et

al., 2001).

التعليمة: هذا الجزء يحتوي على عبارات تتعلق بنوعية الحياة في العمل للمرضيين. من فضلك حدّد مدى موافقتك أو عدم موافقتك مع مضمون كل عبارة من العبارات الواردة في الجدول أدناه، مستخدماً المقياس الموضح أمام كل عبارة. إذا لم تكن متأكداً من إجابتك على فقرة ما، من فضلك فكر قليلاً ثم اختر الإجابة المناسبة. من فضلك حدد إجابتك من خلال وضع علامة (X) أمام كل عبارة. ليس هنالك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة تعتبر صحيحة عندما تعبر حقيقة عما تشعر به تجاه المعنى الذي تتضمنه العبارة.

العبارات	غير موافق مطلقاً	غير موافق إلى حد ما	غير موافق	موافق	موافق إلى حد ما	موافق تماماً
1. أتلقى مساعدة عملية كافية من مساعدي التمريض وعمال الخدمات.						
2. أنا راض عن وظيفتي.						
3. عبئي العملي كبير جداً.						
4. أعتقد أن لدى المجتمع تصور واضح لطبيعة عمل التمريض.						
5. لدي القدرة على التوفيق (الموازنة) بين احتياجات الأسرة والعمل.						
6. لدي الاستقلالية في اتخاذ قرارات الرعاية المتعلقة بالمريض.						
7. تتوفر إمكانية التواصل بشكل جيد مع مدير/ مشرف التمريض.						
8. لدي أدوات وتموينات صحية كافية لرعاية المريض.						

					9. يوفر المدير/ المشرف على التمريض إشرافا كافيا.
					10. من الضروري أن يوفر المركز خدمات الحضانة لأطفال العاملين.
					11. أؤدي العديد من الأعمال غير التمريضية.
					12. لا أشعر بالإرهاق بعد نهاية العمل.
					13. الصداقة والعلاقة جيدة مع زملائي في العمل.
					14. يوفر مقر عملي الحالي فرص للتقدم والتدرج الوظيفي.
					15. مقر عملي يطبق مبدأ العمل الجماعي.
					16. أواجه العديد من العوامل المشتتة للتركيز أثناء أداء عملي اليومي.
					17. أملك الوقت الكافي لأداء عملي على أكمل وجه.
					18. يوجد عدد كاف من الممرضين/ الممرضات المؤهلين في مقر عملي.
					19. أشعر بالانتماء الوثيق لمكان عملي.
					20. أشعر بأن نظام ساعات العمل يؤثر سلبا على حياتي.
					21. تتوفر إمكانية التواصل بشكل جيد مع بقية العاملين بالمركز (مثل: مساعد الصيدلي، فني المختبر...الخ).
					22. أتلقى التوجيه المناسب من مدير/ مشرف التمريض، فيما يتعلق بأدائي الوظيفي.

						23. بيئة العمل تساعدني على تقديم رعاية ذات جودة عالية للمريض.
						24. يعتبر راتبي كافيا في ظل الظروف الحالية لسوق العمل.
						25. يعتبر نظام الإجازات في المركز الحالي مناسب لي ولأسرتي.
						26. لدي إمكانية المشاركة في وضع القرارات التي تُتخذ من طرف مدير/ مشرف التمريض.
						27. من الضروري أن يسهم المركز في رعاية الآباء المسنين لموظفيه.
						28. أشعر بالاحترام من قبل الأطباء في مقر عملي.
						29. من الضروري أن يوفر المركز استراحة خاصة لأعضاء هيئة التمريض.
						30. من الضروري منحي فرصة لإكمال تعليمي في مجال التمريض مع احتفاظي بوظيفتي الحالية.
						31. أتلقى الدعم لحضور برامج التعليم والتدريب المستمر.
						32. أتواصل بشكل جيد مع الأطباء في مقر عملي.
						33. يُقدر مدير/ مشرف التمريض إنجازاتي.
						34. تسهل إجراءات التمريض في مقر العمل من أداء عملي.
						35. يوفر موظفوا الحراسة والأمن بالمركز بيئة عملية آمنة.

						36. من الضروري أن يوفر المركز للموظفين خدمة داخلية لرعاية أبنائهم المرضى.
						37. هناك إمكانية للحصول على وظيفة مماثلة لوظيفتي الحالية في مؤسسة أخرى بنفس الراتب والمميزات تقريبا.
						38. أشعر بالأمان من الاعتداءات الشخصية (الجسدية، العاطفية أو اللفظية) في مكان العمل.
						39. أعتقد أن عملي آمن.
						40. تحترم المستويات الإدارية العليا هيئة التمريض.
						41. أشعر بأهمية عملي تجاه صحة الفرد، الأسرة والمجتمع.
						42. أتلقى مساعدة قيّمة من مساعدي التمريض وعُمال الخدمات.

- الملحق رقم (05): مقياس استراتيجيات المواجهة، إعداد (Parker M.A. & Endler S.).

التعليمة: أجب على كل واحدة من العبارات التالية بوضع إشارة (x) تحت الإجابة التي تتناسب مع أسلوب استجابتك الاعتيادية في الوضعيات الضاغطة، الإجابات عبارة عن سلم يتراوح من درجة 1 (والتي تعني أنها لا تنطبق عليك أبدا) إلى 5 (والتي تعني أنها تنطبق عليك دائما) مرورا بالإجابات الوسطية التي تسمح لك بالتدقيق أكثر في إجابتك.

دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	في الوضعيات الضاغطة أميل إلى:
					1. التنظيم الجيد للوقت الذي بحوزتي
					2. التركيز على المشكل والتفكير في كيفية حله
					3. تذكر اللحظات السعيدة التي عشتها من قبل.
					4. محاولة التواجد بصحبة أشخاص آخرين.
					5. لوم نفسي على تضييع الوقت.
					6. فعل ما أضنه الأفضل.
					7. الانزعاج بسبب مشاكلي.
					8. لوم نفسي على وجودي في وضعية كهذه.
					9. مشاهدة واجهات المحلات، التسوق.
					10. تحديد وإبراز أولوياتي.
					11. محاولة النوم.
					12. أن أمنح لنفسي أحد أطباقي أو غذائي المفضل.
					13. الشعور بالقلق بسبب عدم تغلبي على الوضعية.
					14. التوتر و/أو الانقباض أكثر.
					15. التفكير في الطريقة التي استطعت بها حل مشاكل مشابهة من قبل.
					16. القول أن هذا لا يحدث لي حقا.
					17. لوم نفسي على أنني جدد حساس وعاطفي أمام الوضعية.
					18. الذهاب إلى المطعم أو تناول شيء ما.

					19. الانزعاج أكثر فأكثر.
					20. أن أشتري لنفسي شيء ما.
					21. تحديد طريقة عمل واتباعها.
					22. لوم نفسي لعدم معرفة ماذا أفعل.
					23. الذهاب إلى سهرة أو حفلة لدى الأصدقاء.
					24. بذل جهد لتحليل الوضعية.
					25. الانقباض وعدم معرفة ماذا أفعل.
					26. المباشرة دون تأخر في نشاطات كيفية.
					27. التفكير فيما حدث والاستفادة من أخطائي.
					28. التمني لو أستطيع تغيير ما حدث أو ما أحسست به.
					29. القيام بزيارة صديق أو صديقة.
					30. القلق بسبب ما أفعله.
					31. قضاء بعض الوقت مع شخص حميم.
					32. القيام بنزهة.
					33. القول بأن هذا لن يتكرر أبدا.
					34. مراجعة نقائصي وسوء تكييفاتي العامة.
					35. التحدث إلى شخص أقدر نصائحه.
					36. تحليل المشكل قبل أي رد فعل.
					37. مكالمة صديق أو صديقة بالهاتف.
					38. الغضب.
					39. تعديل أولوياتي.
					40. مشاهدة فيلم.
					41. الأخذ بزمام الوضعية.
					42. بذل مجهود إضافي لكي تتحسن الأمور.

					43. إعداد مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل.
					44. البحث عن وسيلة لعدم التفكير، لتجنب الوضعية.
					45. تحميل اللوم لأشخاص آخرين.
					46. استغلال الوضعية لكي أظهر ما أنا قادر على فعله.
					47. محاولة تنظيم نفسي لسيطرة أحسن على الوضعية.
					48. مشاهدة التلفزيون.

- الملحق رقم (06): مقياس الصلابة النفسية، إعداد "محمد عماد مخيمر" (2006).

التعليمة: أمامك عدد من العبارات التي نأمل منك قراءتها بعناية، ثم وضع علامة (X) تحت الإجابة التي تناسبك، ونأمل ألا تترك عبارة واحدة من دون أن تجيب عليها، مع ملاحظة أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

أبدا	أحيانا	دائما	العبارات
			1. مهما كانت العقبات فإنني أستطيع تحقيق أهدافي.
			2. أتخذ قراراتي بنفسك ولا تملئ علي من مصدر خارجي.
			3. أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها.
			4. قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم.
			5. عندما أضع خطتي المستقبلية غالبا ما أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها.
			6. أقتحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها.
			7. معظم أوقات حياتي تضيق في أنشطة لا معنى لها.
			8. نجاحي في أموري يعتمد على مجهودي وليس على الحظ والصدفة.
			9. لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا أعرفه.
			10. أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله.
			11. الحياة فرص وليست عمل وكفاح.
			12. أعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تنتطوي على مشكلات أستطيع أن أواجهها.
			13. لدي قيم ومبادئ معينة ألتزم بها وأحافظ عليها.
			14. أعتقد أن الفشل يعود إلى أسباب تكون في الشخص نفسه.
			15. لدي قدرة على المثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني.
			16. لا يوجد لدي من أهداف ما يدعو للتمسك بها أو الدفاع عنها.
			17. أعتقد أن كل ما يحدث لي غالبا هو نتيجة تخطيطي.
			18. المشكلات تستتفر قواي وقدرتي على التحدي.
			19. لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه.
			20. لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ.
			21. أشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف وأحداث.
			22. أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.
			23. أعتقد أن الصدفة والحظ يلعبان دورا هاما في حياتي.

			24. عندما أحل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى.
			25. أعتقد أن "البعد عن الناس غنيمة".
			26. أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي.
			27. أعتقد أن مواجهة المشكلات استبانة لقوة تحملي وقدرتي على المثابرة.
			28. اهتمامي بنفسى لا يترك لي فرصة للتفكير في أيّ شيء آخر.
			29. أعتقد أن سوء الحظ يعود إلى سوء التخطيط.
			30. لديّ حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي.
			31. أبادر بعمل أيّ شيء أعتقد أنه يخدم أسرتي أو مجتمعي.
			32. أعتقد أن تأثيرى ضعيف على الأحداث التي تقع لي.
			33. أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أتق في قدرتي على حلها.
			34. أهتم كثيرا بما يجري من حولي من قضايا وأحداث.
			35. أعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها.
			36. الحياة الثابتة والساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي.
			37. الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن نحياها.
			38. أوّمن بالحظ أكثر من العمل.
			39. أعتقد أن الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة مملة وروتينية.
			40. أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم.
			41. أعتقد أن لي تأثير قوي على ما يجري حولي من أحداث.
			42. أتوجس من تغيرات الحياة فكل تغيير قد ينطوي على تهديد لي ولحياتي.
			43. أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن.
			44. أخطط لأمر حياتي ولا أتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية.
			45. التغيير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.
			46. أغير قيمي ومبادئى إذ دعت الظروف لذلك.
			47. أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث.

نتائج الفرضية الأولى:

Corrélations

		المهني_الضغط	شخصية_مهنية_توافق	العمل_تصميم	العمل_ظروف	والمجتمع_التمريض	العمل_حياة_نوعية
المهني_الضغط	Corrélation de Pearson	1	-,574**	-,659**	-,663**	-,462**	-,689**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	84	84	84	84	84	84
شخصية_مهنية_توافق	Corrélation de Pearson	-,574**	1	,777**	,689**	,618**	,845**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	84	84	84	84	84	84
العمل_تصميم	Corrélation de Pearson	-,659**	,777**	1	,779**	,652**	,905**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	84	84	84	84	84	84
العمل_ظروف	Corrélation de Pearson	-,663**	,689**	,779**	1	,748**	,950**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	84	84	84	84	84	84
والمجتمع_التمريض	Corrélation de Pearson	-,462**	,618**	,652**	,748**	1	,809**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	84	84	84	84	84	84
العمل_حياة_نوعية	Corrélation de Pearson	-,689**	,845**	,905**	,950**	,809**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	84	84	84	84	84	84

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

نتائج الفرضية الثانية:

Corrélations

		المهني_الضغط	المهام	الانفعال	التجنب	المواجهة_استراتيجيات
المهني_الضغط	Corrélation de Pearson	1	-,290**	,368**	,028	,079
	Sig. (bilatérale)		,007	,001	,797	,473
	N	84	84	84	84	84
المهام	Corrélation de Pearson	-,290**	1	,087	,261*	,654**
	Sig. (bilatérale)	,007		,433	,016	,000
	N	84	84	84	84	84
الانفعال	Corrélation de Pearson	,368**	,087	1	,085	,634**
	Sig. (bilatérale)	,001	,433		,445	,000
	N	84	84	84	84	84
التجنب	Corrélation de Pearson	,028	,261*	,085	1	,675**
	Sig. (bilatérale)	,797	,016	,445		,000
	N	84	84	84	84	84
المواجهة_استراتيجيات	Corrélation de Pearson	,079	,654**	,634**	,675**	1
	Sig. (bilatérale)	,473	,000	,000	,000	
	N	84	84	84	84	84

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

نتائج الفرضية الثالثة:

Corrélations

		المهني_الضغط	الالتزام	التحكم	التحدي	النفسية_الصلابة
المهني_الضغط	Corrélation de Pearson	1	-,370**	-,383**	-,326**	-,448**
	Sig. (bilatérale)		,001	,000	,002	,000
	N	84	84	84	84	84
الالتزام	Corrélation de Pearson	-,370**	1	,385**	,425**	,825**
	Sig. (bilatérale)	,001		,000	,000	,000
	N	84	84	84	84	84
التحكم	Corrélation de Pearson	-,383**	,385**	1	,375**	,737**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	84	84	84	84	84
التحدي	Corrélation de Pearson	-,326**	,425**	,375**	1	,743**
	Sig. (bilatérale)	,002	,000	,000		,000
	N	84	84	84	84	84
النفسية_الصلابة	Corrélation de Pearson	-,448**	,825**	,737**	,743**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	84	84	84	84	84

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

نتائج الفرضية الرابعة:

Corrélations

	توافق مهنية شخصية	تصميم العمل	ظروف العمل	التمريض والمجتمع	نوعية حياة العمل	المهام	الانفعال	التجنب	استراتيجيات المواجهة
توافق مهنية شخصية Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 , 84	,777** ,000 84	,689** ,000 84	,618** ,000 84	,845** ,000 84	,353** ,001 84	-,142 ,198 84	,089 ,420 84	,134 ,224 84
تصميم العمل Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,777** ,000 84	1 ,000 84	,779** ,000 84	,652** ,000 84	,905** ,000 84	,398** ,000 84	-,079 ,476 84	,028 ,798 84	,160 ,147 84
ظروف العمل Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,689** ,000 84	,779** ,000 84	1 ,000 84	,748** ,000 84	,950** ,000 84	,343** ,001 84	-,091 ,411 84	,118 ,284 84	,172 ,117 84
التمريض والمجتمع Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,618** ,000 84	,652** ,000 84	,748** ,000 84	1 ,000 84	,809** ,000 84	,261* ,016 84	,074 ,501 84	-,003 ,978 84	,163 ,138 84
نوعية حياة العمل Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,845** ,000 84	,905** ,000 84	,950** ,000 84	,809** ,000 84	1 ,000 84	,386** ,000 84	-,087 ,431 84	,085 ,441 84	,178 ,105 84
المهام Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,353** ,001 84	,398** ,000 84	,343** ,001 84	,261* ,016 84	,386** ,000 84	1 ,087 84	,087 ,433 84	,261* ,016 84	,654** ,000 84
الانفعال Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	-,142 ,198 84	-,079 ,476 84	-,091 ,411 84	,074 ,501 84	-,087 ,431 84	,087 ,433 84	1 ,445 84	,085 ,445 84	,634** ,000 84
التجنب Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,089 ,420 84	,028 ,798 84	,118 ,284 84	-,003 ,978 84	,085 ,441 84	,261* ,016 84	,085 ,445 84	1 ,445 84	,675** ,000 84
استراتيجيات المواجهة Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,134 ,224 84	,160 ,147 84	,172 ,117 84	,163 ,138 84	,178 ,105 84	,654** ,000 84	,634** ,000 84	,675* ,000 84	1 84

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

نتائج الفرضية الخامسة:

Regression

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.727 ^a	,529	,517	,69488307	,529	45,446	2	81	,000
2	.758 ^b	,575	,559	,66422194	,046	8,651	1	80	,004

a. Predictors: (Constant), Zscore (الضغط المهني), Zscore (استراتيجيات المواجهة)

b. Predictors: (Constant), Zscore(الضغط المهني), Zscore (تفاعل المواجهة مع الضغط), استراتيجيات المواجهة)

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
1	Regression	43,888	2	21,944	45,446	.000 ^b
	Residual	39,112	81	,483		
	Total	83,000	83			
2	Regression	47,705	3	15,902	36,042	.000 ^c
	Residual	35,295	80	,441		
	Total	83,000	83			

a. Dependent Variable: Zscore(حياة العمل نوعية)

b. Predictors: (Constant), Zscore(الضغط المهني), Zscore(استراتيجيات المواجهة)

c. Predictors: (Constant), Zscore(الضغط المهني), Zscore(تفاعل المواجهة مع الضغط), استراتيجيات المواجهة)

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	1,024E-16	,076		,000	1,000	-,151	,151					
	Zscore(استراتيجيات_المواجهة)	,234	,077	,234	3,062	,003	,082	,387	,178	,322	,234	,994	1,006
	Zscore(الضغط_المهني)	-,707	,077	-,707	-9,243	,000	-,859	-,555	-,689	-,716	-,705	,994	1,006
2	(Constant)	,015	,073		,205	,838	-,130	,159					
	Zscore(استراتيجيات_المواجهة)	,248	,073	,248	3,390	,001	,103	,394	,178	,354	,247	,989	1,011
	Zscore(الضغط_المهني)	-,691	,073	-,691	-9,418	,000	-,837	-,545	-,689	-,725	-,687	,988	1,012
	تفاعل_المواجهة_مع_الضغط	-,190	,064	-,216	-2,941	,004	-,318	-,061	-,254	-,312	-,214	,989	1,011

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية_حياة_العمل)

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	تفاعل_المواجهة_مع_الضغط	-,216 ^b	-2,941	,004	-,312	,989	1,011	,988

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية_حياة_العمل)

b. Predictors in the Model: (Constant), Zscore(الضغط_المهني), Zscore(استراتيجيات_المواجهة)

Collinearity Diagnostics^a

Model	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
			(Constant)	Zscore(استراتيجيات المواجهة)	Zscore(الضغط المهني)	تفاعل المواجهة مع الضغط	
1	1	1,079	1,000	,00	,46	,46	
	2	1,000	1,039	1,00	,00	,00	
	3	,921	1,083	,00	,54	,54	
2	1	1,165	1,000	,05	,23	,25	,31
	2	1,021	1,068	,68	,12	,11	,06
	3	,922	1,124	,01	,61	,44	,02
	4	,892	1,143	,25	,04	,20	,61

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية حياة العمل)

نتائج الفرضية السادسة:

Corrélations

	توافق مهنية شخصية	تصميم العمل	ظروف العمل	التمريض والمجتمع	نوعية حياة العمل	الالتزام	التحكم	التحدي	الصلابة النفسية
توافق مهنية شخصية	1	,777**	,689**	,618**	,845**	,053	,218*	,117	,133
Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,629	,046	,287	,227
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
تصميم العمل	,777**	1	,779**	,652**	,905**	,069	,237*	,132	,163
Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,531	,030	,231	,139
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
ظروف العمل	,689**	,779**	1	,748**	,950**	,204	,349**	,180	,297**
Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,063	,001	,101	,006
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
التمريض والمجتمع	,618**	,652**	,748**	1	,809**	,222*	,430**	,110	,317**
Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,043	,000	,321	,003
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
نوعية حياة العمل	,845**	,905**	,950**	,809**	1	,160	,339**	,164	,261*
Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,145	,002	,136	,016
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
الالتزام	,053	,069	,204	,222*	,160	1	,385**	,425**	,825**
Sig. (bilatérale)	,629	,531	,063	,043	,145		,000	,000	,000
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
التحكم	,218*	,237*	,349**	,430**	,339**	,385**	1	,375**	,737**
Sig. (bilatérale)	,046	,030	,001	,000	,002	,000		,000	,000
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
التحدي	,117	,132	,180	,110	,164	,425**	,375**	1	,743**
Sig. (bilatérale)	,287	,231	,101	,321	,136	,000	,000		,000
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84
الصلابة النفسية	,133	,163	,297**	,317**	,261*	,825**	,737**	,743**	1
Sig. (bilatérale)	,227	,139	,006	,003	,016	,000	,000	,000	
N	84	84	84	84	84	84	84	84	84

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

نتائج الفرضية السابعة:

Regression

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.691 ^a	.477	.464	.73202325	.477	36,946	2	81	.000
2	.694 ^b	.482	.462	.73329456	.005	.719	1	80	.399

a. Predictors: (Constant), Zscore(الصلابة_النفسية), Zscore(الضغط_المهني)

b. Predictors: (Constant), Zscore(الصلابة_النفسية), تفاعل الصلابة مع الضغط(الضغط_المهني), Zscore(الصلابة_النفسية)

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	39,595	2	19,798	36,946	.000 ^b
	Residual	43,405	81	.536		
	Total	83,000	83			
2	Regression	39,982	3	13,327	24,785	.000 ^c
	Residual	43,018	80	.538		
	Total	83,000	83			

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية_حياة_العمل)

b. Predictors: (Constant), Zscore(الصلابة_النفسية), Zscore(الضغط_المهني)

c. Predictors: (Constant), Zscore(الصلابة_النفسية), تفاعل الصلابة مع الضغط(الضغط_المهني), Zscore(الصلابة_النفسية)

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	-5,155E-16	,080		,000	1,000	-,159	,159					
	Zscore(الصلاية_النفسية)	-,059	,090	-,059	-,662	,510	-,238	,119	,261	-,073	-,053	,799	1,252
	Zscore(الضغط_المهني)	-,715	,090	-,715	-,7957	,000	-,894	-,536	-,689	-,662	-,639	,799	1,252
2	(Constant)	-,035	,090		-,390	,698	-,214	,144					
	Zscore(الصلاية_النفسية)	-,066	,090	-,066	-,726	,470	-,245	,114	,261	-,081	-,058	,794	1,260
	Zscore(الضغط_المهني)	-,709	,090	-,709	-,7844	,000	-,889	-,529	-,689	-,659	-,631	,793	1,261
	تفاعل الصلاية مع الضغط	-,079	,093	-,069	-,848	,399	-,265	,107	-,155	-,094	-,068	,976	1,024

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية_حياة_العمل)

Excluded Variables^a

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	تفاعل الصلاية مع الضغط	-,069 ^b	-,848	,399	-,094	,976	1,024	,793

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية_حياة_العمل)

b. Predictors in the Model: (Constant), Zscore(الضغط_المهني), Zscore(الصلاية_النفسية)

Collinearity Diagnostics^a

Model	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions				
			(Constant)	Zscore(الصلاية_النفسية)	Zscore(الضغط_المهني)	تفاعل الصلاية مع الضغط	
1	1	1,448	1,000	,00	,28	,28	
	2	1,000	1,203	1,00	,00	,00	
	3	,552	1,620	,00	,72	,72	
2	1	1,575	1,000	,09	,13	,13	,15
	2	1,343	1,083	,20	,14	,14	,11
	3	,552	1,690	,00	,73	,71	,00
	4	,530	1,725	,71	,00	,03	,74

a. Dependent Variable: Zscore(نوعية_حياة_العمل)

– الاحصاء الوصفي لمتغير الضغط المهني:

Statistiques

المهني_الضغط

N	Valide	84
	Manquant	0
Moyenne		30,62
Erreur standard de la moyenne		1,506
Ecart type		13,807
Variance		190,624
Asymétrie		,036
Erreur standard d'asymétrie		,263
Kurtosis		-,363
Erreur standard de Kurtosis		,520
Minimum		3
Maximum		65

– الاحصاء الوصفي لمتغير نوعية الحياة في العمل:

Statistiques

		شخصية مهنية توافق	العمل تصميم	العمل ظروف	والمجتمع التمريض	العمل حياة نوعية
N	Valide	84	84	84	84	84
	Manquant	0	0	0	0	0
Moyenne		20,37	35,71	72,68	18,93	147,69
Erreur standard de la moyenne		,875	1,069	2,018	,529	4,052
Ecart type		8,024	9,794	18,498	4,844	37,135
Variance		64,380	95,917	342,173	23,465	1378,987
Asymétrie		,875	,242	,163	-,025	,567
Erreur standard d'asymétrie		,263	,263	,263	,263	,263
Kurtosis		,229	-,041	,719	,206	,899
Erreur standard de Kurtosis		,520	,520	,520	,520	,520
Minimum		8	13	28	5	72
Maximum		40	58	117	29	243

– الاحصاء الوصفي لمتغير استراتيجيات المواجهة:

		Statistiques			
		المهام	الانفعال	التجنب	المواجهة_استراتيجيات
N	Valide	84	84	84	84
	Manquant	0	0	0	0
Moyenne		57,95	51,11	46,46	155,52
Erreur standard de la moyenne		,871	1,012	,927	1,838
Ecart type		7,985	9,274	8,499	16,841
Variance		63,757	86,000	72,228	283,626
Asymétrie		-,125	-,036	-,200	-,022
Erreur standard d'asymétrie		,263	,263	,263	,263
Kurtosis		-,912	-,533	,039	-,031
Erreur standard de Kurtosis		,520	,520	,520	,520
Minimum		41	30	23	110
Maximum		74	75	65	196

– الاحصاء الوصفي لمتغير الصلابة النفسية:

		Statistiques			
		الالتزام	التحكم	التحدي	النفسية_الصلابة
N	Valide	84	84	84	84
	Manquant	0	0	0	0
Moyenne		38,85	32,29	34,95	106,31
Erreur standard de la moyenne		,404	,331	,338	,838
Ecart type		3,701	3,036	3,100	7,683
Variance		13,699	9,219	9,612	59,036
Asymétrie		-,516	,019	,075	-,093
Erreur standard d'asymétrie		,263	,263	,263	,263
Kurtosis		-,427	,725	,883	-,144
Erreur standard de Kurtosis		,520	,520	,520	,520
Minimum		30	24	26	88
Maximum		46	41	44	123

الخصائص السيكومترية لمقياس أعراض الضغوط المهنية:

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,744
		Nombre d'éléments	10 ^a
	Partie 2	Valeur	,683
		Nombre d'éléments	10 ^b
Nombre total d'éléments			20
Corrélation entre les sous-échelles			,857
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,923
	Longueur inégale		,923
Coefficient de Guttman			,919

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00019.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020.

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,737	21

الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة في العمل للمرضين:**Corrélations**

		ش_مهنية_توافق	العمل_تصميم	العمل_ظروف	والمجتمع_التمريض	الكلية_الدرجة
ش_مهنية_توافق	Corrélacion de Pearson	1	,752**	,686**	,592**	,843**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50
العمل_تصميم	Corrélacion de Pearson	,752**	1	,760**	,605**	,894**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	50	50	50	50	50
العمل_ظروف	Corrélacion de Pearson	,686**	,760**	1	,727**	,947**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	50	50	50	50	50
والمجتمع_التمريض	Corrélacion de Pearson	,592**	,605**	,727**	1	,784**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	50	50	50	50	50
الكلية_الدرجة	Corrélacion de Pearson	,843**	,894**	,947**	,784**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	50	100,0
Exclue ^a	0	,0
Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,818	5

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,784	8

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,761	11

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,751	21

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,752	6

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,920
		Nombre d'éléments	21 ^a
	Partie 2	Valeur	,894
		Nombre d'éléments	21 ^b
		Nombre total d'éléments	42
Corrélation entre les sous-échelles			,880
Coefficient de Spearman-	Longueur égale		,936
Brown	Longueur inégale		,936
Coefficient de Guttman			,933

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00017, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00033, VAR00035, VAR00037, VAR00039, VAR00041, VAR00043.

b. Les éléments sont : VAR00045, VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00034, VAR00036, VAR00038, VAR00042, VAR00044.

الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات المواجهة:

Corrélations

		المهام	الانفعال	التجنب	الكلية_الدرجة
المهام	Corrélacion de Pearson	1	,025	,228	,659**
	Sig. (bilatérale)		,866	,110	,000
	N	50	50	50	50
الانفعال	Corrélacion de Pearson	,025	1	-,070	,534**
	Sig. (bilatérale)	,866		,628	,000
	N	50	50	50	50
التجنب	Corrélacion de Pearson	,228	-,070	1	,641**
	Sig. (bilatérale)	,110	,628		,000
	N	50	50	50	50
الكلية_الدرجة	Corrélacion de Pearson	,659**	,534**	,641**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,701	4

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,740	17

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,743	17

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,736	17

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,685
		Nombre d'éléments	24 ^a
	Partie 2	Valeur	,677
		Nombre d'éléments	24 ^b
		Nombre total d'éléments	48
Corrélation entre les sous-échelles			,792
Coefficient de Spearman-	Longueur égale		,884
Brown	Longueur inégale		,884
Coefficient de Guttman			,884

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00033, VAR00035, VAR00037, VAR00039, VAR00041, VAR00043, VAR00045, VAR00047, VAR00049.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00036, VAR00038, VAR00040, VAR00042, VAR00044, VAR00046, VAR00048, VAR00050.

الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية:

Corrélations

		الالتزام	التحكم	التحدي	الكلية_الدرجة
الالتزام	Corrélation de Pearson	1	,361*	,383**	,826**
	Sig. (bilatérale)		,010	,006	,000
	N	50	50	50	50
التحكم	Corrélation de Pearson	,361*	1	,205	,705**
	Sig. (bilatérale)	,010		,153	,000
	N	50	50	50	50
التحدي	Corrélation de Pearson	,383**	,205	1	,676**
	Sig. (bilatérale)	,006	,153		,000
	N	50	50	50	50
الكلية_الدرجة	Corrélation de Pearson	,826**	,705**	,676**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,796	4

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,686	17

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,645	16

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,575	17

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	50	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	50	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,396
		Nombre d'éléments	24 ^a
	Partie 2	Valeur	,610
		Nombre d'éléments	23 ^b
	Nombre total d'éléments		47
	Corrélation entre les sous-échelles		,447
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale	,618	
	Longueur inégale	,618	
Coefficient de Guttman		,614	

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00003, VAR00005, VAR00007, VAR00009, VAR00011, VAR00013, VAR00015, VAR00019, VAR00021, VAR00023, VAR00025, VAR00027, VAR00029, VAR00031, VAR00035, VAR00037, VAR00039, VAR00041, VAR00043, VAR00045, VAR00047, VAR00049, VAR00002.

b. Les éléments sont : VAR00002, VAR00004, VAR00006, VAR00008, VAR00010, VAR00012, VAR00014, VAR00016, VAR00018, VAR00020, VAR00022, VAR00024, VAR00026, VAR00028, VAR00030, VAR00032, VAR00034, VAR00036, VAR00038, VAR00040, VAR00042, VAR00044, VAR00046, VAR00048.