

جامعة الجزائر- 2  
أبو القاسم سعد الله  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس

## الضغط المهني بقطاع الصحة في الجزائر

دراسة وصفية لاستراتيجيات مواجهة الضغط لدى العاملين في قطاع الصحة العمومية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د. نصير بن حالة

إعداد الطالبة:

نجية تواتي

السنة الجامعية: 2017 - 2018

## الملخص باللغة العربية

هدف هذا البحث إلى الكشف عن العلاقة بين المصادر المهنية الضاغطة واستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي، من خلال التعرف على مستوياتها ودلالات الفروق في الضغوط المهنية وفق عدة متغيرات: الخصائص الشخصية، السلك المهني، نمط المؤسسة الصحية ونمط الإقليم الجغرافي. وكذلك من خلال تحديد استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها العاملون، ودلالات الفروق في استراتيجيات المواجهة وفقاً لنفس المتغيرات.

تكونت مجموعة البحث من 756 فرداً تم اختيارهم بطريقة قصدية، ولتحقيق أهداف هذا البحث تم بناء مقياسين (مقياس مصادر الضغط المهني) و(مقياس استراتيجيات المواجهة) بحيث تم استخراج خصائصهما السيكومترية وتم تطبيقهما في البحث الأساسي، إلى جانب استعمال المقابلة نصف الموجهة مع حالات عيادية للغوص في عمق الظاهرة.

أسفر البحث عن نتائج عديدة أهمها: المعدل العام لمستوى الضغط متوسط لكنه مستوى آيل للارتفاع، حيث سجل الأفراد الذين يعانون من مستوى ضغط مرتفع بنسبة 37.75%، وهي أعلى من نسبة مستوى الضغط المنخفض التي قدرت قيمتها بـ 9.50%. واحتل العاملون بالمؤسسة العمومية الاستشفائية للصحة EPH الترتيب الأول في المعاناة من الضغط. كما تم تسجيل مستوى ضغط عام لدى العاملين بالسلك شبه الطبي أكثر من العاملين في السلك الطبي. وأظهرت النتائج أيضاً أن أفراد مجموعة البحث يعانون من مصادر مختلفة للضغط المهني.

كما كشفت النتائج أن مجموعة البحث تستعمل استراتيجيات مختلفة، أولها استراتيجية الدعم الروحي وآخرها استراتيجية تجنب المشاكل. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني ومختلف استراتيجيات المواجهة، عدا استراتيجية الدعم الذاتي والتقدير الإيجابي. بينما دلت النتائج المتعلقة بالعلاقة الارتباطية بين مصادر الضغط ومختلف استراتيجيات المواجهة على تباين حسب نوع المصدر الضاغطة.

**الكلمات المفتاحية:** الضغط، مصادر الضغط المهني، استراتيجيات المواجهة، قطاع الصحة العمومية، السلك الطبي وشبه الطبي.

## **Résumé :**

L'objectif de cette recherche est de déceler la relation entre les sources de stress professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par le personnel du corps médical et paramédical ; en identifiant les niveaux et les différences de stress professionnel selon plusieurs variables : Démographique, corps professionnel, type d'établissement de santé publique et le territoire géographique. Ainsi que l'identification des stratégies d'adaptation utilisées par le personnel et les différences entre elles selon les mêmes variables.

Le groupe de recherche est composé de 756 personnes choisies délibérément. Afin d'atteindre les objectifs de cette recherche, il a été établi deux unités de mesures (échelle des sources du stress professionnel) et (échelle des stratégies d'adaptation) de façon à déterminer et d'appliquer leurs propriétés psychométriques dans la recherche fondamentale. Nous avons eu recours également aux entretiens semi-directifs pour des cas cliniques en vue d'étudier le phénomène en profondeur.

Des résultats de recherche étaient multiples : le groupe a présenté un niveau moyen du stress qui tend à augmenter, et les individus qui ont présentés un taux élevé de stress de 37,75%, comparés à ceux qui ont présentés un taux bas de 9,50%. Le personnel travaillant dans les établissements de santé publique EPH souffre davantage de stress. Nous avons constaté également un niveau de stress plus élevé parmi les paramédicaux en comparaison avec le personnel médical. Les résultats ont également montrés que les membres du groupe de recherche souffrent de différentes sources de stress professionnels.

Les résultats indiquent, en outre, que le groupe de recherche utilise différentes stratégies, en premier lieu la stratégie de soutien spirituel et en dernier lieu la stratégie d'évitement des problèmes. Nous avons pu aussi établir une corrélation entre le niveau de stress professionnel et les différentes stratégies d'adaptation, à l'exception de la stratégie d'auto-soutien et de l'évaluation positive. A noter, cependant, que les résultats liés à la corrélation entre les sources du stress et les différentes stratégies d'adaptation varient selon le type de la source en question.

**Mots clés :** Stress, sources du stress professionnel, stratégies d'adaptation, secteur de la santé publique, corps médical et paramédical.

## **Abstract**

The aim of the study is to identify stressful professional sources and the levels of their effects on the medical and paramedical staff in order to identify the different coping strategies.

The research aimed also to determine the significance of differences in suffering from stressful sources and to resort to coping strategies in several ways, such as: Personal characteristics, the profession, health organization type and geographical region pattern. As well as to reveal the relationship between the professional stressful sources and strategies that can confront it.

The participants are a group consisted of 756 individuals who were deliberately selected. To achieve the objectives of this research, two measures (professional pressure sources scale) and (coping strategies scale) were developed. Their psychometric properties were extracted and applied in the basic research. In addition to the use of half-directed interviews with clinical cases to know more about the details of the phenomenon.

The results of this research are many, the most important is that the overall average of pressure level is medium, but towards rising. Individuals with a high pressure level recorded 37.75%, which is higher than the low pressure level estimated at 9.50%. Employees of the Public Health Hospital (EPH) ranked first in stress. There was also a higher level of pressure among paramedics than medical personnel. The results also showed that the members of the research group suffer from different sources of professional pressure.

The results also indicated that the research group uses different strategies. The first is the spiritual support strategy, and the last is the one of avoiding problems. The results indicated a correlation between the level of occupational pressure and different coping strategies. Except self-support strategy and positive assessment. Results on the correlation between the sources of pressure and the different coping strategies were differentiated according to the type of compressor source.

**Keywords:** Pressure, sources of professional pressure, coping strategies, public health sector, medical and paramedical corps.

إهداء

إلى روح والديّ رحمهما الله

و

أسرتي الكريمة

نجمة تودتي

## كلمة شكر وتقدير

الحمد والشكر لله تعالى على توفيقه لي في تحقيق هذا الإنجاز العلمي.

جزيل الشكر، وخالص التقدير وعظيم الامتنان لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور نصير بن حالة الذي لم يبخل عليّ بغزير علمه، وسديد توجيهه، إقرارا واعترافا ووفاء بالجميل غير المنقطع طيلة إنجاز هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذتين: الأستاذة الدكتورة حورية أحسن جاب الله، والأستاذة الدكتورة حسينة يحياوي على مساعدتهما لي بتوجيهاتهما السديدة أثناء إنجاز البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من مدّ لي يد العون، وأخص بالذكر زملائي في المهنة الممارسين من أغلب ولايات الوطن.

# فهرس المحتويات

إهداء.....	أ.
شكر وتقدير.....	ب.
فهرس المحتويات.....	ج.
فهرس الأشكال.....	ط.
فهرس الجداول.....	ي.
قائمة الملاحق.....	س.
الكلمات المختصرة في البحث.....	س.
مقدمة.....	1.

## الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث.....	5.
1. إشكالية البحث.....	7.
2. فرضيات البحث.....	12.
3. تعريف مصطلحات البحث.....	14.
1.3- الضغط المهني.....	14.
2.3- استراتيجيات المواجهة.....	16.
3.3- قطاع الصحة العمومية.....	17.
4. حدود البحث.....	16.

19.....	5. أهداف البحث
19.....	6. أهمية البحث
21.....	الفصل الثاني: الضغط المهني
23.....	تمهيد
23.....	1- نشأة وتطور مفهوم الضغط
24.....	2- تعاريف.....
31.....	3- النماذج النظرية المفسرة للضغط المهني
31.....	1.3 - النموذج البيولوجي
35.....	2.3 - النموذج التفاعلي
39.....	3.3 - نموذج الاختلال بين الجهد/الثواب (Siegrist)
40.....	4.3- النموذج البيئي - الاجتماعي
42.....	4- تعقيب على مختلف النماذج مختلف النماذج
43.....	5 - عوامل الضغط المهني
45.....	6 - مصادر الضغط المهني
53.....	7 - آثار الضغط
56.....	8- قياس الضغط المهني
61.....	خلاصة



62.....	الفصل الثالث: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني
64.....	تمهيد
64 .....	1- تطور مفهوم المواجهة (Coping) .....
65.....	2- تعريف المواجهة .....
68.....	3- النماذج النظرية المفسرة للمواجهة .....
68 .....	1.3- النموذج السيكو- دينامي .....
68 .....	2.3- النموذج المعرفي- التفاعلي .....
71 .....	3.3- النموذج الاجتماعي- البيئي .....
71 .....	تعقيب .....
71 .....	4- تصنيفات المواجهة أو طرق الـ (Coping) .....
71 .....	1.4 - تصنيف لازاروس (Lazarus) .....
73.....	2.4 - تصنيف بولهان وبورجوا (Polhan & Bourgois) .....
74 .....	3.4- تصنيف كوكس وفيرجسون (Cox & Ferguson) .....
74 .....	4.4- تصنيف موس (Moos) .....
74 .....	5.4- تصنيف أوبرين وديلونجس (Obrien & Delongis) .....
75.....	5- قياس المواجهة .....
79.....	6- العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط .....
85.....	خلاصة .....

86.....	الفصل الرابع: قطاع الصحة العمومية بالجزائر.....
88.....	تمهيد.....
87.....	1- نبذة تاريخية عن الصحة العمومية .....
90.....	2- تعاريف الصحة العمومية.....
92.....	3- أبعاد الصحة العمومية .....
93.....	4- السياسة الصحية الجزائرية .....
93.....	5- تطور النظام الصحي الجزائري.....
96.....	6- النظام الصحي الجزائري.....
97.....	7- المبادئ الأساسية للنظام الصحي الجزائري .....
97.....	8- الهياكل الأساسية لنظام الصحة العمومية في الجزائر .....
102.....	9- خصائص قطاع الصحة العمومية في الجزائر .....
106.....	خلاصة.....

## الجانب التطبيقي

107.....	الفصل الخامس: الخطوات والإجراءات المنهجية للبحث .....
109.....	تمهيد.....
109.....	1 . منهج البحث.....
110.....	2 . مجتمع البحث.....
110.....	3 . الدراسة الاستطلاعية.....
111.....	1.3- مراحل الدراسة الاستطلاعية.....

112	2.3- نتائج الدراسة الاستطلاعية.....
113	4 . أدوات البحث.....
114	1.4 - خطوات بناء أدوات البحث.....
118	2.4- الشروط السيكمومترية لأدوات البحث.....
121	5. الدراسة الأساسية.....
121	1.5- مجموعة البحث.....
126	2.5- الإجراء النهائي للبحث.....
127	6. أدوات البحث في صورهم النهائية.....
132	خلاصة.....
133	<b>الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج البحث.....</b>
135	تمهيد.....
136	1- عرض وتحليل نتائج مقاييس البحث.....
189	2- عرض نتائج الحالات العيادية.....
256	<b>الفصل السابع : مناقشة وتفسير النتائج.....</b>
257	1. مناقشة النتائج.....
279	2. الاستنتاج العام.....

287 .....	خاتمة
289.....	المراجع
307.....	الملاحق

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
32	مفهوم التوازن الحيوي للعضوية	1
34	مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها وفق نموذج سيلبي	2
36	نموذج فلكرمان ولازاروس لمستويات التقييم	3
37	مخطط النموذج السلوكي لكارزاك	4
40	نموذج عدم التوازن بين الجهد والثواب في العمل لسيغريست	5
40	نموذج ميتشغان (توافق الفرد مع البيئة)	6
44	العلاقة بين الضغط والأداء	7
50	النموذج المتعدد في تصنيف ضغوط العمل	8
52	نموذج كاري كوبر وروي باين لتصنيف مصادر ضغوط العمل	9
55	علاقة مستوى الضغط ومستوى الصحة	10
67	عملية المواجهة حسب لازاروس وفلكرمان	11
195	مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "س"	12
200	مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "س"	13
208	مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "أ"	14
213	مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "أ"	15
222	مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "ر"	16
226	مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "ر"	17
235	مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "ز"	18
239	مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "ز"	19
248	مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "ش"	20
252	مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "ش"	21

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
103	توزيع نسبة السكان عبر الولايات الوطنية وفق الأقاليم التضاريسية الثلاثة	1
104	عدد الأطباء في الجزائر بمختلف مراتبهم العلمية سنة 2014	2
105	عدد العاملين بالسلك شبه الطبي في الجزائر بمختلف تخصصاتهم سنة 2014	3
115	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية العامة حسب القطاع المهني	4
116	بنود مقياس استراتيجيات المواجهة الأولى	5
117	إجابات أفراد العينة الاستطلاعية على السؤال الاستطلاعي العام	6
119	نتائج صدق وثبات المقياسين	7
122	وصف لمختلف متغيرات البحث	8
122	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب متغير الجنس	9
123	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب متغير المراحل العمرية	10
123	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب متغير الحالة المدنية	11
124	توزيع أفراد مجموعة البحث حسب مراحل الأقدمية المهنية	12
124	توزيع أفراد مجموعة البحث وفق مختلف الأسلاك المهنية	13
125	توزيع أفراد مجموعة البحث وفق نمط المؤسسة الصحية العمومية	14
125	توزيع أفراد مجموعة البحث وفق الإقليم الجغرافي	15
129	عدد ونسبة الاستثمارات المعادة	16
130	بنود مقياس مصادر الضغط المهني	17
130	بنود مقياس استراتيجيات المواجهة	18
136	المستوى العام للضغط	19
136	المستويات الثلاثة للضغط المهني لأفراد مجموعة البحث	20
137	مستوى الضغط المهني لدى أفراد مختلف المؤسسات الصحية	21
138	مستوى الضغط العام لدى العاملين بالسلك الطبي والسلك شبه الطبي	22

138	المستويات الثلاثة للضغط المهني لدى العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي	23
139	مختلف مصادر الضغط لكل أفراد مجموعة البحث	24
141	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الجنس	25
142	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى إلى متغير الجنس	26
143	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء المناوبة الليلية التي تعزى إلى متغير الجنس	27
144	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير السن	28
144	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى إلى متغير السن	29
141	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لمتغير الإقليم الجغرافي	30
146	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى إلى متغير الحالة المدنية	31
147	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الأقدمية المهنية	32
147	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى إلى متغير الأقدمية المهنية	33
148	يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير السلك المهني	34
149	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء عبء العمل التي تعزى لمتغير السلك المهني	35
150	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى لمتغير السلك المهني	36
151	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لمتغير المؤسسة الصحية	37
152	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء المناوبة الليلية التي تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية	38
153	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لمتغير الإقليم الجغرافي	39
154	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء عبء الدور والتي تعزى لمتغير نمط الإقليم الجغرافي	40
155	الفروق الإحصائية الخاصة ببعء المناوبة الليلية التي تعزى لمتغير نمط الإقليم الجغرافي	41

156	استجابة أفراد مجموعة البحث لأبعاد استراتيجيات المواجهة ومستويات استعمالها	42
158	الفروق الإحصائية الخاصة ببعد غموض الدور التي تعزى إلى متغير الجنس	43
158	الفروق الإحصائية الخاصة بالأفراد في شدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي التي تعزى لمتغير الجنس	44
160	نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير السن	45
161	الفروق الإحصائية الخاصة بالأفراد في شدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي التي تعزى لمتغير الحالة المدنية	46
162	الفروق الإحصائية الخاصة بالأفراد في شدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي التي تعزى لمتغير الحالة المدنية	47
163	الفروق الإحصائية الخاصة بالأفراد في شدة استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي تعزى لمتغير الحالة المدنية	48
164	الفروق الإحصائية الخاصة بالأفراد في شدة استعمال حلول مهدئة وملطفة التي تعزى لمتغير الحالة المدنية	49
165	نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير الأقدمية المهنية	50
166	نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه المتعلقة باستراتيجيات المواجهة وفق متغير السلك المهني	51
168	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الروحي التي تعزى لمتغير السلك المهني	52
168	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية وضع انقطاعات التي تعزى لمتغير السلك المهني	53
169	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي تعزى لمتغير السلك المهني	54
170	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية التفكير الإيجابي التي تعزى لمتغير السلك المهني	55



171	يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير نوع المؤسسة الصحية	56
172	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية	57
173	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الروحي التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية	58
173	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية إيجاد حلول التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية	59
174	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية	60
175	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية التخطيط التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية	61
176	نتائج تحليل التباين لاستراتيجيات المواجهة تبعاً لمتغير الإقليم الجغرافي	62
177	الفروق الإحصائية في شدة استعمال استراتيجية الدعم الروحي التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي	63
178	الفروق الإحصائية في شدة استعمال استراتيجية الإيجابية التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي	64
179	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الحلول المهدئة التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي	65
179	الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية التخطيط التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي	66
181	قيمة معامل الارتباط بيرسون بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجيات المواجهة	67
195	العلاقة بين مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة	68
195	استجابات المبحوث (س) لمحاور مقياس مصادر الضغط المهني	69

199	المحاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (س)	70
208	المحاور الأساسية لمقياس مصادر الضغط المهني للحالة (أ)	71
212	محاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ا)	72
221	محاور مقياس مصادر الضغط المهني للحالة (ر)	73
225	محاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ر)	74
235	محاور مقياس مصادر الضغط المهني للحالة (ز)	75
239	محاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ز)	76
248	محاور مقياس مصادر الضغط المهني للحالة (ش)	77
252	محاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ش)	

## قائمة الملحق

الملحق	رقم الملحق
أسماء المحكمين الذين تمت الاستعانة بأرائهم في بناء مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة الأوليين	1
الاستبيان الاستطلاعي عن استراتيجيات المواجهة	2
الرسالة الموجهة للسادة المحكمين حول مقياسي مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة المعروضين في صورتهم الأولى لإبداء آراءهم حولهما	3
مقياس مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة في صورته النهائية	4
مضمون المقابلة	5
نتائج الـ SPSS	6

## الكلمات المختصرة في البحث

Le Programme des Nations Unies pour le développement	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي PNUD
Centre hospitalier universitaire	المركز الاستشفائي الجامعي CHU
Établissement hospitalière spécialisé	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة EHS
Établissement publique hospitalière	المؤسسة العمومية الاستشفائية EPH
Établissement publique sanitaire de proximité	المؤسسة العمومية الصحية للصحة الجوارية EPSP
Ministère de la santé et de la réforme hospitalière	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات MSPRH

تؤكد الدراسات الحديثة أن الضغط المهني من المشكلات النفسية الاجتماعية الأساسية المرتبطة بالحياة المعاصرة التي تشهد تغيرات وتحولات اجتماعية واقتصادية ومهنية... الخ، تحتم على المجتمعات التكيف مع مختلف متطلباتها. وقد وصف هذا العصر بعصر الضغط نظرا للآثار النفسية والبدنية الضارة، والانعكاسات السلبية التي يخلقها على صحة وسلوك الأفراد واتجاهاتهم وأدائهم في العمل، وعلى أداء المنظمات الإنتاجية والخدماتية بشكل عام.

واستحوذت دراسة الضغط على اهتمام العديد من العلماء والباحثين، حيث تناول هذا الموضوع في العديد من دراسات علم النفس العمل والتنظيم، وعلم نفس الصحة، وعلم النفس الاجتماعي وحديثا ضمن نفس-ديناميكية العمل (La psychodynamique du travail).

وفي هذا السياق كشفت منظمة العمل الدولية التابعة للأمم المتحدة، المعنية بشؤون العمل والعمال بعض نتائج بحوثها، المستمدة من معطيات مجموعة من الدراسات الإحصائية والعلمية المتعلقة بالموضوع أجرتها على خمس دول صناعية، تبين أن نحو (10%) من البالغين يصابون بفعل ظروف العمل الضاغطة بأنواع من الإحباط المؤدية للكآبة كل عام. وتذكر بعض الدراسات أن خسارة ألمانيا من المشاكل الصحية ذات الطبيعة النفسية الذهنية تقدر بنحو (2.2) مليار دولار في العام، وفي بريطانيا يعاني (30%) من شدة العمل وهو شكل من أشكال الضغط النفسي أو الإحباط، وفي بولندا زاد القلق من الضغط المهني والخوف من فقدان الوظيفة بنسبة (50%) خلال الفترة من 1997 إلى 1999م، وفي فنلندا تضيق أكثر من 30 ألف ساعة عمل كل عام بسبب حالات الانتحار الناتجة عن ظروف العمل السيئة، وأدت هذه النتائج السلبية إلى توقع المنظمة الدولية حدوث ارتفاعات شديدة في الضغوط النفسية والكآبة الناتجة من ظروف العمل السيئة (محمود، 2013). لذلك سعى الكثير من الباحثين إلى إجراء دراسات لأجل تحديد أسباب الضغط المهني والآثار المترتبة عنها وكذا الوقوف على مختلف استراتيجيات التعامل معها.

وتجدر الإشارة إلى أن مستويات الضغط المهني تختلف حسب نوعية المهن وطبيعتها، والتأثير السلي للعوامل الاجتماعية والاقتصادية المحيطة، أو عدم ملاءمة المتطلبات الوظيفية مع الكفاءات البشرية العاملة، أو عدم تلاؤم العاملين مع مناخ المؤسسة بشكل عام.

وباعتبار أن المنظومة الصحية هي مجموعة من الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية، يقوم على تسييرها أفراد ذووا مهارات وتخصصات مختلفة، تهدف إلى حماية صحة الأفراد بشكل عام، فإن أهم عنصر فيها هو الفرد وأسمى هدف فيها هو صحة الفرد.

ويشير لانفورد (Longford) إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغط هي تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالممرضون والأطباء، والمعلمون، والمشرفون الاجتماعيون معرضون أكثر من غيرهم للضغط، كون رغبتهم في مساعدة الآخرين تتعارض مع حجم المشاكل التي يصادفونها، عندها يصيبهم الإنهاك ويشعرون بالاحتراق لشعورهم بعدم الفائدة (Langford, 1987: 32). لهذا فإن تجاهل الضغوط المهنية يزيد من تأثير الموارد البشرية الذي سيخلق آثار سلبية مهنية كإخفاض الأداء أو نفسية كسوء التوافق.

ولاشك أن الأفراد الذين يعانون من الضغط يعمدون إلى إعادة التوافق النفسي، بالاهتداء إلى أساليب لمواجهته (Stress Coping Styles) التي عرفها لازاروس ولونيني (1978) بأنها مجموعة من السياقات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنه مهدد لأجل ضبط وتحمل أو تخفيض من شدة الموقف الضاغط (Paulhan et al, 1996:70)، ويكون استخدام الأفراد لهذه الأساليب في سبيل الوصول إلى حالة التوافق والاتزان.

وبالرغم من تعدد الدراسات التي تعرضت لموضوع الضغط المهني في ميدان الصحة في الدول الغربية والعربية، وبرزت مختلف النماذج النظرية لتفسر هذه الظاهرة، إلا أن هناك شحا في الدراسات المتعلقة بموضوع استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني في قطاع الصحة العمومية في الجزائر. وقد مكنتي ممارستي المهنية في هذا القطاع، في إطار مصلحة طب العمل، من التقرب أكثر من العاملين الذين أبرزوا مؤشرات الضغط المهني بوضوح، فنضجت لدي فكرة البحث العلمي الأكاديمي في الموضوع على مدى سنوات.

ومن هنا تتضح لنا أهمية اختيار هذا الموضوع، لأجل البحث عن مصادر الضغط والتركيز على مختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية، والفروق بين مختلف الفئات المهنية الموجودة به (السلك الطبي وشبه الطبي) في مختلف المؤسسات الصحية، كالمراكز الاستشفائية العمومية، والمؤسسات الصحية الاستشفائية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والعيادات المتعددة الخدمات، وكذا الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغط المهني ومصادره ومدى تفاعلها مع المتغيرات الشخصية والمهنية، والفئات المهنية، والأقاليم الجغرافية. وقد وقع تقسيم البحث إلى قسمين وجانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي ميداني.

الجانب النظري ويحتوي على عدة فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول الذي تناول الإطار العام للبحث، يحتوي على إشكالية البحث وفرضياته، وعرض أهدافه وأهميته. بينما تناول الفصل الثاني الضغط المهني بتحديد مفهومه ومختلف تعريفاته والنماذج النظرية المفسرة له، ومصادره وطرق قياسه. وقد خصص الفصل الثالث لاستراتيجيات المواجهة باعتبارها تتماشى بالموازاة مع الضغوط أينما وجدت، سواء بفاعليتها أو عدم فاعليتها، من خلال تحديد مفهومها وعرض مختلف الأطر والنماذج النظرية التي تناولتها، مع محاولة إبراز وظائف ومميزاتها وأهم تصنيفاتها وطرق قياسها.

وفي الفصل الرابع رأينا من المنطقي، لكوننا سنتعامل في هذا البحث مع العاملين بقطاع الصحة العمومية، أن نخصص فصلا نعالج فيه الصحة العمومية، حيث حاولنا من خلاله التعرض إلى بعض المفاهيم الخاصة بالصحة العمومية، وتناولنا فيه أيضا السياسة الصحية التي تبنتها الجزائر، بالإضافة إلى محاولة تسليط بعض الضوء على النظام الصحي العمومي الحالي.

أما القسم التطبيقي أو الميداني فقد ضمّ الفصل الخامس الذي خصص للإجراءات المنهجية للبحث، حيث تم عرض منهج البحث وإجراءاته، بذكر الخطوات المتبعة لإنجازه، حجم مجموعة البحث، خصائصها، وتصميم البحث، وأدوات القياس وخصائصها السيكمومترية، والطريقة التي سيجرى بها البحث. كما تم الاستشهاد بعينات (أفراد) عيادية لمعالجة الموضوع عن كثب. وخصص الفصل السادس لعرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء ما أسفرت عنه المعالجة الإحصائية للبيانات، وكذا ربطها بالإطار النظري وتفسيرها على ضوء أدبيات سابقة للموضوع.

واختتم البحث بالنتائج العامة وخاتمة.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## الإطار العام للبحث



## الفصل الأول: الإطار العام للبحث

---

- 1- إشكالية البحث
- 2- فرضيات البحث
- 3- تعريف مصطلحات البحث
- 1.3- الضغط المهني
- 2.3- استراتيجيات مواجهة الضغط المهني
- 3.3- العاملون في قطاع الصحة العمومية
- 4- حدود البحث
- 5- أهداف البحث
- 6- أهمية البحث

## 1. إشكالية البحث

يرجع الاهتمام بموضوع الضغط المهني إلى ما يسببه من آثار سلبية تؤدي إلى سوء التوافق على المستوى الفردي أو التنظيمي، فتعرض العاملين بمختلف الميادين المهنية يحول دون تمكنهم من أداء مهامهم بشكل فعال مما يسهم في شعورهم بالعجز.

والمتتبع عن كثب لما يجري في قطاع الصحة العمومية بالجزائر، يلمح أن الدولة قد أنفقت مبالغ طائلة بتعزيزه ببناء المؤسسات الاستشفائية، وتجهيزها بأحدث الأجهزة، وشراء الأدوية، ولتطويره بالاستثمار في الموارد البشرية بتكوين إطارات من أطباء وممرضين وتقنيين.

ومع كل هذه الجهود نجد أن المؤسسات الصحية الجزائرية تمر بوضعية صعبة، فأصبحت اليوم محط انتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المترفقين (قاصدي المرفق العمومي لأجل طلب الخدمة)، أو من قبل المستخدمين في الصحة، وتنصب هذه الانتقادات على الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية لكونها قطاعا غير منظم، نتيجة للاستعمال السيئ للموارد البشرية المؤهلة، التي تكلف من 70 إلى 80 % من ميزانية هذه المؤسسات دون حوافز وآفاق، أو عطل المعدات والتجهيزات الطبية، في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة، إلى جانب التبعية إلى الخارج، الشيء الذي لم يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه (بن لوصيف، 2015).

وهذا ما أكده الاقتصادي والوزير الجزائري السابق عبد اللطيف بن أشنهو في مقال له، إذ اعتبر أن المؤسسات الصحية العمومية لازالت بعيدة عن مستويات الأداء، خاصة فيما يتعلق "بالظروف غير الجيدة لاستقبال وإقامة المرضى، ندرة الأدوية وارتفاع في معدل الانتظار"، إضافة إلى قلة النظافة والتأخر في معالجة المرضى. (بومعروف وعمار، 2009-2010: 27).

ومن جهة أخرى تشير الدراسات الحديثة إلى أن الطاقم الطبي والتمريضي وغيرهم من المهنيين في المستشفيات أكثر استعدادا للضغط بشكل شائع نظرا لخصوصية المؤسسة الاستشفائية، مثل المهام العلاجية التي يقوم بها الأطباء والممرضين والتقنيين... التي تجبرهم على العمل الجماعي من أجل إنجازها بشكل صحيح، واستحالة التنبؤ بنوع المرضى الذين سوف يلتقون معهم، مع احتمال تغير حالتهم إلى الأسوأ، إضافة إلى إجبارية ضمان استمرار المناوبة، وأخيرا تقتضي المسؤولية على أرواح الأفراد الاستعداد الذهني اليقظ والتركيز والإتقان التام للإجراءات التقنية. كما تفرض طبيعة التعامل الصعب مع معاناة المرضى ومواجهة الموت ردود نفسية صعبة (8: 2004, Belarif).

وكشفت العديد من البحوث إلى أن المعدلات العالية من الضغط الانفعالي، وانخفاض مستوى الإنجاز الشخصي تمثل أكبر مصدر ضاغط، ويتفق هذا مع أفضل نتائج الدراستين الجزائرتين (عمارة، 2003)، و(بن مسعود، 2008) حول اضطرابات الضغط والاكنتاب بين طاقم المعالجين، إذ كشفت أن نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية وصلت إلى 78٪ من أفراد العينة (مثل الاكنتاب، الضغط، والأرق... إلخ) (Benmessaoud, 2008: 32).

وقد فرض اختلاف مصادر الضغط، وتنوع درجات التأثير به، التي ارتبطت بحياة الفرد الشخصية والمهنية، تحديا للبحث عن مصادره، ومختلف سبل المواجهة المستعملة من طرف العاملين في مختلف المهن للتصدي له بالشكل الصحيح.

وتوصلت العديد من الدراسات والبحوث إلى تحديد بعض مصادر الضغط المهني في مجال الصحة كالمصادر التنظيمية كما بينته دراسة (ميهوبي، 2008)، وبعض العوامل الشخصية (كالمغيرات الديمغرافية أو المتغيرات الشخصية) التي لها تأثير على إدراك الفرد للمواقف الضاغطة.

في حين بينت دراسة (Romuald Le Lan et al., 2004) حول ظروف العمل المدركة لدى العاملين بالمؤسسات الصحية بأن الوقت الذي يقضيه المعالجون مع المرضى هو أقل ضغطا، بينما يعاني المعالجون وخاصة الممرضون المساعدون من عبء المهام، خاصة الجسدية، وأن ظروف العمل هي أكثر سوءا في القطاع العام منه في القطاع الخاص.

وتؤكد دراسة (Sende, J., Jbeili, C., Schvahn, S. et al. Ann. Fr. Med) عن عوامل وآثار الضغط في الطب الاستعجالي بأن أهم الضغوطات تتمثل في التعب، ضغط المريض، ضغط المرتفقين، عبء العمل الدوري وبطء الاستشارة المتخصصة. كما سجلت نتائج دراسة (C. Hazif- Thomas, 2010) أن 22 فردا لديهم مستوى من الاحتراق المهني، و39 منهم اقتربوا من عتبة الاحتراق المهني.

ومن جهة أخرى هناك دراسات أخرى (ل، الشريف، 2003) أكدت على أن أكثر مصادر الضغوط النفسية تأثيرا لدى المرضى هي: إساءة فهم دور المرضى من قبل الإدارة، وعدم وجود الطبيب عند الحاجة إليه، الصراع مع الأطباء، عدم وجود التكوين المستمر في العمل بين أفراد الفريق العلاجي.

وتدعم هذه النتائج ما أفضت إليه دراسة (م، س، خميس، 2012) حول مستوى الضغوط النفسية عند عينة من عمال القطاع الصحي للمؤسسة الاستشفائية العمومية على أنهم يعانون من مستوى ضغوط نفسية مرتفعة.

وقد مكنتني خبرتي المهنية في قطاع الصحة العمومية بالجزائر من الاطلاع على وجود ضغط مهني لدى العاملين في القطاع باختلاف فئاتهم. كما مكنتني الملاحظات اليومية من خلال الممارسة المهنية في إطار طب العمل من تأكيد ظاهرة تعرّض العاملين بالمؤسسات الصحية الاستشفائية للضغط المهني، وذلك بعد رصد مؤشرات المعاناة من طرف رؤساء العمل، وطلب التدخل لأجل المساعدة، وقد استشف ذلك من خلال المقابلة العيادية والعمل النفسي السندي مع هؤلاء، إذ أسفرت المقابلات على أن معظمهم يتعرضون يوميا إلى مواقف تثير التوتر، القلق والمعاناة النفسية بسبب عبء المهام الزائد، قلة اليد العاملة وكذا المواجهة اليومية مع الزوار. وعليه تمّ التفكير ثم العزم على البحث العلمي الأكاديمي المعمق في الموضوع.

هذا وبعد القطاع الصحي من القطاعات المهنية الضاغطة، حيث يتعرض فيها الفرد لضغوط كبيرة، فهو مجال يقصده المحتاجون إلى التكفل الصحي أين يكون التعامل مباشرة مع الحالات المرضية ومع ضغط المرتفقين له، كما بينت دراسات عديدة عن العلاقة بين الضغط ومختلف التأثيرات النفسية (كالاحتراق المهني، عدم الرضى الوظيفي... إلخ) والسلوكية (كالتغيب، السلوك الإدماغي، اللامبالاة... إلخ) (Hackett & Byio, 1996) نقلا عن (Borteyrou Xavier et al, 2009: 381). بينما يذكر آلان (Allen) (1983) بأن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة قد يكون له تأثير إيجابي في تحقيق أهدافه، وقد تكون له تأثير سلبي يعجز الفرد في تحقيق أهدافه. لذا يتبين أن المشكل لا يكمن في الضغط في حد ذاته أو في مصادره وإنما يكمن في الطريقة التي يتبناها الفرد في تعامله معها، لذلك فلكل فرد أسلوبه الخاص في التعامل مع الضغط.

لذا ذهب العديد من الباحثين في التفتيش عن الطرق التي يتبناها الأفراد لمواجهة ضغوطاتهم المهنية اليومية، حيث يستخدمون أساليب ووسائل متعددة للتغلب على الأحداث الصعبة، وتساعدهم على التوافق في الحياة والاتزان الانفعالي، ويرجع تباين الأفراد في استخدام هذه الوسائل إلى عوامل متعددة كنمط الشخصية والخبرات السابقة وطرق تقييمهم للأحداث وصحتهم النفسية، فالفرد الذي يعاني من الضغوط يلجأ إلى استراتيجيات المواجهة التي تلعب دورا مهما في توازنه، فالشخص ذو المهارات القاصرة في التعامل هو الأكثر قابلية للضغوط الانفعالية والمشكلات السلوكية، وعلى العكس

من ذلك فإن الشخص القادر على التعامل مع الضغوط بشكل أكثر فاعلية هو الذي تنخفض معاناته تجاه المواقف الضاغطة، فالضغوط ليست لها دائما عواقب سلبية.

كما أن التكيف هو عملية (Processus) وليس سمة أو بعدا (Dimension) في الشخصية، بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وكل منهما يساهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد، التي تحدث نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط (حسين س.، 2006، صفحة 88). وهذا يعني أن التكيف عبارة عن نشاط نفسي إدراكي- معرفي ثم سلوكي، ويعتبر تقييم الضغوطات (الطبيعية، والأخطار، ...) مصادرا شخصية واجتماعية، تؤثر بدورها على اختيار استراتيجيات المواجهة. (Cousson-Gélie, 2001: 100).

وقد اعتبر كل من لازاروس وفلكمان (Lazarus & Folkman, 1984) المواجهة، بأنها "مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز حدوده وإمكاناته، أو نحو التخفيف من تأثيرها أو نحو تحملها (Lazarus, 1984:141).

إلا أن كالن (Callan, 1993) يرى أن المواجهة في بيئة العمل هي عبارة عن جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدرته على التنبؤ بالموقف وتساعده على إدراك الضبط في التعامل مع المشكلات التي ستحدث له في المستقبل (حسين س.، 2006: 82).

والجدير بالإشارة إليه كما ذكر (راسكل وإيراشابال، 2001) إلى أنه لا يوجد استراتيجيات فعالة أو غير فعالة بمعزل عن خصائص الفرد وإدراكه المعرفي وخصوصيات الموقف الضاغط. فاستراتيجيات المقاومة المرتكزة على الانفعال تكون أكثر فعالية على المدى القصير أو عندما لا يستطيع الفرد التحكم في الحدث الضاغط في حين تكون استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل ملائمة على المدى الطويل وعندما يستطيع الفرد التحكم في الحدث الضاغط (برزوان، 2012-2013: 70).

وتأسيسا على ما ذكر، وبالإضافة إلى ما أكدته نتائج البحث المنجز في إطار رسالة الماجستير، الذي أبرز أهمية تأثير الإطار البيئي المتمثل في المجال المهني المادّي أو البشري على الأفراد العاملين بمصالح الأورام فقط، ضمن المقاربة النفسية-الاجتماعية، من خلال تسليط الضوء على مختلف المصادر الضاغطة وتحديد مستواها، وأهم استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرفهم تجاهها، حيث كانت أهم نتيجة كشفها البحث والتي أثارت اهتمامي أن أفراد العينة يعانون من مستوى ضغط مهني مرتفع قدر بـ 74.8% هذا من جهة، ولكن من جهة أخرى يلجؤون بشدة إلى استعمال استراتيجية الإنابة إلى الله

(الدعم الروحي) بنسبة قدرت بـ 93.9%، وإن بدت ظاهريا بأنها إيجابية إلا أنها تظهر عجزهم أمام المصادر المهنية الضاغطة اليومية وعدم قدرتهم على تجاوزها، وبالتالي يشير استعمالها إلى الاستسلام وتكريس الرداءة، خاصة وأن أدنى نسبة أو آخر استراتيجية يلجأ إليها العاملون بالتمريض الذين شملهم البحث تمثلت في استراتيجية البحث عن حلول للمشاكل إذ قدرت قيمتها بـ 9.2% فقط الأمر الذي يعكس ويفسر فعلا استمرار قطاع الصحة في الجزائر في حالة الرداءة (تواتي، 2014: 171).

من هنا وُلدت إشكالية البحث، بما أن معظم النتائج التي انتهت إليها البحوث تشير إلى أهمية استراتيجيات المواجهة في عمليات التوافق مع الضغط المهني، بالإضافة إلى دورها في الحفاظ على الصحة، ومن التساؤلات التي تتبادر إلى الذهن هي: هل يمكن أن يكون استعمال هذا النوع من استراتيجيات المواجهة (الإناحة إلى الله) (الدعم الروحي) عامًا لدى الأسلاك المهنية (الطبية وشبه الطبية)، ومختلف المؤسسات الصحية بالجزائر في جميع أقاليمها الشمالية والهضاب العليا والصحراوية؟ وكيف يمكن للعاملين في المؤسسات الصحية تقديم الخدمات للمرتفقين إذا فرضنا أنهم يتبنون استراتيجية الهروب والتجنب في حل المشاكل؟

وعليه وبالاعتماد على التراث النظري، والاطلاع على البحوث السابقة ذات الصلة بالموضوع، ونظرا لعدم العثور - في حدود العلم والجهد - على بحث في البيئة الجزائرية، تَعَمَّقُ الإحساس بمشكلة البحث ووقع العزم على خوض غمار البحث فيها انطلاقا من السؤال التالي:

ما مستوى الضغط المهني لدى العاملين في قطاع الصحة العمومية في الجزائر وما طبيعة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومصادر الضغط المهني في ضوء الخصائص الشخصية والأسلاك المهنية ونوعية المؤسسة الصحية ونمط الإقليم الجغرافي؟

وفي ضوء هذه المشكلة، يسعى البحث الحالي إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

1- ما مستوى الضغط المهني التي يتعرض لها عمال قطاع الصحة العمومية باختلاف الأسلاك المهنية (السلك الطبي، وشبه الطبي)؟

2- هل يختلف مستوى الضغط المهني وفق متغير الأسلاك المهنية؟

3- هل يختلف مستوى الضغط المهني وفق متغير نمط المؤسسات الصحية؟

4- ما أهم المصادر المهنية الضاغطة لدى عمال قطاع الصحة العمومية باختلاف الأسلاك المهنية؟

5- هل توجد فروق في مصادر الضغط المهني وفق الخصائص الشخصية، ومتغير السلك المهني (الطبي والشبه الطبي). ومتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS). ومتغير الأقاليم

الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب)؟

6- ما هي استراتيجيات المواجهة التي يستعملها عمال قطاع الصحة العمومية باختلاف الأسلاك المهنية؟

7- هل توجد فروق في استراتيجيات المواجهة وفق الخصائص الشخصية ومتغير السلوك المهني (الطبي وشبه الطبي). ومتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS). ومتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب)؟

8- هل توجد علاقة بين استراتيجيات المواجهة ومختلف مصادر الضغط المهني؟

## 2. فرضيات البحث

للإجابة على تساؤلات البحث نفترض ما يلي:

1- الفرضية الأولى: نتوقع ارتفاعا في درجة الضغط المهني لدى كل أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي.

2- الفرضية الثانية: نتوقع ارتفاعا في مستوى الضغط المهني لدى العاملين بالسلوك شبه الطبي أكثر منه لدى العاملون بالسلوك الطبي.

3- الفرضية الثالثة: نتوقع ارتفاعا في مستوى الضغط المهني لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية EPH أكثر من المؤسسات الأخرى.

4- الفرضية الرابعة: أهم المصادر المهنية الضاغطة على أفراد مجموعة البحث بصفة عامة، تتمثل في المصادر المتعلقة بظروف العمل وباللاقات الاجتماعية في العمل.

5- الفرضية الخامسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى: لمتغير الخصائص الشخصية (السن، الجنس، الحالة المدنية والأقدمية المهنية)، ومتغير السلوك المهني (الطبي والشبه الطبي). ومتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS). ومتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

✓ متغير الخصائص الشخصية: لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (السن، الجنس، الحالة المدنية والأقدمية المهنية).

• السن: لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير المراحل العمرية.

- **الجنس:** لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الجنس.
  - **الحالة المدنية:** لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الحالة المدنية.
  - **الخبرة المهنية:** لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الخبرة المهنية.
  - ✓ **متغير السلك المهني** لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي).
  - ✓ **متغير نمط المؤسسة الصحية:** لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH)، (EHS)، (CHU)، (EPSP).
  - ✓ **متغير الإقليم الجغرافي:** لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).
  - 6- **الفرضية السادسة:** نتوقع استعمال استراتيجيات البحث على الدعم الروحي بصورة أكثر لدى مجموعة البحث العاملة بقطاع الصحة العمومية.
  - 7- **الفرضية السابعة:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (السن، الجنس، الحالة المدنية والأقدمية المهنية)، و متغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي). و متغير نمط المؤسسة الصحية ((EPH) (EPSP) (CHU) (EHS)). و متغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).
- وللتحقق منها ميدانيا نأخذ كل متغير على حدا.
- ✓ **متغير الخصائص الشخصية:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (السن، الجنس، الحالة المدنية والأقدمية المهنية).
  - **الجنس:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس.
  - **السن:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير المراحل العمرية.



• **الخبرة المهنية:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

• **الحالة المدنية:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الحالة المدنية.

✓ **متغير السلك المهني:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي).

✓ **متغير نمط المؤسسة:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS).

✓ **متغير الإقليم الجغرافي:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

8- **الفرضية الثامنة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين **مستوى الضغط المهني العام** واستراتيجيات المواجهة.

9- **الفرضية التاسعة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين **مصادر الضغط المهني** واستراتيجيات المواجهة.

### 3. تعريف مصطلحات البحث

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

#### 1.3- الضغط المهني

من بين التعاريف للضغط المهني نجد:

يعرفه جرينبرج Greenberg (2004) بأنه يحدث فقط في المدى الذي يدرك فيه الفرد أن الموقف الذي يواجهه يتضمن بعض التهديدات، وأنه لن يستطيع أن يتكيف مع مطالب الموقف أو المخاطر، بمعنى أن الموقف يخرج عن سيطرته (مسلم أ.، 2007: 9).

كما تعرفه لوريز بأنه رد فعل انفعالي ومعرفي وسلوكي وفيزيولوجي للمظاهر السلبية والضارة لطبيعة العمل وتنظيمه وبيئته (Laurence Leruse, 2006, p. 15).

ويعرفه شافير Shafeer (2000) بأنه إثارة العقل والجسد ردًا على مطلب مفروض عليهما، بمعنى أن الضغوط موجودة دائما وأنها خاصية الحياة (السهيلي، 2008: 18).

وتتبنى الباحثة تعريفا للضغط المهني، فحواه تلك الصعوبات المادية والمعنوية المتكررة، التي تواجه المهني في مجال عمله بحيث تتجاوز قدرته على التحمل، وتعيق تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، وذلك عن طريق قياس مصادره المتمثلة في: المصادر المتعلقة بطبيعة العمل (كظروف العمل، عبء العمل)، المصادر المتعلقة بدور الفرد في العمل (كغموض الدور، المناوبة الليلية، المسار الوظيفي) والمصادر المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل (كالعلاقات المهنية مع الزملاء، مع الإدارة ومع المرضى وأسرتهم)، حسب المقياس المعد من طرف الباحثة لقياس مصادر الضغط المهني.

**-ظروف العمل:** ونقصد بها كل الظروف المادية المحيطة بمكان العمل من تهوية، وإضاءة، وضوضاء، ونظافة، وتجهيزات، ووفرة الأدوية التي تساعد الممرضين في أداء مهامهم في مكان العمل.

**-عبء العمل:** ونقصد به كثرة الأعمال الواجب إنجازها في وقت وجيز وتعدد المهام المسندة للممرض والتي تتطلب منه قدرات ومهارات أدائية يفتقدها بسبب ضعف التكوين أو تفوق مستواه مما يجعله يشعر بالعبء ويسبب له ضغطا مهنيا.

**-غموض الدور:** نقصد به افتقاد المعلومات اللازمة للتمكن من أداء المهام بصورة سليمة والخوف من ارتكاب أخطاء.

**-المناوبة الليلية:** ونقصد بها أن الممرض الذي يعمل بالنهار ملزم بالعمل ليلا مرة أو مرتين في الأسبوع ضمنا للمناوبة فالانتقال من العمل نهارا إلى العمل ليلا يؤدي إلى عدم التناغم بين الحياة العملية للممرض وحياته الاجتماعية.

**- المسار الوظيفي:** ونقصد به تأخر النمو الوظيفي، الافتقار إلى فرص الترقية وعدم القدرة على التطور الوظيفي. الشعور بعدم الأمن الوظيفي.

**العلاقة مع الزملاء:** ونقصد بها غياب المساندة الاجتماعية، مساعدة الزملاء لبعضهم البعض.

طبيعة التفاعل بين أفراد جماعة العمل: هل هم أصدقاء، متعاونون، مشتركون في نفس المعلومات.

**- العلاقة مع الإدارة:** ونقصد بها عدم الاعتراف بالعمل المنجز، التحرش المهني، تعطيل الترقية.

**-العلاقة مع المرضى وأسرتهم:** ويقصد بها المشاعر الكثيفة المصريح بها من طرف المريض وصعوبة إدارتها، الاحتكاك المتكرر للممرض مع آلام المرضى. التعامل مع الموت، التعامل مع معاناة الأسر.

### 2.3- استراتيجيات المواجهة

هناك العديد من التعاريف التي حددت مفهوم استراتيجيات مواجهة الضغط المهني وذلك حسب التوجه النظري الذي ينتمي إليه كل عالم ولعل أهمها ما يلي:

يعرف أتواتر (Atwater) استراتيجيات مواجهة الضغط المهني بأنها "أساليب تعامل يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقده توازنه وتتجاوز قدرته على التوافق". (Rial-González, 2006: 46) ويعرفها لازاروس بأنها تلك الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد لمواجهة المطالب البيئية وتأخذ شكلين مختلفين هما: استراتيجيات مواجهة تركز على المشكل، لمحاولة التعامل مباشرة مع مصدر الضغط (التكيف مع البيئة) واستراتيجيات مواجهة تركز على الانفعال، للتخفيف من الآثار الانفعالية للضغط (التكيف مع البيئة). (Rial-González, 2006: 46).

ويعرف (حسين والزيود، 1999) استراتيجيات مواجهة الضغط بأنها مجموعة من الأساليب أو الطرق والنشاطات الدينامية والسلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الموقف الضاغط لحل المشكلة وتخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها (الزيود، 2008: 87). وقد تم تحديد مؤشرات هذه الاستراتيجيات إجرائياً كما يلي:

ونعرف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني إجرائياً بأنها مجموعة من الاستجابات السلوكية، المعرفية والانفعالية التي يستخدمها الموظف في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة في ميدان العمل لتحقيق التكيف والتوازن النفسي أو تخفيف آثارها. ويتم قياس أساليب التعامل مع الضغط المهني في هذا البحث بالدرجة التي يتحصل عليها الموظف في المقياس المعد من طرف الباحثة المتمثل في البنود التالية:

- **البحث عن الدعم الذاتي:** نقصد بها الرجوع إلى الحياة الأسرية، الاجتماعية والرياضية التي يلجأ إليها العامل بهدف تجاوز الضغط المهني اليومي.

- **البحث عن الدعم الاجتماعي:** نقصد به سعي الموظف(ة) للحصول على المساندة من طرف الآخرين (أفراد الأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) بطلب العون والنصيحة والمساعدة كالاستماع إلى مشاكله المهنية أو تقاسمها معه.

- **البحث عن الدعم الروحي:** وذلك بالرجوع إلى الدين، ونقصد به الطرق الدينية التي يلجأ إليها الموظف(ة) في أوقات الضغط عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات كمصدر للدعم الروحي.

- **وضع انقطاعات:** نقصد به مختلف الإجراءات التي يلجأ إليها الموظف(ة) لتفادي الدخول في مواجهة الضغط المهني كأخذ عطلة مرضية، أخذ فترة استراحة، النوم، التغيب.
- **تجنب المشكل:** نقصد به مجمل النشاطات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط عن طريق الانشغال بوضعيات ونشاطات أخرى، أو التفكير في أشياء أخرى غير العمل، والتغيرات السلوكية التي تظهر على المريض(ة) توحى بتجنب المواقف الضاغطة كالانعزال، الصمت، الحياد.
- **التفكير الإيجابي:** نقصد به التصرفات التي يلجأ إليها الموظف(ة) محاولاً إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف كالترث، اكتساب خبرة مما حدث.
- **إيجاد حلول للمشاكل:** نقصد بها الطرق المعرفية وأنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الموظف محاولاً من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغط المهني.
- **استراتيجيات مهدئة وملطفة:** تتضمن طرق التعامل مع الضغوط بروح من المرح والدعابة أو الصراخ والتعنيف، أو تعاطي المهدئات النفسية كالتدخين أو الإفراط في الأكل والشرب الخ.
- **التخطيط:** ونقصد به أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها العامل(ة) تجاه الموقف الضاغط بحثاً عن طرق مواجهة إيجابية كتنظيم عمله، القيام بترتيب بالأولويات وتجنب الأمور الهامشية، التنسيق مع زملاء العمل.

### 3.3- قطاع الصحة العمومية

إن النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، والتي تقوم بدورها في الوصاية على مؤسسات العلاج الاستشفائي والقطاع الصحي العمومي. يشتمل القطاع الصحي على عدة مؤسسات صحية عمومية تتمثل في: مركز استشفائي جامعي (CHU)، مؤسسة استشفائية عمومية (EPH)، مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS)، مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP).

وسنعمد في هذا البحث إلى التعامل مع مختلف المؤسسات الصحية المذكورة سالفاً.

### 4- حدود البحث

#### 1.4- الحدود البشرية

سيتناول هذا البحث كل الفئات العاملة من السلكين الطبي وشبه الطبي بالقطاع الصحي العمومي في المؤسسات الصحية ببعض ولايات الجزائر.

## 2.4- الحدود المكانية

- يقتصر البحث بولايات الجزائر في الأقاليم التالية:
- الإقليم الشمالي (الجزائر، البليدة، تيزي وزو، البويرة، وهران، عنابة، المدية، عين الدفلى، الشلف، غليزان).
- إقليم الهضاب العليا (ميلة، سطيف، قالمة).
- الإقليم الجنوبي (بشار، إيليزي، بسكرة).

وقد اختير هذا التقسيم بسبب توزيع الكثافة السكانية حيث يتمركز السكان في الإقليم الشمالي بكثافة 70% أكثر من 100ن/كم<sup>2</sup>. ويتمركز السكان في منطقة الهضاب العليا بكثافة 20% أقل من 100ن/كم<sup>2</sup>. ويتمركز السكان في الإقليم الجنوبي بكثافة 10% أقل من 10ن/كم<sup>2</sup>. وسيتم أخذ مجموعة من الأفراد من كل إقليم جغرافي حسب نسبة تركز السكان فيه.

كما سيجري البحث على المراكز والمؤسسات التابعة للقطاع الصحي والمتمثلة فيما يلي:

- المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU).
- المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS).
- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP).

## 3.4- الحدود الأدائية

سنعمد لخوض غمار هذا البحث إلى تطبيق مقياسين هما:

- مقياس استراتيجيات المواجهة من إعداد الباحثة.
- مقياس مصادر الضغط من إعداد الباحثة.
- كما سنعمد إلى استعمال تقنية المقابلة العيادية نصف موجهة مع بعض الحالات للغوص في عمق المشكل (الضغط المهني) ورصد أهم منابعه وأهم الاستراتيجيات لمواجهته.

## 4.4- الحدود الموضوعية

يقتصر هذا البحث على دراسة الضغط المهني وأهم مصادره ومختلف استراتيجيات مواجهته لدى الفئات المهنية العاملة بالسلك الطبي وشبه الطبي بالقطاع الصحي العمومي في المؤسسات الصحية المذكورة آنفا.

## 5- أهداف البحث

- نسى من خلال القيام بهذا البحث حول الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الضغط المهني لدى العاملين في قطاع الصحة العمومية للوصول إلى أهداف علمية وأخرى عملية.
- ✓ تحديد مستوى الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث، وتبعاً لمتغير للأسلاك المهنية (الطبي وشبه الطبي).
- ✓ التعرف على نوع مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث.
- ✓ معرفة دلالة الفروق في مصادر الضغوط حسب المتغيرات التالية للأسلاك المهنية والخصائص الشخصية والإقليم الجغرافي ونمط المؤسسة.
- ✓ تحديد نوع الاستراتيجية المستعملة من قبل أفراد مجموعة البحث، وتبعاً لمتغير الأسلاك المهنية.
- ✓ معرفة دلالة الفروق في استراتيجيات مواجهة حسب المتغيرات التالية: الأسلاك المهنية والخصائص الشخصية والإقليم الجغرافي ونمط المؤسسة.
- ✓ معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين مستوى الضغط المهني واستراتيجيات مواجهة المستعملة.
- ✓ الكشف عن نوعية استراتيجيات مواجهة المستعملة تجاه نوع المصدر الضاغظ مهنيًا.

## 6- أهمية البحث

- تظهر أهمية هذا البحث من خلال النقاط التالية:
- ✓ يتوقع أن يقدم البحث الحالي معرفة إضافية وحديثة تتعلق بمتغير الضغط المهني ومصادره واستراتيجيات مواجهتها والعلاقة الموجودة بينهما في بيئة اجتماعية واقتصادية ونفسية محددة.
- ✓ ندرة البحوث النفسية المحلية التي تناولت استراتيجيات مواجهة الضغط المهني في القطاع الصحي العام، مما يشجع على المزيد من البحث.
- ✓ ستكون أهمية البحث من خلال النتائج التي سيتوصل إليها، والتي تساعد العاملين بالقطاع على الاستفادة منها في كيفية مواجهة الضغط المهني من خلال استخدام استراتيجيات مناسبة في مواجهة الضغط.
- ✓ يتوقع إعطاء تصور واضح من خلال النتائج التي سنحصل عليها حول واقع الضغط المهني وطرق مواجهتها لدى العاملين بالقطاع الصحي، وبالتالي إمكانية تزويدهم ببرامج تدريبية على أساليب ومهارات واستراتيجيات فعالة لتجاوزها.

✓ يعتبر البحث في استراتيجيات المواجهة تجاه مصادر الضغط المهني من ضروريات الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين بالقطاع، نظرا لتأثيرها السلبي على العاملين في حد ذاتهم وكذا على المرتفقين الذين هم في حاجة ماسة للرعاية والاهتمام.

# الفصل الثاني

## الضغط المهني



## الضغط المهني

---

تمهيد

1. نشأة وتطور مفهوم الضغط
  2. تعريف مفهوم الضغط
  3. النماذج النظرية المفسرة للضغط المهني
    - النموذج البيولوجي
    - النموذج التفاعلي
    - النموذج التفاعلي للضغط لـ "ماكاي وكوبر" (Mackay et Cooper)
    - نموذج الاختلال بين الجهد/الثواب (Siegrist)
    - النموذج البيئي - الاجتماعي
  4. عوامل الضغط المهني
  5. مصادر الضغط المهني
  6. آثار الضغط المهني
    - على مستوى المؤسسة
    - على مستوى الفرد
  7. قياس الضغط المهني
  8. الوقاية من الضغط المهني
- خلاصة

## تمهيد

لقد لقي مصطلح الضغط في مجال العلوم النفسية الاهتمام الكبير من طرف الباحثين ضمن بحوث ودراسات تناولت علاقة الضغط بالإنسان في حياته اليومية، كونه يعيش في بيئة تسود فيها المنبهات والمؤثرات المتنوعة، بغض النظر عن أسبابها المادية أو السيكولوجية. والبيئة هنا لا تقتصر على البيت أو المدرسة بل أيضا تشمل بيئة العمل، أين يقضي العامل معظم أوقات اليوم. من أهم المشكلات التي يواجهها المهتمون بموضوع الضغط بصفة عامة، والضغط المهني بصفة خاصة، هي محاولة التوصل إلى تعريف متفق عليه لمفهوم الضغط (حسين، س، 2006: 92). والمطلع على مصطلح الضغط يجد له العديد من التعريفات، كونه شائعا بين كثير من التخصصات: الفيزيائية، الطبية، الاجتماعية والنفسية.

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

### 1- نشأة وتطور مفهوم الضغط

لقد تحدّث دارون Darwin عام (1872) ضمن نظرية التطور عن أن الإنسان والحيوان كلاهما يواجه الخوف على حد سواء بهدف تثبيط العضوية عن مواجهة الخطر، لذا تم اعتبار الخوف في البداية كميكانيزم يستعمل لضمان الاستمرار في الحياة. ثم جاء كلود برنارد Claude Bernard (1915) ليشير إلى أهمية الاستقرار في حياة الفرد لمواجهة أحداث الحياة اليومية من مثيرات بيئية خارجية عنيفة تجعل الفرد غير قادر على الحفاظ على توازنه الداخلي، إذ بإمكانها تعطيل الجهاز العضوي بالتعرض إلى المخاطر: كالأضطرابات المختلفة، الأمراض بل والموت، وحتى يحافظ على نفسه ينبغي عليه أن يتكيف بطريقة ملائمة مع هذه التغيرات، ومن الضروري حصول العضو على الاتزان في البيئة الداخلية (Laurence Leruse, 2006: 7).

وقد بدأ الاستخدام لمصطلح الضغط Stress، في أوائل القرن الرابع عشر، وقصد به في ذلك الحين بالمشقة Hardship، والعسر Straits، والمحنة (الضراء) Adversity، والأسى Affliction. وفي أواخر القرن السابع عشر استخدم هوك Hooke الضغوط في سياق العلوم الطبيعية، بالرغم من أن هذا الاستخدام لم يكن منظما حتى بدايات القرن التاسع عشر (جمعة س.، 2008: 8).

وظهر مفهوم الضغط رسمياً ابتداءً من جهود العاملين بمجال الفيزيولوجيا، الذين ركزوا اهتمامهم على المثيرات الخارجية والآثار الناجمة عنها من استجابات فيزيولوجية. ويعتبر هانس سيلبي Hans Selye (1956) أول من استخدم مصطلح الضغط في المجال البيولوجي، حيث قدم مفهوم "تناذر التكيف العام" (General Adaptation Syndrome) والذي يشير عنده إلى مجموعة التغيرات غير المحددة لأي مطلب أو حدث خارجي والمسببة للضرر، وعرف الضغط بعد ذلك بأنه الاستجابة الفيزيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسد لأي مطلب يقع عليه. (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 19).

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

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

وخلاصة القول أن الضغوط كانت في الماضي، وماتزال في الحاضر، موضوعاً يتناوله الباحثون في شتى الميادين العلمية بما في ذلك الميدان النفسي العيادي.

## 2- تعريف الضغط

يبدأ التعامل مع أي مفهوم أو مصطلح من خلال ضبطه وتعريفه، لذا يجب أولاً تعريف الضغط:

### 1.2- لغويًا

تحمل كلمة ضغط في اللغة العربية عدّة معانٍ، فيقال ضغطه ضغطاً أي غمزه إلى شيء كحائط أو غيره، ويقال ضغطت الكلام إذا بالغ في اختصاره وإيجازه بحيث يتخلى عن التفاصيل. (جمعة س.، 2008: 11).

ووردت في معجم مصطلحات علم النفس كلمة Stress بمعنى الكرب، وهي حالة يكون عليها العضو الذي يستجيب إلى عامل خارجي يُحدث عليه ضغطاً يثير اضطراباً نفسياً أو فيزيولوجياً (ألم، فرح أو إصابة ما إلخ...). (الخصري، 2008: 64).

كما يترجم مصطلح (Stress) في اللغة العربية إلى عدّة كلمات، كالضغط، الوطأة، الإجهاد (البعليكي، 1982: 916).

ونجد أن أصل كلمة الضغط (Stress) إنجليزي مستمد من Distress ("الفتنة"، "البؤس" و"الإرهاق") (Sillamy, 1983, : 651).

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

كما وردت في اللغة العربية ثلاثة مصطلحات متعلقة بالضغط هي:

✓ **الضواغط (Stressors)** حيث جاءت لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي - فيزيقية، اجتماعية، نفسية - والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما.

✓ **الضغط (Stress)**، كلمة تعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط، أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما.

✓ **الانضغاط (Strain)** ويشير هذا المصطلح إلى حالة الانضغاط التي يعانها ويبتن منها الفرد، والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإرهاك والاحتراق النفسي نقلاً عن (بوفاتح، 2012-2013: 51).

وفي قاموس روجيتس (Rogets, 1988) نجد لكلمة (Stress) معنيان: الأول يدلّ على الإجهاد والثاني يدل على الصعوبة، وقد انحدرت من كلمة الإجهاد معاني كثيرة منها: بذل، جهد، ضغط، عبودية، مشاكل، آلام، واجبات، قرارات، استنفاد طاقة، يكافح ويكابد في طريقه، أحمال، استخدام أفضل الطاقات. وحين تعني كلمة (Stress) الصعوبة فقد وجد أنه يندرج تحتها المعاني التالية: قاسي، تناقض، معضلة، صعوبة التحمّل، عكس الموجة، يفقد الاتجاه، غير متأكد، محرج، غير قابل للتدبر، عناد، لا أمل، معقد، غير سهل الوصول (ياغي، 2006: 9).

## 2.2- التعريف الاصطلاحي

يذهب المختصون إلى تعريف الضغط (Stress) تعريفاً دقيقاً بتمييزه عن بعض المفاهيم الأخرى منها:

### 1.2.2- الضواغط (Stresseurs)

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

• **النوع الأول:** مثيرات تؤدي إلى تغيرات رئيسية، وغالبا ما تحدث خارج سيطرة الفرد كالكوارث الطبيعية.

• **النوع الثاني:** هي أحداث الحياة الرئيسية التي تحدث تحت سيطرة الفرد وتحكمه أو عدم سيطرته، ولكنها تؤدي إلى مستوى هام من التغيير في حياة الفرد، مثل ميلاد طفل، مرض صديق، وفاة شخص قريب إلخ...

• **النوع الثالث:** هي المنغصات اليومية، وهي خبرات ضاغطة تكون أقل درامية للفرد مثل فقدان مفتاح، الشعور بالوحدة إلخ... (حسين ط.، 2006: 23-24).

في حين يشير "باورز" و"برجيس" Bowers & Burgess (1994) إلى وجود شكلين من الضواغط:

- **الضواغط المادية (الفيزيائية):** وتتمثل في الحوادث والأمراض، الحرارة، والبرودة والضوضاء إلخ...

- **الضواغط النفسية والاجتماعية:** كالامتحانات، والطلاق، والزواج... إلخ (شارف خوجة، 2010-2011: 32).

### 2.2.2 - الانضغاط (Strain)

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

### 3.2.2 - الضغط النفسي

يعتبر مصطلح الضغط النفسي من أكثر المصطلحات تداولاً من قبل الباحثين على اختلاف تخصصاتهم العلمية ومنطلقاتهم الفكرية. فقد كان سبباً في عدم وجود اتفاق بينهم حول تعريف موحد لهذا المصطلح يرضي الأغلبية منهم (بغول و بوعلوي ن.، 2008: 3).

يعرفه شافير (Shafeer 2000) بأنه إثارة العقل والجسد ردًا على مطلب مفروض عليهما بمعنى أن الضغوط موجودة دائما وأنها خاصية الحياة (السهيلي، 2008: 18).

ويعرفه جرينبرج (Greenberg، 2004) بأنه يحدث فقط في المدى الذي يدرك فيه الفرد أن الموقف الذي يواجهه يتضمن بعض التهديدات، وأنه لن يستطيع أن يتكيف مع مطالب الموقف أو تلك المخاطر، بمعنى أن الموقف يخرج عن سيطرته (مسلم أ.، 2007: 9).

ويعرف ديفيد فونتانا (Fontana) الضغط بأنه عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكوينية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات، وتستمتع بالاستثارة المتضمنة فيها، فإن الضغط يكون مقبولاً ومفيداً، أما إذا كانت لا تستطيع احتواء هذه المتطلبات، ووجود هذه الاستثارة يضعفها، فإن الضغط لا يكون مقبولاً وهو غير مفيد بل ضار (ياغي، 2006: 12).

في حين يرى فيريري (Ferreri) أن الضغط عبارة عن علاقة الفرد بمحيطه ويمثل رد فعل تجاه تهديد ما، وهو تفاعل بين الموقف المهدد ورد فعل الفرد كما أشار إليه "هانس سيللي". وهناك ضغط عادي بحيث تكون الاستجابة مناسبة، ويكون لدى الفرد أساليب المقاومة تسمح له بالتكيف، لكن في الضغط المرضي لا يستطيع الفرد تحقيق التكيف، ويؤدي ذلك إلى اضطرابات نفسية جسدية مزمنة ومستمرة (شارف خوجة، 2010-2011: 29-30).

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

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

#### 4.2.2 - الاحتراق النفسي (Burnout)

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

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

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

### 2.3- التعريف الاصطلاحي للضغط المهني

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

• **التصور النظري الأول (البيئي):** يعتبر الضغط المهني متعلقاً بخصوصية البيئة المهنية الضارة كما تشير إليه بعض الدراسات من حيث وجود علاقة بين بيئة العمل الضارة وما تسببه من مشاكل صحية.

• **التصور النظري الثاني (الفسولوجي):** الذي يعرف الضغط المهني انطلاقاً من التأثيرات الفسيولوجية نتيجة مجموعة من المنبهات الضارة، وهذا يعني أن الرد على البيئة السلبية يكون بصورة فسيولوجية.

• **التصور النظري الثالث (النفسي):** الذي يعتبر الضغط المهني محصلة التفاعلات الدينامية بين الفرد ومحيطه البيئي المهني. ويستدل عليه من خلال التفاعلات الموجودة بين الشخص والبيئة، أو من خلال مستوى العمليات المعرفية وردود الفعل الانفعالية التي تكمن وراء هذه التفاعلات. ويعتبر هذا التصور للضغط بمثابة النظرية المعاصرة للضغط. (Rial-González, 2006:32).

وحسب لازاروس وفلكمان (1984) فإن الضغوط المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقّة ومرهقة، وتتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد، ويمثل الاحتراق المرحلة النهائية في عجز الفرد عن

التكيف مع مطالب العمل، والذي يظهر في شكل أعراض جسمية، انفعالية وسلوكية. (حسين س.، 2006: 28).

ويرى بارون Baron بأن "الضغط النفسي في العمل هو محصلة الحالتين مختلفتين:

- تشير الأولى لظروف العمل المادية والاجتماعية التي تحيط بالفرد في مكان العمل، والتي تسبب له الضيق والتوتر، ويطلق على هذه الظروف اسم مصادر الضغوط Stressors.
- في حين تعني الثانية الأثر الذي تحدثه هذه المصادر من ردود فعل نفسية متمثلة في الشعور غير السار الذي ينتاب الفرد. نقلا عن (مريم، 2008: 482).

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

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

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

- عنصر المثير: الذي يشتمل على المثيرات الأولية الناتجة عن مشاعر الضغوط، وقد تأتي هذه العناصر من البيئة أو المنظمة أو الأفراد.
- عنصر الاستجابة: ويتكون من ردود الفعل الفيزيولوجية والنفسية والسلوكية التي يبديها الفرد مثل الإحباطات والقلق والتوتر وغيرها.
- عنصر التفاعل: وهو العنصر الذي يحدث التفاعل ما بين عوامل المثيرات والاستجابات، ويأتي هذا التفاعل من عوامل البيئة، والعوامل التنظيمية في العمل، والمشاعر الإنسانية وما يترتب عليها من استجابات (مسلم، أ، 2007: 10).

أما الوكالة الأوروبية للأمن والصحة المهنية فقد اعتبرت الضغط كنتيجة لتفاعل الفرد مع بيئته المهنية، ويكون ظهور حالة الضغط عندما يحدث خلل أو عدم توازن بين مدركات الفرد للالتزامات



المهنية المطلوب منه القيام بها، والتي يفرضها عليه محيطه المهني، وبين قدراته الشخصية للقيام بها (Legeron, 2008: 812).

تندرج معظم التعاريف التي قدّمت لمصطلح الضغط المهني ضمن واحدة من الفئات الثلاثة التالية:

- **تعريف تقوم على أساس المنبه:** وفق هذا الطرح يعرف الضغط على أنه القوة (المنبه) التي تؤثر على حواس الفرد المختلفة مما يؤدي إلى حدوث استجابة توترية غير مرغوب فيها. وقد نشأت هذه النظرة لمفهوم الضغط من النموذج الهندسي، الذي ينص أساسا على أن لكل فرد قدرة فطرية لمقاومة الضواغط البيئية (تشبه معامل التحمل) ولما تتزايد شدة المواقف الضاغطة التي يختبرها الفرد وتجتاز عتبة التحمل يشعر الشخص بتلف في الوظيفة ومن ثمّ تحدث الاستجابة للضغط (Kahn & Byosiere, 1992) نقلا عن: (بوزازوة، 2007: 29).

- **تعريف تقوم على أساس الاستجابة:** وفق هذا الطرح يعرف الضغط على أنه الاستجابة الفسيولوجية والسيكولوجية التي يقوم بها الفرد تجاه مصدر بيئي مُجهّد. وهذا التعريف يتبناه الفيسيولوجيون، إذ يعتبرون آثاره مؤشرات تثبت وقوع الفرد تحت وطأة الضغط، ويعتبر سيلبي من أهم رواد هذا الطرح ويتفق معه كويك وكويك (Quick & Quick) اللذان يريان أن الضغط هو استجابة تتضمن تعبئة عامة نموذجية ولا شعورية لموارد الطاقة الطبيعية في الجسم عند مواجهتها لمسببات الضغط.

- **تعريف تقوم على أساس المنبه والاستجابة:** وهي عبارة عن مزج بين المدخلين السابقين. ووفق هذا الطرح يُعرّف الضغط على أنه نتيجة للتفاعل الموجود بين منبه بيئي واستجابة المزاج الذاتي الخاص بالفرد (أي الفروق الفردية). وجوهر هذا التناول يتمثل في أن ضغط المثيرات يؤدي حتما إلى استجابات انفعالية متباينة لدى الأفراد، ويرجع ذلك إلى اختلاف تقديراتهم المعرفية ومواردهم الشخصية التي يستعملونها في مواجهة الموقف الضاغط (Lazaus, 1984: 73).

## تعقيب

على الرغم من تعدد التعاريف التي بلورها العلماء والباحثون وتباينها، فإننا نرى أن هذه التعاريف لا تتضمن مفاهيم مختلفة وإنما تتضمن مفاهيم يُكمّل بعضها بعضا، وتشارك جميعها في مفهوم يشتمل على كافة العناصر التي يحتويها الضغط المهني، فهي تتفق على أنه:

- ناجم عن ضغوط العمل التي يواجها الأفراد العاملون في المؤسسات التي يعملون فيها.
- أن الضغط ظاهرة نفسية تصيب العاملين وتتمثل بالتعب النفسي، وتكوين اتجاهات سلبية نحو العمل، وقلة الإنجاز الشخصي.

- يؤدي إلى انخفاض الحيوية للفرد المصاب به، وانخفاض مستوى الإنتاجية الفردية.
- تنعكس آثاره على الفرد العامل وعلى المؤسسة التي يعمل فيها، وعلى الأفراد المستفيدين من خدمات المؤسسة.

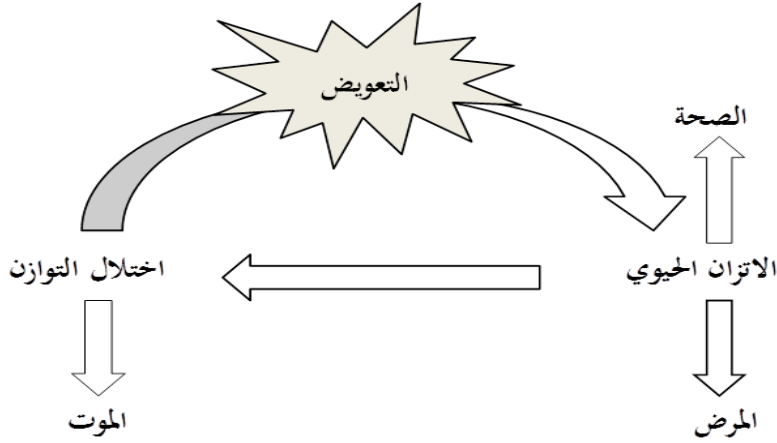
### 3- النماذج النظرية المفسرة للضغط المهني

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط التي عرفت تطبيقاتها في الميدان المهني نجاحا باهرا. فالعديد من الدراسات حاولت عزل العوامل المؤدية للضغط وتحديدتها عن طريق دراسات كمية ضمن تقارير شملت مختلف مظاهر التوتر (الفيزيولوجية، النفسية، السلوكية)، وهذه الخطوة وفرت الفرصة لحصر عوامل الضغط من جهة، ومن جهة أخرى سمحت بتطبيق بعض النماذج إجرائيا حول الضغط (Peterson. L & René .N: 13). وعليه سوف يقع إدراج البعض منها ليس بهدف الحصر وإنما لتوضيح أبعادها في تناول لضغط المهني ضمن أطر نظرية مختلفة.

#### 1.3- النموذج البيولوجي

يتضمن هذا النموذج كل من أعمال ولتر كانون وأعمال هانس سيلبي.

**1.1.3 - أعمال كانون (1932) (Walter Cannon)** كانت بدايات أعمال الفسيولوجي الأمريكي والتر برادفورد كانون الأولى سنة 1920 في الإشارة إلى مصطلح الضغط، باستعماله لمفهوم الاتزان الحيوي (Homéostasie) الذي يقصد به المحافظة على توازن البيئة الداخلية للفرد ضمن إطاره الاجتماعي والتنظيمي. حيث تصدر عن جسم الفرد استجابات فسيولوجية عند تعرضه للمثيرات المختلفة في البيئة، ويمثل الشكل الموالي مفهوم التوازن الحيوي للعضوية حسب كانون:



الشكل(1): مفهوم التوازن الحيوي للعضوية (كانون، 1920)

يبين الشكل (1) أن عودة الجسم لحالته الطبيعية السابقة تكون بزوال المثيرات الضاغطة، ويختل التوازن إذا فشل الجسم في التعامل مع المطالب الخارجية التي تؤدي به إلى المرض، بحيث يظهر أنه عندما تضمن كل مستويات وتنظيمات جسم الإنسان تلبية حاجاته الفيزيولوجية، تكون العضوية حينئذ في حالة توازن دينامي يطلق عليها Homéostasie. (Decherch, 2017).

وقد حدد كانون النماذج المبكرة عن استجابة الضغط وهي "استجابة المواجهة أو الهروب (Fight or flight) مشيراً في ذلك إلى أن العمليات الفيزيولوجية التي تنشط في الاستجابة للأحداث البيئية لتتيح الفرصة أمام الجسم إما للمواجهة أو الهروب من الحدث الضاغط (...)، وأن استجابة المواجهة أو الهروب هي استجابة تكيفية لأنها تمكن الكائن العضوي من الاستجابة للتهديد، غير أنها يمكن أن تكون ضارة للكائن لأنها تزيد من مستوى أدائه الانفعالي والفيزيولوجي عندما يتعرض لضغوط مستمرة ولا يستطيع المواجهة أو الهروب (...)، ومن ثم فإن أي مطلب بيئي إذا فشل الجسم في التعامل معه فإنه يخل بهذا الاتزان، ومن ثم ينتج المرض" (حسين س.، 2006: 42-43).

### 2.1.3 - أعمال هانس سيلبي (Hans Selye)

تعتبر مجهودات سيلبي الحاسمة (1936، 1946، 1956) في إرساء الدعائم الأولى للعديد من الدراسات حول موضوع الضغط، إذ يعتبر الضغط استجابة العضوية إلى متطلبات المحيط، التي تتطلب من الشخص ضرورة التكيف والاستعداد للموقف الجديد، حتى وإن كان الأمر في ظاهره شيئاً مفرحاً ومسعداً للإنسان، إلا أنه يتطلب من الفرد الاستعداد وأن يكون على مستوى المسؤولية، وهذا بدوره يشكل عاملاً ضاغطاً للإنسان، أما الاستجابة السلبية فإنها تكون حينما يكون المثير ذا طابع سلبي

كأن يتلقى الفرد خبرا غير سار، وفاة، خسارة تجارية، التي تترجم بتمظهرات عضوية غير محدّدة، حيث تمثل استجابة لتهديدات مادّية خارجية (Stressors) (الطريري، 1984: 439).

وقد وضع هانس سيللي تصورا نظريا معروفا لهذه الاستجابة أطلق عليه اسم "التناذر العام للتكيف" (Le Syndrome Général d'Adaptation -SGA)، الذي تقوم فيه العضوية باتخاذ التدابير اللازمة عندما تتعرض للضغط لمواجهة حسب المراحل الثلاثة التالية:

### مرحلة الإنذار (Alarme)

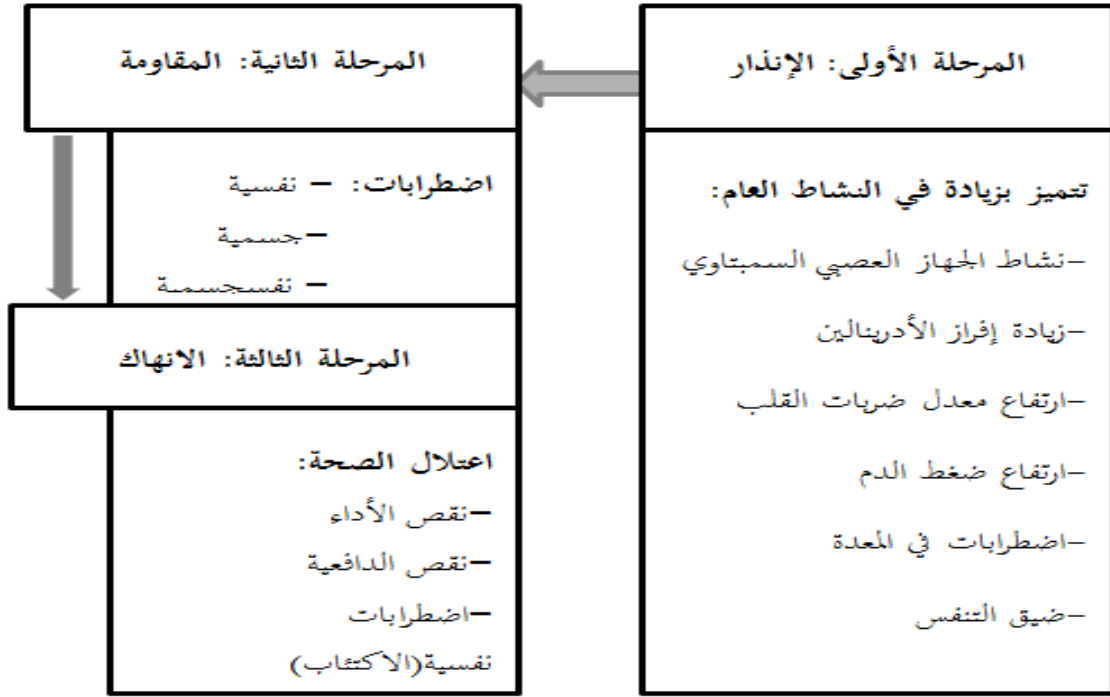
وهي المرحلة الأولى أين تكون فيها مقاومة الفرد للضغوط ضعيفة، حيث تنشط فيها الآليات الدفاعية لدى الفرد، ويحدث قصور في وظائف الأعضاء بسبب ضعف وصول الدم إليها مما يسبب انخفاضاً في ضغط الدم الذي يتسبب بدوره في مجموعة من التغيرات، وتعتبر هذه المرحلة قصيرة وسريعة جداً تدوم لدقائق وفي بعض الحالات تستمر ساعات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

### مرحلة المقاومة (Résistance)

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

### مرحلة الإنهاك (Epuisement)

هنا تنهار آليات التكيف ويصل الفرد إلى هذه المرحلة عندما تستمر الحالة في التدهور، فيتواصل الضغط النفسي، ويستنفد الجسم جميع احتياطياته، ولا يتمكن من الاستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية، فتفشل الوسائل الدفاعية للجسم، وتظهر علامات الإعياء تدريجياً، وتتوقف قدرة الفرد على التوافق، كما تتوقف عملية بناء الأنسجة ويضعف الفرد بشكل عام، وقد يصاحب ذلك أعراض الاكتئاب أو السلوك الذهاني والمرض الجسدي وربما الموت أحياناً (الأحمدي، 2002: 33)، ويمثل الشكل الموالي المراحل المذكورة بوضوح.



الشكل (2): مراحل الاستجابة للضغط ومظاهره وفق نموذج سيلبي (أبوبكر ن.، 2007: 42).

أما عن عوامل الضغط فترجعها هذه النظرية إلى ثلاثة عوامل هي:

- عوامل الضغط الجسدي: مثل الأحداث المزعجة، الحوادث والآلام الجسدية... إلخ.
- عوامل الضغط النفسي: مثل القلق، الانفعال، المخاوف بأنواعها، الإرهاق الفكري.
- عوامل الضغط الاجتماعي: مثل الصراعات المهنية، والعلاقات الاجتماعية السيئة والعزلة (أبو بكر، 2007: 35).

كما يؤكد كل من ديزنلوك وفارو (Désinlock & Farrow (1988 أن استجابة العضوية الفيزيولوجية للضغط لها أضرار على مستويين اثنين هما:

#### ▪ المستوى الفيزيولوجي

يتمظهر الضغط فيزيولوجيا كاستجابة عصبية وكيميائية وعضوية، حيث يقوم الجسم ببعث رسالة الضغط إلى الجهاز تحت المهاد إلى الغدة النخامية في الدماغ، فتعلن هذه الأخيرة إشارة إنذار بإرسال هرمونات للغدد الصماء التي تفرز بدورها الأدرينالين المسببة لتغيرات تفاعلات الهدم والبناء في الجهاز العصبي، وعندما يصبح دفاع الجسم ضد عوامل الضغط غير ملائم، تنخفض طاقة التكيف فيحدث إرهاق شديد.

## ▪ المستوى النفسي

يتمظهر الضغط على المستوى النفسي باستجابات اجتماعية وسلوكية ونفسية وانفعالية. فعندما تكون طلبات الجسم على المستوى الانفعالي (ضغط انفعالي)، يكون الدماغ هو المنطقة المعتدى عليها، إذ يلعب الهيوتلاموس دورا هاما، حيث يرسل إشارات إلى الغدة النخامية كما في الضغط الفسيولوجي فتتبع سلسلة الحوادث الخاصة بالضغط الجسدي، إلا أن الضغط النفسي يتأثر بالشخصية. فبينما يستجيب الأفراد استجابة ملموسة وبالطريقة نفسها إلى عامل فيزيقي، فإنه على العكس من ذلك بالنسبة إلى الضغط النفسي، التي تأخذ نوعين من الاستجابات وهما:

- **الاستجابة الأدرينالينية:** حيث تستجيب العضوية لطلب مستعجل كاستجابة لإنذار، فتحرر السكر المخزن في الكبد الضروري للعضلات والدماغ. ويلعب الأدرينالين دورا هاما وجوهريا في كل ما يتعلق بالإيقاع القلبي التاجي المسؤول عن سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وجريانه في الأعضاء وفي الدماغ.

- **الاستجابة القشرية الكظرية:** تكون هذه الاستجابة بطيئة ومتأخرة ودائمة، حيث يتم خلالها إفراز هرمون الكظر الذي يؤدي إلى إحداث عمليات الأيض (الاستقلاب) الهولي، الذي يُنتج بسهولة سكر الطاقة في الكبد، ويمنع الالتهاب الناتج عن عوامل الضغط، وهي أيضا مسؤولة عن نقص الدفاع المناعي، وضمور الغدة الصعترية والغدد الليمفاوية وظهور قرحة المعدة الاثني عشر. (برزوان، 2012-2013: 40-41).

## 2.3- النموذج التفاعلي

ويتضمن بدوره عدّة نماذج مختلفة حسب منطلق كل مفكر ونذكر منها ما يلي:

### 1.2.3- نموذج التقدير المعرفي للازاروس (1984)

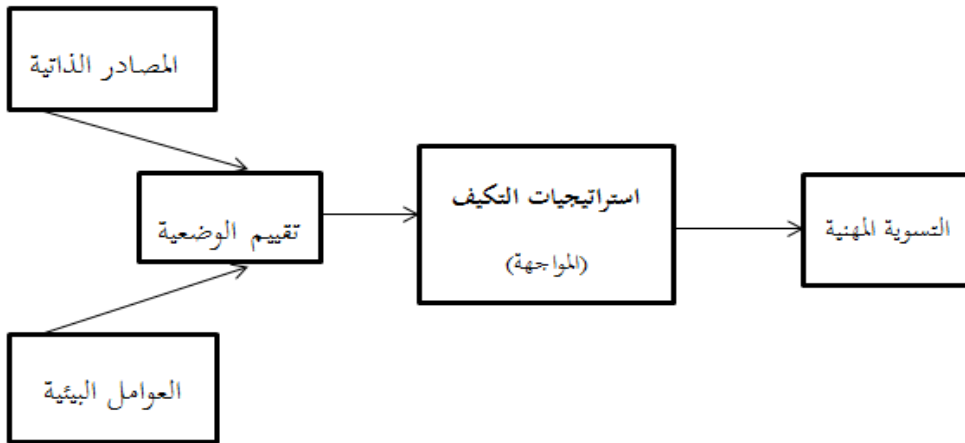
يتميز هذا التناول التفاعلي بين ثلاثة مجالات من التأثير: المحيط، السياق (الموقف النفسي) والفرد. ويعرّف لازاروس الضغط بأنه الاختلاف الحاصل بين متطلبات المحيط وقدرة الفرد على الاستجابة لها (Peterson. L & René N: 13).

وقد اهتم كل من لازاروس وفلكمان Lazarus & Folkman (1984) بالأبعاد السيكولوجية والمعرفية حيث يكون الفرد والبيئة في علاقة ديناميكية ومتبادلة ذات اتجاه ثنائي، أي أن المثيرات البيئية ليست هي سبب الضغط الذي يشعر به الفرد، وإنما هو نتيجة للتفاعل بينها بتدخل طريقة إدراك الفرد لهذه المثيرات وتقييمه لها. وقد أشار لازاروس إلى دور العمليات الذهنية التي يتم من خلالها فهم وتقييم

أهمية المثير، ومدى القدرة على التكيف معه ومواجهته في تحديد استجابة الفرد للضغط، لذا يرى بأن هناك عمليتان رئيسيتان تتحكمان في العلاقة بين الفرد ومحيطه وهما: التقييم والمواجهة، وهما جوهر الاتجاه المعرفي.

ويرى أن هناك ثلاث مستويات من التقييم كما يوضحه الشكل (3) أدناه:

- **التقييم الأولي:** يعمل الفرد على معرفة نمط وتحديات الوضعية، فيما إذا كان هناك دلالة على وجود خطر أم لا، التي تتحدّد على أساسها استراتيجيات المواجهة.
  - **التقييم الثانوي:** يسمح بتحديد الوسائل التي سيعتمدها الفرد في تجاوز الوضعية أو الاستفادة منها أو تعديلها، ثم النظر في استراتيجيات التعامل المختلفة معها: الإنكار، التجنب، التغيير... إلخ.
  - **إعادة التقييم:** يتعلق بتغيير التقييم الأولي، ويستند هذا التغيير على توفر معطيات جديدة عن البيئة أو عن الشخص (Peterson. L & René N: 14).
- وقد ركز كل من لازاروس وفلكمان (1984) على هذه المستويات الثلاثة للضغط وطريقة تمثيلها على الصعيد (الاجتماعي والنفسي والفسولوجي).



الشكل (3): يبين نموذج فلكمان ولازاروس لمستويات التقييم (1984)

(Legeron, 2008: 23).

### 2.2.3 - نموذج (الإلزام - الاستقلالية - السند الاجتماعي) لروبير كارزاك

تمّ تطوير هذا النموذج من طرف العالم السوسولوجي السويدي روبرت كارزاك (Robert Karasek) (1990) وأطلق عليه أيضا اسم النموذج التفاعلي، لكونه ينطلق من افتراض أن هناك

تفاعلا بين بعدين في وضعية العمل. حيث يخص البعد الأول عرض القرار الذي يتمثل في (درجة الضبط، الاستقلالية في القرار)، أما البعد الثاني فيتمثل في المطالب البيئية (أعباء الوظيفة، سرعة الأعمال، طول ساعات العمل، تنظيم الوقت، الأوقات المخصصة للمهام، حجم الأعمال، المتطلبات الفكرية). (Karasek & Theorell, 1990) نقلا عن (12 : Probst).

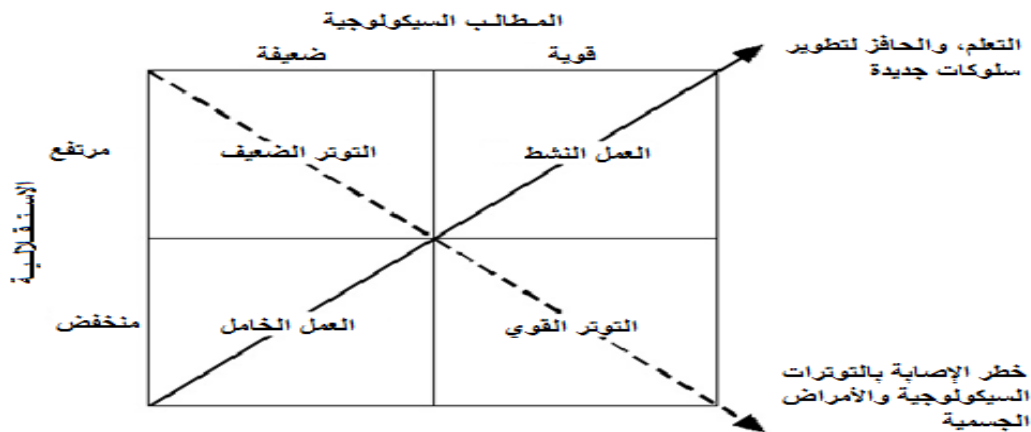
وينطلق هذا النموذج من افتراض أنه عندما يكون مستوى أخذ القرار مرتفعا أو متحكما فيه، فإن ذلك يسمح بتخفيض الآثار السلبية للمطالب البيئية المهنية على الصحة. وحسب كرازاك 1979 عندما يكون مستوى المطالب المهنية مرتفعا مع انخفاض مستوى أخذ القرار، ينجم عن ذلك مستوى عاليا من الضغط (Guillet, 2013: 3).

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

- **البعد الأول:** هو الاستقلالية في اتخاذ القرار الذي يمنح للفرد القدرة على مراقبة عمله.

- **البعد الثاني:** يتمثل في استخدام المهارات التي من المحتمل أن تكون خلاقية وتطور مهارات الفرد في عمله. وتتمثل مظاهر العمل التي تشجع الاستقلالية في اتخاذ القرارات لدى العامل في: أن تكون خلاقية، إنجاز عمل متنوع، استخدام مستوى عال من التأهيل، تعلم أشياء جديدة وتطوير المهارات الشخصية. (Benmessaoud, 2008: 15).

وقد قام كرازاك وتوريل بتصنيف وضعيات العمل إلى أربع فئات حسب الشكل (4).



الشكل (4): مخطط النموذج السلوكي لكرازاك 1980.



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

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

غير أن هذا النموذج انتقد من عدة أوجه منها:

- كونه اهتم بالشريحة الذكورية فقط.
- قام بوصف العمل في المؤسسات التنظيمية الصناعية.
- سمحت دراسات كارزاك المستمرة ضمن نموذجه بالتأكد من تكرار الأمراض الوعائية القلبية.

### 3.2.3- النموذج التعملي للضغط لـ "ماكاي وكوبر" (Mackay et Cooper) (1987).

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

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

عند التقييم المعرفي للوضعية المهنية من طرف الفرد ضمن هذا النموذج، ينتج شعور بعدم التوازن نتيجة الضغط وتبرز استراتيجيات مواجهة، هذه الأخيرة تتحدد بسلوكيات تؤثر بدورها على المصادر والمطالب، وتحدد أيضا الآثار الفيزيولوجية التي تؤثر بدورها على الإدراك والتقييم المعرفي للوضعية. ويوضح هذا النموذج أيضا كيف تستطيع المصادر والمطالب، والسلوك والصحة، أن تتفاعل فيما بينها على مرّ الزمن، وينجم عنها ضغط في حالة الاختلال بين المصادر والاستعدادات (Delaunois M. , 2000-2001: 25).

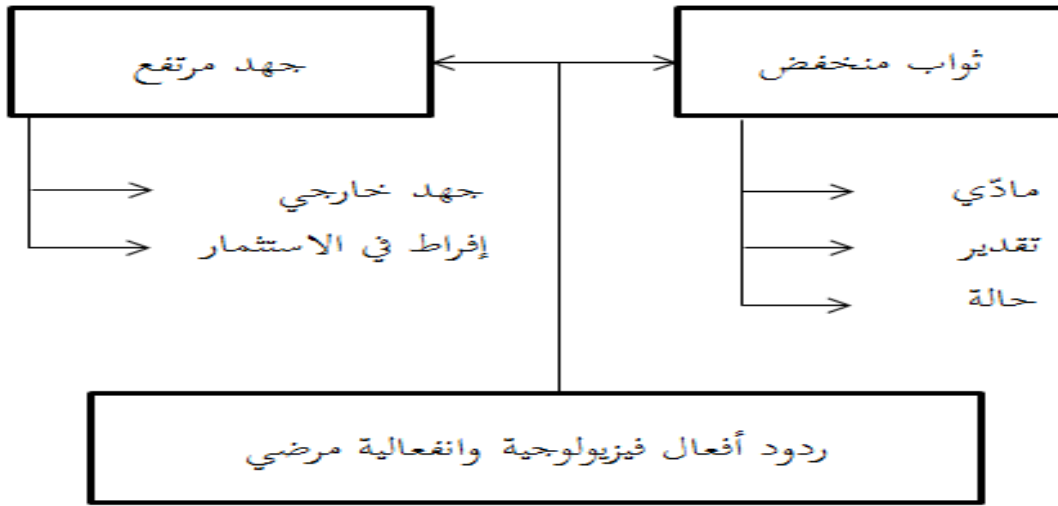
### 3.3- نموذج الاختلال بين الجهد/الثواب Siegrist (2000).

الافتراض الذي ينطلق منه Johannes Siegrist (1986) كما هو مبين في الشكل (5)، وهو أن كل وضعية عمل تتسم بالجمع بين الجهد المرتفع وانخفاض المكافأة، سينتج عنها حتما ردود فعل مرضية على المستوى الانفعالي والفسولوجي. حيث يحدد سيغريست مصدرين للجهد المبذول في العمل إما داخلي أو خارجي، ويتمثل الجهد الخارجي في بذل جهدا بدنيا أكثر تجاه أعباء المهام الكثيرة، ضيق الوقت، الانقطاعات المتكررة لتوتيرة العمل...إلخ.

أما الجهد الداخلي فيتمثل في المواقف التي تترجم فرط الاستثمار في الدوافع المتعلقة بالإفراط في إنجاز العمل كالشعور بالواجب، الحاجة الفطرية للتفوق والتحديات. ويرى Siegrist أن هناك ثلاثة أبعاد هامة للمكافآت والاعتراف وهي:

- البعد الأول: المكافآت المالية.
- البعد الثاني: المكافآت الاجتماعية والعاطفية.
- البعد الثالث: المركز الوظيفي (آفاق الترقية والأمن الوظيفي).

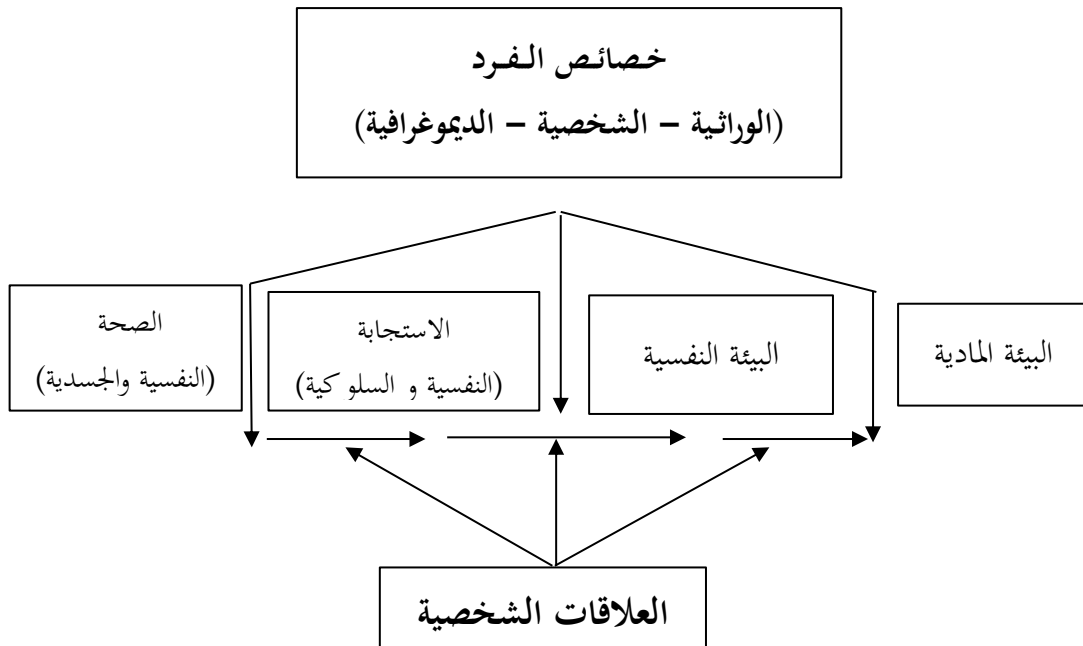
(Benmessaoud, 2008:16).



الشكل (5): يمثل نموذج عدم التوازن بين الجهد والثواب في العمل لـ (Siegrist, 1996)،  
 نقلا عن (Legeron, 2008: 23).

#### 4.3- النموذج البيئي- الاجتماعي

ظهر هذا النموذج عقب بلورة نظرية بيئية-اجتماعية بجامعة ميشيغان Michigan بعد ما توصلت النظريات السابقة إلى أن تعامل الفرد مع المحيط الضاغط هو طريقة غير خطية، وإنما تعامله يعتمد على أساليب معرفية وسلوكية تكيفية، لذا هدف هذا النموذج إلى دراسة الضغط بتوفير إطار نظري شامل للبحث في تأثير العمل على صحة الفرد.



الشكل (6) نموذج ميتشغان (توافق الفرد مع البيئة) (الأحمدي، 2002: 36).

ويعتبر كارن فرانك K.French أول رواد هذا النموذج الذي أسماه بالنموذج البيئي الاجتماعي للضغط، وقد حاول أن يطور من خلاله نظرية شاملة للصحة النفسية، واستعمله البعض كأساس لتتبع الدراسات والبحوث بدءاً بالمجهودات التي تتعلق بفهم بيئة العمل الموضوعي، وانتهاء بدراسات الصحة والأمراض ذات العلاقة المباشرة أو غير المباشرة بالضغط (كشروود، 2001: 320). ويقترح فرانك وزملاؤه (French et al, 1982) نموذجاً يفسر طبيعة العلاقة بين الفرد والمحيط ويعطي تفسيراً لاختلاف سلوكياتهم (Person-Environment-Fit). حيث يروا أن حالة الضغط هي نتيجة غياب العلاقة بين المحيط المهني (الذي تتعدد متطلباته ومكافآته) والأفراد (الذين تتعدد منتظراتهم وقدراتهم) فالضغط ينجم كنتيجة عن حالتين:

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

ويقترح هذا النموذج أيضاً ضرورة التمييز بين الواقع الموضوعي والإدراكات الذاتية من جهة، ومن جهة أخرى بين المتغيرات البيئية والمتغيرات الشخصية (Ribaute, 2014). ووفق التصورات الأولية لهذا النموذج، فإن البيئة تؤثر على إدراك الفرد لها، مما يؤثر بدوره على استجابته ومن ثم على صحته (الأحمدي، 2002: 35).

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

- طاقة وقدرة الفرد.
  - المهارات والمحاولات الناتجة عن التطبيقات الجماعية والتقليدية.
  - الوسائل المعطاة للفرد من قبل البيئة الاجتماعية.
  - المعايير التي تحدد أين وكيف يستعمل الفرد هذه الوسائل.
- فعندما يشعر الأفراد بأنهم ليسوا مستعدين لمواجهة الموقف الضاغط فإنهم يمرون بخبرة تتمثل في عدم الراحة المفرطة، وتنتج تلك المشاعر من فقدان المعلومات الملائمة والمهارات الناتجة عن جهل الفرد بالموقف أو عن بعض الخصائص الشخصية للفرد، مثل: انخفاض الثقة بالنفس، وبصفة عامة فإن الأفراد الذين لديهم مهارات واستعدادات أكثر من غيرهم تكون لهم القدرة على مباشرة العمل بثقة

تامة أفضل من غيرهم ممن لا يملكون هذه الخصائص. وهكذا فإن التحكم بنجاح في الموقف، والمشاعر التي تتأثر أثناء عملية المواجهة تتسم بقابلية الانعكاس، وطبقا لوجهة نظر "ميكانيك" فإن قابلية الانعكاس تتوقف على الوسائل التكوينية التي تشمل السلوك والأفكار المناسبة لموقف الفرد ومشاعره تجاه ما حوله. ويواصل قوله "أنه عندما يكون السلوك مناسبا أو موافقا لمتطلبات الموقف، فهذا يسمى سلوك التعامل (كشروود، 2001: 303).

#### 4- تعقيب على مختلف النماذج

يتضح من العرض السابق تعدد وتنوع النماذج النظرية المفسرة للضغط المهني، حيث نلاحظ أن نموذج سيللي ركز أساسا على رد الفعل الفيزيولوجي لمواجهة الضغط، الذي يتمظهر حسب شدة الضغط وفق المراحل الثلاثة. لكنه أهمل الجانب الانفعالي والمعرفي لمواجهة الضغط، باعتبار العلاقة بين المثير والاستجابة هي علاقة خطية، وعلمنا أن التعامل هنا مع الفرد الإنساني وليس مع المادة الجامدة. بينما قام نموذج لازاروس بالتركيز على عملية الإدراك والتقدير للأحداث الضاغطة لدى الفرد، مبرزاً أهم الآليات التي يلجأ إليها الفرد لإحداث التوافق، فإما أن تكون ناجحة بحيث تؤدي للتكيف أو تكون فاشلة فتؤدي للمرض، غير أنه على الرغم من الإجماع على أهمية وفائدة وجود البعد النفسي للضغط في هذا النموذج إلا أن هناك من يرى (Brief & George, 1995) بأنه يفتقر إلى بعد أساسي ألا وهو: المنظمة. (الأحمدي، 2002: 15).

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

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

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

ما يمكن التنويه به حول مختلف التناولات النظرية لمفهوم الضغط هو أهمية الإطار المرجعي للفرد وتأثيره على تنظيمه النفسي، الذي على أساسه يتم تحديد تصوره لمفهوم العمل، وأيضا لما هو ضاغط أو غير ضاغط في ميدان عمله، فمفهوم العمل لدى المجتمعات الغربية يختلف عنه لدى المجتمعات العربية، وعليه تحتم علينا خلال هذا البحث الأخذ بعين الاعتبار الإطار الاجتماعي والثقافي الذي يحدد طبيعة الفرد الجزائري، ومدى إدراكه للمصادر المهنية الضاغطة، وعليه كان الاهتمام والتركيز عليها بتحديدتها لدى مجموعة بحثنا.

## 5- عوامل الضغط المهني

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

- مدى قدرة الفرد على إدراك الضغوط.

- تفسير الفرد لهذه الضغوط وتقديره لمدى إمكانية مواجهتها وذلك وفقا لقدراته.

- مدى إدراك الفرد للنتائج الجيدة المحتملة في حال نجاحه في التكيف مع مسببات الضغوط (مسلم أ.، 2007: 22).

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

### 1.5- الإدراك (La perception)

الإدراك سيرورة نفسية أساسية، بواسطتها تصنّف وتنظّم المعلومات الآتية من المحيط حتى يستطيع الفرد الإمام بالحقائق. وبالتالي الإدراكات التي قد يمتلكها الفرد حول وضعية ما هي التي تحدد تجربته للتعرض للضغط بالطريقة التي جرّبها فعلا. كما يعتمد أيضا على إدراكه لأسباب وأبعاد العمل والبيئة المحيطة به.

### 2.5- الخبرة السابقة (L'expérience passée)

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

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

### 3.5- الفروق الفردية (Les différences individuelles)

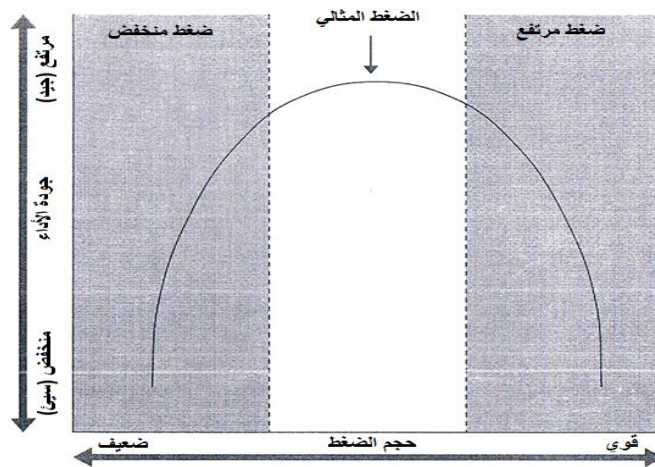
قد تفسر خصوصيات الشخصية بعض الفروقات أو الاختلافات التي تصدر عن المهنيين تجاه الضغط بالإضافة إلى تأثير الحاجات والمعايير والقدرات المكتسبة لديهم، مثلا قد يعتبر فرد ما أن عنصرا ما هو منبع للضغط في حين لا يعتبره الآخر كذلك.

### 4.5- العلاقات البينية (الشخصية) (Les relations interpersonnelles)

يعتبر التفاعل بين رفقاء المهنة هاما جدا، فغياب أو وجود بعض الأشخاص له تأثير على الطريقة التي يعيش بها بعض الأفراد الوضعية الضاغطة داخل مجال عملهم. فحضور رفقاء العمل يزيد من الثقة لدى الفرد ويسمح له بمواجهة الضغط بكل فعالية، مثلا العمل بجانب شخص أنهى عمله بكل ثقة ومهارة في وضعية ضاغطة قد يساعد العامل بأن يسلك نفس الطريقة، عكس ذلك نجده عند حضور رفقاء عمل يُهيّجون الأفراد وينقلون لهم شعورهم بالضغط مما ينقص من قدرتهم على مواجهة الضغط. (Ghiglione & Matalon., 1982: 542)

### 5.5- الأداء (La prestation)

لقد وضح فيغليونيون R, Ghiglione في دراسة له عن العلاقة بين درجة الضغط الملازم لبعض المهن ونوعية الضغط، ووجد بأن المستوى المثالي للضغط تمثله تلك المهام المنجزة بجودة في الأداء، فالإفراط أو التفريط في الضغط قد يؤثر سلبا على نوعية الأداء بمعنى إذا كان الضغط قويا أو منخفضا فإن جودة الأداء تنخفض.



الشكل (7): العلاقة بين الضغط والأداء

(Ghiglione & Matalon., 1982: 543).

## 6- مصادر الضغط المهني

لقد نالت مصادر الضغوط حظا واسعا من الاهتمام والدراسة وهي كثيرة ومتنوعة، ولتصنيفها يشير ألي (Alley,1980) إلى أنه يجب التمييز بين ثلاثة مفاهيم تتعلق بالضغوط النفسية وهي:

- الضغوط النفسية السيئة أو السلبية: ونلاحظ انعكاساتها في النزاعات.
- الضغوط النفسية الحميدة أو الإيجابية: فهي ضغوط مطلوبة ومحمودة، تحدث كرد فعل للمواقف السارة وكنتيجة للشعور بالبهجة والسرور.
- مسببات الضغوط النفسية: هي أحداث سلبية أو إيجابية.

وانطلاقا من هنا، يختلف تصنيف الضغوط في الأدبيات المتخصصة وفق أسس مختلفة منها:

- من حيث ما يترتب عليها: تصنف إلى ضغوط بناءة (إيجابية) كالزواج، الترقى في العمل، في مقابل ضغوط هدامة (سلبية) كالمرض، الإصابة في العمل، وفاة شخص عزيز.

- من حيث الاستمرار والتقطع، وتصنف إلى:

○ (مستمرة) كمنغصات الحياة اليومية.

○ (متقطعة) كالمناسبات الاجتماعية والإجازات ومخالفات القانون.

- من حيث المنشأ: تصنف إلى ضغوط (داخلية) أي من داخل الفرد مثل الحاجات والمتغيرات الفسيولوجية، والطموحات والأهداف، في مقابل ضغوط (خارجية) أي تأتي من البيئة الخارجية، كالظروف الطبيعية كالزلازل والملوثات.

- من حيث المتأثرين بها: تصنف إلى (العامة) أي يتأثر بها عدد كبير من الناس كالأحداث الزلزلة، في مقابل (الخاصة) التي تؤثر على فرد واحد أو على عدد محدود من الأفراد مثل حوادث الطرق، أو منغصات الحياة اليومية.

- من حيث شدة الأحداث والمواقف الضاغطة: ويمكن أن تصنف إلى خفيفة ومعتدلة وشديدة.

- من حيث مجال الحياة: فتصنف إلى تلك التي تحدث في المجال الاقتصادي أو السياسي أو الاجتماعي أو الإداري أو التنظيمي وهكذا... (جمعة، س، 2008: 15).

لذا لا يمكن حصر أنواع ومصادر الضغوط في مصدر واحد، فمنها ما هو مرتبط بالبيئة الخارجية سواء بيئة أسرية أو اجتماعية أو فيزيقية، ومنها ما هو مرتبط بكيفية إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وكذا أساليب التفكير المختلفة.



وقد بيّن جودل وبراون (Goodall & Brown) أن مصادر الضغوط تنقسم إلى:

- مصادر شخصية: حيث ترتبط بالقيم والمواقف والقناعات التي يحملها الفرد تجاه نفسه وغيره.
- مصادر بيئية: التي تتصل بظروف الحياة والعمل وأوضاعه (واكلي، 2012-2013:109).

بينما حدد ميلر (Miler, 1979) مصادر الضغوط في مصدرين أساسيين، هما:

- الضغوط الداخلية: وهي التي تنبع من داخل الفرد مثل الطموحات والأهداف.
  - الضغوط الخارجية: وهي التي تأتي من البيئة الخارجية مثل الضوضاء، الزلازل والأعاصير، وضغوط القيم والمعتقدات، والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع مما يسبب للفرد ضغوطا مرتفعة (حسين، س، 2006: 38).
- والحديث عن مصادر الضغط في ميدان العمل يختلف عن مصادر الضغط النفسي في ميادين الحياة المختلفة، حيث يرى كوبر (Cooper, 1985) أن مصادر الضغط في المجال المهني تتمحور حول بعض الخصائص المتعلقة بالمهام، والتفاعل الاجتماعي، والتطور المهني، وحول العلاقة أو الصراع المتعلق بميدان العمل والحياة اليومية (Piquemal-Vieu, 2001: 87).

كما حدّد كل من شفائترز وبروشون (Schweitzer-Bruchon) (2002) أن هناك أربعة مصادر رئيسية للضغط المهني هي:

- خصائص المهمة (عبء العمل، ظروف العمل المادية والنفسية...إلخ).
  - الخصائص العلائقية (ضغط الدور، عدم الاعتراف بالعمل المنجز، والتحرش المهني...إلخ).
  - خصائص المهنة (غياب الترقية والمرونة...إلخ).
  - خصائص العلاقة بين العمل والحياة الأسرية (Ruiller, 2008: 41).
- وقد تعددت نماذج تصنيف مصادر الضغط من قبل الباحثين الذين ركزوا على ثلاث نماذج مختلفة تحدد مصادر الضغط منها الثنائي والثلاثي والمتعدد وسيتم التفصيل فيها كما يلي:

## 1.6- النموذج الثنائي

لقد وضع كل من "بريف"، "فانسال" و"شولار" (Brif, Vansell, Schuler ; 1981) نموذجا لمصادر الضغط المهني يتكون من مجموعتين رئيسيتين من العوامل المسببة للضغط في ميدان العمل، بحيث تشمل كل مجموعة على عدد من العناصر التي تضم بدورها مجموعة من المسببات للضغط المهني.

المجموعة الرئيسة الأولى: وتشمل ثلاث مجموعات فرعية تتمثل في:

أ- السياسات التنظيمية.

ب- الهيكل التنظيمي.

ج- المراحل التنظيمية.

المجموعة الرئيسة الثانية: وتضم خمس مجموعات فرعية هي:

أ- تجهيزات بيئة العمل.

ب- السلامة والصحة المهنية.

ج- علاقات العمل الشخصية.

د- متطلبات الوظيفة.

هـ- متطلبات الدور. (القبلان، 2004: 90).

كما قسم كل من حسني ومحمود (1993) مصادر الضغط المهني إلى:

أ- مصادر ترتبط بالبيئة المادية للعمل: وتتمثل بالضغوط الناجمة عن افتقار بيئة العمل المادية إلى عوامل الراحة الجسمية والسلامة النفسية للعاملين، مثل الهدوء، اعتدال الحرارة ونقاء الجو من الأتربة، وصلاحيه المباني والحجرات وتجهيزاتها المختلفة لراحة العاملين.

ب- مصادر ترتبط بطبيعة العمل ذاته: وتنقسم إلى متطلبات العمل الزائدة التي تراكم التعب الجسماني وتجعل الفرد غير قادر على القيام بأعباء العمل، أو المتطلبات المتضاربة والتوجيهات المحيرة التي تكون مصدر صراع الدور وغموضه، أو ضعف استخدام قدرات الفرد لافتقار الوظيفة إلى الثراء الوظيفي وعناصر التشويق والتنوع في العمل الذي يستثير هم الفرد ويجدد نشاطه (برزوان، 2012-2013: 67).

## 2.6- النموذج الثلاثي

يعتمد أصحاب هذا النموذج في تصنيفهم لمصادر الضغط المهني على ثلاث محددات (المصادر المتعلقة بطبيعة العمل، المصادر المتعلقة بدور الفرد في العمل والمصادر المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل).

### 1.2.6- مصادر متعلقة بطبيعة العمل: وتتضمن:

- ظروف العمل: ويقصد بها الطبيعة المادية التي تحيط بالفرد في مجال عمله كالإضاءة، التهوية، الحرارة، الرطوبة، الضوضاء ومكان العمل غير المريح والتي قد تسبب انهماكا بدنيا وضغطا نفسيا.

- **عبء العمل:** الذي قد يكون عبء كميا ويقصد به كثرة أعمال الفرد الواجب إنجازها في وقت غير كاف، أو عبء كيفية يحدث عندما يشعر الفرد بأن المهارات المطلوبة لإنجاز مستوى معين أكبر من قدراته. (مريم، 2008: 482).

### 2.2.6- مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل: وتتمثل في:

- **غموض الدور:** وهو افتقار الفرد للمعلومات اللازمة التي تمكنه من أداء مهامه بصورة سليمة، بحيث لا يقع في الأخطاء التي قد تعرضه للضغوط.
- **عبء الدور:** ويقصد به عبء العمل الذي يتضمن زيادة أو انخفاضاً في الدور الذي يكلف به العامل، وقد تكون الزيادة كمية كمطالبة العامل بالقيام بمهام كثيرة لا يقوى على إنجازها في الوقت المحدد للقيام بها، أو عبئاً نوعياً كالتكليف بأداء مهام تتطلب قدرات جسمانية ومهارات علمية عالية لا يملكها العامل (الروقي، 2003: 22).
- **المنابذة الليلية:** حسب دراسة (Myrson & Sybil:1994) يعتبر العمل الليلي أحد أسباب الضغط الذي ينعكس أثره الجسمي والنفسي على العاملين في مهنة التمريض، بسبب عدم التناغم بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية.
- **زيادة المسؤولية:** تشكل المسؤولية مصدراً آخرًا لتوتر الفرد أثناء ممارسته لدوره المزدوج (نحو الأفراد، نحو الأشياء) في المنظمة، وحسب ما أشارت إليه دراسة (Marrina,1984:292-303) فإن الأطباء والممرضين من أكثر المهنيين تعرضاً للضغوط النفسية، نظراً لما تتضمنه المهنة من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرضى، وأعباء العمل الزائدة.
- **النمو الوظيفي:** إن تأخر النمو الوظيفي، والافتقار إلى فرص الترقية، وعدم القدرة على التطور الوظيفي من أهم مسببات الضغط المهني بسبب الشعور بعدم الأمن الوظيفي، أو الخوف من الفصل أو التقاعد المبكر (مريم، 2008: 483).

### 3.2.6- مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل: وتشمل:

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

2005:162). ويدعم ديفيد فونتانا هذا القول إذ يرى أن غياب المساندة الاجتماعية داخل مكان العمل تجعل الفرد يحس بالعزلة التي تسبب له الإحساس بعبء المهام التي يقوم بها. (بوفاتح، 2012-2013:136).

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

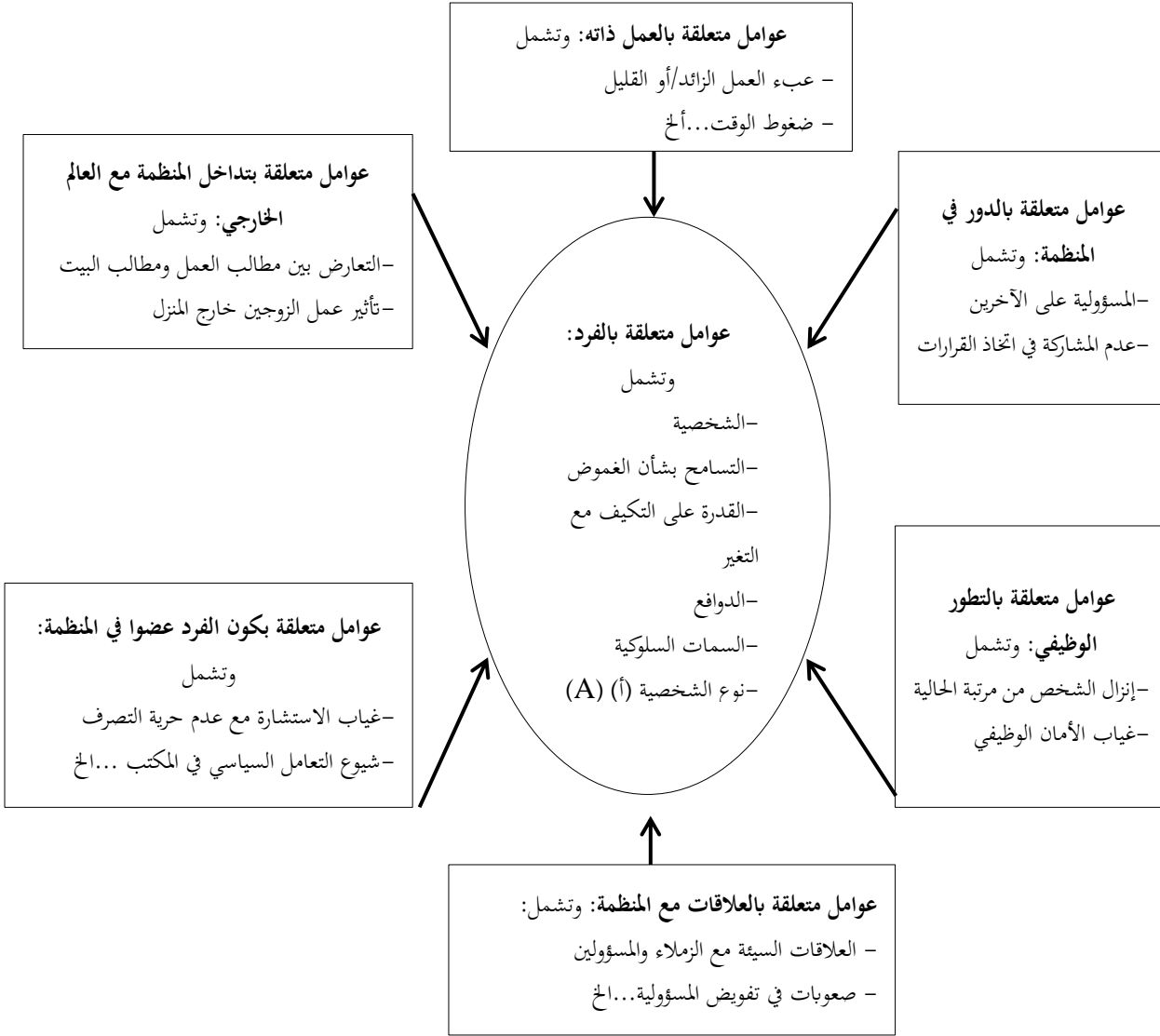
- **العلاقة مع الإدارة:** اكتشف كل من بوك وفرنون (Buck & Vernon) في بحث استطلاعي أن الأفراد الذين يتولى أمرهم مدير متسلط وغير متعاون، ويعاملهم بتحيز ومحاباة ولا يشركهم في أخذ القرارات، يكونون أكثر توتراً وأقل إبداعاً مقارنة بزملائهم مع مدراء متعاونين، عادلين ويفسحون المجال للمشاركة في اتخاذ القرارات المرتبطة بعملهم، لأن نقص تقدير الرئيس لمؤوسيه يعكس لديهم الإحساس بالتوتر الكبير في مكان العمل (عقون، 2011-2012:106).

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

## 4.2.6- النموذج المتعدد

هناك من صنف مصادر الضغط إلى عدة عوامل وهذا ما وضحه هيجان حسب المخطط في

الشكل التالي:



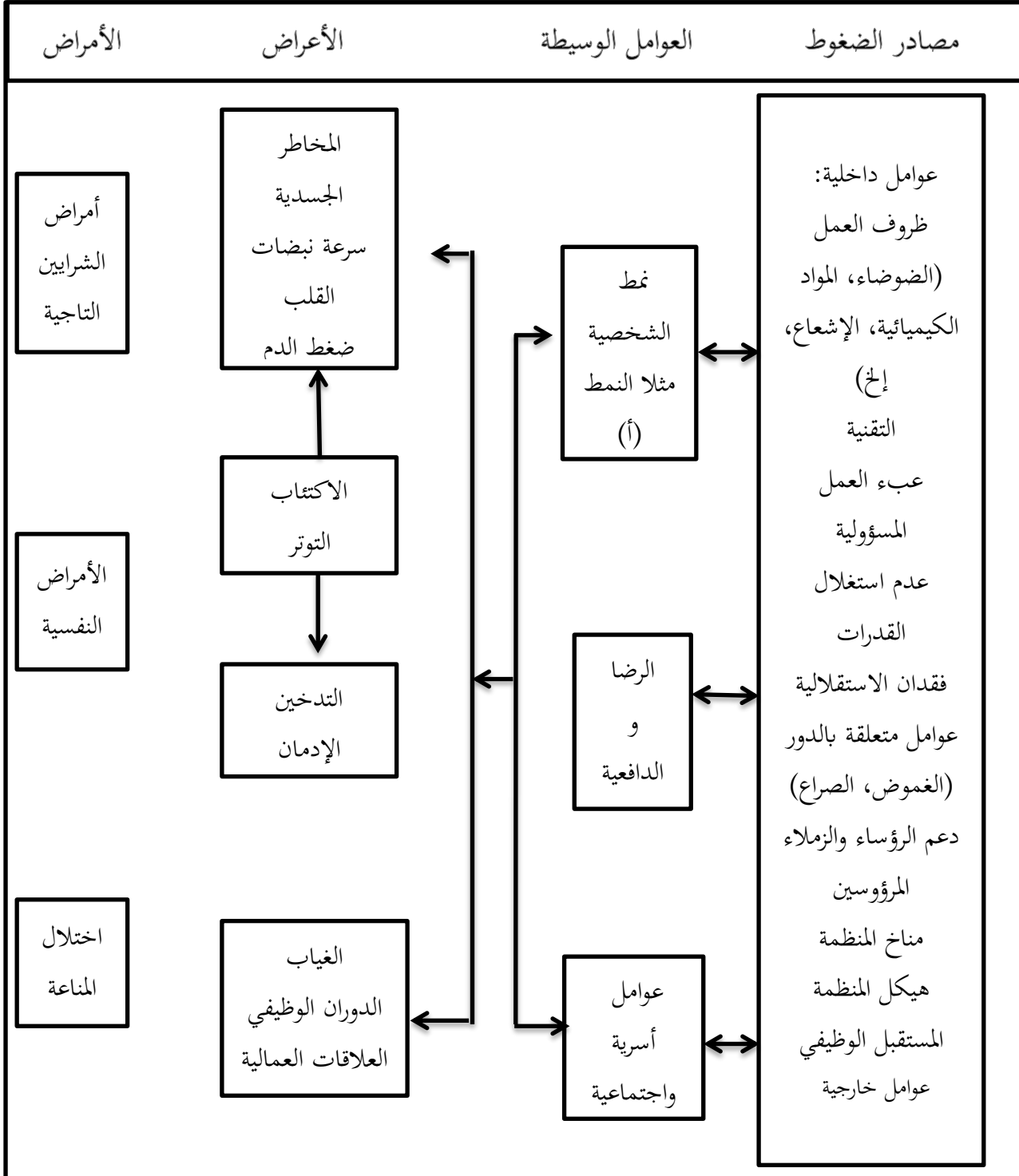
شكل رقم(8): يوضح النموذج المتعدد في تصنيف ضغوط العمل

(لعجايلية، 2015/2014: 62)

يتضح من خلال الشكل أن العوامل المتعلقة بالفرد وتشمل: الشخصية، التسامح بشأن الغموض، القدرة على التكيف مع التغيير، السمات السلوكية، نوع الشخصية (أ) (A)، الدوافع، كلها تتأثر بمختلف المصادر (المتعلقة بالعمل ذاته، وبتداخل المنظمة مع العالم الخارجي، وبالعلاقات مع المنظمة، وبكون الفرد عضواً في المنظمة، وبالتطور الوظيفي) سواء بصورة فردية أو ثنائية أو شاملة.

## 5.2.6- نموذج (كاري كوبر) لتصنيف مصادر ضغوط العمل

قدم كوبر، بعد العديد من البحوث بالاشتراك مع باحثين آخرين، لاسيما روي باين Roy Payne في سنة 1988، تصورا لمصادر الضغوط يوضحها الشكل رقم 9 التالي:



الشكل (9): نموذج كاري كوبر Cary Cooper وروي باين Roy Payne

لتصنيف مصادر ضغوط العمل

كما يبينه الشكل(9)، يدور هذا النموذج على محور أساسي هو أن عددا من العوامل والتي تسمى (العوامل الوسيطة) تحكم العلاقة بين مصادر الضغوط والأعراض والأمراض الناجمة عنها. وتشمل العوامل الوسيطة: نمط الشخصية خاصة النمط (أ)، ودرجة الرضى والدافعية، إضافة إلى العوامل الأسرية. وتعمل هذه العوامل كوسيط بين مسببات الضغوط ونتائجها مما يؤدي إلى وجود فروقات في الاستجابة الفردية للضغوط. (الأحمدي، 2002: 41).

وبما أن هناك اختلافا بين الباحثين يحول دون الوصول إلى نموذج موحد لتحديد مصادر الضغط المهني، رغم وجود تقارب بين مختلف المقاربات لهذه المصادر، إلا أنه يمكن القول أن هناك مصدرين أساسين للضغط المهني هما: الفرد من جهة والمحيط الخارجي بما يحتويه من تنوع (المنظمة، البيئة الاجتماعية، البيئة الأسرية... إلخ) من جهة أخرى.

وبناء على ما سبق ذكره سوف نتبنى الرأي القائل بأن مصادر الضغط المهني هي تلك التي تتحدد بالعوامل المتعلقة بالفرد، العوامل المتعلقة بالمنظمة والعوامل المتعلقة بالبيئة المهنية.

## 6- آثار الضغط

لقد أشارت العديد من الدراسات التي تناولت الضغط بأنه يُحدث آثارا سلبية وإيجابية أيضا، وغالبا ما تكون الآثار المترتبة عنه ضارة على صحة الفرد والمنظمة على حد سواء.

وقد أشار كوكس Cox (1978) إلى خمسة أنواع من التأثيرات الناجمة عن الضغط المهني وهي:

- التأثيرات الفردية: القلق، الملل، الكآبة، التعب، الإحباط، انخفاض تقدير الذات والعصبية.
- التأثيرات السلوكية: ارتكاب الحوادث المهنية، الإدمان على المخدرات، الإفراط في الأكل والشرب، التدخين.
- التأثيرات المعرفية: عدم التركيز، اضطراب الانتباه واضطراب الذاكرة.
- التأثيرات الفيزيولوجية: ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع مستوى السكر في الدم وارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم.
- التأثيرات التنظيمية: التغيب، انخفاض الإنتاج وعدم الرضى الوظيفي (بغول وبوعلي، 2008:6).

وهناك من يذهب إلى تحديد آثار الضغط بروشون-شويتز (1997) (Bruchon-Schweitzer) حسب الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع المصادر الضاغطة لأن ليست لها نفس الأثر على الأفراد.



وقد اتفقت العديد من الدراسات على تحديد المظاهر المرضية للضغط المهني بوجود مستويين يتمثلان في الفرد والمنظمة.

▪ الآثار على مستوى الفرد: وتشمل العديد من جوانب الفرد، مثل الصحة، الأداء.

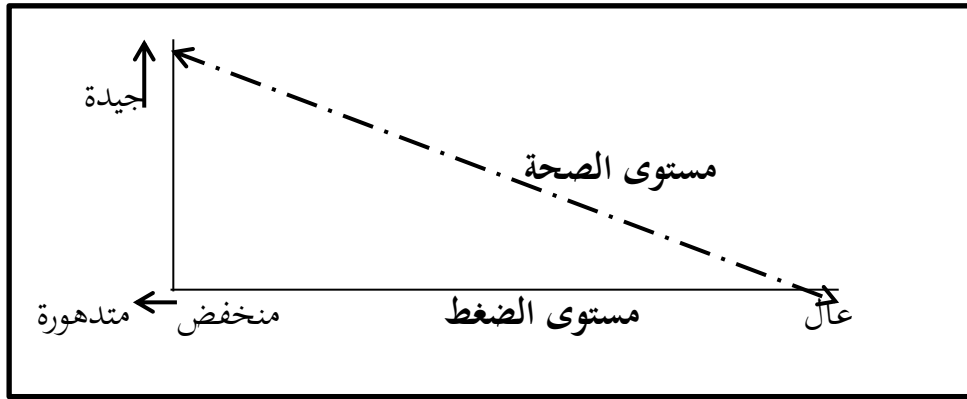
فيما يخص صحة الفرد لقد صنف هلريقل وآخرون (1988) آثار الضغط على الفرد إلى ثلاثة أصناف:

- الآثار الفيزيولوجية: وتضم ارتفاع ضغط الدم، سرعة خفقان القلب، التعرق، الشعور بالبرودة أو الحرارة، مشاكل تنفسية، توتر عضلي، اضطراب كبير في جهاز الهضم، القرحة المعدية وآلام الظهر... إلخ.

- الآثار النفسية: تتضمن الشعور بالغضب، الملل، الانهيار، التهيج، الضجر، ارتفاع العدوانية، الخوف من شر مرتب، عدم القدرة على تحمل السلطة، انعدام الرضى الوظيفي، ضعف القدرة على اتخاذ القرار، عدم القدرة على النوم والاسترخاء، الكآبة، التعب المستمر والشعور المتزايد بعدم الصلاحية.

- الآثار السلوكية: تتلخص في ضعف المردودية المهنية، الميل للتغيب، ارتفاع نسبة الحوادث المهنية، الدوران الكبير في العمل، الاعتماد على المهدئات والتبغ والمشروبات الروحية كالكحول والمخدرات، ازدياد الدفاعية ومشاكل التواصل وأشكال التنديد والنضال داخل المنظمة، وتكون هذه الآثار ناجمة عن الضغط المستمر وعلى المختص أن ينتبه ويتفطن إلى هذه السلوكيات التي قد تظهر بصورة عادية (صحراوي ، 2012-2013: 112).

ويمكن تصوير العلاقة بين مستوى الضغط ومستوى الصحة من خلال النموذج الوارد في الشكل رقم (10) التالي، الذي يبين أن مستوى الضغط يتناسب عكسيا مع مستوى الصحة، أي كلما زاد مستوى الضغط كلما انخفض مستوى صحة الفرد.



شكل (10): علاقة مستوى الضغط ومستوى الصحة (الطريبي، 1994، ص 83).

وتؤكد مارين (Marin 2012) ما سبق ذكره في دراسة حديثة لها على أن الاضطرابات الناجمة جراء المعاناة من الضغط المستمر تضم مجموعة من التغيرات النفسية-المرضية كاضطراب القلق، الاضطرابات المزاجية بدرجات متباينة بين الأفراد، وتمثل هذه التغيرات أساس عملية الانهيار التي تُحدث أعراض المعاناة النفسية، الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وحالة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (MARIEN, 2012: 42).

#### ■ الآثار على مستوى المنظمة

إن الآثار المترتبة على مستوى المنظمة قد تأخذ عدّة صور، كأن يتكرر غياب العامل، وتكثر الحوادث الصادرة عنه وكذا الإصابات، كما تم ملاحظة انخفاض الإنتاجية وعدم جودة الإنتاج، لاسيما في حالة التوتر الشديد، بالإضافة إلى كثرة الخلافات مع الزملاء وعدم القدرة على الانسجام معهم. (الطريبي، 1994: 91).

ويشير بارد (Bird) 1974 (نقلا: عن بغول) في إحدى دراساته أن الاستهداف لحوادث العمل يرتبط بنقص الوقت، قلة الجهد وقلة الانتباه والتركيز. لأن هذه العناصر تتناقض وطرق السلامة المهنية. كما أثبتت دراسة لشامبرس وفارمرس (Chambers & Farmers) العلاقة الوثيقة بين الأقدمية المهنية وارتكاب الحوادث، وأنه كلما زادت مدة خبرة الفرد في العمل ينخفض معدل الحوادث.

ومن مترتبات الضغط على الأداء، فقد أكدت الدراسات على أن هناك علاقة واضحة بينهما، فالذي يعاني من ضغط مزمن وتظهر عليه أعراضه يؤدي به الحال إلى التغيب عن العمل، وانخفاض مستوى الأداء لديه، وانتقاله من عمل إلى آخر حتى انقطاعه عن العمل نهائيا. أما انعدام الضغط

فيؤدي إلى الملل والكسل، فالمستويات الدنيا تسبب الملل، أما المستويات العليا فتؤدي إلى الانهيار، وتبقى المستويات الوسطى هي المنطقة المثالية للأداء. ويبقى على المسيرين أن يتعرفوا على هذه المستويات الوسطى والمثلى. (صحراوي ، 2012-2013: 114).

## 7- قياس الضغط المهني

يعتبر قياس الضغط المهني والتعرف على مستوياته لدى الفرد من الاهتمامات الأساسية التي شغلت الباحثين في العديد من المجالات خاصة علم النفس والطب المهني. وتجدر الإشارة إلى أنه ليس من السهل قياس الضغط المهني كما هو الحال بالنسبة لقياس الضوضاء أو الترددات الصوتية... إلخ. حيث يجب أن يتحدد الإطار النظري لكي يتم قياس الضغط، ونظرا لاختلاف وجهات نظر الباحثين حول مفهوم الضغط ترتب عن ذلك اختلاف تناولهم له، نجم عنه بالنتيجة اختلاف في أساليب قياسه. وقد يتم قياس إدراك الأفراد للضغط من خلال طرح سؤال مباشر عن مدى شعورهم به، أو قياس مسببات (مصادر) الضغط كمؤشر لدرجته أو قياس الضغط من خلال أعراضها النفسية والبدنية (الأحمدي، 2002: 56-57).

لذا "تعددت محاولات قياس الضغط (...). من خلال ما يعيشه الفرد من انضغاط ومدى شدة الضغط عليه، والتي تظهر في صفات فيزيولوجية وبدنية ونفسية وسلوكية، وتقاس تلك الصفات بعدة وسائل وأدوات ... " (بوفاتح، 2012-2013: 98).

وفيما يلي محاولة لرصد أهم طرق قياس الضغط المهني:

### 1.7- الطرق البيولوجية والفيزيولوجية لقياس الضغط

حيث تعتمد هذه الطرق على مقاييس تحدد نسب الهرمونات المفرزة في الجسم، إذ ينجم عن الضغط مجموعة أعراض بيولوجية وتغيرات تحدث في الجسم الذي يسعى إلى محاولة التكيف أو الاستجابة لمختلف العوامل الضاغطة.

ومن بين الهرمونات الهامة التي تعتبر مؤشرا للضغط نجد هرمون الأدرينالين، والنور أدرينالين والكولسترول وغيرها. حيث تتواجد هذه الهرمونات بنسب محدّدة في الدم في الحالات العادية، بينما ترتفع في الحالات التي يحدث فيها الضغط، إذ أنها كلما زاد الضغط كلما زادت نسبتها في الدم. لذلك تمّ اعتمادها كطريقة لتقدير الضغط من طرف بعض الباحثين خاصة البيولوجيين منهم.

هذا إلى جانب قياس نسب عدّة هرمونات أخرى يعتبر ارتفاعها مؤشرا على تضاعف الضغط كإفرازات الغدة الدرقية La Glande Thyroïde، إذ يتم تقدير نسبة هرمون الثيروكسين أي الدرقيين

في الدم Thyroxine ونسبة إفراز البرولاكتين La Prolactine. كما تعتبر نسبة الكولسترول في الدم مؤشرا جيدا لتحديد درجة الضغط. ففي الحالات العادية متوسط نسبة الكولسترول من النوع HDL في بلازما الدم Plasma تقدر بـ 0.70 غ في اللتر، وهي نسبة ضرورية لما توفره من حماية للشرايين القلبية، حيث تعمل على طرد الكولسترول من النوع الضار LDL ومنعه من الترسب على جدران الشرايين. ويظهر تأثير الضغط على الفرد بانخفاض مستوى الكولسترول الجيد HDL وارتفاع الكولسترول الضار LDL، وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يعانون من الضغط غالبا ما تكون نسبة الكولسترول HDL لديهم أقل من المستوى العادي، مما يفسح المجال للإصابة بالنبات والاضطرابات القلبية والتي تعتبر من أكثر أجهزة الجسم عرضة للضغط (Bensabat, 1980). لذلك تم استخدام نسبة الكولسترول في الدم لدى بعض الباحثين لأجل البحث عن الاضطرابات القلبية عند الأفراد لتقدير مستوى الضغط (موساوي، 2000-2001: 38-39).

## 2.7 - الطرق السيكولوجية والاجتماعية لقياس الضغط

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

وقد أنتجت التراكمات العلمية تقنيات مختلفة ومتعددة لقياس الضغط يمكن الحديث عنها

فيما يلي:

• المقاييس والاختبارات النفسية التي تضم:

○ أساليب التقرير الذاتي Self-reports ومنها:

- الاستبيانات والاختبارات Questionnaires.

- المقابلات Interviews.

○ المقاييس السلوكية Behavioral Scales وتضم:

- الملاحظة Observation في المواقف الطبيعية والمصطنعة.

- الاختبارات الأدائية Performance Scales (سيد يوسف، 2008: 25).

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

- قياس آثار الضغط (مؤشرات الضغط على المدى القريب أو البعيد).
- التقارير الذاتية (الاستبانات، قوائم المهام Check-lists... إلخ).
- الملاحظات (باستعمال أجهزة أو بدون أجهزة).
- تحليل الأرشيف المختلف (الوثائق، التسجيلات... إلخ).

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

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

ومن أهم المقاييس الشائعة لقياس الضغط:

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

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

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

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

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

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

- الإنهاك الانفعالي: (9 وحدات)، عندما تكون النتيجة  $\leq 17$ ، بعد جمع الدرجات التي يتم الحصول عليها من البنود 1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16 و20. ويقاس الإنهاك الذي يشعر به الفرد نتيجة الجهد المبذول لمساعدة الآخرين.
- تبلد المشاعر: (8 وحدات)، عندما تكون النتيجة  $\geq 38$ ، يكون بعد الحصول على التقييمات المتعلقة بالبنود 4، 7، 9، 12، 17، 18، 19 و21. ويقاس الشعور السلبي لدى الفرد.
- الاحتراق: (5 وحدات) عندما تكون النتيجة  $\leq 7$ ، بعد إضافة الدرجات التي تم الحصول عليها في البنود 5، 10، 11، 15 و22 ويقاس نقص الشعور بالكفاءة لدى العاملين وتطور الميل السلبي في أدائهم (Chamoux, 2008, p. 13).

## 2.7- مقياس كرازاك (Questionnaire de Karasek)

يهتم بقياس الضغط في ميدان العمل، تم بناؤه من طرف العالم الأمريكي كرازاك Robert Karasek ويسعى إلى تقييم شدة المطالب السيكولوجية التي يقع تحت تأثيرها العامل، وإمكانية اتخاذ القرارات التي منحت له وكذا الدعم الاجتماعي المنتظر. يقيّم هذا المقياس ثلاث أبعاد في البيئة النفسية-الاجتماعية لميدان العمل هي: المطالب السيكولوجية، اتخاذ القرارات، الدعم الاجتماعي. ويحتوي المقياس على 26 سؤالاً:

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

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

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

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

عندما نجد النتيجة الكلية أقل من (24) فإن الضغط ناجم عن نقص الدعم الاجتماعي (Isostrain) وهو المزج بين حالة من التوتر المهني وانخفاض الدعم الاجتماعي (Wassenhove, 2013).

### 3.7- مقياس الضغط للممرضين لقراي توفت (Nursing Stress Scale (Gray Toft)

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

يتكون المقياس من أربعة وحدات بكل منها مجموعة بنود هي:

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

بعد عرض هذه الطرق المستعملة في قياس وتقييم الضغط المهني التي أدرجت من باب التوضيح لا للحصر، نظراً لوجود العديد من المقاييس الخاصة بقياس الضغط المهني في جميع المجالات، وفي كل المجتمعات، ومنه نصل إلى أنه لا توجد طريقة قياس ضغط واحدة تناسب كل البيئات الاجتماعية والمؤسسات التنظيمية، فهناك ما هو معد لقياس الضغط لدى الممرضين، ولدى الأطباء، ولدى العاملين بالمؤسسات الصناعية... إلخ، وطبيعة الضغوط تختلف من مجال مهني إلى آخر، كما أنه يجب التمسك بالإطار النظري المرجعي لتحديد وقياس الضغط، فالتصور النظري البيولوجي للضغط يختلف عن التصور النظري التفاعلي للضغط، وبالتالي فإن الأساس الذي يعتمده التصور الأول في قياس الضغط يختلف حتماً عن الأساس الذي يعتمده التصور الثاني.

## خلاصة

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



# الفصل الثالث

## استراتيجيات المواجهة

### تمهيد

1. تطور مفهوم المواجهة (Coping)
  2. تعريف المواجهة
  3. النماذج النظرية المفسرة للمواجهة
    - 1.3- النموذج السيكو- دينامي
    - 2.3- النموذج المعرفي- التفاعلي
    - 3.3- النموذج الاجتماعي- البيئي
  4. تصنيفات أساليب المواجهة
    - 1.4- تصنيف لازاروس
    - 2.4- تصنيف بولهان وبورجوا
    - 3.4- تصنيف كوكس و فيرجسون
    - 4.4- تصنيف موس
    - 5.4- تصنيف أوبرين و ديلونجس
  5. قياس المواجهة
  6. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط
- خلاصة

## تمهيد

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

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

وفي هذا الفصل سوف نتعرض لمفهوم المواجهة انطلاقا من أصله التاريخي، كما سيتم عرض موضوع استراتيجيات المواجهة بتحديد مفهومها، والتمييز بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة على حل المشكل، وتلك المتمركزة على الانفعال، مع عرض وظائف ومميزات المواجهة، وعرض مختلف الأطر والنماذج النظرية التي تناولتها وطرق قياسها.

### 1- تطور مفهوم المواجهة (Coping)

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

لقد نالت استراتيجيات المواجهة، التي يطلق عليها أيضا أساليب التعامل مع الضغوط، الاهتمام وحظيت بالدراسة، وتعدّ دراسة (Murphy, 1962) من أولى الدراسات التي استعملت مصطلح التعامل مع الضغوط، الذي يشير إلى مختلف الأساليب التي يلجأ إليها الشخص في تعامله مع المواقف التي تهدد توازنه بهدف التحكم فيها.

كما وقع تناول مفهوم المواجهة بالتحليل من طرف لازاروس ولونيي (Lazaus & Launier 1978)، اللذان استعملاه لوصف التصرفات الصادرة من الفرد لمواجهة الضواغط والتخفيف من التوتر الجسمي والنفسي تجاهها (Dinca, 2008: 36).

## 2- تعريف المواجهة

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

يعد مفهوم المواجهة من الناحية الأدبية صعب الترجمة (To Cope with) ويعني بالفرنسية (Faire avec) أي "فعل مع" أو "التعامل مع"، وفي مقابل ذلك اقترحت عدة مصطلحات منها: استراتيجيات التكيف (Strategies d'adaptation)، ميكانيزمات دفاعية (Mécanismes de defenses)، استراتيجيات التوافق (Strategies d'ajustement)، بحيث يقدم كل مصطلح وجهة نظر معينة. لذا يندرج مفهوم المواجهة (Coping) ضمن سياق نظري محدد يجد منبعه في العديد من التيارات النظرية المختلفة التي تناولت هذا المصطلح (Dantchev, 1989: 23).

وبالرغم من الكم الهائل من السيرورات والاستجابات التي تأخذ طابع المواجهة لدى الفرد تجاه الوضعيات الصعبة والحرجة، اقتصر التركيز على عدد محدد من الاستجابات كما فعل لازاروس 1974 مشيراً إلى أن المواجهة ليست سلوكيات ذات اتجاه واحد (أحادية الأبعاد) بل هي متعددة المستويات (المعرفية الإدراكية) (Mariage A. , 2001, p. 23). كما اهتم فريدنبرج (Fredenberg 1999) بدراسة استراتيجيات التعامل مع الضغوط، وهو يرى أن الصحة والحالة الجيدة ترتبطان بالطريقة التي نواجه بها الضغط النفسي.

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

أما كالن (Callan, 1993) فيرى أن المواجهة في بيئة العمل هي عبارة عن جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدرته على التنبؤ بالموقف وتساعد على إدراك الضبط في التعامل مع المشكلات التي ستحدث له في المستقبل (حسين س.، 2006: 82).

كما يعتبر أن التكيف هو عملية (Processus) وليس سمة أو بعدا (Dimension) في الشخصية، بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وكل منهما يساهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد، التي تحدث نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط (حسين، س، 2006: 88).

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

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

ويرى (الطبري، 1994) أن العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة يمكن أن تأخذ صورتين:

**الصورة الأولى:** هي عملية التكيف مع الوضع الضاغط، وهي عبارة عن عمليات وإجراءات روتينية يعتمد الفرد إلى استعمالها، وعادة ما تكون هذه العمليات أوتوماتكية ومتكررة، وكأنها أسلوب ثابت يلجأ إليه الفرد في مثل هذه المواقف.

**الصورة الثانية:** هي عبارة عن إجراءات يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه، ومن ثمة العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي، وعادة ما تكون هذه الإجراءات نتيجة عملية تقييم الفرد للموقف الذي يمر به أكثر من كونها صفة ثابتة أو إجراءات روتينية.

إذن يمكن القول أن عملية مواجهة المشكلة، والبحث عن حل لها، ستكون أجدى من عملية التكيف مع المشكلة أو إصلاح الوضع، والتي قد تؤدي إلى استمرار المشكلة على ما هي عليه دون إيجاد حل لها. أما إذا قرر الفرد مواجهة الضغط من خلال استراتيجية التقليل من إدراكه لعوامل الضغط، والحد من رد فعله نحو العوامل الضاغطة، فإنه يعتمد إلى مجموعة من الإجراءات ذات العلاقة وهي:

- زيادة مهارات الفرد العملية.
- زيادة مهارات التفاعل الوجداني.
- زيادة الدعم الاجتماعي (منى محمود عبد الله، 2002) نقلا عن (شارف خوجة، 2010-2011: 139).

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

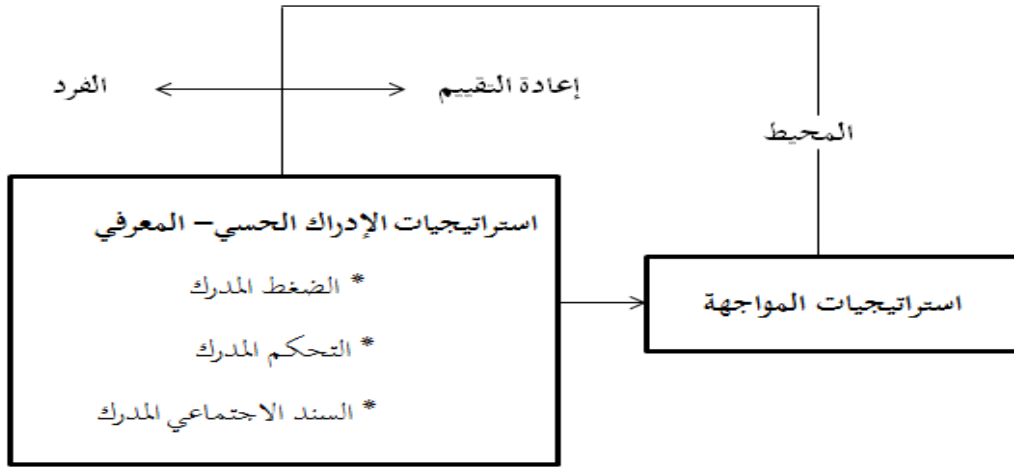
- بصورة مباشرة عن طريق زيادة السلوكيات السليمة.

- بصورة غير مباشرة وذلك باختيار استراتيجيات المواجهة المناسبة التي ستعمل على تخفيف

العلاقة بين الدعم الاجتماعي والتكيف العاطفي (Cousson-Gélie, 2001:102).

وقد قدم كل من لازاروس وفلكمان (Lazarus & Folkman, 1984) تعريفاً يحمل بعداً سلوكياً ومعرفياً للمواجهة، فاعتبراها "مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز حدوده وإمكانياته، أو نحو التخفيف من تأثيرها أو نحو تحملها (Lazarus, 1984: 141).

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



الشكل (11): عملية المواجهة حسب لازاروس وفلكمان

(Cousson-Gélie, 2001: 100)

هذا ويعتبر تعريف لازاروس وفلكمان لاستراتيجيات المواجهة (Coping) من التعريفات الشاملة

لأنه يتضمن عدّة عناصر هامة منها:

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

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

### تعقيب على التعاريف:

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

### 3- النماذج النظرية المفسرة للمواجهة

لقد تعددت النماذج النظرية في تناولها لمفهوم المواجهة، لما لها من أهمية في مساهمتها في التخفيف من التوتر والضغط الناجم عن مختلف المصادر الضاغطة في الحياة اليومية للفرد. ويعتبر تعدد الأطر النظرية لهذا المفهوم بمثابة استكمال لأوجه النقص في كل واحدة منها، ومن أشهر النماذج التي تناولت مفهوم المواجهة هي:

#### 1.3- النموذج السيكو- دينامي

يعد هذا النموذج بمثابة النظرية الأولى عن المواجهة، إذ ركز على استخدام الميكانزمات الدفاعية اللاشعورية التي يستخدمها الفرد لتجاوز الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المكبوتات على مستوى اللاشعور (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 86).

يرى فرويد (Freud 1856 - 1939) انطلاقا من نظريته عن الشخصية، أن الميكانزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا للتخفيف من التوترات، القلق والصراعات، ومنها الكبت، الإنكار، التبرير، النكوص، الإسقاط والتجنب... وغيرها. وهذه الميكانزمات الدفاعية تعدل من إدراك الفرد للأحداث، وتقلل من حدة الشعور بالضيق والمشقة لديه. كما يرى هذا المنظور أن المواجهة عملية نفسية داخلية تنبع من داخل الفرد. ويرى فرويد أن الميكانزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا للتخفيف من التوتر والصراع الداخلي، والفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة بل أكثر من أسلوب. وترى نظرية التحليل النفسي أن المواجهة عملية نفسية داخلية (Intra psychique) تنبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانزمات الدفاع اللاشعورية. ويشير هان وفايانت (Vaillant 1971) و Han (1977) إلى أن هذه الميكانزمات الدفاعية النفسية هي استراتيجيات عقلية تعمل على خفض الحالات الانفعالية السلبية لدى الفرد من خلال تغيير الواقع بل وتزييفه، وتستثار هذه الميكانزمات عن طريق مثيرات داخلية أو خارجية (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 86).

#### 2.3- النموذج المعرفي- التفاعلي

لقد ظهر هذا التوجه كرد فعل عن المنظور السيكو- دينامي، والمنطلق الأساسي لهذا النموذج هو أن المواجهة لا تظهر أهميتها فقط في وظيفتها (مواجهة المشكل) عن طريق استراتيجياتها المتأثرة بالحيط والوضيعات الضاغطة، وإنما تظهر من خلال وظيفتها الداخلية للفرد (إحداث التوازن)، لذا



هناك نوعان من المواجهة: المواجهة المتمركزة على المشكل والمواجهة المتمركزة على الانفعال (Pearlin & Schooler, 1978: 112) نقلا عن (Callahan, 2004: 95).

وقد اقترح لازاروس وفريقه نموذجا للمواجهة الذي عرف فيما بعد تعديلات متتالية إلى أن شكّل نماذج فرعية يمكن التعرّيج عليها فيما يلي:

- **نموذج ثنائي الأبعاد:** يميز هذا النموذج بين المواجهة التي تركز على المشكلة والمواجهة التي تركز على الانفعال، ومن زاوية أخرى جاء هذا المنهج التعاملي لتمييز المواجهة النشطة الموجهة نحو حل المشكلة والتكيف، "بتجنب المشكلة" بدلا من مواجهة التصدي التي تركز على الانفعال والتي تهدف إلى الحد من التوتر، ويمكن استخدام هاتين الاستراتيجيتين في نفس الوقت.

- **نموذج ثلاثي الأبعاد:** أدخل في النموذج السابق فئة ثالثة من المواجهة التي تركز على التقييم والتي تسمح بإعادة تقييم الوضع عن طريق تغيير المعنى.

- **نموذج متعدد الأبعاد:** قدم العديد من الفئات وفقا لمدى تعقيد الضغوطات وتنوعها، والتي توجب على الفرد إدارتها، فيلجأ إلى استعمال أنواع من استراتيجيات المواجهة لتقييم أفضل (M.Aldwin, 1994: 58). لذا سنعتمد هذا النموذج في تحديد استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة بحثنا في مواجهتها للمصادر المختلفة الضاغطة مهنيا.

ويميز رولان Rolland (1998) نوعين من استراتيجيات المواجهة حيث يشير إلى أساليب المواجهة « Styles de coping » و إلى سلوكيات المواجهة « Comportements de coping »، بحيث تعكس الأولى كل أنماط الردود المعتادة في التعامل مع الأوضاع الضاغطة في الحياة اليومية، بمعنى كل أساليب التعامل التي يلجأ إليها الأفراد في تعاملهم مع الضغط المزمن وكيفية استجابتهم له في حياتهم اليومية. بينما الثانية، تتمثل في نوع الاستجابات المستخدمة في التعامل مع المواقف الضاغطة الخاصة جدا (الضغط الحاد)، وقد اهتم كل من (Folkman et Lazarus, 1985 ; Scherer et coll., 1993) بالطريقة التي يدير بها الأفراد وضعية ضاغطة بصورة متميزة وليس بطريقة عامة. (Inserm, 2011: 49).

### 3.3- النموذج الاجتماعي - البيئي

يرتكز تفسير المواجهة من المنظور الاجتماعي - البيئي على أهمية تفاعل الفرد مع الظروف المادية والثقافية والاجتماعية للبيئة، والتي تُعتبر المنشأ الأساسي لمصادر المواجهة البيئية، كما يركز على شبكة العلاقات الاجتماعية التي تساعد الفرد على مقاومة الضغط. (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 91). ويشير موس وبيلينجز (Moos & Billings, 1982)، إلى أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم الفرد للتهديد الذي ينطوي عليه الموقف الذي يتعرض له، وأيضا على اختيار وفاعلية استجابات المواجهة.

#### تعقيب:

يتضح من خلال العرض المقتضب السابق ما يلي:

- هناك اتساق بين المفهومين (الميكانيزمات الدفاعية واستراتيجيات المواجهة)، فكلاهما يستخدم لمواجهة المهددات الخارجية أو الداخلية قصد التخفيف من التوتر والقلق الناجم عن هذه المهددات.

- كل من استراتيجيات المواجهة والآليات الدفاعية تسعى لتحقيق نفس الأهداف، إلا أن هناك ما يميز كل منهما، فاستراتيجيات المواجهة تتسم بالوضوح والمرونة والواقعية والمنطقية والاتجاه نحو المستقبل والوعي به، أما الآليات الدفاعية فهي على عكس ذلك تتسم بالتصلب وتشويه الواقع والمنطق، كما تتسم بالجبرية والاتجاه نحو الماضي واللاوعي، بمعنى أن الفرد لا يكون مدركا وواعيا عند حدوثها (Haan , 1977: 34).

ومن خلال هذا الطرح يتبين أن استخدامات الآليات الدفاعية في تقليل التوتر والقلق لا يتكافأ واستخدامات استراتيجيات المواجهة.

### 4- تصنيفات المواجهة (طرق الـ Coping)

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

#### 1.4- تصنيف لازاروس (1966)

ينطلق لازاروس في نظريته عن الضغوط وعمليات التقييم، معتمدا على فكرة أن المواجهة ناتجة عن تفاعل الفرد مع بيئته، ولذلك يعرف استراتيجيات المواجهة على أنها تلك الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد لمواجهة المطالب البيئية وتأخذ شكلين مختلفين هما: استراتيجيات مواجهة تركز على

المشكل، محاولا التعامل مباشرة مع مصدر الضغط (التكيف مع البيئة) واستراتيجيات مواجهة تركز على الانفعال، للتخفيف من الآثار الانفعالية للضغط (التكيف مع البيئة). (Rial-González, 2006: 46).

#### 1.1.4- استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة

وهي تمثل حسب لازاروس (Lazarus, 1993) الطريقة التي يحاول من خلالها الفرد السيطرة على الموقف الضاغط باستعمال مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها باتخاذ الإجراءات اللازمة للتخفيف من وطأة الأحداث الضاغطة. ويتم حل المشكل عن طريق وضع الخطط أو البدائل التي تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يلائم صحة الفرد النفسية والسلوكية (Carver & Shaeir, 1994: 184).

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

وسيتّم عرضها بإيجاز كما يلي:

- أسلوب التخطيط لحل المشكلة: تتلخص في مجمل الجهود الموجهة لتغيير الوضعية الضاغطة المصاحبة بالتحليل لحل المشكل بهدف الخروج من المأزق أو الموقف الضاغط، باستحضار المعرفة و التجارب الشخصية (الشناوي ومحروس، 1998: 229).
- استراتيجية التصدي: وتمثل مختلف الجهود العدوانية الموجهة لتغيير الوضعية، فهي بذلك تتضمن المجازفة والعدوانية (Lazarus & Folkman, 1988: 11).
- استراتيجية الدعم والمساندة الاجتماعية: تعتبر الدعم الاجتماعي نوعا من المواجهة التي يلجأ إليه الفرد للتخفيف من الضغوط النفسية، فهي تهدف إلى تنظيم الاستجابات العاطفية، عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد والعلاقات الاجتماعية المرنة والحميمية (الشريف، 2002: 82).

#### 2.1.4- استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال

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

والجدير بالإشارة هو أن تصنيف لازاروس ركز كثيرا على التقييم الشخصي للأحداث الضاغطة، وحاول إبراز دور المشاعر الإيجابية أو السلبية في تحديد نوع الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الفرد، فالمشاعر الإيجابية تزود الفرد بالاسترخاء والراحة النفسية التي تدعم مجهودات المواجهة، في حين تزيد المشاعر السلبية الحدث الضاغط سوءاً (Folkman, S & Judith, M. , 2000: 647-654) نقلا عن (أبو بكر، 2007: 66).

ومن أهم الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال نذكر منها ما يلي:

#### ▪ استراتيجية الهروب - التجنب:

تشير هذه الاستراتيجية إلى مختلف طرق التفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه (Lazarus & Folkman, 1988) فالفرد يتخيل نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث، ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعا، كما تتضمن استراتيجيات التهرب من خلال النوم والأكل، وتناول الكحول والمخدرات، فالتهرب والتجنب تسمح للفرد من الخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره (Graziani et al, 1998) نقلا عن (آيت حمودة، 2012: 102).

▪ الإنكار: تشبه استراتيجية الهروب حيث تعمل على تأجيل حل المشكلة إذ يسعى الفرد لتغيير المعنى الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو رفض الاعتراف بما حدث فعلا (Boudarene, 2005: 36).

وتأسيسا على سبق ذكره حول المواجهة المتمركزة على المشكلة والمواجهة المتمركزة حول الانفعال، يمكن القول أنه لا توجد مواجهة فعالة بنفسها أو فعالة دائما دون ربطها بالخصائص الانفعالية الشخصية، والخصائص الإدراكية المعرفية للفرد وكذا بخصوصية الوضعية الضاغطة، فالمواجهة المتمركزة حول المشكلة تكون فعالة على المدى الطويل خاصة عند مواجهة حدث قابل للسيطرة والتحكم، أما المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتكون فعالة على المدى القصير خاصة إذا كان الحدث غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحماية نفسه (Marilou, 2001: 77-78).

#### 2.4- تصنيف بولهان وبورجوا (Polhan & Bourgois, 1995)

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

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

2.2.4- **المواجهة الفعالة:** التي تلجأ إلى بذل مجهودات سلوكية فعالة قادرة على مواجهة المشكل وحله.  
3.2.4- **المواجهة التجنبية:** تهدف إلى تحويل الانتباه عن مصدر الضغط (التجنب) وهي أكثر استعمالاً وتتمظهر بممارسة الرياضة، الاسترخاء، الاهتمام بنشاطات ترفيهية... إلخ. (Callahan, 2004: 108).

#### 3.4 - تصنيف كوكس وفيرجسون (Cox & Ferguson, 1991)

لقد صنف كوكس وفيرجسون استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى صنفين هما:

#### 1.3.4- استراتيجيات المواجهة الناشئة من داخل الفرد Intra Individual Coping

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

#### 2.3.4- استراتيجيات المواجهة التي تنشأ بين الأفراد Inter Individual Coping

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

إضافة إلى ذلك يفترض كوكس وفيرجسون أن سلوكيات المواجهة تعدل من التفاعل بين الشخص والموقف، وهذا ما يؤدي بدوره إلى ظهور استراتيجيات مواجهة جديدة، لذا يرى العالمان أن المواجهة هي عملية تتغير مع مرور الوقت وتعمل في انسجام تام مع سياق الموقف (حسين س.، 2006: 98).

#### 4.4- تصنيف موس Moos

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

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

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

3.4.4- **المواجهة التجنبية-المعرفية:** في هذه الفئة نميز التجنب المعرفي (كالنسيان التام للمشكل) والتقبل والاستقالة (تقبل المشكل مع فقد الأمل في الابتهاج/الفرح).

4.4.4- **المواجهة التجنبية-السلوكية:** هنا يكون البحث عن نشاطات أخرى والتفريغ الانفعالي (كالصرخ لإخراج الإحباط) (Callahan, 2004: 113).

5.4- **تصنيف أوبرين وديلونجس** (Obrien & Delongis, 1997)

ويصنف أوبرين وديلونجس استراتيجيات المواجهة إلى ثلاثة أصناف:

1.5.4- استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.

2.5.4- استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال.

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

وقد أشار كل من لازاروس وفلكمان إلى أنه لا توجد استراتيجية مواجهة (Coping) فعالة بنفسها أو فعالة دائما، دون ربطها بشخصية الفرد وخصائصه المعرفية الإدراكية، وكذا خصوصية الوضعيات الضاغطة، وغالبا ما تكون الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال فعالة على المدى القصير، أو إذا كان الحدث الضاغط غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحماية نفسه. في حين تكون الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة أكثر تكيفا على المدى الطويل عند مواجهة حدث ضاغط، خاصة إذا كان هذا الأخير قابلا للسيطرة أو التحكم (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001 نقلا عن (داود، 2013-2014: 155).

## 5- قياس المواجهة

من الصعب قياس هذا المفهوم، لصعوبة ملاحظته، هذا من جهة، ومن جهة أخرى لعدم وجود مقابلات مهيكلية أو مقاييس واختبارات مقننة، إذ ليس هناك سوى بعض الاستبيانات الذاتية التي تتخللها تحيزات ذات طابع اجتماعي أو متعلقة بطبيعة الفئة المراد تطبيق الاستبيان عليها، ومع ذلك يمكن ذكر أهم الأدوات المستخدمة في البحوث لقياس المواجهة:

## 1.5- قوائم استبيان طرق المواجهة

Ways of Coping Questionnaire – Lazarus & Folkman, 1985

وهو من إعداد "لازاروس" و"فلكمان" (Lazarus & Folkman) ويرمز له بـ (WCQ). يتكون هذا الاستبيان من (68) عبارة، يجيب عليها المفحوص من خلال مقياس متدرج من 4 نقاط (لا تستخدم، تستخدم نوعاً ما، تستخدم بشكل معتدل، تستخدم بشكل كبير)، وتأخذ هذه الاستجابات الدرجات التالية: (0،3،2،1).

لقد قام كل من لازاروس وفلكمان عام 1982 بمقابلات عيادية مع أشخاص في مختلف الوضعيات الضاغطة في جميع الميادين، لإحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في تعاملهم مع مختلف الوضعيات الضاغطة، وتوصلاً إلى أن هناك تبايناً كبيراً في الاستراتيجيات المعتمدة انطلاقاً من نتائج التحليل العاملي المأخوذ من عينة كبيرة الحجم، التي بينت وجود نمطين ثابتين من المواجهة في أغلب المواقف الضاغطة، إذ تتغير المستويات الخاصة بكل نمط حسب نوعية تقدير الموقف الضاغط من المقاومة وهما: المواجهة الممركزة على الانفعال، المواجهة الممركزة على المشكل (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 112).

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

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

- حل المشكلة، حيث يقوم الفرد ببذل الجهود لتحليل المشكلة.
- روح المقاومة وتقبل المواجهة، وذلك بإدراكه لدوره في حل المشكلة.
- أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات.
- إعادة التقييم الإيجابي، إعطاء معنى إيجابي للموقف.
- الابتعاد وذلك بالابتعاد عن الموقف الضاغط للتقليل من أهميته.
- الهروب، بتجنب الموقف الضاغط.

- البحث عن الدعم الاجتماعي، إذ يسعى الفرد للحصول على المساعدة سواء كانت مادية، معرفية، أو اجتماعية أمام الموقف الضاغط.
- التحكم في الذات، بضبط الفرد لانفعالاته وسلوكياته (معمرى، 1998: 175).

### 2.5- قوائم طرق المواجهة المعدلة

WCC-R: Ways of Copping Checklist Revised – Vitaliano & al. 1985

وهو النسخة المختصرة لسلم فلكرمان ولازاروس حيث تم اختصارها من طرف فيتاليانو وزملائه (Vitaliano et al, 1985) في نسخة تحتوي على 42 بنداً، حيث كشف التحليل العاملي على خمسة (5) سلالم فرعية تتمثل في:

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

### 3.5- قائمة استراتيجيات مواجهة المواقف الضاغطة

CISS - Coping Inventory for Stressful Situations – (1990)

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

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

- **المواجهة المرتكزة على المهمة (Task):** تضم (16) عبارة تصف المجهودات الموجهة نحو المهمة لحل المشكل وهيكلته على المستوى المعرفي أو لمحاولة تغيير الموقف الضاغط.
- **المواجهة المرتكزة على الانفعال (Emotion):** تضم (16) عبارة تصف الاستجابات الموجهة نحو الانفعال قصد خفض حدة الضغط، وتحتوي هذه الاستجابات على الأفعال الانفعالية، والاهتمامات الشخصية والميل نحو الخيال والأحلام.



- المواجهة المرتكزة على التجنب (Avoidance): تضم (16) عبارة تصف النشاطات والتغيرات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط، إما عن طريق التسلية ونشاطات أخرى أو عن طريق التنفيس الاجتماعي. وأثبتت القائمة ثباتها وصدقها في البيئات الغربية والعربية على حد سواء (Cousson-Gélie, 2001: 98).

#### 4.5- مقياس استراتيجيات المواجهة لكارفر وشاير (Carver & Scheirer (1989).

لقد وضع كل من كارفر وشاير، شكلا مختصرا لوحدات مقياس استراتيجيات المواجهة الذي تم إنجازه عام 1989، والذي تضمن 14 استراتيجية موزعة على خمسة أبعاد هي:

- المواجهة المتمركزة على المشكل.
- المواجهة المتمركزة على الانفعال.
- المواجهة المتمركزة على التنفيس العقلي.
- المواجهة المتمركزة على التنفيس السلوكي.
- المواجهة المتمركزة على التعبير الانفعالي.
- بينما تتمثل أساليب المواجهة في البنود التالية:
  - المواجهة النشيطة.
  - التخطيط.
  - إزالة الأنشطة المتنافسة.
  - المواجهة المحدودة.
  - البحث عن الدعم الاجتماعي.
  - البحث عن الدعم العاطفي.
  - إعادة الصياغة الإيجابية.
  - القبول.
  - المواجهة الدينية.
  - رعاية الآخرين والتعبير عن العواطف.
  - الحرمان.
  - الانفصال السلوكي.
  - الانفصال العقلي.

- الانفصال عن طريق المخدرات/المشروبات الكحولية.

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

**تعقيب:**

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

## 6- العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط

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

### 1.6- العوامل الشخصية

تعد الشخصية من الأنظمة التي يكتسبها الفرد من النشاط والاتصال الموجه نحو هدف معين، والتي تميز مشاركته في العلاقات الاجتماعية (...). وتلعب دورا في عملية التطبيع الاجتماعي، وفي التطوير الشامل لنسق السلوك الذي يتمثل في الجانب العقلي والأخلاقي والجمالي (عثمان، 2001:123).

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

### 1.1.6- نمط الشخصية (Type de personnalité)

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

- الطريقة التي يدرك بها الأفراد الوضعيات وعوامل الضغط.

- الطريقة التي تتم بها ردود أفعالهم نحو عوامل الضغط الموجودة في محيطهم.

وهناك ثلاثة أنماط من الشخصيات التي تم وصفها وهي:

- **النمط (أ):** التي وصفها (Friedman & Rosenman, 1974) بأنها تتميز بالمنافسة، العدوانية، الشحن الانفعالي، عدم التروي، الصلابة، نشاط حركي وكلامي مفرط، وهو من بين الأنماط السلوكية الذي لديه قابلية أكثر للتأثر بالضغط بسبب رغبته في إنجاز أكبر عدد من المهام في أقصر وقت ممكن، والمبالغة في طموحاته، وكأنه يسابق الزمن وهو معرض للإصابة بالأمراض الوعائية القلبية.

- **النمط (ب):** الذي وصفه Selye (1936) بأنه الأكثر توازنا، له استجابات متزنة للضغوط، حيث يتميز بالثقة والهدوء، وكذا أخذ الأمور ببساطة، وأخذ الوقت في التعامل مع الأمور ومواجهتها (شاذلي، 2000: 173).

- **النمط (ج):** الذي يسميه (Byrne & al., 1964 ; Temoshok, 1987) أيضا بالنمط القامع (Répresseur) وهو نمط يجمع الانفعالات، ومن آثاره القاسية تطوير تضايق كامن D tresse sous-jacente (كإلنقاص من قيمة الذات، الإحساس بعدم القدرة وفقد التحكم) كما يشكل عامل خطر في تطوير مرض السرطان (Piquemal-Vieu, Dec. 2001: 90).

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

## 2.1.6- مركز الضبط (Lieu de contr le)

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

- **فئة الضبط الخارجي:** يرى أصحاب هذه الفئة بأنهم تحت تحكّم قوى خارجية ولا يستطيعون التأثير فيها، وهم غير قادرين على السيطرة على الأحداث والتحكم فيها، وهم أفراد يعزّون الأحداث إلى عوامل خارجة عن تحكّمهم وسيطرتهم كالحظ والصدفة.

- **فئة الضبط الداخلي:** يرى أصحاب هذه الفئة أنهم مسؤولون عمّا يحدث لهم، ويعملون جاهدين للتحكم في البيئة والسيطرة عليها، لهم القدرة على رؤية التوقعات للأحداث، ويعتقد أفراد هذه الفئة أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث. فالفرد الذي يعتقد أنه يستطيع

التحكم في الأحداث والسيطرة عليها بدرجة كبيرة، هو الأكثر تحملاً للتهديدات والضغط التي يتعرض لها في حياته من ذلك الشخص الذي لا يعتقد بأنه يستطيع التحكم بمراكز الأحداث، ويعزو ذلك الفشل إلى مؤثرات خارجية كالحظ أو الصدفة أو القدر أو الفرصة، لذا فهو أقل تحملاً للضغط (حسين س.، 2006: 123-124).

### 3.1.6- تقدير الذات (L'Estime de Soi)

يعتبر تقدير الذات من الموضوعات البحثية في علم النفس، وله دور هام في التكيف مع الضغوط المهنية، ويعتبر بعدا هاما من أبعاد الشخصية، ويعرف على أنه مجموعة من المواقف والمشاعر التي يبرزها الفرد تجاه ذاته والتي تحدد وتوجه سلوكياته، وتدفع هذه المشاعر الظاهرة، سلبية كانت أو إيجابية، إلى الشعور بالثقة بالنفس أو عدمها (Naderi & et al., 2009: 27) نقلا عن (السيد م.، 2010: 298) إن نظرة الفرد لذاته تحدد إمكانية تعرضه للضغط أم عدمه، فإذا كانت تتم بالسلبية تجاه الذات فاحتمالية الوقوع في فخ الضغوط عالية، أما إذا اتسمت بالإيجابية فيعني أن للفرد ثقة وتفهما لذاته وبالتالي احتمال الإصابة بالضغط قليلة جدا (هيجان، 1998: 99-104).

### 4.1.6- الصلابة النفسية (La Personnalité endurente)

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

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

- وتفسر كوباسا أن أصحاب هذا النمط من الشخصية يعتبرون أن التحدي ليس أمرًا ضاغطًا، وأنه باستخدام مهارات المواجهة يتحول إلى أمر متوقع الحدوث، وذلك يفسر اختلافهم عن بقية الأنماط من الشخصيات في التعرض للأمراض مستخدمين أيضًا الدعم الاجتماعي للتحكم في الضغوط (Woolf & Dryden. 1996: 536) نقلا عن (الوهبان، 2007-2008: 123).

### 5.1.6 - فعالية الذات Self- Efficacy

يعتبر مفهوم الفرد عن ذاته من المفاهيم التي تؤثر بشكل كبير في إحساسه بالضغوط ومسبباتها، ويعرف باندورا Bandura فاعلية الذات في إطار نظرية التعلم الاجتماعي بأنها: " توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك." كما يعرفها شيرر وآخرون على أنها مجموعة من التوقعات العامة التي يمتلكها الشخص، والتي تقوم على الخبرة الماضية وتؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة (العنبي، 2008-2009: 22).

### 2.6- العوامل الموقفية

#### 1.2.6- المساندة الاجتماعية Support Social

المساندة الاجتماعية هي "مجموعة الأشخاص المهمين في حياة الفرد، والذين يقومون بمساعدته وتزويده بالإمكانات المادية والمعلومات والنصيحة التي تساعد على التعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها". (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 136).

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

ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية، التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليس كل شبكات العلاقات مساندة، لأنها تعتمد أحيانا على دعم وصحة متلقي المساندة، أي أن المساندة الاجتماعية تعتمد على صحة الفرد وسلامته النفسية، وليس على كثرة علاقاته الاجتماعية (جدو، 2013-2014: 116).

كما يشير هوس (House) 1981 أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أنواع هي:

- **المساندة الانفعالية: Support émotionnel** وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين، والتي تشمل على: الرعاية، الثقة، القبول، التعاطف.
- **المساندة المحسوسة Support tangible**: والتي تشمل المساندة التي يتلقاها الشخص (أو يتوقع أن يتلقاها) من الآخرين من إلحاقه بعمل (يتناسب وإمكاناته) وكذلك مسانده بالمال.
- **المساندة بالمعلومات: Support informationnel** تشمل المساندة التي يتلقاها (أو يتوقع أن يتلقاها) الفرد من الآخرين من خلال النصائح والمعلومات الجديدة المفيدة، وتعلم مهارة، وحل المشكلة، وإعطاء التوجيهات التي يمكن أن تساعد في تجاوز موقف أو أزمة ضاغطة.
- **مساندة الرفقاء: Support de compagnie** التي تشمل المساندة التي يتلقاها الفرد (أو يتوقع أن يتلقاها) من خلال ما يقدمه الرفقاء والأصدقاء بعضهم لبعض حين يمر أحدهم بموقف ضاغط أو شدة، ويضيف بعض الباحثين إلى ما سبق المساندة النفسية أو المساندة بالتقدير، أي إدراك الفرد أنه موضع لرعاية وتقدير من قبل الآخرين، ذلك لأن المساندة الاجتماعية تتعدد أنواعها (مزلق، 2013-2014: 195).

### 2.2.6- طبيعة الموقف وخصائصه

يستخدم الفرد استراتيجيات المواجهة الإقدامية واستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة في المواقف والأحداث التي يستطيع التحكم والسيطرة عليها، في حين يستخدم استراتيجيات المواجهة الإحجامية واستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال عند الأحداث الضاغطة التي لا يمكن له التحكم فيها والسيطرة عليها، فكلما كان الموقف ضاغطا ( طبيعة الخطر، قربه، مدته) كان إفراز الهرمونات أعلى من معدلاته الطبيعية، وهو ما يعوق بعض العمليات الحيوية التي تؤثر بدورها على الحالة الانفعالية (Cousson-Gélie, 2001: 117).

### 3.6 - العوامل الديموغرافية

#### 1.3.6- السن

يلعب السن دورا أساسيا في تقييم المواقف الضاغطة وتحديد استراتيجيات المواجهة، حيث اكتشف فلكرمان أن النساء المسنات يستعملن استراتيجيات التجنب والإنكار والهروب أكثر من النساء الأكثر شبابا وقوة. (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 36).

### 2.3.6- الجنس

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

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

وقد أثبتت بعض الدراسات والبحوث على وجود فروق بين الجنسين في مدى الإدراك والتأثر بالضغوط، حيث كشفت أن الرجال أكثر إدراكا وتأثرا بالمواقف الضاغطة من النساء. وقد وجد لازاروس في بحوثه أن النساء يستعملن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة في مجال العمل أقل من الرجال (داود، 2013-2014: 153).

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

### 3.3.6- المستوى الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

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

## خلاصة

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



# الفصل الرابع

## قطاع الصحة العمومية بالجزائر

تمهيد

- 1- نبذة تاريخية عن الصحة العمومية
- 2- تعاريف الصحة العمومية.
  - 1.2- تعريف ونسلو Winslow (1920)
  - 2.2- تعريف منظمة الصحة العالمية
  - 3.2- تعريف المنظمة العالمية للأطباء
- 3- أبعاد الصحة العمومية
  - 1.3- الصحة البدنية
  - 2.3- الصحة النفسية
  - 3.3- الصحة الاجتماعية
- 4- السياسة الصحية الجزائرية
- 5- تطور النظام الصحي الجزائري
  - الفترة الأولى: 1962-1970
  - الفترة الثانية: 1974-1989
  - الفترة الثالثة: 1989-1999
  - الفترة الرابعة: 1999-2009
- 6- النظام الصحي الجزائري الحالي
- 7- المبادئ الأساسية للنظام الصحي الجزائري
- 8- الهياكل الأساسية لنظام الصحة العمومية في الجزائر
- 9- خصائص قطاع الصحة العمومية في الجزائر

خلاصة

### تمهيد

تتمثل المنظومة الصحية في مجموعة من الهياكل والمؤسسات الإدارية والخدماتية، يقوم على تسييرها أشخاص ذوي مهارات وتخصصات متنوعة من كل الأسلاك الطبية، شبه الطبية، الإدارية والأسلاك المشتركة، حيث يعتبرون المحرك الأساسي لها.

واتضح أن هذه المنظومة الصحية في الجزائر مع مرور السنوات لم تستطع تحسين وتطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، رغم الجهود المبذولة في سبيل ذلك من طرف السلطات العمومية، ويرجع السبب في ذلك إلى قلة اهتمام الموظفين في هذه المؤسسات بتقديم أقصى ما لديهم من مجهودات في أداء مهامهم، بدعوى أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية عموماً والظروف المهنية خصوصاً، التي تميز حياتهم المهنية غير مشجعة على ذلك، الأمر الذي أدى إلى تدهور قطاع الصحة العمومية بصفة عامة. (خروبي ويزازة، 2010-2011: 61).

لذا فإن الحديث عن قطاع الصحة العمومية، يستوجب الحديث عن المؤسسات الصحية العمومية بكل أنواعها، من المراكز الاستشفائية الجامعية، والقطاعات الصحية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والحديث عن العاملين بها بكل فئاتهم المهنية: الطبية، وشبه الطبية، الإدارية والتقنية.

لذا سنتعرض في هذا الفصل إلى التطورات التي مرت بها فكرة الصحة العمومية، والتكيف مع المتطلبات العلمية، والتعريف بالقطاع الصحي العمومي مع توضيح مختلف الهياكل الصحية المتواجدة بالقطاع ومختلف القوانين والمراسيم الوزارية التي أنشأتها.

### 1- نبذة تاريخية عن الصحة العمومية

يضم مصطلح الصحة العمومية مفاهيماً تستند على مختلف التخصصات (المعرفة الفردية والجماعية، والعلوم الاجتماعية والإنسانية، والعلوم البيولوجية الطبية).

في البداية ظهر الاهتمام بالصحة منذ الحضارة الإغريقية حوالي 1200 قبل الميلاد، حيث اتخذت المعابد لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، فاعتبرت بمثابة مستشفيات، وكان كهنة المعبد يقومون بدور الأطباء. وتشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه "معابد الشفاء" في مصر سنة

600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم "السيكيستا" أي معابد الشفاء. وقد كانت بداية الاهتمام بشأن الصحة والتأسيس للصحة العمومية، في فرنسا، وذلك بصورة تدريجية:

وفي العصور الوسطى، وتحت ضغط الكنيسة، بُنيت فيها بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم، وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دينية إنسانية محضة، إذ كانت تسعى إلى جمع الفقراء، وعلاج المرضى، وتقديم الخدمات دون الأخذ في الاعتبار قدرتهم على الدفع، كما اهتمت بالنواحي النفسية موازاة مع الاهتمام بالناحية العلاجية. وفي القرن الـ 18 اعتبرت الوقاية من الأمراض البوائية من أهم اهتمامات الصحة العمومية، حيث تم جمع أول مجموعة من البيانات الطبية الطبوغرافية في عام 1776.

وقد برز في القرن الـ 19 تيار المختصين بالصحة، إذ على الرغم من بلوغ العمل الإكلينيكي ذروته في هذا القرن، إلا أن السؤال الذي كان مطروحا آنذاك من طرف المسؤولين الصحيين والأطباء، كان حول العلاقة بين الأمراض والظروف الاجتماعية. وقد سمحت هذه الفرضية السببية بظهور السياسات الاجتماعية، ومنه كان لظهور اختصاص الصحة الحالي. وقد سعى علماء الصحة إلى تنظيم الحياة الاجتماعية (مثل مكافحة السل)، بالتركيز على المسؤولية الفردية في مكافحة انتقال عدوى البيوت (بتحسين المناطق الحضرية).

وفي عام 1902 تمّ إضفاء الطابع الإقليمي لسياسات الصحة بالتأكيد على مفهوم الصحة العمومية، وقد أدرج ميثاق الصحة العمومية لوائحها ونظما صحية على مستوى الإدارات والبلديات (التطعيم الإجباري ضد الجدري، والإبلاغ عن الأمراض المعدية، وتعقيم أماكن العمل، ومراقبة مصادر مياه الشرب... إلخ).

وفي النصف الأول من القرن الـ 20 تعددت الاهتمامات الاجتماعية والصحية مثل (مكافحة السل، والصحة الغذائية، وأماكن العمل الصحية، والوقاية من الأمراض المعدية... إلخ) (حريستاني، 1990: 19-35).

وبدأ استعمال مفهوم الصحة العمومية على المستوى الدولي في بداية القرن التاسع عشر، والذي يقصد به تنظيم مصالح الصحة الموجهة إلى شريحة كبيرة من السكان، وهو ما يسمى اليوم بنظام الصحة.

## 2- تعريف الصحة العمومية

لقد جرت عدة محاولات لتعريف الصحة العمومية في مفهومها الحديث وأهم هذه التعاريف وأشهرها نستعرضها فيما يلي:

### 1.2- تعريف ونسلو Winslow (1920)

يعرف ونسلو الصحة العامة على أنها: "علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، من خلال تنظيم وبذل مجهودات لترقية الصحة تجاه أفراد المجتمع، بمكافحة الأمراض المعدية، وتعليم الفرد الصحة الشخصية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض، بهدف الوصول إلى صحة بيئية، وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة". (بوعانة، 2004: 26).

### 2.2- تعريف منظمة الصحة العالمية

يقوم علم الصحة العمومية بناءً على تعريف دستور منظمة الصحة العالمية للصحة، التي يعتبرها (حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وهي ليست مجرد انعدام المرض أو العجز)، كما يقوم على دمج المناهج المتداخلة لكلٍ من علم الأوبئة وعلم الأمراض والإحصائيات الحيوية، وكذلك الرعاية الصحية.

كما يهتم علم الصحة العمومية في هذا الدستور بمجالاتٍ أخرى فرعية كالصحة البيئية، صحة المجتمع، الصحة السلوكية وكذلك الصحة المهنية. ويرى أن أهم اهتمامات الصحة العمومية تتمثل في تحسين الصحة، وجودة الحياة، من خلال الوقاية والعلاج من الأمراض، وظروف الصحة العقلية والجسدية الأخرى، وذلك من خلال المراقبة والمتابعة للحالات المرضية بالإضافة إلى الارتقاء بالأداءات الصحية المتنوعة. وتتطلب ممارسات الصحة العامة الحديثة وجود فرقٍ متكاملةٍ ومتداخلةٍ مع بعضها البعض من المتمرسين، كالأطباء المتخصصين في أمراض الصحة العامة وعلم الأدوية، بالإضافة إلى متخصصي الأمراض الوبائية، مختصي الإحصائيات الحيوية، وممضي الصحة العامة، وعلماء الأحياء الدقيقة، ومسؤولي الصحة البيئية، واختصاصي صحة الأسنان، وأطباء التخسيس ومتخصصي التغذية، ومراقبي الصحة، والأطباء البيطريين، ومهندسي الصحة العامة، ومحامبي الصحة العامة، وعلماء الاجتماع وعمال تنمية المجتمع، ومسؤولي الاتصالات وآخرون عدة (المنظمة العالمية للصحة).

ويتحدد تعريف المنظمة العالمية للصحة في 1952 لمفهوم الصحة العمومية بأنها "علم وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وتحسين الصحة والحيوية العقلية والجسدية للأفراد، من خلال العمل الجماعي المتضافر" لأجل:

- النظافة البيئية.
- مكافحة الأمراض.
- تعليم النظافة الشخصية.
- تنظيم الخدمات الطبية والتمريضية للتشخيص المبكر والعلاج الوقائي من الأمراض.
- تنفيذ تدابير اجتماعية محددة لأجل ضمان مستوى معيشة يحافظ على صحة كل فرد في المجتمع المحلي.

وتأخذ الصحة العمومية بعين الاعتبار أبعاد التنظيمات الإدارية والسياسية والاقتصادية، كما تتناول كيفية تنظيم الصحة في المجتمع المحلي والسكان على الصعيدين الفردي والجماعي.

### 3.2- تعريف المنظمة العالمية للأطباء

يأخذ مفهوم الصحة العمومية حسب المنظمة العالمية للأطباء توجهها آخر، حيث ترى هذه المنظمة أن طب القرن العشرين قد أبرز انشقاها بين ما يسمى بالصحة العمومية وطرق العلاج الأخرى كالعلاج عند الخواص، لأن لكل فرد الحق في الانتفاع بوسائل الحماية وتطوير الصحة العمومية، التي من مهامها توفير الصحة للجميع، وبالتالي ترجع سبب الخلط والغموض في المفاهيم في ميدان الصحة إلى إعطاء لفظ الصحة العامة مفهوم العمومية، أي الصحة التي يمولها القطاع العام، وتعني وسائل علاجية يمولها نظام وطني، مما يجعل هذه الطريقة مقابلة للوسائل التي يمولها القطاع الخاص، وبالتالي يقصد بلفظ (صحة عمومية) لدى هذه المنظمة صحة العموم أو الاختصاص الطبي الذي يعني بصحة المجموعة وليس صحة الفرد، وبالتالي تعتبر الحاجة إلى الاختصاصيين هامة، قصد الدفاع والمطالبة بتوفير الإمكانيات الصحية، والمشاركة في حملات من شأنها حماية الناس من الأمراض المعدية ومن مخاطر أخرى. (وليامس، 2005: 25).

وتمثل الصحة العمومية اليوم حسب هربرت Hurbert فرعاً مستقلاً، حيث تهتم بالحالة الصحية للمجتمع المحلي، والصحة العامة للسكان من كل الجوانب: العلاجية، الوقائية والتعليمية والاجتماعية. كما يمكن اعتبار الصحة العمومية حسب مؤسسة اجتماعية، واختصاصاً وممارسة في حد ذاتها في آن

واحد. كون مجالها واسع إذ تضم كل الجهود المبذولة اجتماعيا وسياسيا وتنظيميا، بهدف تحسين صحة كل الفئات السكانية. وهذا يشمل جميع المقاربات المنظمة وجميع النظم الخاصة بتعزيز الصحة والوقاية ومكافحة الأمراض. (Hubert, 2014).

### 3- أبعاد الصحة العمومية

يبين تعريف الصحة الوارد في دستور منظمة الصحة العالمية (ديسمبر 2013) أن "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، وليس مجرد انعدام المرض أو العجز" ومنه نستنبط أن الصحة تتجلى في أبعاد ثلاث هي: البعد البدني، والبعد النفسي والبعد الاجتماعي.

#### 1.3- الصحة البدنية

والمتمثلة في الجانب الجسماني، وهو الشكل الملموس للجسم والحواس الخمس التي تجعل الفرد يلمس، يسمع، يشم، يرى ويتذوق، حيث يتطلب تغذية جيدة، ووزن مناسب، تمارين هادفة وراحة كافية.

#### 2.3- الصحة النفسية

وهي عبارة عن حالة من العافية يمكن فيها للفرد تكريس قدراته الخاصة، والتكيف مع أنواع الإجهاد العادية والعمل بتفان وفعالية والإسهام في مجتمعه. وتمثل الصحة النفسية، حسب هذا التعريف الإيجابي، الأساس اللازم لضمان العافية للفرد، وتمكين المجتمع من تأدية وظائفه بشكل فعال. وهي جزء لا يتجزأ من الصحة العامة. كما أنها ليست مجرد انعدام الاضطرابات النفسية، بل أيضا تتأثر بالعوامل الاجتماعية الاقتصادية والبيولوجية والبيئية. (المنظمة العالمية للصحة، 2010).

#### 3.3- الصحة الاجتماعية

أشار تقرير Le Lande إلى أن المقومات الأساسية للصحة العامة هي أربعة وتشمل، حقوق الأحياء، البيئة، أسلوب الحياة، وخدمات الرعاية الصحية الأولية. ويكون الحفاظ على الصحة وتحسينها ليس فقط عن طريق النهوض بعلوم الصحة، بل أيضا من خلال جهود الفرد وذكائه في اختيار نمط حياته في مجتمعه. أي أن الصحة الاجتماعية هي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي (WHO، 2016).

من خلال التعاريف المذكورة، نستخلص بأن الصحة العمومية تشمل الفرد والمجتمع على حد سواء، كما تركز على ضرورة تضافر مختلف التخصصات العلمية، والمجالات الحياتية للأفراد، في النهوض بها، وتحقيق أهدافها بالتركيز على أبعادها الثلاثة البدنية والنفسية والاجتماعية.

#### 4- السياسة الصحية الجزائرية

يقصد بالسياسة الصحية حسب الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية، مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف الصحية العامة، مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية، مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين العام والخاص في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية (خروبي وبزارة، 2010-2011: 16).

ولا تعتبر السياسات والاستراتيجيات والخطط غايات في حد ذاتها، وإنما هي جزء من عملية أكبر تهدف إلى مواءمة الأولويات الوطنية مع الاحتياجات الصحية الفعلية للسكان، والترويج لتأييدها بشكل كبير، بين صفوف الشركاء الحكوميين والشركاء في قطاعي الصحة والتنمية، وفئات المجتمع المدني والقطاع الخاص، وتحسين الاستفادة من جميع الموارد المتاحة لقطاع الصحة، حتى يتسنى لجميع الأفراد الحصول على رعاية صحية عالية الجودة. (حريستاني، 1990: 45).

واستنادا على ذلك سنتطرق إلى المراحل التي مرّ بها النظام الصحي الجزائري فيما يلي:

#### 5- تطور النظام الصحي الجزائري

لقد ارتكزت السياسة الصحية على استراتيجيات حسب فترات مختلفة منذ الاستقلال، كما حرصت الحكومات المتعاقبة على تطوير النظام الصحي ليتماشى واحتياجات السكان في الرعاية الصحية، من خلال وضع سياسات وطنية، شملت مجموعة من البرامج والأهداف، وتضمنت توفير الإمكانيات والوسائل لتحقيقها، وتمثلت في الفترات التالية:

##### الفترة الأولى: 1962-1970

انطلقت السياسة الصحية من فكرة أن الصحة ليست حق أساسي فقط، وإنما مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي للفرد، وعلى هذا الأساس ارتكزت السياسة الصحية في هذه الفترة على محورين استراتيجيين:

المحور الأول: يخصص برامج وطنية للوقاية ومكافحة الأمراض الكثيرة الانتشار، حيث اقترحت المنظمة العالمية للصحة تخصيص 12.5 % من الميزانية الكلية للصحة لقطاع الوقاية بدلا من بناء المستشفيات إلا أن الاعتماد بقي في حدود 3%.



المحور الثاني: يخصص بناء السياسة الصحية، حيث هدف إلى توجيه النظام الصحي، بوضع قطاعات صحية، منظمة حول وحدات استشفائية وهيكل لتقديم العلاج (عيادات متعددة الخدمات، هيكل صحية... إلخ).

كما ساهمت مجانية العلاج في إكمال المشروع الشامل للطلب الاجتماعي لفائدة جميع الجزائريين بدون استثناء (زاير، 1998-1999: 23).

كما تم في هذه الفترة تأسيس الصيدلة المركزية الجزائرية، التي تهتم بإنتاج واستيراد وتوزيع الأدوية بالجملة أو بالتجزئة.

وقد بذلت الحكومات في هذه الفترة مجهودات كبيرة في سبيل تحقيق أهدافها المتمثلة في إنشاء نظام صحي فعال يستطيع تلبية احتياجات المواطنين من حيث الوقاية والعلاج، رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية والتقنية، ورغم عدم وجود إنصاف في توزيع الرعاية الصحية في المناطق الحضرية والريفية من جهة، وعدم وجود توزيع جهوي عادل بين الشمال والجنوب من جهة أخرى، حيث تركزت الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية، والهياكل القاعدية في المدن الرئيسية. أما القطاع الخاص كان تقريبا على الهامش ضمن السياسات الصحية، إذ وقع الحرص على أن يبقى القطاع العام هو المحرك الأساسي للنظام الصحي في الجزائر (3: 2003, Ministère de la santé).

### الفترة الثانية: 1974-1989

ما ميز هذه الفترة هو فشل النظام الصحي في تلبية احتياجات السكان لقلة الإمكانيات، وتداعيات الضغط الاجتماعي نتيجة ضغط الكثافة السكانية، وعودة الأمراض والأوبئة، فاتخذت السلطة السياسية قرار الطب المجاني الذي يتماشى والنظام السياسي والاقتصادي الاشتراكي الذي سارت عليه الجزائر آنذاك.

وقد سجلت هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثلاثة قرارات هامة:

- تأسيس الطب المجاني الذي سمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية.
- إصلاح المنظومة التربوية، وبالتحديد الدراسات الطبية، من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما سمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية.

- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، الذي يهدف إلى تنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع شبه الطبي (4: 2003, Ministère de la santé).

بينما تمسكت الحكومة بالطب الليبرالي الذي كان مقتصرًا على قاعات للفحص، وتسويق المواد الصيدلانية، حيث سمح القرار سنة 1976 بحرية ممارسة الطب الحر، والاختيار بين الدوام الكامل Plein temps ونظام نصف الوقت، والاختيار بين القطاع العام والقطاع الخاص. (خروي وبزارة، 2010-2011: 42).

### الفترة الثالثة: 1989-1999

عرفت الجزائر خلال هذه الفترة أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة تسببت في تدهور الحالة الأمنية، وعدم استقرار اجتماعي نتج عنه تخريب للبنى التحتية من هياكل تربية وتجارية وصحية، واستفحلت ظاهرة البطالة وبروز الطبقة البرجوازية.

ومع ذلك عرفت الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية تسمح بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية، لإضفاء الطابع الإنساني والعصري على الهياكل الاستشفائية. كما طرأ تحول كبير على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي والصحي، حيث تم تسجيل ضعف الدخل، وارتفاع حجم المديونية، وعودة بعض الأمراض والأوبئة المتنقلة عن طريق المياه، وظهور الأمراض المزمنة، مما أدى إلى تدني المستوى الاجتماعي نتيجة نقص توفير فرص العمل وبالتالي ارتفاع نسبة البطالة، وتقليص الدولة للنفقات العمومية بما في ذلك الإنفاق على الصحة.

### الفترة الرابعة: 1999-2009

تميزت هذه الفترة باستتباب الأمن في البلاد، بعد عشرية دامية أدت إلى إضعاف مؤسسات الدولة، مما منعها من القيام بالدور المنوط بها دستورياً، وهو حماية المواطن وتوفير احتياجاته اللازمة في شتى المجالات، وقطاع الصحة أحد هذه المجالات التي أولتها الدولة الاهتمام الكبير.

ومما ميز هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق، ومراعاة خصوصية وحاجة كل منطقة، ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق. كما عملت الحكومات على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن، بتطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية بتشجيع الأدوية المماثلة (الجنيسة)، وتقديم الدعم للأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة والخطيرة، كما عملت على تقوية تجهيزات المستشفيات الجهوية من أجل تخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية، وفتح أقطاب طبية جديدة، وعلى تعزيز تدبير النظام الصحي في مجال الوقاية والطب الاستشفائي. كما

ساهمت الخريطة الصحية الجديدة بتعزيز الهياكل الصحية بجميع أنواعها وأدت إلى تقريب الصحة من المواطن.

مما سبق يتضح أن المنظومة الصحية في الجزائر عرفت تحولات وتطورات سواء على مستوى الظروف الاجتماعية والاقتصادية أو على مستوى البنى والهياكل والمؤسسات الصحية وطرق تنظيمها.

## 6- النظام الصحي الجزائري

يتكون النظام الصحي من مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين وتقييم الوضعية الصحية. حسب ما تشير إليه تقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD) على أن الوضعية الصحية لأي بلد في العالم تكون نتيجة لعوامل ثلاث هي:

- الأوضاع العامة في داخل الدولة.

- الأوضاع البيئية.

- فاعلية النظام الصحي وسياسته العامة القائمة في الداخل الدولة.

ويقصد بالنظام الصحي هو "جملة من المنظمات والمؤسسات التنفيذية والموارد المكرسة لتحقيق

وتحسين السلامة الصحية" (World Health Organization, 2016).

يتمثل النظام الصحي الجزائري في مختلف الأنشطة والوسائل الموجهة لأجل الحماية والنهوض بصحة السكان. وهو مسير من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، التي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الاستشفائي والقطاع الصحي العمومي بدعم احتياجات السكان بصفة متماسكة وموحدة في إطار الخريطة الصحية. وتحدد مهامه الأساسية الأخرى بوجود ثلاث ركائز وهي:

- الإدارة.

- المالية.

- الموارد البشرية.

حيث يشمل تقديم الخدمات الصحية بتوفير أنشطة الرعاية الوقائية العلاجية الموجهة إلى جميع الهياكل الاجتماعية كالأ أسرة والبيئة التعليمية، وبيئة العمل، والبيئة المعيشية.

ويهدف النظام الصحي إلى تعزيز القطاع العام لضمان التنمية الحقيقية من الرعاية المجانية، بحيث تقوم الدولة بالتحكم فيه على المستوى الوطني والإقليمي، وقد صمم حسب أهداف معينة منها:

- تحسين صحة السكان.

- الإنصاف والقدرة على تلبية التطلعات المشروعة للسكان.

ويتم التعرف عليه من خلال المهام المسندة إليه ك:

- إصدار خدمات الرعاية الشخصية (الرعاية الطبية، والتمريض، ومساعدة الأشخاص،... إلخ).

- إصدار خدمات في مجال الصحة العامة.

## 7- المبادئ الأساسية للنظام الصحي الجزائري

يرتكز النظام الصحي في الجزائر على مبادئ أساسية تساهم في سيرورته وتمثل في النقاط

التالية:

- تكيف جهاز النظام الصحي مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية.

- الحفاظ على القطاع العام وتحسين أدائه.

- دمج القطاع الخاص في النظام الوطني.

- إضفاء الطابع المؤسسي على وظائف التقييم ومراقبة الأنشطة الصحية حسب الأهداف المخصصة.

- تطوير نظام المعلومات المتعلقة بالصحة.

- ترتيب أولويات تقديم الرعاية الصحية في إطار البطاقة الصحية.

- التشجيع على تطوير المنتجات الصيدلانية الوطنية وضمان استمرار توفر السلع الأساسية.

- تدعيم نظام الرقابة على المواد الصيدلانية وضمان مأمونية الدم.

- ترقية القاعدة التقنية اللازمة لتنفيذ نظام لضمان الجودة وشبكة الصيانة.

- تحسين ظروف العمل، والحالة الاجتماعية والمهنية لجميع العاملين في مجال الصحة.

## 8- الهياكل الأساسية لنظام الصحة العمومية في الجزائر

يقوم النظام الصحي في الجزائر على قطاعين مختلفين: الخاص والعام، ويعتبر هذا الأخير الأكثر

هيمنة، حيث تعمل الوزارة الوصية المتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على (MSPRH) تسييره.

ويرتكز تنظيم نظام الصحة الوطني على مجموعة من الهياكل الإدارية، والتقنية، والمؤسسات

المتخصصة، والهيئات العلمية والتقنية، ويضم حاليا ما يلي:

أ- الإدارة المركزية: وتشمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة الموضوعة تحت سلطة الوزير على ما يأتي:

- الأمانة العامة.

- المفتشية العامة.

- ديوان الوزير.

ب- هياكل متخصصة مستقلة: وتشمل:

- مديرية المؤسسات الاستشفائية الجامعية.

- مديرية هياكل الصحة.

- مديرية الصيدلة.

- مديرية التخطيط والتنمية.

- مديرية الأسرة.

- مديرية إدارة الوسائل والتقنين.

- مديرية التكوين.

ج- مديرية الصحة العمومية: يوجد على مستوى كل ولاية مديرية الصحة والسكان حيث يوجد 48

مديرية. وقد أعاد القرار الوزاري المشترك رقم 20 المؤرخ في 24 جانفي 1982 تنظيم وتسيير مديريات

الصحة للولاية، حيث تمّ تدعيم كل مديرية بمجلس طبي ولائي ومن مهامه السهر على:

- تنشيط وتنسيق أنشطة الوقاية، لاسيما صحة الأسرة، التربية الصحية، وطب العمل.

- مراقبة تطبيق القوانين في مجال نظافة المحيط.

- تقديم مساعدة تقنية للبلديات في مجال نظافة المحيط ومحاربة الأوبئة.

- تطبيق القوانين المتعلقة بممارسة مهام طبية، بما فيها الطب الحيواني.

- تنشيط وتنسيق ومراقبة التسيير وأنشطة المؤسسات في مجال التشخيص، العلاج والوقاية.

- مراقبة تسيير مؤسسات التكوين المهني.

- توجيه وتنسيق ومراقبة كل الأنشطة المتصلة بالمجالات الطبية الاجتماعية لمصلحة الطفولة،

المعوقين والأشخاص المسنين.

د- المنشآت الصحية القاعدية: وهي مجموع الهياكل الصحية للوقاية والعلاج التي نظمتها النصوص

القانونية والمتمثلة فيما يلي:

## ▪ القطاعات الصحية: Secteurs Sanitaires

وهي "عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، التي يبلغ عددها 185 قطاعا عبر أنحاء الوطن الجزائري. وتنص المادة الثانية (2) من المرسوم التنفيذي رقم 466/97 المؤرخ في 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية، على أن هذه القطاعات يتم إنشاؤها باقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي، وهي مؤسسات تتكون من هياكل صحية خاصة بالوقاية والتشخيص والاستشفاء وإعادة التكييف الطبي، وتغطي حاجات السكان في مجموعة من البلديات.

كما تنص المادة الرابعة (4) من المرسوم التنفيذي رقم 466/97 المؤرخ في 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية أن هذه الأخيرة تتولى المهام التالية:

- تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها.
- ضمان النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي.
- المساهمة في ترقية المحيط وحمائه في مجالات الوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- تمثل ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي، والتكوين في التسيير الاستشفائي، بإبرام اتفاقيات مع مؤسسات التكوين.

تتكون القطاعات الصحية مما يلي:

- مؤسسات استشفائية (EPH) التي أصبحت حسب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 لسنة 2007 مستقلة بذاتها عن القطاع الصحي.
- وحدات صحية قاعدية، تتمثل في العيادات المتعددة الخدمات، المراكز الصحية وقاعات العلاج.

وستنطبق إلى ذكر مختلف المؤسسات الصحية التي تأسست وفق قوانين ومراسيم وزارية والتي تعتبر اللبنة الأساسية للصحة العمومية في الجزائر وهي كما يلي:

## ▪ المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) - Centres Hospitalo-Universitaires

تعرف المراكز الاستشفائية بكونها كل مؤسسة استوفت الشروط القانونية والطبية والعلاجية التي يمارس فيها فن الطب المباح قانونيا، والمكان الذي يدخله المرضى للاستشفاء عن طريق أطباء، ومجموعة من المختصين والأجهزة، في شتى فروع الرعاية الصحية التي يحتاجها المريض لتحقيق الأهداف التي تنشأ من أجلها، وتتلخص في تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض (بدوح، 2003: 24)

وهي مؤسسات استشفائية ذات طابع خاص، تنشأ بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم والبحث العلمي، حيث يمارس الأول الوصاية الإدارية، أمّا الثاني فيمارس الوصاية البيداغوجية، ويبلغ عددها 13 مركزاً، أربعة منها في العاصمة وواحد في كل من البلدة، تيزي وزو، قسنطينة، عنابة، تلمسان، سطيف، وهران، وسيدي بلعباس. وتتكفل هذه المراكز الاستشفائية بعدة مجالات، طبقاً للمادتين 2 و3 من المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 10/12/1997 ( الجريدة الرسمية، 10/12/1997: 29-30). وتتمثل أهدافها في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة في مختلف المجالات كما يلي:

#### أ- مجال الصحة: تهتم بما يلي:

- العمل على ضمان التشخيص، العلاج، الاستشفاء الاستعجالات الطبية والوقائية، إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان.
- تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية.
- العمل على حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية، النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

#### ب- مجال التكوين: حيث تعمل المراكز الاستشفائية على:

- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب.
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة، وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

#### ج- مجال البحث: تقوم المراكز الاستشفائية بـ:

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.
- تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة. (الجريدة الرسمية، 1997: 29-30).

#### ▪ المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) Etablissements Publics Hospitaliers

هي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، تتمثل مهامها فيما يلي:

- تطبيق البرامج الوطنية الصحية.
- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- ضمان حفظ الصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

#### ■ المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: (EHS) Établissements Hospitaliers Spécialisés

هي مؤسسات تتكفل بنوع محدد من العلاج والتخصص دون غيره، وتخضع لنفس إجراءات إنشاء القطاع الصحي، وهي أيضا تخضع لوصاية والى الولاية الموجودة بها، وتهدف إلى تنفيذ الوقاية والتشخيص والعلاج، وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء، وتطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة، والمساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم وذلك طبقا للمادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 1997/12/2 المحدد لقواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها. وهي متخصصة في إحدى المجالات التالية:

- التكفل بمرض معين.
- مرض أصاب جهاز عضوي معين.
- مجموعة ذات فترة عمرية معين.

#### المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

#### Établissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)

هي مؤسسات ذات طابع عمومي جوارية أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19، المتعلق بإنشاء وتنظيم المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية، تهدف إلى متابعة البرامج للصحة والوقاية من العديد من الأمراض. وتتحد مهامها حسب المادة الـ 8 فيما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض والعلاج الجوارية.
- الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.



## \* قاعات العلاج Salles des Soins

تعتبر قاعات العلاج في الجزائر البنية الأساسية للنظام الصحي الوطني، فهي هياكل تابعة للمستشفيات، وهي موزعة على كل التراب الوطني بهدف التمكين من تقديم الخدمات الأساسية في الرعاية والوقاية، فقد بلغ عددها في سنة 2008 حوالي 5117 قاعة. وتهدف إلى تقديم من الرعاية والوقاية الأساسية عن قرب أكثر للسكان، وذلك قبل إحالتهم إلى العيادات المتعددة الخدمات والمستشفيات. كما تعمل قاعات العلاج أيضا على توجيه المرضى إذا اقتضت الضرورة للمستشفيات التي تمتلك العلاج الاستشفائي الأساسي.

وينص ترتيب نظام الخريطة الصحية الجزائرية على أن المواطنين مدعوون إلى التقرب أولا إلى الهياكل المجاورة مثل غرف العلاج في الأحياء والقرى قبل أن يتوجهون إلى المستشفيات العامة. تعمل هذه العيادة الصغيرة بشكل مستمر بحيث يقوم الممرضون بتقديم الرعاية والخدمات الصحية ويكونون دائما في حالة مداومة مستمرة أو خدمة إلزامية D'astreinte لهذا الغرض. وبالإضافة إلى ذلك يتم إجراء الاستشارات الطبية الأسبوعية من قبل الأطباء التابعين لإدارة العيادات المتعددة الخدمات أو من الوصاية. ويعمل الأطباء والمساعدون الطبيون على ضمان سير عمل غرف العلاج في الجزائر.

كما يتوجه المرضى إلى هذه المرافق الصحية لإجراء عمليات الحقن الطبية والإسعافات الأولية، وإذا تطلبت حالة المريض إعادة توجيه تقدم له رسالة للحسم في حالته المرضية للتكفل به في المستشفى كما أن هناك سيارة إسعاف مجهزة تجهيزا جيدا في كل قاعة العلاج.

## 9- خصائص قطاع الصحة العمومية في الجزائر

تمثل الإحصائيات حسب ما يبينه الجدول رقم (1) الموالي أن هناك ثلاثة أقاليم جغرافية رئيسية متمثلة في: إقليم الشمال (التل)، إقليم الهضاب العليا وإقليم الجنوب، استنادا لما نص عليه القانون رقم 10 المؤرخ في 29-06-2010 المتضمن المصادقة على المخطط الوطني لتهيئة الإقليم، المحدد لمختلف ولايات الأقاليم الثلاثة المتمثلة فيما يلي:

- **إقليم الشمال (التل):** يشمل إقليم شمال-الوسط ويتضمن عشر (10) ولايات هي: الجزائر البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف وعين الدفلى. إقليم شمال-غرب ويتضمن ثماني (8) ولايات هي: عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميله، سوق أهراس،

الطارف وقلمة. وإقليم شمال - غرب ويتضمن سبع (7) ولايات تتمثل في: وهران، تلمسان، مستغانم، عين تيموشنت، غليزان، سيدي بلعباس ومعسكر.

- **إقليم الهضاب العليا:** ويشمل بدوره إقليم الهضاب العليا - وسط، وتتضمن ثلاث (3) ولايات هي: الجلفة، الأغواط والمسيلة. أما إقليم الهضاب العليا - شرق فيشمل ست (6) ولايات هي: سطيف، باتنة، برج بوعرييج، أم البواقي وتبسة. وإقليم الهضاب العليا - غرب الذي يشمل خمس (5) ولايات هي: تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة والبيض.
- **إقليم الجنوب:** يتضمن بدوره إقليم جنوب - غرب ويشمل ثلاث (3) ولايات هي: بشار، تندوف وأدرار. وإقليم جنوب - شرق ويتضمن أربع (4) ولايات هي: غرداية، بسكرة، الوادي و ورقلة. بالإضافة إلى إقليم الجنوب الكبير الذي يشمل ولايتي تامنغست وإبليزي. (الجريدة الرسمية العدد 21، القانون رقم 10 المؤرخ في 29-06-2010، صفحة 122).

جدول رقم (1): توزيع نسبة السكان عبر ولايات الوطن وفق الأقاليم الجغرافية الثلاثة

الأقاليم	عدد الولايات	نسبة الأراضي	نسبة السكان
الشمال	25	4.3%	ثلثا عدد السكان
الهضاب العليا	14	12.7%	27.3%
الجنوب	9	83%	8.2%

المصدر: (L.ABID, 2014 : 18)

يتضح من خلال الجدول (1) أن أكثر من نصف ولايات الوطن تقع في الشمال (25 ولاية من 48) وفي المقابل نجدتها تضم أقل نسبة من الأراضي (4.3%) بينما تضم ثلثي عدد السكان، وهذا يدل على التكتف السكاني في المنطقة الشمالية، عكس الجنوب الجزائري أين تحتل نسبة الأراضي المساحة الشاسعة (83%) وقلة نسبة السكان (8.2%) بينما نجد ربع السكان يقطن أقاليم الهضاب العليا التي تمثل نسبة (12.7%) من الأراضي.

تضم هذه الأقاليم الثلاثة موارد بشرية تعمل في قطاع الصحة العمومية (السلك الطبي وشبه الطبي)، حيث يلعب المهنيون الصحيون دوراً مركزياً وحاسماً في تحسين فرص حصول السكان على الرعاية الصحية وتحسين جودتها. حيث يقدمون خدمات أساسية تعزز الصحة وتقي من الأمراض

وتوصل خدمات الرعاية الصحية إلى الأفراد والأسر والمجتمعات استناداً إلى برنامج الرعاية الصحية الأولية.

ويبين الجدولان (2) و(3) عدد الأطباء بمختلف مراتبهم العلمية وعدد العاملين بالسلك شبه الطبي بمختلف تخصصاتهم في الجزائر حسب إحصائيات 2014.

جدول (2): عدد الأطباء في الجزائر بمختلف مراتبهم العلمية 2014

السلك الطبي				الإقليم
طبيب بروفيسور	طبيب محاضر	طبيب مختص	طبيب عام	
217	4540	1086	10267	الشمال
96	1208	133	3292	الهضاب العليا
42	411	31	1399	الجنوب
409	6159	1250	14958	المجموع
%3.6	%38.3	%8.4	%58	النسب

يبين الجدول (2) عدد الأطباء بمختلف مراتبهم العلمية وتخصصاتهم في الجزائر حسب إحصائيات 2014، ويتضح من خلاله أن العاملين بالقطاع العمومي متباينين بين مختلف الأقاليم الثلاثة حيث أن معظمهم متمركز في الإقليم الشمالي للبلاد (ثلثي عدد السكان). ويعتبر هذا التوزيع موضوعياً جداً لكون الكثافة السكانية هي الأكبر بهذا الإقليم. كما يبين أن أكبر نسبة تتمثل في الأطباء العامون (نصف العدد) تقريباً مقارنة بالفئات الأخرى.

وبالرغم من أنه لا توجد قاعدة ذهبية يمكن الاحتكام إليها فيما يتعلق بمعدل الأطباء المتوفرين إلى عدد السكان، فإن منظمة الصحة العالمية تعتبر أن الدول التي لديها أقل من 23 طبيباً وطبيبة مقابل كل 10000 نسمة، لن تتمكن على الأرجح من تحقيق معدلات التغطية الوافية بالخدمات الرئيسة للرعاية الصحية الأولية حسب أولويات الاستراتيجية الإنمائية للألفية. في حين تؤكد المؤشرات الفعلية للمنظمة أن هذا المعدل يصل في المتوسط إلى 13 طبيباً لكل 10000 نسمة بينما تشير الإحصائيات أن لكل 13 طبيباً جزائرياً 11400 نسمة يتكفل بها، مما يعكس العبء المتحمل من طرف الطبيب الجزائري للتكفل بالمرضى. (المنظمة العالمية للصحة، 2010).

وتشير الأرقام حسب إحصائيات 2014 وفق الجدول (3) إلى عدد العاملين بالسلك شبه الطبي بمختلف تخصصاتهم في الجزائر.

جدول (3): عدد العاملين بالسلك شبه الطبي في الجزائر بمختلف تخصصاتهم

السلك الشبه الطبي						الإقليم
عامل بالأشعة	صيدلاني	قابلة	مخبري	بيولوجي	ممرض	
1124	219	2916	1908	380	10558	الشمال
518	59	1262	770	168	5589	الهضاب العليا
182	30	594	319	34	2321	الجنوب
1824	308	4772	18468			المجموع

المصدر: (L.ABID, 2014)

يبين الجدول (3) عدد العاملين بالسلك شبه الطبي بمختلف تخصصاتهم في الجزائر حسب إحصائيات 2014، ويتضح من خلاله أن العاملين بالقطاع العمومي متباين بين مختلف الأقاليم الثلاثة حيث معظمهم متمركز في الإقليم الشمالي للبلاد (ثلثي عدد السكان). ويعتبر أيضا هذا التوزيع موضوعيا جدا لكون الكثافة السكانية هي الأكبر بهذا الإقليم.

## خلاصة

إن الهدف من إدراج هذا الفصل هو التعرف عن كثب على قطاع حساس وهو قطاع الصحة العمومية في الجزائر، والتطرق إلى مختلف المراحل الإصلاحية التي مرّ بها، والتي تعتبر خطوات تطور في عمق هذا النظام الصحي، الذي لا يزال حيز الإصلاح ليتماشى مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للجزائر، حيث عملت السلطات العمومية على إعادة توزيع الهياكل الصحية، بحيث تسمح لكل الأفراد التمتع بحق الوصول إلى العلاج عن طريق مجانية العلاج التي تعتبر الركيزة الأساسية للمنظومة الصحية في الجزائر.

كما حاولنا التطرق والتعرف على الوضعية الصحية من خلال السياسة الصحية والنظام الصحي للقطاع ومختلف أدوار مؤسساته المتنوعة.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس

الخطوات والإجراءات المنهجية للبحث

## تمهيد

### 1. منهج البحث

### 2. مجتمع البحث

### 3. الدراسة الاستطلاعية

#### 1.3- مراحل الدراسة الاستطلاعية

#### 2.3- نتائج الدراسة الاستطلاعية

### 4. أدوات جمع البيانات

#### 1.4- خطوات بناء أدوات جمع البيانات في البحث

#### 2.4- نتائج البحث الاستطلاعي الأول

#### 3.4- الشروط السيكمترية لأدوات البحث

#### ● ثبات الأداة

#### ● صدق الأداة (المقياسين)

#### 4.4- المقابلة العيادية

### 5. الدراسة الأساسية

## خلاصة



بعد عرض إشكالية البحث وتحديد فرضياتها، والتطرق إلى الجوانب التي توضح الضغط المهني ومصادره، ومختلف الاستراتيجيات التي يتبناها الأفراد في مواجهتهم له، جاء هذا الفصل لتوضيح مختلف الخطوات والإجراءات المنهجية المتبعة في البحث، إذ أن كل بحث علمي يقوم على أساس مجموعة من الخطوات التي تساعد الباحث على تركيز الجهود فيما هو مفيد، حيث يقوم بالتصريح بالمنهج المتبع، وبوصف المجتمع الأصلي الذي أجري عليه البحث، والعينة التي طبقت عليها أدوات القياس المعدة من طرف الباحث، بعد ما تم تحديد خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات) ضمن الدراسة الاستطلاعية، ومختلف المعالجات الإحصائية المستخدمة لعرض البيانات، ثم في الأخير يقوم بتحليل العلمي والموضوعي السليم للمعطيات أو البيانات التي تم جمعها من ميدان البحث.

## 1. منهج البحث

في إطار هذا البحث الذي يهدف إلى معرفة مصادر الضغط المهني لدى العاملين بالقطاع الصحي العمومي بالجزائر ومختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة لدى العاملين من السلك الطبي وشبه الطبي، رأت الباحثة أن تتبع المنهج الوصفي الإحصائي لكونه يناسب طبيعة موضوع البحث، الذي يسعى إلى "الحصول على معلومات تتعلق بالحالة الراهنة للظاهرة موضوع الدراسة، لتحديد طبيعة تلك الظاهرة والتعرف على العلاقات المتداخلة في حدوثها ووصفها، وتحليل المتغيرات المؤثرة في نشوئها ونموها" (عرب، 2009: 71). حيث يعتمد إلى وصف الظاهرة وصفا دقيقا، بالتعبير عنها تعبيرا كينيا أو كميًا، فيكون التعبير الكيفي بوصف الظاهرة وتوضيح خصائصها، أما التعبير الكمي فيكون بوصف الظاهرة رقميا وتوضيح مقدارها أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى.

ويُلخّص منهج هذا البحث في مرحلتين أساسيتين:

- مرحلة الدراسة الاستطلاعية: التي مكنت الباحثة من ضبط مشكلة البحث، وبلورة فرضياته، والتأكد من قدرة تطبيق المقياسين المعدين من طرف الباحثة ذاتها لحوض غمار الدراسة الأساسية.
- مرحلة الدراسة الأساسية: التي تمّ خلالها التطبيق النهائي للمقياسين، وإجراء مقابلات نصف موجهة مع بعض أفراد مجموعة البحث الذين رصد لديهم مستوى مرتفع من الضغط، كما تم جمع البيانات المتعلقة بوجود مصادر الضغط المهني، وتحديد مختلف استراتيجيات مواجهته، فضلا عن تحديد

درجة الضغط حسب نوع المؤسسات الصحية وكذا الوقوف على نمط الاستراتيجيات المستعملة لدى موظفيها.

## 2. مجتمع البحث

إن الهدف من تحديد المجتمع المقصود بالبحث هو الوصول إلى ضبط مجموعة البحث واختيار أفرادها، وقد تمّ تحديد المجتمع الذي شمله البحث بحيث تألف من العاملين في قطاع الصحة العمومية (السلك الطبي وشبه الطبي) في بعض ولايات الشمال والهضاب العليا والجنوب من القطر الجزائري. وتمّ البحث بمسح شامل لمجموع الأطباء والشبه الطبيين، العاملين في المؤسسات الصحية العمومية، بمختلف تخصصاتهم، لذلك يمكن تعميم نتائجه على هذا المجتمع فقط، ويمكن حصر مجتمع البحث فيما يلي:

- الأطباء العامون والمختصون والمقيمون الذين يمارسون مهامهم بكل من المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.
- شبه الطبيين والعاملون بالقطاع الصحي العمومي الذين يمارسون مهامهم بكل من المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية.
- ويقتصر البحث على المراكز والمؤسسات التابعة للقطاع الصحي العمومي (ببعض ولايات الشمال، الهضاب العليا والجنوب الجزائري) والمتمثلة في:
  - المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)
  - المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)
  - المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)
  - المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP)

## 3. الدراسة الاستطلاعية

تمثل القيام بالدراسة الاستطلاعية في استجواب عدد معين من الأفراد لإلقاء نظرة عامة على ميدان البحث، باستعمال طرق يلجأ إليها الباحث عادة كالملاحظة، والمقابلة الموجهة أو غير الموجهة، والاستبانة، وذلك بعد تحديد الإشكالية ووضع الفرضيات (6: Ghiglione & Matalon, 1982). وقد تحددت ضمن هذه الدراسة الاستطلاعية تحديد النقاط التالية:

## ✓ التأكد من إمكانية إجراء البحث

أجريت الدراسة الاستطلاعية للتحقق من قدرتنا على إجراء البحث، وكذا ضمان جمع المعلومات كميًا ونوعيًا. وقد تمّ خلالها ما يلي:

- الاحتكاك بالظاهرة قيد البحث لمعرفة مختلف المصادر الضاغطة مهنيًا، التي يواجهها مهنيو الصحة (أطباء وشبه طبيين) في ميدان العمل في مختلف المؤسسات الصحية العمومية.
- الاحتكاك بميدان البحث للتعرف أكثر على متغيرات البحث.
- الاستطلاع حول المنهج الملائم للبحث.
- العمل على تحديد أدوات ومقاييس البحث.

## ✓ تحديد أفراد مجموعة الدراسة الاستطلاعية:

بلغ عدد أفراد مجموعة الدراسة الاستطلاعية 30 فردًا من العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي في قطاع الصحة العمومية من مختلف الأعمار، وقد تمّ اختيارهم بطريقة قصدية، حيث تمّ استدعاءهم إلى الاستشارة النفسية بمصلحة طب العمل، وهذا بالنسبة للأشخاص العاملين بولاية البليلة فقط، أما العاملون بمستشفى بني مسوس كان الانتقال إليهم في مقر عملهم وإجراء المقابلات في مكتب الأخصائية النفسانية بمصالحهم. مع العلم أن هؤلاء الأفراد سوف يستبعدون لاحقًا من أفراد مجموعة البحث الأساسية.

## ✓ تحديد الحدود المكانية للدراسة الاستطلاعية:

تحدّد الإطار المكاني للدراسة الاستطلاعية الميدانية في المؤسسات الاستشفائية التالية:

- المركز الاستشفائي الجامعي وحدة حسيبة بن بوعلي بالبليلة.
  - المركز الاستشفائي الجامعي وحدة محمد يزيد بالبليلة.
  - المستشفى الجامعي بني مسوس بالجزائر.
- وقد دامت الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة بين أبريل 2015 إلى غاية جوان 2015.

## 1.3- مراحل الدراسة الاستطلاعية

تمت الدراسة الاستطلاعية على مرحلتين:

المرحلة الأولى: أجريت فيها مقابلات متمحورة حول النقاط التالية:

- البيانات الشخصية.
- البيانات المهنية.

- معلومات حول المصادر الضاغطة مهنيا.
  - معلومات حول مختلف الطرق التي يتبناها المهني في تعامله وتكيفه مع الضغط (استراتيجيات المواجهة).
- وقد تمّ خلال هذه المرحلة تطبيق المقياسين (مقياس مصادر الضغط ومقياس استراتيجيات المواجهة) لأجل التطبيق على الفئتين المهنتين المنوه عنهما أعلاه.
- كما تمّ اختبار دليل المقابلة ميدانيا، بعد ما تمّ عرضه على محكمين للنظر فيه، ومن ثمّ وقع تطبيقه على مجموعة من أفراد مجتمع البحث للتأكد من سلامة الأسئلة ومدى فهم أفراد مجتمع البحث لها.

**المرحلة الثانية:** تمّ خلالها تكييف المقياسين (مقياس مصادر الضغط ومقياس استراتيجيات المواجهة) بترجمته إلى اللغة الفرنسية، بحكم أن أفراد العينة الاستطلاعية (الأطباء خاصة) حذبوا استعمال اللغة الفرنسية في الإجابة على أسئلة المقياسين، وقد تمّ عرضه على مجموعة من الأساتذة من أهل الاختصاص في الترجمة وعلم النفس.

وبعد المراجعة اللغوية واقتراحات الأساتذة المختصين (المحكمون اللغويون) وصل المقياسان إلى الصورة النهائية التي ستطبق على أفراد البحث الأساسي، بعد تعديلات شملت أيضا صياغة بعض أسئلة دليل المقابلة أشار إليها الأساتذة المحكمون (أنظر الملحق - 2).

### 3.3- نتائج الدراسة الاستطلاعية

يمكن تلخيص نتائج الدراسة الاستطلاعية في النقاط التالية:

- تبين من خلال الدراسة الاستطلاعية أنه يستحسن ترجمة المقياسين من اللغة العربية إلى اللغة الفرنسية التي اعتاد أفراد مجتمع البحث على استعمالها في ميدان العمل.
- كما بينت الدراسة الاستطلاعية أنه يجب إضافة بعض المتغيرات (كالفئات المهنية، نمط المؤسسات التي ينتمون إليها) لما لها من دور في العلاقة بين متغيرات البحث.
- تمّ تبني المقياسين المعدّين من طرف الباحثة بعدما تمّت ترجمتهما إلى اللغة الفرنسية والتأكد من صدقهما وثباتهما.
- تبني دليل المقابلة بعدما عدّل ما وجب تعديله.
- حصر مجتمع البحث في العاملين بقطاع الصحة العمومية من السلك الطبي والسلك شبه الطبي.

- اقتصار مجتمع البحث على بعض الولايات الجزائرية لصعوبة التنقل إلى كافة ولايات الوطن، كون ذلك يتطلب جهدا جسديا وماديا من الباحثة، وتمّ تحديد عدد من ولايات الجزائر من الأقاليم الثلاثة: الشمال، الهضاب العليا والجنوب. والمتمثلة في الولايات التالية: (الجزائر، البلدية، بومرداس، تيبازة، البويرة، تيزي وزو، سطيف، ميلة، قسنطينة، عنابة، عين الدفلى، غليزان، وهران، تلمسان، إيليزي، بشار).

- تحديد أفراد مجموعة البحث من المجتمع الكلي للبحث وهم الأطباء بكل أصنافهم (أطباء عامون، أطباء مختصون، أطباء مقيمون) وقد استثني الأطباء الأساتذة المساعدون لكونهم يقومون بالتدريس موازاة مع العمل الطبي، وهذا يعتبر متغيرا دخيلا قد يؤثر على نتائج البحث. كذلك تم استثناء البيولوجيين العاملين بالمخابر من أفراد السلك شبه الطبي، لكونهم بعيدون نوعا ما عن تعاملهم مع المرضى، وبالتالي لا يمكنهم الاستجابة للبعد الخاص بالعلاقة مع المرضى وأهليهم.

- كما تبين لنا من خلال الدراسة الاستطلاعية أنه يجب أخذ حالات من المجتمع المدروس لتطبيق المقابلة العيادية عليهم لمعرفة عمق المشكلة عن قرب.

#### 4. أدوات البحث

يدور كل بحث حول مشكلة، تصاغ لها فروض، ووفق طبيعة هذه الفروض يتم اختيار الأدوات التي تلائم البيانات المراد جمعها، وفي هذا البحث تمّ استعمال مقياسين، أحدهما يهدف إلى قياس المصادر الضاغطة مهنيًا، والثاني لقياس استراتيجيات المواجهة التي يستعملها العاملون في السلك الطبي وشبه الطبي في قطاع الصحة العمومية في الجزائر لمواجهة مصادر الضغط المهني. كما تمّ اختيار المقابلة نصف الموجهة لجمع المعلومات عن الحالات العيادية.

وقد لجأت الباحثة إلى بناء مقياسين رغم توفر عدد من المقاييس الجاهزة، ويرجع ذلك إلى بعض الاعتبارات أهمها:

- عدم توفر مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة يناسب طبيعة المجتمع محل البحث، كوننا نتعامل مع الضغط لدى مهنيي قطاع الصحة، بسلكيهما الطبي وشبه الطبي، الذين لهما خصوصية مهنية تختلف عن الخصوصيات المهنية لقطاعات مهنية أخرى.

- اهتمام بعض مقاييس الضغط المهني ببعض المجالات، كمجال التنظيم والعمل أو المجال التربوي، التي تختلف عمّا نراه مهما في بحثنا الحالي، خاصة ضمن المقاربة العيادية.

- الأخذ بعين الاعتبار أن إجابات الأفراد على أدوات القياس تتأثر بعوامل كثيرة، كالعوامل الظرفية (ضرورة تقيين المقاييس)، وكذا الإطار المرجعي النفسي - الاجتماعي للفرد، والعوامل الثقافية، وكل العوامل التي تتعلق بخصائص مجموعة البحث.

#### 1.4- خطوات بناء أدوات البحث

تمّ بناء المقاييسين باتباع خطوات متتالية بعد الاطلاع على ما يلي:

- الاطلاع على مختلف الأدوات المستخدمة لقياس الضغط المهني ضمن الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الضغط واستراتيجيات مواجهته، ومن بينها مقياس كريستينا ماسلاش، مقياس روبر كرازاك، وبعض المقاييس المنجزة من طرف بعض الباحثين العرب والجزائريين في مجال علم النفس. أما عن المقاييس التي أعدت من قبل الباحثين لقياس استراتيجيات المواجهة فنجد مقياس كارفر وشاير، ومقياس أندلر وباركر لقياس مقاومة الوضعيات الضاغطة، ومقياس لازاروس وفلكمان.

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

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

- إجراء مسح استطلاعي لمختلف مصادر الضغط المهني التي يمكن أن يصادفها العاملون بقطاع الصحة العمومية في السلكين الطبي وشبه الطبي، وذلك من خلال توجيه سؤال مفتوح ضمن مقابلات نصف موجهة لمجموعة من العاملين في قطاع الصحة العمومية، هم الأطباء والممرضون بكل من المركز الاستشفائي الجامعي فرانس فانون، ومستشفى حسيبة بن بوعلي بولاية البليدة، ومستشفى بني مسوس بولاية الجزائر، حيث طلبنا منهم الحديث عن المواقف التي يتعرضون لها وتسبب لهم الشعور بالضيق والضغط والانزعاج.

وقد تمّ اللجوء أثناء هذه العملية الاستطلاعية إلى استعمال أداة الاستبيان الاستطلاعي لجمع البيانات (أنظر الملحق 3)، حيث وزعت استبيانات على مختلف العائلات المهنية، كان الهدف منها حصر الاستراتيجيات المستعملة من طرفهم لمواجهة الظروف المهنية والنفسية الضاغطة، بطرح

سؤال مفتوح حول مختلف الطرق المستعملة لدى العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي بالمركز الاستشفائي الجامعي فرانس فانون ومستشفى حسيبة بن بوعلي بالبليدة، والمستشفى الجامعي ببني مسوس أيضا. وقد تمّ اتباع خطوات قبل توزيع الاستبيان الاستطلاعي وكانت على النحو التالي:

**الخطوة الأولى:** تحديد العائلات المهنية الأساسية التي يوجه إليها السؤال الاستطلاعي، وقد انتهت هذه الخطوة إلى ثلاث عائلات مهنية هي: العاملون بقطاع الصحة، العاملون بقطاع التعليم بكل مستوياته (الابتدائي، المتوسط، الثانوي والجامعي) والعاملون بقطاع الحماية المدنية. وكان الهدف وراء إدراج هذه الفئات المهنية هو أنه بالرغم من الاختلاف في طبيعة المهام إلا أن هناك تشابها في ثقل وصعوبة الأداء المهني.

**الخطوة الثانية:** التفاعل الميداني مع هؤلاء المهنيين، والعمل على رصد منابع معاناتهم، وكيفية التعامل معها عن قرب، وذلك بإجراء مقابلات معهم.

**الخطوة الثالثة:** توجيه سؤال مفتوح لتحديد مختلف الاستراتيجيات الممكن اللجوء إليها في حالة تواجد العامل(ة) في وضعيات ضاغطة. وقد صيغ السؤال بالشكل التالي:

"بصفتك موظفا(ة) في هذا القطاع المهني، ما هي الاستراتيجيات أو الطرق التي تلجأ (ين) إليها لمواجهة الوضعيات الضاغطة والتغلب عليها بذكرها كلها إن أمكن، وترتيبها حسب أهميتها في نظرك" (أنظر الملحق 3).

**الخطوة الرابعة:** توزيع الاستبيان الاستطلاعي على مجموعة من الأفراد العاملين بكل مهنة من المهن المختارة، بلغ مجموعهم أربعمائة وخمسة وعشرين فردا (425)، وقد اختيرت عينة الأفراد بطريقة غير عشوائية، وقد كان التوزيع حسب الجدول التالي:

الجدول (4): توزيع أفراد العينة الاستطلاعية العامة حسب القطاع المهني

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

**الخطوة الخامسة:** تمّ جمع المادّة المتمثلة في إجابات أفراد عينة البحث الاستطلاعي الأولى.

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

بعد ما تم إلغاء بعض الاستثمارات لعدم استيفائها للشروط المطلوبة، ليصبح عدد الاستثمارات المقبولة 425، وهي التي تمثل إجابات أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية الأولى. وقد كشفت النتائج المتحصل عليها على وجود استراتيجيات مختلفة يلجأ إليها الفرد في الوضعيات المهنية الضاغطة، حيث تمكنت الباحثة بعد تفريغ البيانات من حصر إجابات الأفراد ضمن عشرة (10) بنود كما هو موضح في الجدول (5) الآتي:

الجدول (5): بنود مقياس استراتيجيات المواجهة الأولى

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

يوضح الجدول (5) مختلف الاستراتيجيات التي يلجأ إليها المبحوث لمواجهة الضغط المهني اليومي والتي صنفت ضمن البنود العشرة المبينة في الجدول (5) أعلاه. ويبين الجدول (6) أدناه تكرارات ونسب إجابات أفراد العينة الاستطلاعية على السؤال الاستطلاعي العام المنوه عنه سابقاً.



الجدول (6): إجابات أفراد العينة الاستطلاعية على السؤال الاستطلاعي العام

∑ البنود	الحماية المدنية	الصحة	التعليم	القطاع البند	
				التكرار	النسبة
103	22	42	39	التكرار	إعادة تجميع الطاقة التنفيس الذاتي
%100	%21,36	%40,78	%37,86	النسبة	
119	9	56	54	التكرار	البحث عن الدعم الاجتماعي
%100	%7,56	%47,06	%45,38	النسبة	
42	3	11	28	التكرار	العودة إلى الله
%100	%7,14	%26,19	%66,67	النسبة	
9	0	6	3	التكرار	ردود أفعال فيزيولوجية
%100	%0,00	66,67%	%33,33	النسبة	
91	25	38	28	التكرار	وضع انقطاعات
%100	%27,47	%41,76	%30,77	النسبة	
107	19	55	33	التكرار	تجنب المشكل
%100	%17,76	%51,40	%30,84	النسبة	
61	5	25	31	التكرار	التفكير الإيجابي
%100	%8,20	%40,98	%50,82	النسبة	
70	4	30	36	التكرار	إيجاد حلول للمشاكل
%100	%5,71	%42,86	%51,43	النسبة	
71	7	41	23	التكرار	استراتيجيات مهدئة وملطفة
%100	%9,86	%57,75	%32,39	النسبة	
36	3	8	25	التكرار	التخطيط
%100	%8,34	%22,22	%69,44	النسبة	

## 2.4- الشروط السيكومترية لأدوات البحث

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

تمّ تطبيق الأداة في صورتها الأولية على عينة من العاملين بالصحة بلغت 30 مهنيًا(ة)، بهدف معرفة مدى تناسب فقرات المقياسين المبنيين، ودرجة سهولة فهم عبارتهما، ومقدار وضوح تعليماتهما، وكذا بهدف تحديد الخصائص السيكومترية للمقياسين بحساب صدقهما وثباتهما.

### 1.1.3.4- صدق الأداة (المقياسين)

لقد تم حساب صدق المقياسين بالطرق التالية:

#### • صدق المحكمين

للتحقق من صدق الأدوات بهدف التأكد من قياسهما لما وضعنا له وملاءمتها لهدف البحث الحالي، قامت الباحثة بعرض المقياسين في صورتها الأولية على مجموعة من المحكمين ممن يحملون درجة الدكتوراه في علم النفس، القياس والإرشاد والتوجيه، وهم أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة كل من الجزائر، البليدة والأغواط، بهدف التأكد من صدق محتوى الفقرات المكونة للاستبيانين، ومدى ملاءمتها لأهداف البحث ومتغيراته، وفي ضوء ملاحظاتهم أُجريت التعديلات المناسبة التي أُجمع عليها المحكمون. حيث طلب من السادة المحكمين الحكم على صحة ووضوح الفقرات، وكذلك انتمائها لمجالاتها، وحذف أو تعديل ما يرونه مناسباً، وتم حذف عدد من الفقرات التي لم تحظ بنسبة اتفاق جيدة، وقد أضيفت بعض الفقرات المقترحة من بعض المحكمين فأصبحت بذلك بنود مقياس استراتيجيات المواجهة (46) بندا موزعة على تسعة (9) محاور عوض عشرة (10)، أي بحذف البند الخاص بالردود الفيزيولوجية لكونها لا تدخل ضمن استراتيجيات المواجهة. و(30) بندا بالنسبة لمقياس مصادر الضغط المهني. ويوضح الملحقان (3) و(4) المقياسان في صورتها الأولية قبل التعديل.

#### • الصدق الذاتي للمقياسين

لقد تم حساب الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وذلك وفق المعادلة التالية:

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

وقد قدر صدق مقياس مصادر الضغط المهني بـ 0.93 بينما قدر صدق مقياس استراتيجيات

المواجهة بـ 0.84.

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

الجدول رقم (7): نتائج صدق وثبات المقياسين

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

#### 2.1.3.4 - ثبات الأدوات

لقد تم حساب ثبات المقياسين في البحث الحالي بالطرق التالية:

##### • طريقة ألفا لكرومباخ

لإيجاد معامل ثبات المقياس الخاص بمصادر الضغط المهني، ومقياس استراتيجيات المواجهة، تم حساب معامل ألفا لكرومباخ، حيث تم رصد النتائج وإدخالها في برنامج SPSS، وفي هذا الصدد تم استعمال معامل ألفا لكرومباخ على كل المتغيرات التي تمثل أسئلة المقياسين، حيث عبرت النتيجة (ألفا = 0.870) على التماسك الداخلي الجيد، وعلى تجانس الفقرات المقدر بثلاثين فقرة في جميع المستويات لمقياس مصادر الضغط المهني. في حين قدرت النتيجة في مقياس استراتيجيات المواجهة بـ (ألفا = 0,717)، وهي نتيجة حسنة حيث تظهر صلاحية الفقرات الستة والأربعين (46) للتطبيق باطمئنان على العينة.

وعليه فإن القيمتان ( $0.84=\alpha$ ) و ( $0.71=\alpha$ ) تشكلان نتيجة جيدة للاختبارين، إذ يثبتان اتساقا في إجابات أفراد العينة. وهذا الاتساق في الإجابات يثبت بدوره أن فقرات المقياسين واضحة لغة وموضوعاً، ومنه نستنتج أن أداتي الدراسة الاستطلاعية محل ثقة وجاهزتان للاستعمال في الدراسة الفعلية.

##### ▪ طريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه (Test-Retest)

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

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

وبعد ذلك تم إدخال بيانات كلا المقياسين في برنامج الـ SPSS، وتم حساب مؤشرين لكل فرد في كلا التطبيقين:

تمثل الأول في مؤشر مصادر الضغط، وهو قيمة الانحراف المعياري لقيم إجابات الفرد في مقياس مصادر الضغط.

بينما تمثل الثاني في مؤشر استراتيجيات المواجهة، وهو قيمة الانحراف المعياري لقيم إجابات الفرد في مقياس استراتيجيات المواجهة.

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

• بين قيم مؤشر مصادر الضغط للتطبيق الأول وقيم مؤشر مصادر الضغط للتطبيق الثاني، وقد كشفت النتائج عن معامل ارتباط قدر به (0.836) أي (83.6%).

• بين قيم مؤشر استراتيجيات المواجهة للتطبيق الأول وقيم مؤشر استراتيجيات المواجهة للتطبيق الثاني قد كشفت النتائج عن معامل ارتباط قدر به (0.890) أي (89%).

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

## 5. الدراسة الأساسية

### 1.5- مجموعة البحث

يعرف أنجرس Angers مجموعة البحث بأنها "مجموعة يتم اختيارها حسب لبحث العلمي في العلوم الإنسانية، حيث إذا لم نستطع دراسة المجتمع الكلي للأفراد، نقوم باختيار جزء منهم فقط، مع التأكد بأن الجزء المختار يمثل المجموعة، هذا الجزء من الأفراد هو مجموعة البحث" (Angers, 1997: 11).

#### 1.1.5 - كيفية اختيار مجموعة البحث

لقد أعتبر أنجرس (Angers) مجموعة البحث بأنها ذلك الجزء من مجتمع البحث الذي سنجمع من خلاله المعطيات في ميدان العلم (...). تسمح لنا بالوصول إلى التقديرات التي يمكن تعميمها على كل مجتمع البحث الأصلي (أنجرس، 2004: 301). وعليه تم اختيار مجموعة البحث من المجتمع الأصلي المتمثل في عدد من الأطباء وشبه الطبيين العاملين بقطاع الصحة العمومية ببعض ولايات الجزائر. وقد تم اعتماد الطريقة غير العشوائية في اختيار مجموعة البحث لعدم إمكانية الإمام بكل عناصر مجتمع البحث وتجنباً للحصول على عينة متحيزة، تم تطبيق وسيلة المعاينة القصدية.

### 1.1.1.5 - مجموعة سلك الأطباء: تتحدد مجموعة الأطباء في المتغيرات الواجب توفرها عند

كل طبيب وهي:

- أن يكون الطبيب ممارسا في إحدى المؤسسات الصحية العمومية السالفة الذكر: (EPSP) (CHU) (EHS) (EPH).
- أن يكون الطبيب قد مارس المهنة لفترة لا تقل عن سنة دون انقطاع بسبب عطلة مرضية لأكثر من شهر.
- أن يكون الطبيب إما طبيبا مختصا أو عاما أو طبيبا مقيما.

### 2.1.1.5 - مجموعة سلك شبه الطبيين: تتحدد خصائص مجموعة أفراد السلك شبه الطبي

في المتغيرات الواجب توفرها عند كل منهم وهي:

- أن يكون ممارسا في إحدى المؤسسات الصحية العمومية السالفة الذكر: (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS).
- أن يكون شبه الطبي قد مارس المهنة لفترة لا تقل عن سنة دون انقطاع بسبب عطلة مرضية لأكثر من شهر.
- ألا يكون شبه الطبي من البيولوجيين العاملين بالمخابر، أي أن يكون من فئة المرضى.

### 2.1.5 - خصائص مجموعة البحث الأساسي

سيتم عرض جداول توضح بالتفصيل خصائص مجموعة البحث الحالي حسب متغيرات البحث

وهي كالتالي:

الجدول رقم (8): وصف لمختلف متغيرات البحث

الإقليم الجغرافي	نمط المؤسسة	السلك المهني	الأقدمية المهنية	الحالة المدنية	السن	الجنس	العملية الإحصائية
1,26	2,31	1,60	2,05	1,36	1,68	1,64	المتوسط الحسابي
0,582	1,242	0,491	0,843	0,590	0,704	0,480	الانحراف المعياري
756	756	756	756	756	756	756	المجموع

من خلال الجدول (8) بلغ حجم أفراد مجموعة البحث الكلي 756 فردا، بمتوسط حسابي وانحراف معياري متباين حسب مختلف المتغيرات (الجنس، السن، الحالة المدنية، الأقدمية المهنية، السلك

المهني، نمط المؤسسة والإقليم الجغرافي). وسيتم التفصيل في وصف مجموعة البحث حسب كل متغير كما يلي:

#### ■ البيانات الشخصية

##### - متغير الجنس

الجدول رقم (09): توزيع أفراد مجموعة البحث حسب متغير الجنس

النسبة %	العدد	الجنس
35,8	271	الذكور
64,2	485	الإناث
100	756	المجموع

يتضح من خلال الجدول (09) أن نسب عدد أفراد مجموعة البحث من حيث متغير الجنس في مختلف المؤسسات الصحية العمومية متباين في العدد وغير متجانس، حيث أن أغلبية أفراد المجتمع المبحوث العاملين في المؤسسات هم من الإناث إذ مثل عددهن نسبة 64,2% مقابل نسبة الذكور التي بلغت 35,8%. وتجدد الإشارة إلى أن تباين عدد أفراد مجموعة البحث من حيث الجنس يرجع إلى تباين العدد الإجمالي للعاملين في المؤسسات المبحوثة من حيث الجنس.

##### - متغير السن

الجدول رقم (10): توزيع أفراد مجموعة البحث حسب متغير المراحل العمرية

%	العدد	السن
45,9	347	35-20 سنة
40,2	304	50-36 سنة
13,9	105	أكثر من 50 سنة
100	756	المجموع

يتضح من خلال الجدول (10) أن نسب عدد أفراد مجموعة البحث من حيث متغير السن متباين في العدد وغير متجانس، حيث سجلت الفئة الصغرى (20-35 سنة) أكبر نسبة إذ بلغت 45,9%، بينما احتلت الفئة المتوسطة (36-50 سنة) الترتيب الثاني بنسبة 40,2%، أما فئة أكثر من 50 سنة فقد أخذت الترتيب الأخير إذ قدرت نسبتها بـ 13,9% مع العلم أن العديد من العاملين بالقطاع أحيلا على التقاعد المسبق.

## - متغير حالة المدنية

الجدول رقم (11): توزيع أفراد مجموعة البحث حسب متغير الحالة المدنية

الحالة المدنية	العدد	%
متزوج	516	68,3
أعزب	214	28,3
مطلق	17	2,2
أرمل	9	1,2
المجموع	756	100,0

يتضح من خلال الجدول (11) أن نسب عدد أفراد مجموعة البحث من حيث متغير الحالة المدنية متباين في العدد وغير متجانس، حيث سجل عدد المتزوجين نسبة 68,3 % بينما بلغت نسبة العزاب 28,3 % وهما أكبر نسبتين بين أفراد مجموعة البحث. أما نسبة المطلقين والأرامل فهي ضئيلة جدا إذ قدرت بنسبة 2,2% و1,2% على التوالي.

## - متغير الأقدمية المهنية

الجدول رقم (12): توزيع أفراد مجموعة البحث حسب مراحل الأقدمية المهنية

الأقدمية المهنية	العدد	%
أقل من 5 سنوات	249	32,9
6-15 سنة	217	28,7
أكثر من 15 سنة	290	38,4
المجموع	756	100,0

يتضح من خلال الجدول (12) أن نسب عدد أفراد مجموعة البحث من حيث متغير الأقدمية المهنية متباين لكنه متقارب في العدد، حيث سجلت الفئة الأكثر من 15 سنة أكبر نسبة إذ بلغت 38,4%، بينما احتلت الفئة الأقل من 5 سنوات الترتيب الثاني بنسبة 32,9%، أما الفئة التي تبرز أقدمية مهنية بين 6-15 سنة فقد أخذت الترتيب الأخير في العدد قدرت نسبتها 28,7%.

## - متغير نمط السلوك المهني (الطبي وشبه الطبي)

الجدول رقم (13): توزيع أفراد مجموعة البحث وفق مختلف الأسلاك المهنية

النسبة	العدد	السلوك
%40.48	306	السلوك الطبي
%59.52	450	السلوك شبه الطبي
%100	756	المجموع

يتضح من خلال الجدول (13) أن نسب أعداد أفراد مجموعة البحث من حيث السلوك (الطبي وشبه الطبي) في مختلف المؤسسات الصحية العمومية متباين في العدد وغير متجانس، حيث أن أغلبية أفراد المجتمع المبحوث العاملين في المؤسسات هم من السلوك شبه الطبي، إذ مثل عدد الأفراد شبه الطبيين نسبة 59.52% مقابل نسبة 40.48% من العاملين بالسلوك الطبي.

## - متغير نمط المؤسسة الصحية

الجدول (14): توزيع أفراد مجموعة البحث وفق نمط المؤسسة الصحية العمومية

النسبة المئوية	عدد الأفراد	المؤسسة الصحية
%42.06	318	EPH
%8.73	66	EHS
%25	189	CHU
%24.21	183	EPSP
%100	756	المجموع

يتضح من خلال الجدول (14) أن نسب أعداد أفراد مجموعة البحث من حيث نمط المؤسسة الصحية العمومية (EPH، EHS، CHU، EPSP) متباينة في العدد وغير متجانسة، حيث بلغ عدد أفراد مجموعة البحث العاملين بالـ EPH نسبة 42.06%، والعاملين بالـ EHS نسبة 8.73% بينما العاملون بالـ CHU قدر عددهم نسبة 25% وفي الأخير وصل عدد العاملين بالـ EPSP 24.21% ويرجع هذا التباين في النسب إلى تباين في العدد الإجمالي لأفراد المجتمع المبحوث في مختلف المؤسسات الصحية.



## - متغير الإقليم الجغرافي

الجدول رقم (15): توزيع أفراد مجموعة البحث وفق الإقليم الجغرافي.

النسبة%	العدد	الإقليم الجغرافي
81,2	614	الشمال
11,5	87	الهضاب العليا
7,3	55	الجنوب
%100	756	المجموع

يتضح من خلال الجدول (15) أن نسب أعداد أفراد مجموعة البحث في مختلف المؤسسات الصحية العمومية من حيث الإقليم الجغرافي متباين في العدد وغير متجانس، حيث أن أغلبية أفراد المجتمع المبحوث العاملين في المؤسسات هم من الإقليم الشمالي بنسبة 81,2 %، وبلغت نسبة مجموعة البحث العاملة بإقليم الهضاب العليا نسبة 11.5 % في حين سجلت آخر نسبة قدرت بـ 7.3 % من العاملين بالإقليم الجنوبي.

### 2.5- توزيع وجمع الاستثمارات

كان توزيع الاستثمارات على أفراد مجموعة البحث بالاعتماد على رؤساء المصالح الطبية أو شبه الطبية لكونهم على دراية بالأفراد العاملين بها، كما اعتمدت الباحثة على مساعدة زملاء المهنة في مختلف المؤسسات الصحية، خاصة تلك التي كان التنقل إليها صعبا، كالمناطق الصحراوية والشرقية والغربية. وبالنتيجة تم توزيع 1350 استثمارا، وتم استرداد 786 منها، وقد ألغيت منها 30 استثمارا لعدم استيفائها لشروط الملء.

أما عن طريقة جمع الاستثمارات أو استردادها، فقد اعتمدت الباحثة على رؤساء المصالح وزملاء المهنة في استردادها من عند أفراد مجموعة البحث بنفس طريقة توزيعها.

الجدول رقم (16): عدد ونسبة الاستثمارات المعادة

عدد الاستثمارات الموزعة	عدد الاستثمارات الضائعة	عدد الاستثمارات غير الصالحة	عدد الاستثمارات المستردة الصالحة	نسبة الاستثمارات المستردة الصالحة
1350	564	30	756	%56

من خلال الجدول (16) يلاحظ أن النسبة المئوية لعدد الاستمارات المسترجعة مكتملة البيانات وصلت إلى (56%)، وهي نسبة مناسبة من الناحية الإحصائية، وهذا ما مكّن الباحثة من الاستمرار في استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والاستدلالية المناسبة بهدف تعميم النتائج على مجموعة البحث.

### 3.5. أدوات البحث الأساسي

"القياس هو الأسلوب العلمي الذي يحوّل الأوصاف اللفظية للظواهر إلى أوصاف كمية محددة بدقة، وهو الأسلوب الذي يطوّر العلوم ويدفع بها نحو الموضوعية". (معمرية، 2013: 9-10). لذا بعد ما تمّ تحديد أهداف البحث ومتغيراته، وتعريف مفاهيمه، تمّ الانتقال إلى جمع البيانات بالاعتماد على وسائل القياس التالية:

#### 1.1.5- وسائل كمية

بما أننا نهدف من خلال هذا البحث إلى وصف شامل لمصادر الضغط المهني ومستواه لدى العاملين بالسلك الطبي وشبه طبي بمختلف المؤسسات الصحية وكذا الاستراتيجيات التي يلجأ إليها العاملون لمواجهة، سنستعمل هذه الوسائل الكمية لجمع المعلومات حول الظاهرة محل البحث، بهدف الإجابة على تساؤلات البحث واختبار فرضياته، حيث تم تطبيق مقياسين أحدهما لقياس مصادر الضغط تضمن 30 بنداً، تكون الإجابة عنها حسب مقياس ليكرت الخماسي البدائل أما الآخر فلقياس استراتيجيات المواجهة وتضمن 46 بنداً تكون الإجابة عنها أيضاً حسب مقياس ليكرت الثلاثي البدائل رغم توفر عدد من المقاييس الجاهزة.

#### 1.2.5- وسائل كيفية

تمثلت الوسائل الكيفية في المقابلة الشخصية العيادية نصف الموجهة، حيث اختيرت هذه التقنية لاستكمال البحث بشكل تفصيلي وعميق لتلمّس الواقع المهني الضاغط على نحو ميداني بحثي علمي لدى بعض أفراد العينة من أجل الوصول إلى معلومات ذاتية (تاريخ الحياة، تصورات، انفعالات، خبرات) التي تصور فردية الشخص، وهي عبارة عن مقابلة نصف موجهة تستند على عدّة أسئلة مختصرة (أنظر الملحق (7) الخاص بأسئلة المقابلة) تقدمها الباحثة بغرض الوصول إلى معلومات عن الأفراد التي لا تسمح الاستمارات والمقاييس بالوصول إليها. وتمّ إجراء مقابلات مع المهنيين من مختلف الفئات المهنية العاملة بالقطاع الصحي، والاطلاع على حياتهم عن قرب، وتدوين آرائهم ومقارنتها ببعضها البعض.

## 8. الصورة النهائية للمقياسين ودليل المقابلة

### 1.8- وصف مقياس مصادر الضغط المهني لدى العاملين بالصحة العمومية

لقد وضع المقياس لقياس درجة الضغط المهني المحدد بتكرار تعرض الطبيب وشبه الطبي إلى مصادر الضغط المهني وذلك بوضع إشارة (x) أمام العبارة التي يوافق عليها والتي تشكل جملة تقريرية، وعلى المبحوث أن يحدد موقفه منها، والذي يتراوح بين الموافقة التامة والرفض التام، بحيث تقدر الدرجة المتحصل عليها بنسب مئوية تتأرجح بين (100% و0%).

تكون طريقة التنقيط بالاعتماد على طريقة لكرت Likert الخماسية البدائل بين: أوافق بشدة، أوافق، محايد، لا أوافق، لا أوافق نهائياً، علماً أن جميع الفقرات إيجابية ماعدا الفقرة الخامسة.

وقد أعطيت الأوزان التالية له كما يلي:

- أوافق بشدة درجة (100%).
- أوافق درجة (75%).
- محايد درجة (50%).
- لا أوافق درجة (25%).
- لا أوافق نهائياً درجة (0%).

ويتكوّن المقياس من ثلاثة أجزاء هي:

- الجزء الأول: التعريف بالمقياس، وقد ضمّ الجهة المعدّة له وتعليمات للمستجوبين.
- الجزء الثاني: ويحتوي على البيانات الشخصية للعامل التي تتمثل في الجنس، السن، الحالة المدنية وسنوات الأقدمية المهنية، الإقليم الجغرافي، نمط المؤسسة الصحية.
- الجزء الثالث: الأسئلة (العبارات)، وقد بلغ عدد عبارات المقياس 30 عبارة، موزعة على 3 مجالات رئيسة تحتوي على 8 أبعاد وهي:

○ المجال الأول: مصادر متعلقة بطبيعة العمل، وتتكون من بعدين هما:

- البعد الأول: ظروف العمل.
- البعد الثاني: عبء العمل.

○ المجال الثاني: مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل، ويتكون من ثلاثة أبعاد هي:

- البعد الأول: غموض الدور.

- البعد الثاني: المناوبة الليلية.
  - البعد الثالث: المسار الوظيفي.
  - المجال الثالث: مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل وتتكون من ثلاثة أبعاد هي:
    - البعد الأول: العلاقة مع زملاء العمل.
    - البعد الثاني: العلاقة مع الإدارة.
    - البعد الثالث: العلاقة مع المرضى وأسرهم.
- ويمثل الجدول الموالي بنود مقياس مصادر الضغط المهني النهائي.

الجدول (17): يوضح بنود مقياس مصادر الضغط المهني

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

## 2.8- وصف مقياس استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني ويتكوّن المقياس من جزأين هما:

- الجزء الأول: التعريف بالمقياس، وقد ضمّ الجهة المعدّة له وتعليمات موجهة إلى المجيبين.
- الجزء الثاني: يتمثل في أبعاد المقياس الذي يتكون من 46 بنود تم توزيعها على (09) محاور أساسية، ويطلب من المستجوب(ة) الإجابة على كل البنود. وتكون طريقة التنقيط بالاعتماد على طريقة لكرت Likert الثلاثية، حيث وضعت للمقياس ثلاث بدائل للإجابة على الفقرات، علماً أن جميع الفقرات إيجابية، وأعطيت لها الأوزان التالية وهي على النحو التالي:

- أستخدمها دائماً درجة (100%).
- أستخدمها أحياناً درجة (50%).
- لا أستخدمها درجة (0%).

وبذلك فإن حصول الموظف(ة) على درجة كلية مرتفعة يشير إلى استخدام الأسلوب بدرجة كبيرة لديه، وهكذا في جميع الأساليب.

ويوضح الجدول الآتي بنود مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني، عدد وأرقام عباراته:

الجدول رقم (18): بنود مقياس استراتيجيات المواجهة

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

تم حساب مستوى درجات أبعاد المقياسين كالتالي:

$$\% \text{ درجة البعد } = \frac{\sum \text{البنود} \%}{\text{عدد البنود}} = \alpha \%$$

نقرأ المعادلة كما يلي: درجة البعد المئوية = مجموع نسب البنود المتعلقة بالبعد على عدد بنوده لنحصل على النتيجة المتمثلة في نسبة مئوية وهي ( $\alpha$ ).

تعبّر النتيجة  $\alpha$  عن نسبة عددية مئوية تتراوح بين 0% و100%، واستناداً لهذه القيمة تم تقسيم مستويات الضغط على النحو التالي:

- إذا كانت  $\alpha$  تتراوح بين 0% و 40%: عندها تكون درجة الضغط ضعيفة.
  - إذا كانت  $\alpha$  تتراوح بين 40% و 60%: عندها تكون درجة الضغط متوسطة.
  - إذا كانت  $\alpha$  تتراوح بين 60% و 100%: عندها تكون درجة الضغط مرتفعة.
- وحسب ما عبّرت عنه النتيجة  $\alpha$  وهي أيضا نسبة عددية مئوية تتراوح بين 0% و 100%، واستنادا لهذه النسبة تمّ تقسيم شدة استعمال استراتيجيات المواجهة على النحو التالي:
- إذا كانت  $\alpha$  تتراوح بين 0% و 33.33%: عندها يكون استعمال استراتيجية المواجهة ضعيفا.
  - إذا كانت  $\alpha$  تتراوح بين 33.33% و 66.66%: عندها يكون استعمال استراتيجية المواجهة متوسطا.
  - إذا كانت  $\alpha$  تتراوح بين 66.66% و 100%: عندها يكون اللجوء شديدا لاستعمال استراتيجية المواجهة.

وتجدر الإشارة إلى أن الاختلاف بين درجات  $\alpha$  لمستويات الضغط المهني ودرجات  $\alpha$  لشدة اللجوء لاستعمال استراتيجيات المواجهة، يرجع لاختلاف سلم التنقيط في المقياسين، فمقياس مصادر الضغط المهني خماسي في حين مقياس استراتيجيات المواجهة ثلاثي.

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

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

### 3.8- المقابلة العيادية

بحكم عمل الباحثة كأخصائية نفسانية عيادية بمصلحة طب العمل، سهّل عليها الاحتكاك بالمهنيين في الصحة، ومحادثتهم في ميدان عملهم في مختلف المؤسسات الاستشفائية، وتمّ ذلك عن طريق ملاحظتهم بالمشاركة أثناء أداء مهامهم المهنية.

وقد اختيرت المقابلة في هذا البحث لكونها مرنة، وتتيح لنا تحديد صياغة وترتيب الأسئلة، وتوضيح ما هو غامض من المصطلحات، ومن جهة أخرى تسمح بالتعمق في صلب المشكلة محل البحث (أنظر الملحق رقم 7).

وقد تمّ القيام بالعديد من المقابلات مع العاملين في السلك الطبي وشبه الطبي في المؤسسات العمومية كالمركز الاستشفائي الجامعي للبليدة (وحدة حسيبة بن بوعلي) و(وحدة فرانس فانون)، والمستشفى الجامعي ببني مسوس (مصلحة الأورام للأطفال)، بهدف معرفة مدى معاناتهم من الضغط المهني ورصد أهم منابعه لديهم، وتصدر الإشارة إلى أنه صُعب على الباحثة الانتقال إلى مدن الهضاب العليا والمدن الجنوبية، فلم تتمكن من إجراء مقابلات مع أفراد هذه المناطق.

### 9- الإجراء النهائي للبحث

بعد الانتهاء من بناء مقياسي البحث (مقياس مصادر الضغوط المهنية ومقياس استراتيجيات المواجهة)، والحصول على مؤشرات الصدق والثبات في كليهما، تمّ توزيع 1350 استمارة في صورتها النهائية على أفراد البحث، وقد تمّ استرجاع 756 استمارة من مجموع الكلي للمجموعة البحث.

### خلاصة

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

وسيتّم عرض وتحليل ومناقشة النتائج في الفصل القادم.

## الفصل السادس

### عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث



تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج مقاييس البحث
  2. عرض وتحليل نتائج الحالات العيادية
  3. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
  4. النتائج العامة
- خلاصة

## تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق تطبيق مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات مواجهتها، وتم استخراجها عن طريق المعالجة الإحصائية للبيانات باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS. وتأكيدا بإجراء مقابلات عيادية. وقد وقعت محاولة تحليل النتائج المختلفة في ضوء فرضيات البحث ومقاربات علم النفس العيادي أساسا. وقد تمّ استخدام الأساليب الإحصائية المستعملة عادة كالتكرارات والنسب المئوية لوصف الخصائص الشخصية لأفراد البحث، وكذا حساب المتوسطات، لمعرفة متوسط توزيع الدرجة لمجموع الدرجات، والانحرافات المعيارية، لمعرفة تشتت درجات المبحوثين عن متوسطها الحسابي. ولاختبار فرضيات البحث تمّ استخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1، لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، وبالتالي يتمّ قبول الفرضية، أما إذا كانت الفروق غير دالة إحصائيا فيتمّ رفضها. كما وقع استخدام اختبار "ف" لفحص ما إذا كان اختلاف المتوسطات بين الفئات (المجموعات) دالا إحصائيا، بالإضافة إلى أساليب الارتباط حيث تمّ حساب معامل ارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين مستوى الضغط المهني ومصادره واستراتيجيات المواجهة.

## 1. عرض وتحليل نتائج البحث

سيُشرع في عرض النتائج وتحليلها كما أفرزتها المعالجات الإحصائية في ضوء فرضيات البحث، مع إبراز دلالة قِيَمِهَا كما يلي:

### 1.1 - عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى على أننا نتوقع ارتفاعاً في مستوى الضغط المهني لدى كل أفراد مجموعة البحث، وسيتم عرض وتحليل النتائج في ضوء هذه الفرضية من خلال الجدولين (19) و(20) التاليين:  
الجدول (19): مستوى الضغط العام

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	
13,07	58,72	756	مستوى الضغط العام

أشارت النتائج العامة لهذا البحث أن مستوى الضغط المهني العام لدى العاملين في قطاع الصحة العمومية حسب مقياس مصادر الضغط المهني بأبعاده الثلاثة: (المصادر المتعلقة بالفرد، المصادر المتعلقة بالعمل والمصادر المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية) كما يبينه الجدول (19)، إلى أن الـ 756 فرداً من مجموعة البحث تعاني من مستوى ضغط مهني عام بمتوسط حسابي قدر بـ 58,72% وانحراف معياري قيمته 13,07.

ولإبراز ما إذا كان الأفراد يعانون من مستوى ضغط مرتفع أو متوسط أو منخفض أفرزت نتائج التحليل الإحصائي الأرقام الموضحة في الجدول (20) الموالي بالاعتماد على طريقة حساب المستويات.

الجدول (20): المستويات الثلاثة للضغط المهني لأفراد مجموعة البحث

النسبة %	التكرار	مستويات الضغط
37.75%	288	مرتفع
52.43%	396	متوسط
9.50%	72	منخفض
100%	756	المجموع

يتبين من خلال الجدول (20) الذي يحدد بدقة أكثر نسب المستويات الثلاثة للضغط، أن أكبر نسبة سجلت تعلقت بمستوى الضغط المتوسط، إذ قدرت بـ 52.43%، فيما قدرت نسبة الضغط المرتفع بـ 37.75%، بينما قدرت نسبة الضغط المنخفض بـ 9.50% فقط. وعليه يمكن القول أن المعاناة من الضغط سواء كان متوسطاً أو مرتفعاً حقيقة لا شك فيها في قطاع الصحة العمومية.

## 2.1- عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية الثانية

تنص الفرضية الثانية على أننا نتوقع ارتفاعاً في مستوى الضغط المهني لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية EPH أكثر من المؤسسات الأخرى.

ويبين الجدول الموالي مستوى الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث حسب نمط المؤسسة الصحية التي ينتمون إليها (EPSP, CHU, EHS, EPH):

الجدول (21): مستوى الضغط المهني حسب نمط المؤسسات الصحية

Σ	EPSP	CHU	EHS	EPH	نمط المؤسسة		مستوى الضغط
					التردد	النسبة	
209	40	51	18	100	التردد	مرتفع	
%27.65	%21.86	%26.98	%27.27	<b>%47.85</b>	النسبة		
534	141	136	48	209	التردد	متوسط	
%70.63	%77.05	%71.96	%72.72	%65.72	النسبة		
13	2	2	0	9	التردد	منخفض	
%1.72	%1.09	%1.05	<b>0%</b>	%2.83	النسبة		
756	183	189	66	318	Σ		
%100	%24.21	%25	%8.73	%42.06	النسبة %		

من خلال الجدول (21) الذي يوضح مستوى الضغط لمجمل أفراد مجموعة البحث حسب مختلف المؤسسات الصحية، يظهر تبايناً في مستوى الضغط المهني، حيث تعبر القيمة 27.65 % عن مستوى ضغط مرتفع لدى كل المؤسسات، وهي نسبة أكبر من مستوى الضغط المنخفض الذي قدرت نسبته بـ 1.72%.

فيما يخص الضغط المهني المرتفع: نلاحظ أن العاملين في الـ EPH هم الفئة الأكثر تعرضاً للضغط المرتفع حيث احتلت الترتيب الأول إذ بلغت نسبتهم 47.85%، ثم تلتها في المرتبة الثانية فئة العاملين بـ EHS حيث قدرت نسبتهم بـ 27.27%، بينما احتلت فئة العاملين بـ CHU الترتيب الثالث بنسبة قدرت بـ 26.98%، واحتلت فئة العاملين في الـ EPSP الترتيب الأخير بنسبة 21.86 % من حيث المعاناة من شدة الضغط المرتفع.

أما الضغط المهني المنخفض: فنلاحظ من خلال الجدول (21) أن العاملين بالـ EHS هم الفئة التي لا يوجد من بين أفرادها من يبرز ضغطاً منخفضاً حيث تشير النسبة 0 % إلى ذلك، بينما

سجل العاملون بالـ EPH أكبر نسبة من الضغط المنخفض حيث قدرت نسبتهم بـ 2.83 %، أما العاملون بـ CHU و EPSP فنسبتهم أيضا منخفضة ومتقاربة وهي على التوالي 1.05 % و 1.09 % .

### 3.1- عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية الثالثة

تنص الفرضية الثالثة على أننا نتوقع ارتفاعا في مستوى الضغط المهني لدى العاملين بالسلك شبه الطبي أكثر منه لدى العاملين بالسلك الطبي.

ومن خلال الجدولين (22) و(23) سنتحقق من صدق هذه الفرضية:

جدول (22): مستوى الضغط العام لدى العاملين بالسلك الطبي والسلك شبه الطبي

السلك المهني		مستوى الضغط العام
شبه الطبي	الطبي	
المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي	
<b>59,40 %</b>	<b>57,72 %</b>	

نلاحظ من خلال الجدول (22) أن العاملين بالسلك شبه الطبي يبرزون مستوى ضغط عام مرتفع حيث تشير نسبتهم إلى 59,40 %، وهي نسبة أكبر، ولو قليلا، مما سجله العاملون بالسلك الطبي التي قدرت نسبتهم بـ 57,72 % . وسيتم التوضيح أكثر في الجدول (23) الموالي.

الجدول(23): المستويات الثلاثة للضغط المهني لدى العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي

السلك المهني						مستويات الضغط الثلاثة
المجموع		الشبه الطبي		الطبي		
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
10.86	82.13	9.72	43.75	12.54	38.38	منخفض
51.64	390.25	52	234	51.06	156.25	متوسط
37.54	283.62	<b>38.28</b>	172.25	36.40	111.37	مرتفع
<b>100</b>	<b>756</b>	<b>100</b>	<b>450</b>	<b>100</b>	<b>306</b>	<b>المجموع</b>

يعرض الجدول (23) مستويات الضغط المهني لكل من السلكين الطبي وشبه الطبي حيث يوضح بدقة بأن الشبه الطبيين أشد تعرضا للضغط بنسبة 38.28 % مقارنة مع الأطباء الذين قدرت نسبة

تعرضهم للضغط بـ 36.40%. وما يؤكد تأثر شبه الطبيين بمصادر الضغط أكثر من الأطباء، النسبة الضعيفة لمستوى الضغط المنخفض لديهم التي قدرت بـ 9.72% لديهم، مقابل 12.54% لدى شبه الطبيين.

#### 4.1- عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية الرابعة

لما كانت الفرضية الرابعة تنص على أن أهم المصادر المهنية الضاغطة على أفراد مجموعة البحث بصفة عامة، تتمثل في المصادر المتعلقة بظروف العمل وبالعلاقات الاجتماعية في العمل، فالجدول التالي يبين مختلف مصادر الضغط لكل أفراد مجموعة البحث كما يلي:

الجدول رقم (24) يبرز مختلف مصادر الضغط لكل أفراد مجموعة البحث

Σ	مستوى الضغط %			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مصادر الضغط	
	ضعيف	متوسط	مرتفع			البنود	الأبعاد
756	6.9	50.5	42.6	19,99	46,45	ظروف العمل	مصادر متعلقة
756	11.6	57.3	31.1	14,99	55,39	عبء العمل	بطبيعة العمل
	<b>9.25</b>	<b>55.25</b>	<b>36.85</b>	<b>المجموع</b>			
756	12.3	46.4	41.3	19,27	56,75	المنوبة الليلية	مصادر متعلقة
756	8.1	47.9	45	20,297	60,81	المسار المهني	بدور الفرد
756	16.0	57.4	26.6	23,99	56,59	غموض الدور	في العمل
	<b>12.13</b>	<b>50.57</b>	<b>37.63</b>	<b>المجموع</b>			
756	9.1	52.1	30.8	17,93	62,09	العلاقة مع الزملاء	مصادر متعلقة
756	4.6	34.0	<b>61.4</b>	22,29	63,72	العلاقة مع الإدارة	بالعلاقات
756	7.7	68.3	24.1	22,80	<b>68,78</b>	العلاقة مع المرضى وذويهم	الاجتماعية في العمل
	<b>7.13</b>	<b>51.47</b>	<b>38.77</b>	<b>المجموع</b>			

يتضح لنا للوهلة الأولى من خلال الجدول (24) أن أفراد مجموعة البحث متأثرة بمصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل حيث عبر المتوسط الحسابي لها بأعلى نسبة للأفراد المعانين من الضغط، التي قدرت بـ 68,78%، وهي أكبر مصدر ضاغط في الميدان المهني والمتمثل في العلاقة مع المرضى

وذويهم حيث سجل هذا البند نسبة 24.1 %، من الأفراد الذين يعانون من مستوى ضغط مرتفع، بينما عبرت النسبة 7.7% عن الأفراد الذين يبرزون مستوى ضغط ضعيف. ثم تلاها كأهم مصدر ضاغط ثاني العلاقة مع الإدارة بنسبة 63, 72 % من الأفراد، حيث قدر المستوى المرتفع لدى 61.4 % من أفراد مجموعة البحث بينما النسبة 4.6 % عبرت عن مستوى منخفض من الضغط، أما المصدر الضاغط الثالث فتمثل في العلاقة مع الزملاء بنسبة متوسطة قدرت بـ 62,09% حيث تم تسجيل نسبة الضغط المرتفع بـ 30.8% لديهم وهي أعلى من نسبة الضغط المنخفض المسجلة لدى 9.1 %.

كما بين لنا الجدول (24) أن المصادر المتعلقة بطبيعة العمل هي أيضا مصارضا ضغط، حيث سجلت نسبة ضغط ظروف العمل بمستوى مرتفع لدى 42.6 % من أفراد مجموعة البحث، في مقابل تسجيل مستوى ضغط منخفض لدى 6.9 % لديهم، كما سجلت نسبة تأثير عبء العمل بمستوى مرتفع من الضغط لدى 31.1 % من أفراد مجموعة البحث وبمستوى منخفض لدى 11.6 % منهم.

#### 5.1- عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية الخامسة

تنص الفرضية الخامسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى: لمتغير الخصائص الشخصية (السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية)، و متغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي). و متغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS). و متغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

وسيتم عرض وتحليل هذه الفرضية من خلال فرضياتها الجزئية التالية:

#### • متغير الخصائص الشخصية

لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (السن، الجنس، الأقدمية المهنية والحالة المدنية).

لما كانت الفرضية الخامسة تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط المهني لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير الخصائص الشخصية، ولمعرفة ما إذا كان بمصدر من مصادر الضغط المهني له علاقة بمتغير الخصائص الشخصية، فقد لجأت الباحثة إلى اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1، وقامت بإجراء الاختبار على أبعاد مصادر الضغط تحت تأثير متغير الخصائص الشخصية، التي تبين ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغير السابق وشدة أبعاد

مصادر الضغط، وقد تمّ أخذ كل المتغير الجزئية من متغير الخصائص الشخصية المتمثلة في (متغير السن (الفئات العمرية)، متغير الجنس،... إلخ) على حده كالآتي:

#### - متغير الجنس

حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي يوضح تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بغموض الدور والمناوبة الليلية فقط تعزى لمتغير الجنس والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (25): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الجنس

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
0,000*	19,774	20030,790	1	20030,790	بين المجموعات	غموض الدور
		1013,004	754	763805,189	داخل المجموعات	
			755	783835,979	المجموع	
0,000*	13,658	15192,301	1	15192,301	بين المجموعات	المناوبة الليلية
		1112,343	754	838706,509	داخل المجموعات	
			755	853898,810	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

تبين النتائج حسب الجدول (25) أن درجة " ف " المحسوبة لبعده غموض الدور تشير إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة " ف " ب 19,774 عند مستوى دلالة 0,000 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الجنس. وهذا ما يؤكد على عدم تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية أي لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الجنس.

وسندرج ضمن الجدول (26) التوضيحات حول الفروق بين الباحثين في البعد الخاص بغموض الدور التي تعزى إلى متغير الجنس.



جدول (26): الفروق الإحصائية الخاصة ببعد غموض الدور التي تعزى إلى متغير الجنس

المجموع		الجنس				البعد	
		الإناث		الذكور			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
32.57	201	22.27	108	42.86	93	ضعيف	غموض الدور
27.86	434	58.35	283	55.72	151	متوسط	
14.67	121	19.38	94	9.96	27	مرتفع	
100	756	100	485	100	271	المجموع	

تبين النتائج حسب الجدول (26) على أن بُعد غموض الدور ليس له دور ضاغط على كل أفراد مجموعة البحث، حيث عبرت القيمة 14.67% عن المستوى المرتفع من الضغط، بينما عبرت النسبة 32.57% عن المستوى المنخفض من الضغط الناجم عن غموض الدور.

كما تدل هذه النتائج بوضوح حسب الجدول (26) على أن هناك فروقا بين الجنسين في مصدر الضغط الخاص بغموض الدور التي تعزى لمتغير الجنس، ذلك أن الإناث أكثر تضررا من الضغط المرتفع جدا مقارنة بالذكور، حيث عبرت النتائج عن وجود ضغط مرتفع قدر بنسبة 19.38% لدى الإناث، مقابل 9.96% لدى الذكور، وعلى العكس فضغط غموض الدور كان منخفضا حيث قدر بـ 42.86% لدى الذكور مقابل 22.27% لدى الإناث، أي كلما كان مستوى الضغط مرتفعا لدى الإناث كان مستوى الضغط منخفضا لدى الذكور.

جدول (27): الفروق الإحصائية الخاصة ببعء المناوبة الليلية التي تعزى إلى متغير الجنس

المجموع		الجنس				البعء	
		الإناث		الذكور			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
12.30	93	9.28	45	17.71	48	ضعيف	المناوبة الليلية
46.43	351	45.40	222	47.60	129	متوسط	
41.27	312	44.95	218	34.69	94	مرتفع	
100	756	100	485	100	271	المجموع	

تُظهر نتائج الجدول (27) على أن بُعء المناوبة الليلية له دور ضاغط على كل أفراد مجموعة البحث حيث عبرت النسبة 41.27% عن المستوى المرتفع من الضغط، بينما عبرت النسبة 12.30% عن المستوى المنخفض من الضغط الناجم عن غموض الدور.

كما تدل النتائج بوضوح حسب الجدول (27) على أن هناك فروقا بين الجنسين في مصدر الضغط الخاص بالمناوبة الليلية التي تعزى لمتغير الجنس، ذلك أن الإناث أكثر تضررا من الضغط المرتفع لبعء المناوبة الليلية مقارنة بالذكور، حيث عبرت النتائج عن وجود ضغط مرتفع قدر بنسبة 44.95% لدى الإناث مقابل 34.69% لدى الذكور، ولكن الذكور أبرزوا نسبة 17.71% من مستوى ضغط منخفض وهي أعلى منها لدى الإناث التي قدرت بـ 9.28% من الضغط المنخفض.

#### - متغير السن

حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي يوضح تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بغموض الدور فقط تعزى لمتغير السن (الفئات العمرية) والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (28): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير السن

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
0,005	5,386	5527,299	2	11054,599	بين المجموعات	غموض الدور
		1026,270	753	772781,380	داخل المجموعات	
			755	783835,979	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

تبين النتائج حسب الجدول (28) أن درجة " ف " المحسوبة لبعده غموض الدور تشير إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة " ف " ب 5,386 عند مستوى دلالة 0,005 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير السن. وهذا ما يؤكد على عدم تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية أي لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الفئات العمرية.

وسندرج ضمن الجدول (29) التوضيحات حول الفروق بين المبحوثين في البعد الخاص بغموض الدور التي تعزى إلى متغير السن.

جدول (29): الفروق الإحصائية الخاصة ببعده غموض الدور التي تعزى إلى متغير السن

المجموع		السن (الفئات العمرية)						البعد	
		أكثر من 50 سنة		50-36 سنة		35-20 سنة			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
26.59	201	37.14	39	28.62	87	21.61	75	ضعيف	غموض الدور
57.41	434	51.43	54	56.25	171	60.23	209	متوسط	
16.01	121	11.43	12	15.13	46	18.15	63	مرتفع	
100	756	100	105	100	304	100	347	المجموع	

تبين النتائج حسب الجدول (29) على أن بُعد غموض الدور ليس له دور ضاغط على كل أفراد مجموعة البحث حيث عبرت نسبة 16.01% على المستوى المرتفع من الضغط، بينما عبرت نسبة 26.59% عن المستوى المنخفض من الضغط الناجم عن غموض الدور.

كما تدل النتائج أيضا حسب الجدول (29) على أن هناك فروقا بين الفئات العمرية في مصدر الضغط الخاص بغموض الدور التي تعزى لمتغير السن، ذلك أن الفئة العمرية 20-35 سنة هي الأولى التي أبرزت تضررا من الضغط المرتفع حيث عبرت عنه النتيجة 18.15% مقارنة بالفئة العمرية 36-50 سنة إذ سجلت نسبة قدرها 15.13%، بينما احتلت الفئة العمرية الأكثر من 50 سنة الترتيب الأخير بنسبة 11.43%.

بينما سجلت الفئة العمرية الأكثر من 50 سنة أكبر نسبة من حيث ضعف ضغط بند غموض الدور حيث قدرت بـ 37.14 ثم تلتها في الترتيب الثاني الفئة العمرية الوسطى 36-50 سنة بنسبة 28.62%، بينما احتلت الفئة العمرية 20-35 سنة الترتيب الأخير بنسبة 21.61%.

#### - متغير الحالة المدنية

حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي يوضح تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بغموض الدور فقط تعزى لمتغير الحالة المدنية والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (30): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير الحالة المدنية

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
0,013*	3,622	3721,715	3	11165,146	بين المجموعات	غموض الدور
		1027,488	752	772670,833	داخل المجموعات	
			755	783835,979	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

تبين النتائج حسب الجدول (30) أن درجة "ف" المحسوبة لبعد غموض الدور تشير إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 3,622 عند مستوى دلالة 0,013 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الحالة المدنية. وهذا ما يؤكد على تحقق الفرضية الصفرية بصفة جزئية أي لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الحالة المدنية.

جدول (31): الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى إلى متغير الحالة المدنية

المجموع		الحالة المدنية								البعء	
		أرمل		مطلق		أعزب		متزوج			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
26.59	201	0	0	47.06	8	21.96	47	28.30	146	ضعيف	غموض الدور
57.41	434	77.77	7	41.18	7	57.48	123	57.56	297	متوسط	
16.01	121	22.22	2	11.77	2	20.56	44	14.15	73	مرتفع	
100	756	100	9	100	17	100	214	100	516	المجموع	

تُظهر نتائج الجدول (31) على أن بُعء غموض الدور ليس له دور ضاغط على كل أفراد مجموعة البحث حيث عبرت نسبة 16.01% فقط عن المستوى المرتفع من الضغط، بينما عبرت النسبة 26.59% عن المستوى المنخفض من الضغط الناجم عن غموض الدور. وتدل هذه النتائج بوضوح حسب الجدول (31) دائماً على أن هناك فروقا بين الأفراد فيما يخص مصادر الضغط الخاصة بغموض الدور التي تعزى لمتغير فئات الحالة المدنية، ذلك أن الأفراد العزاب هم الذين أبرزوا مستوى أكبر من ضغط غموض الدور حيث قدر نسبتهم بـ 20.56%، واحتلت فئة المتزوجين الترتيب الثاني في مستوى ضغط غموض الدور حيث قدر نسبتهم بـ 14.15%، أما الفئتان الأخريين فلا نأخذهما بعين الاعتبار لكون الحالة الاجتماعية (الطلاق والترمل) قد يكون لها تأثير على الحياة المهنية.

#### - متغير الأقدمية المهنية

حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي يوضح تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بغموض الدور فقط تعزى لمتغير الأقدمية المهنية والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (32): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق الأقدمية المهنية

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
0,013*	4,354	4480,629	2	8961,258	بين المجموعات	غموض الدور
		1029,050	753	774874,721	داخل المجموعات	
			755	783835,979	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05.

تبين النتائج حسب الجدول (32) أن درجة "ف" المحسوبة لبعده غموض الدور تشير بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 4,354 عند مستوى دلالة 0,013 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير فترات الأقدمية المهنية. وهذا ما يؤكد على عدم تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية أي لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير فترات الأقدمية المهنية.

جدول (33): الفروق الإحصائية الخاصة ببعده غموض الدور التي تعزى إلى متغير الأقدمية المهنية

المجموع	الخبرة المهنية						البعد	
	أكثر من 15 سنة		6-15 سنة		أقل من 5 سنوات			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
26.59	201	33.10	96	23.04	50	22.09	55	ضعيف
57.41	434	53.10	154	58.99	128	61.04	152	متوسط
16.01	121	13.79	40	17.97	39	16.87	42	مرتفع
100	756	100	290	100	217	100	249	المجموع

تُظهر نتائج الجدول (33) أن بُعد غموض الدور ليس له دور ضاغط على كل أفراد مجموعة البحث حيث عبرت القيمة 41.27% عن المستوى المرتفع من الضغط، بينما عبرت النسبة 26.59% عن المستوى المنخفض من الضغط الناجم عن غموض الدور.

كما تدل هذه النتائج حسب الجدول (33) أيضا على أن هناك فروقا بين الأفراد فيما يخص مصدر الضغط الخاص بغموض الدور التي تعزى لمتغير فترات الأقدمية المهنية، ذلك أن الأفراد الذين كانت أقدميتهم المهنية تتراوح بين 6-15 سنة قدرت نسبة تأثرهم ببعده غموض الدور بـ 17.97%، بينما

احتلت الفئة التي تقل أقدميتهن المهنية عن 5 سنوات الترتيب الثاني بنسبة قيمتها 16.87%، فيما أبرز الأفراد الذين تتفوق أقدميتهن المهنية أكثر من 15 سنة مستوى ضغط مرتفع لبند غموض الدور قدر بـ 13.79%.

والعكس بالنسبة للتأثير الضعيف لهذا البند، حيث نجد أن الفئة التي لم تتأثر به هي التي تقع في فئة الأقدمية المهنية الأكثر من 15 سنة بنسبة 33.10%، بينما الفئتان الأقل من 5 سنوات والوسطى فقد قدرت نسبتهما المتقاربتان على التوالي بـ 22.09% و 23.04%.

### متغير الأسلاك المهنية (الطبي وشبه الطبي)

لما كانت الفرضية الجزئية الأولى تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث تعزى لمتغير الأسلاك المهنية (الطبي وشبه الطبي)، ولمعرفة ما إذا كان التأثير بنوع من أنواع مصادر الضغط المهني له علاقة بعامل الأسلاك المهنية، تم اللجوء إلى اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1، وإجراء الاختبار على أبعاد مصادر الضغط تحت تأثير عامل الأسلاك المهنية، التي تبين فما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغير السابق وشدة أبعاد مصادر الضغط. وقد تم التأكد من وجود فروق بين بُعدي غموض الدور وعبء العمل فقط من دون الأبعاد الأخرى وفق متغير الأسلاك المهنية والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (34): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير السلك المهني

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد		مصادر الضغط
					بين المجموعات	داخل المجموعات	
0,011*	6,556	16344,6	1	16344,6	بين المجموعات	عبء العمل	
		7967,7	754	6729697,0	داخل المجموعات		
			755	7736041,6	المجموع		
0,000*	19,160	19424,21	1	119424,2	بين المجموعات	غموض الدور	
		1013,81	754	7764411,7	داخل المجموعات		
			755	8783835,9	المجموع		

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05.

نلاحظ من خلال الجدول (34) أن قيم درجة "ف" المحسوبة لكل من "عبء العمل"، "غموض الدور"، بأنها قيم أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 مما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية. وهذا ما يؤكد على عدم تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية أي لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي يعزى لمتغير السلك المهني.

والجدول التالي يوضح الفروق في البعدين المذكورين بين المبحوثين التي تعزى إلى متغير السلوك المهني:  
الجدول (35): الفروق الإحصائية الخاصة بعبء العمل التي تعزى لمتغير السلوك المهني

المجموع		السلوك المهني				البعد	
		شبه الطبي		الطبي			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
11.64	88	9.33	42	15.03	46	ضعيف	عبء العمل
57.28	433	57.11	257	57.52	176	متوسط	
31.08	235	33.56	151	27.45	84	مرتفع	
100	756	100	450	100	306	المجموع	

تدل هذه النتائج بوضوح حسب الجدول (35) على أن هناك فروقا بين السلوكين الطبي وشبه الطبي في مصدر الضغط الخاص بعبء العمل التي تعزى لمتغير السلوك المهني، ذلك أن شبه الطبيين أكثر معاناة من الضغط مقارنة بالطبيين، حيث عبرت النتائج عن وجود مستوى ضغط مرتفع قدر به 33.56% لدى شبه الطبيين أكثر منه لدى الأطباء، الذي كانت نسبته 27.45%، في حين تم تسجيل مستوى ضغط منخفض لدى السلوك شبه الطبي قدر مستواه بـ 9.33% مقابل السلوك الطبي الذي قدرت بـ 15.03%.



الجدول (36): الفروق الإحصائية الخاصة ببعء غموض الدور التي تعزى لمتغير السلك المهني

المجموع		السلك المهني				البعء	
النسبة %	التكرار	شبه الطبي		الطبي			
		النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
26.59	201	21.33	96	34.31	105	ضعيف	غموض الدور
54.41	434	59.55	268	54.25	166	متوسط	
16.01	121	19.11	86	11.44	35	مرتفع	
100	756	100	450	100	306	المجموع	

تدل النتائج بوضوح حسب الجدول (36) على أن هناك فروقا أيضا بين السلكين الطبي وشبه طبي في مصدر الضغط الخاص ببعء غموض الدور التي تعزى لمتغير السلك المهني، ذلك أن شبه الطبيين أكثر معاناة أيضا من الضغط المهني مقارنة بالأطباء، حيث عبرت النتائج عن وجود مستوى ضغط مرتفع قدر بنسبة 19.11 % لدى السلك شبه الطبي، مقابل نسبة قدرت بـ 11.44 % فقط لدى السلك الطبي، بينما معظم الحالات تبرز ضغطا متوسطا لكلا السلكين والذي قدر بمعدل أكثر من النصف، أي بنسبة 54.41 %.

#### • متغير نمط المؤسسة الصحية

لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS).

لما كانت الفرضية الثانية تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط المهني لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير المؤسسة الصحية، ولمعرفة ما إذا كان التأثير بمصدر من مصادر الضغط المهني ذا علاقة بمتغير المؤسسة الصحية، فقد لجأنا إلى اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1، وقمنا بإجراء الاختبار على أبعاد مصادر الضغط تحت تأثير متغير المؤسسة الصحية، وقد تم التأكد من وجود فروق بين بُعد المناوبة الليلية وفق متغير نمط المؤسسة الصحية والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (37): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لمتغير المؤسسة الصحية

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
0,01*	3,772	4220,066	3	12660,198	بين المجموعات	المنابوة الليلية
		1118,668	752	841238,612	داخل المجموعات	
			755	853898,810	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05.

يتبين لنا من خلال الجدول (37) أن بُعد المناوبة الليلية يختلف باختلاف المؤسسة الصحية. حيث نلاحظ قيمة "ف" المحسوبة للبعد الخاص بالمناوبة الليلية والذي يقدر بـ 3,772 ، هي دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01، وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0,05، وهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط المهني الناجم عن المناوبة الليلية تعزى لمتغير المؤسسة الصحية. وهذا ما يؤكد عدم تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية أي لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي يعزى لمتغير المؤسسة الصحية. والجدول (38) سيوضح لنا الفروق الناجمة عن مصادر الضغط المهني التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية فيما يخص بُعد المناوبة الليلية فقط لأن باقي الأبعاد لا توجد فيها فروق.

الجدول (38): الفروق الإحصائية الخاصة ببعد المناوبة الليلية التي تعزي لمتغير نوع المؤسسة الصحية

المجموع		نوع المؤسسة								البعد	
		EPSP		CHU		EHS		EPH			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
12.30	93	14.75	27	11.11	21	21.21	14	9.75	31	ضعيف	المناوبة الليلية
46.43	351	47.54	87	48.68	92	48.48	32	44.03	140	متوسط	
41.27	312	37.71	69	40.21	76	30.30	20	46.25	147	مرتفع	
100	756	100	183	100	189	100	66	100	318	المجموع	

تدل هذه النتائج بوضوح حسب الجدول (38) على أن هناك فروقا بين الأفراد في مصادر الضغط الخاصة ببعد المناوبة الليلية التي تعزي لمتغير المؤسسة الصحية، ذلك أن العاملين بـ EHS أكثر تعرضا للضغط حيث قدر بنسبة متوسطة وصلت إلى 58,52%، ثم تلاها العاملون بـ EPH بنسبة 58,52%، واحتل الترتيب الأخير العاملون في الـ EPSP و CHU بنسب متقاربة وهي على التوالي 54,28%، 58,38%.

وإذا قمنا بمقارنة النتائج بعمق نجد أن نصف أفراد مجموعة البحث العاملة بكل من الـ CHU وبالـ EPH تعاني من مستوى ضغط مرتفع بنسبة 40.21% و 46.25% على التوالي، بينما ثلث العاملين بكل من الـ EHS و EPSP يعانون من ضغط مرتفع بنسبة 30.30% في الـ EHS و 37.71% في الـ EPSP.

#### • متغير الأقاليم الجغرافية

لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزي لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب). لما كانت الفرضية الجزئية الثالثة تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى مصادر الضغط المهني لدى مجموعة البحث تعزي لمتغير الإقليم الجغرافي، ولمعرفة ما إذا كان التأثير بمصدر من مصادر الضغط المهني له علاقة بنمط الإقليم الجغرافي، لجأنا إلى اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه ANOVA1، وقمنا بإجراء الاختبار على أبعاد مصادر الضغط تحت تأثير عامل الإقليم الجغرافي، وقد

تم التأكد من وجود فروق بين بُعد عبء العمل، وبُعد المناوبة الليلية، وفق متغير نمط الإقليم الجغرافي والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (39): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه لمتغير الإقليم الجغرافي

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
*0,035	3,358	1238,375	2	2476,750	بين المجموعات	عبء العمل
		368,829	753	277727,863	داخل المجموعات	
			755	280204,613	المجموع	
*0,012	4,431	2528,539	2	5057,079	بين المجموعات	المناوبة الليلية
		570,695	753	429733,118	داخل المجموعات	
			755	434790,197	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

يتبين لنا من خلال الجدول (39) أن تأثير بعدي عبء العمل والمناوبة الليلية يختلف باختلاف الإقليم الجغرافي، حيث نلاحظ قيمة "ف" المحسوبة للبعد الخاص بعبء العمل والتي تقدر بـ3,358، الدالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,035، وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0,05، كما أن قيمة "ف" المحسوبة للبعد الخاص بالمناوبة الليلية والتي تقدر بـ4,431 هي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0,012، وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0,05، وهذا يعني أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط المهني الناجم عن عبء العمل وعن المناوبة الليلية التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي. وهذا ما يؤكد على عدم تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية، أي لا توجد فروق في مستوى الضغط المهني لدى عمال القطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي. ويوضح لنا الجدولان (40) و(41) الآتيين الفروق الناجمة عن مصادر الضغط المهني المتمثلة في بُعد عبء الدور وبُعد المناوبة الليلية فقط والتي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي، لأن باقي الأبعاد لا توجد فيها فروق.

الجدول (40): الفروق الإحصائية الخاصة ببعد عبء الدور والتي تعزي لمتغير نمط الإقليم الجغرافي

المجموع		نمط الإقليم الجغرافي						البعد	
		الجنوب		الهضاب العليا		الشمال			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
11.64	88	18.18	10	11.49	10	10.59	65	ضعيف	عبء الدور
57.28	433	60	33	37.93	33	56.84	349	متوسط	
31.08	235	21.81	12	13.79	12	32.57	200	مرتفع	
100	756	100	55	100	87	100	614	المجموع	

تدل هذه النتائج بوضوح حسب الجدول (40) على أن هناك فروقا بين العاملين بالأقاليم الجغرافية الثلاثة في مصادر الضغط الخاصة ببعد عبء الدور، حيث نلاحظ أن 31.08 % من مجموعة البحث تعاني من ضغط مرتفع ناجم عن عبء الدور، في حين عبرت النسبة 11.64 % عن ضغط ضعيف لنفس البند، بينما أكثر من نصف أفراد مجموعة البحث التي قدرت نسبتهم بـ 57.28 % يعانون من ضغط متوسط لنفس البند.

كما تظهر الفروق جليا بين أفراد مجموعة البحث، حيث أظهر العاملون بإقليم الشمال معاناة أكثر من الضغط الناجم عن بعد عبء العمل إذ قدرت نسبته بـ 32.57 % ثم تلاهم العاملون بإقليم الجنوب بنسبة 21.81 %، واحتل الترتيب الأخير العاملون في إقليم الهضاب العليا بنسبة 13.79 % . بينما العكس، تظهر النسب المئوية أن ضغط عبء العمل ضعيف لدى العاملين بإقليم الشمال حيث أبرزوا نسبة ضئيلة قدرت بـ 10.59 %، وتلاهم الأفراد العاملون بإقليم الهضاب العليا بنسبة 11.49 % بينما سجل العاملون بالجنوب أكبر نسبة قدرت بـ 18.18 %.

الجدول (41): الفروق الإحصائية الخاصة ببعد المناوبة الليلية التي تعزي لمتغير نمط الإقليم الجغرافي

المجموع		نمط الإقليم الجغرافي						البعد	
		الجنوب		الهضاب		الشمال			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
12.30	93	20	11	12.94	11	11.56	71	ضعيف	المناوبة الليلية
46.43	351	50.91	28	47.13	41	45.92	282	متوسط	
41.27	312	29.09	16	40.23	35	42.51	261	مرتفع	
100	756	100	55	100	87	100	614	المجموع	

تدل النتائج حسب الجدول (41) على أن بعد المناوبة الليلية له دور ضاغط على كل أفراد مجموعة البحث حيث عبرت نسبة 41.27% عن المستوى المرتفع من الضغط، بينما عبرت نسبة 12.30% عن المستوى المنخفض من الضغط الناجم عن المناوبة الليلية.

كما يبين الجدول (41) بأن هناك فروقا بين الأقاليم الجغرافية في مصادر الضغط الخاصة ببعد المناوبة الليلية، حيث نلاحظ أن 42.51% من مجموعة البحث العاملة بإقليم الشمال قد احتلت الترتيب الأول في معاناتها من الضغط المرتفع الناجم عن المناوبة الليلية، وتلتها في الترتيب الثاني الفئة العاملة بإقليم الهضاب العليا بنسبة قدرت بـ 40.23%، واحتلت الفئة العاملة بإقليم الجنوب الترتيب الأخير بنسبة قدرت بـ 29.09%.

كما يبين الجدول (41) أيضا قيم أفراد مجموعة البحث المستوى الضعيف من الضغط الناجم عن بعد المناوبة الليلية، حيث سجل أكبر نسبة الأفراد العاملون بإقليم الجنوب بنسبة قدرت بـ 20% ثم تلاها الأفراد العاملون بإقليم الهضاب العليا بنسبة قدرت بـ 12.94% بينما أبرز العاملون بإقليم الشمال نسبة ضئيلة لتأثير بُعد المناوبة الليلية عليهم بنسبة قدرت بـ 11.56%.

## 6.1- عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية السادسة

ملاحظة: سوف نركز عند عرض النتائج المحصل عليها، على مختلف الاستراتيجيات الأكثر استعمالاً والأقل استعمالاً التي يلجأ إليها أفراد مجموعة البحث فقط، حتى تتسنى لنا فرصة المقارنة بين الاستعمالين الشديد أو المرتفع والضعيف.

من المتوقع أن أبرز استراتيجيات المواجهة التي يستعملها عمال قطاع الصحة العمومية هي استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة على الدعم بصورة أكبر.

أفرزت نتائج التحليل الإحصائي الأرقام الموضحة في الجدول الموالي بخصوص استراتيجيات المواجهة التي استعملها أفراد مجموعة البحث واختلاف درجات شدة استعمالها بالاعتماد على طريقة حساب شدة الاستعمال (أنظر الصفحة 131):

الجدول رقم (42): استجابة أفراد مجموعة البحث لأبعاد استراتيجيات المواجهة ومستويات استعمالها

N	ضعيف الاستعمال %	متوسط الاستعمال %	شديد الاستعمال %	الانحراف المعياري	المتوسط حسابي	أبعاد استراتيجيات المواجهة
756	2.8	32.5	64.7	16,29	45,37	الدعم الروحي
756	2.4	36.5	61.1	18,67	73,91	التخطيط
756	5.2	41.9	52.9	17,88	67,24	البحث عن الحلول
756	5.2	45.9	43.9	22,19	62,99	التقدير الإيجابي
756	9.7	63.9	26.9	13,28	37,90	الدعم الاجتماعي
756	10.3	68.8	20.9	15,64	36,26	الدعم الذاتي
756	15.9	69.4	14.7	17,34	51,28	وضع انقطاعات
756	41.0	56.2	2.8	20,66	68,98	الحلول المهدئة
756	40.3	56.9	2.8	18,56	54,32	تجنب المشكل

من خلال الجدول (42) الذي يمثل استجابة أفراد مجموعة البحث تجاه عبارات مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني يتبين وجود نسب متفاوتة، حيث نلاحظ عند التدقيق أن استراتيجيات المواجهة الشديدة الاستعمال والضعيفة الاستعمال هي على النحو التالي:

نلاحظ أن أكثر استراتيجيات تستعمل من طرف أفراد مجموعة البحث تمثلت في استراتيجية الدعم الروحي بنسبة قدرت بـ 64.7 %، ثم جاءت في الترتيب الثاني استراتيجية التخطيط بنسبة 61.1 %، ثم تلتها استراتيجية البحث عن حلول بنسبة 52.9 % في الترتيب الرابع، ثم جاءت استراتيجية التقدير الإيجابي في المرتبة الخامسة بنسبة قدرت بـ 43.9 %، أما استراتيجية الدعم الاجتماعي فقد احتلت الترتيب السادس بنسبة قدرت بـ 26.9 %، أما استراتيجية الدعم الذاتي المتمثل في تجميع الطاقة فكانت نسبها 20.9 % فأخذت الترتيب السابع، وتلتها في المرتبة الثامنة استراتيجية وضع انقطاعات بنسبة قدرت بـ 14.7 % وكان استعمال استراتيجية التجنب واللجوء إلى حلول مبدئية في آخر الترتيب بنسبة قدرت بـ 2.8 % .

كما أظهرت المعالجة الإحصائية أن استراتيجيات المواجهة الضعيفة الاستعمال تتكافأ عكسياً مع استراتيجيات المواجهة الشديدة الاستعمال من طرف أفراد مجموعة البحث.

**7.1- عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية السابعة:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغيرات الخصائص الشخصية، السلك المهني، نمط المؤسسة الصحية والأقاليم الجغرافية.

- **متغير الخصائص الشخصية:** تنص الفرضية الجزئية الأولى بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (الجنس، السن، الحالة المدنية، والأقدمية المهنية).

سوف نعالج كل خاصية من الخصائص الشخصية على حده وهي كالتالي:

#### ✓ متغير الجنس

لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس.

حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي يوضح تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بالدعم الذاتي (تجميع الطاقة) تعزى لمتغير الجنس والجدول التالي يوضح ذلك:



جدول(43): يبين الفروق الإحصائية المتعلقة ببعدهموض الدور التي تعزى إلى متغير الجنس

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعدهم	
*0,001	10,513	7821,865	1	7821,865	بين المجموعات	الدعم الذاتي (تجميع الطاقة)
		744,051	754	561014,113	داخل المجموعات	
			755	568835,979	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

تبين النتائج حسب الجدول (43) أن درجة " ف " المحسوبة لبعدهم الذاتي (تجميع الطاقة) تشير إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة " ف " ب 10,513 عند مستوى دلالة 0,001 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الجنس.

ومن خلال الجدول رقم (44) سيتم توضيح الفروق بين الجنسين من خلال ما يلي:

الجدول رقم (44): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية تجميع الطاقة التي

تعزى لمتغير الجنس

المجموع	الجنس				البعدهم	
	الإناث		الذكور			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
78	7.41	56	2.93	22	لا تستعمل	مستوى استعمال
520	45.64	345	23.15	175	متوسطة الاستعمال	استراتيجية الدعم
158	11.24	84	9.92	74	شديدة الاستعمال	الذاتي
756	100	485	100	271	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول (44) أن استراتيجية الدعم الذاتي المتمثلة في تجميع الطاقة هو شديد الاستعمال عند الإناث حيث عبرت عنها القيمة 11.24 % مقارنة بالذكور الذين يستعملونها بنسبة

قدرت بـ9.92%، كما يبين الجدول (44) أن الفئة التي لا تستعمل هذه الاستراتيجية أكثر هي فئة الذكور بنسبة قدرت بـ2.93% مقارنة بالإناث التي قدرت نسبتهن بـ7.41%.

#### ٧ متغير السن (المراحل العمرية)

لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير المراحل العمرية. حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي، يوضح لنا تحليل التباين أحادي الاتجاه أنه ليست هناك دلالة إحصائية تتعلق بمختلف أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الفئات العمرية كما يبينه الجدول (45) التالي:

جدول (45): يبين نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه وفق متغير السن (الفئات العمرية)

مستوى الدلالة		قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
غير دال	0,938	,064	22,025	2	44,049	بين المجموعات	الدعم الذاتي
			345,412	753	260095,460	داخل المجموعات	
				755	260139,509	المجموع	
غير دال	0,319	1,144	343,738	2	687,475	بين المجموعات	الدعم الاجتماعي
			300,493	753	226270,932	داخل المجموعات	
				755	226958,407	المجموع	
غير دال	0,887	,120	41,941	2	83,881	بين المجموعات	الدعم الروحي
			349,374	753	263078,321	داخل المجموعات	
				755	263162,202	المجموع	
غير دال	0,632	,458	121,802	2	243,603	بين المجموعات	وضع انقطاعات
			265,711	753	200080,471	داخل المجموعات	
				755	200324,074	المجموع	
غير دال	0,712	,340	83,264	2	166,528	بين المجموعات	تجنب المشكل
			245,161	753	184606,445	داخل المجموعات	
				755	184772,973	المجموع	
غير دال	0,539	,619	305,136	2	610,273	بين المجموعات	التقدير الإيجابي
			492,800	753	371078,715	داخل المجموعات	
				755	371688,988	المجموع	
غير دال	0,166	1,801	767,116	2	1534,232	بين المجموعات	البحث عن الحلول
			425,988	753	320769,009	داخل المجموعات	
				755	322303,241	المجموع	
غير دال	0,179	1,726	304,071	2	608,143	بين المجموعات	حلول مبدئية وملطفة
			176,138	753	132632,184	داخل المجموعات	
				755	133240,327	المجموع	
غير دال	0,625	,471	150,592	2	301,184	بين المجموعات	التخطيط
			320,024	753	240978,211	داخل المجموعات	
				755	241279,394	المجموع	

## ✓ متغير الحالة المدنية

لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة تعزى لمتغير الحالة المدنية حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي، إذ يوضح لنا تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بأبعاد استراتيجيات المواجهة المتعلقة بالدعم الذاتي (تجميع الطاقة)، تجنب المشكل، حلول مهدئة، تعزى لمتغير الحالة المدنية والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (46): يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة

وفق متغير الحالة المدنية

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
0,046*	2,673	2000,74	3	6002,215	بين المجموعات	الدعم الذاتي (تجميع الطاقة)
		748,449	752	562833,764	داخل المجموعات	
			755	568835,979	المجموع	
0,052*	2,584	1864,67	3	5594,014	بين المجموعات	تجنب المشكل
		721,657	752	542686,409	داخل المجموعات	
			755	548280,423	المجموع	
0,036*	2,87	2080,31	3	6240,920	بين المجموعات	الحلول المهدئة والمल्पفة
		724,821	752	545065,296	داخل المجموعات	
			755	551306,217	المجموع	

\* هناك دلالة إحصائية عند 0.05

وتشير النتائج حسب الجدول (46) أيضا أن درجة "ف" المحسوبة لبعدها الدعم الذاتي تجميع الطاقة بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 2,673 عند مستوى دلالة 0,046 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الحالة المدنية.

كما يبين الجدول (46) أن درجة "ف" المحسوبة لبعدها تجنب المشكل بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 2,584 عند مستوى دلالة 0,052 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الحالة المدنية.

ويبين الجدول نفسه أيضا أن درجة "ف" المحسوبة لبعدها الحلول المهدئة والمल्पفة بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 2,87 عند مستوى دلالة

0,036 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الحالة المدنية. وستوضح ذلك الجداول التالية مختلف الأبعاد التي رصدت فيها الفروق.

جدول (47): الفروق الإحصائية الخاصة بالأفراد المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي

التي تعزى لمتغير الحالة المدنية

المجموع	الحالة المدنية								البعد	
	أرمل		مطلق		عازب		متزوج			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
78	11.11	1	23.52	4	6.52	14	11.43	59	لا تستعمل	الدعم الذاتي
520	77.78	7	70.59	12	70.09	150	68.02	351	متوسطة الاستعمال	
158	11.11	1	5.88	1	23.37	50	20.54	106	شديدة الاستعمال	
756	100	9	100	17	100	214	100	516	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول (47) أن استراتيجية الدعم الذاتي المتمثلة في تجميع الطاقة هي شديدة الاستعمال عند العُزاب حيث عبرت عنها القيمة 23.37% مقارنة بالمتزوجين الذين يستعملونها بشدة بنسبة 20.54%، وتليها فئة الأرامل التي تستعملها بشدة بنسبة 11.11%، أما فئة المطلقين فقد احتلت الترتيب الأخير في استعمالها الشديد لهذه الاستراتيجية المتمثلة في الدعم الذاتي بقيمة قدرت بـ 5.88%.

كما يبين الجدول (47) أيضا أن الفئة التي احتلت الترتيب الأول في عدم استعمالها لهذه الاستراتيجية هي فئة المطلقين بنسبة قدرت بـ 23.52%، ثم يليها فئة المتزوجين بنسبة 11.43%، وفئة الأرامل بنسبة 11.11%، وتعتبر الفئة العازبة آخر من لا يستعمل هذه الاستراتيجية بنسبة قدرت بـ 6.52%.

جدول رقم (48): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال تجنب المشكل  
التي تعزى لمتغير الحالة المدنية

المجموع ع	الحالة المدنية								البعد	
	أرمل		مطلق		عازب		متزوج			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
305	11.11	1	64.71	11	43.46	93	38.76	200	لا تستعمل	تجنب المشكل
430	88.88	8	35.29	6	53.74	115	58.33	301	متوسطة الاستعمال	
21	0	0	0	0	2.80	6	2.91	15	شديدة الاستعمال	
756	100	9	100	17	100	214	100	516	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول (48) أن استراتيجية تجنب المشكل هي شديدة الاستعمال بنسب ضئيلة لدى أفراد مجموعة البحث، حيث نجدها متساوية الاستعمال تقريبا لدى المتزوجين والعزاب بنسبتي 2.91% و 2.80% على التوالي، بينما هي منعدمة الاستعمال عند المطلقين والأرامل بنسبة 0%، في حين نجد أن أفراد مجموعة البحث لا يستعملونها بنسب متفاوتة، حيث احتل المطلقون الترتيب الأول بنسبة 64.71% بينما الفئة العازبة فقدرت نسبة عدم استعمالها بـ 43.46%، وفي الترتيب الثالث نجد المتزوجين الذين لا يستعملونها بنسبة 38.76%، وفي الأخير سجلنا نسبة 11.11% لدى الأرامل.

جدول (49): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجيات البحث عن حلول مهدئة وملطفة التي تعزى لمتغير الحالة المدنية

المجموع	الحالة المدنية								البعد	
	أرمل		مطلق		عازب		متزوج			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
310	0	0	52.94	9	36.45	78	43.22	223	لا تستعمل	حلول مهدئة وملطفة
425	100	9	47.06	8	60.28	129	54.07	279	متوسطة الاستعمال	
21	0	0	0	0	3.27	7	2.70	14	شديدة الاستعمال	
756	100	9	100	17	100	214	100	516	المجموع	

يبين الجدول (49) أن استعمال استراتيجيات البحث عن حلول مهدئة وملطفة التي تعزى لمتغير الحالة المدنية متباين بين فئات مجموعة البحث، إذ نلاحظ أن شدة استعمالها ضئيل مقارنة بعدم استعمالها، حيث احتل المطلقون الترتيب الأول في عدم استعمالها بنسبة 52.94%، ثم تلاهم في المرتبة الثانية المتزوجون بنسبة 43.22%، وفي الترتيب الثالث سجل العزاب نسبة 36.45%، أما الأرامل فجاءوا في الترتيب الأخير بنسبة 0%. أما من ناحية شدة استعمال استراتيجيات البحث عن حلول مهدئة، فنجدها في الترتيب الأول لدى العزاب بنسبة 3.27%، وفي الترتيب الثاني لدى المتزوجين بنسبة 2.70% ومنعدمة لدى المطلقين والأرامل.

#### • متغير الأقدمية المهنية

لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الأقدمية المهنية. حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي، يوضح لنا تحليل التباين أحادي الاتجاه أنه ليست هناك دلالة إحصائية تتعلق بمختلف أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الأقدمية المهنية كما يبينه الجدول (50) التالي:

جدول (50): نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق متغير الأقدمية المهنية

مستوى الدلالة		قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
غير دال	,366	1,006	346,526	2	693,052	بين المجموعات	الدعم الذاتي (تجميع الطاقة)
			344,550	753	259446,457	داخل المجموعات	
				755	260139,509	المجموع	
غير دال	,429	,848	254,923	2	509,846	بين المجموعات	الدعم الاجتماعي
			300,729	753	226448,561	داخل المجموعات	
				755	226958,407	المجموع	
غير دال	,073	2,627	911,634	2	1823,267	بين المجموعات	الدعم الروحي
			347,064	753	261338,935	داخل المجموعات	
				755	263162,202	المجموع	
غير دال	,886	,122	32,328	2	64,656	بين المجموعات	وضع انقطاعات
			265,949	753	200259,418	داخل المجموعات	
				755	200324,074	المجموع	
غير دال	,869	,140	34,376	2	68,752	بين المجموعات	تجنب المشكل
			245,291	753	184704,221	داخل المجموعات	
				755	184772,973	المجموع	
غير دال	,172	1,764	866,710	2	1733,421	بين المجموعات	التقدير الإيجابي
			491,309	753	369955,567	داخل المجموعات	
				755	371688,988	المجموع	
غير دال	,139	1,982	843,833	2	1687,666	بين المجموعات	البحث عن الحلول
			425,784	753	320615,574	داخل المجموعات	
				755	322303,241	المجموع	
غير دال	,494	,706	124,778	2	249,555	بين المجموعات	الحلول المهدنة والملطفة
			176,615	753	132990,772	داخل المجموعات	
				755	133240,327	المجموع	
غير دال	,425	,857	273,906	2	547,811	بين المجموعات	التخطيط
			319,697	753	240731,583	داخل المجموعات	
				755	241279,394	المجموع	

\* هناك دلالة إحصائية عند 0.05



تشير النتائج حسب الجدول (50) أيضا أن درجة "ف" المحسوبة لجميع أبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة بأن ليست هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث كانت كل قيمة "ف" كلها أكبر من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تؤكد على عدم وجود فروق تعزى لمتغير الأقدمية المهنية. وهذا ما يؤكد على تحقق الفرضية الصفرية بصفة كلية أي لا توجد فروق في شدة استعمال استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

• متغير السلك المهني

لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي). حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي يوضح لنا تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بأبعاد استراتيجيات المواجهة المتمثلة في الدعم الروحي، وضع انقطاعات، إيجاد الحلول والتفكير الإيجابي تعزى لمتغير السلك المهني حسب الجدول (50) التالي:

جدول (51): نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه المتعلقة باستراتيجيات المواجهة وفق متغير

السلك المهني

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد		استراتيجيات المواجهة
*0,000	14,408	10326,050	1	10326,050	بين المجموعات	الدعم الروحي	
		716,695	754	540388,235	داخل المجموعات		
			755	550714,286	المجموع		
*0,040	4,252	3237,045	1	3237,045	بين المجموعات	وضع انقطاعات	
		761,267	754	573995,098	داخل المجموعات		
			755	577232,143	المجموع		
0*,001	11,076	7937,286	1	7937,286	بين المجموعات	إيجاد حلول	
		716,635	754	540343,137	داخل المجموعات		
			755	548280,423	المجموع		
*0,005	8,104	8302,902	1	8302,902	بين المجموعات	التقدير الإيجابي	
		1024,572	754	772527,124	داخل المجموعات		
			755	780830,026	المجموع		

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

تشير النتائج حسب الجدول (51) أن درجة "ف" المحسوبة لبعدهم الروحي بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 14,408 عند مستوى دلالة 0,000 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير السلك المهني. كما يبين الجدول (51) أن درجة "ف" المحسوبة لبعدهم وضع انقطاعات بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 4,252 عند مستوى دلالة 0,040 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير السلك المهني. ويشير أيضا الجدول (51) كذلك أن درجة "ف" المحسوبة لبعدهم إيجاد حلول بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 11,076 عند مستوى دلالة 0,001 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير السلك المهني. كما يظهر الجدول (51) أيضا أن درجة "ف" المحسوبة لبعدهم التفكير الإيجابي بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 8,104 عند مستوى دلالة 0,005 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير السلك المهني. وسيتم توضيح ذلك في الجداول التالية لمختلف الأبعاد التي رصدت فيها الفروق.

جدول (52): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الروحي التي تعزى لمتغير

#### السلك المهني

المجموع	السلك المهني				البعدهم	
	شبه الطبي		الطبي			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
21	1.77	8	4.25	13	لا تستعمل	الدعم الروحي
246	28.45	128	38.56	118	متوسطة الاستعمال	
489	69.78	314	57.19	175	شديدة الاستعمال	
756	100	450	100	306	المجموع	

يبين الجدول (52) أن استعمال استراتيجية الدعم الروحي متباين بين فئات مجموعة البحث التي تعزى لمتغير السلك المهني، إذ نلاحظ أن استعمالها شديد لدى العاملين بالسلك شبه الطبي بنسبة 69.78% مقارنة بالأطباء الذين قدرت نسبتهم بـ 57.19%، أما عدم استعمال هذه الاستراتيجية فقد

تم فيه تسجيل نسبة أكبر لدى الأطباء قدرت بـ 4.25% فيما سجلت فيه نسبة 1.77% لدى العاملين بالسلك شبه الطبي.

جدول (53): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية وضع انقطاعات التي تعزى لمتغير

#### السلك المهني

المجموع		السلك المهني				البعد	
		شبه الطبي		الطبي			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
15.87	120	14.67	66	17.85	54	لا تستعمل	وضع انقطاعات
69.45	525	68.45	308	70.92	217	متوسطة الاستعمال	
14.68	111	16.89	76	11.44	35	شديدة الاستعمال	
100	756	100	450	100	306	المجموع	

يبين الجدول (53) أن استعمال استراتيجية وضع انقطاعات التي تعزى لمتغير السلك المهني هو أيضا متباين بين فئات مجموعة البحث، حيث نلاحظ أن شدة استعمالها شديد لدى العاملين بالسلك شبه الطبي بنسبة 16.89% مقارنة بالأطباء الذين قدرت نسبتهم بـ 11.44%. أما عدم استعمال هذه الاستراتيجية فنسبتها أكبر لدى الأطباء إذ قدرت بـ 17.85% بينما قدرت لدى العاملين بالسلك شبه الطبي بـ 14.67%.

جدول (54): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي تعزى لمتغير

#### السلك المهني

المجموع		السلك المهني				البعد	
		شبه الطبي		الطبي			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
305	35.56	160	47.39	145	لا تستعمل	تجنب المشكل	
430	61.11	275	50.65	155	متوسطة الاستعمال		
21	3.33	15	1.96	6	شديدة الاستعمال		
756	100	450	100	306	المجموع		

يبين الجدول (54) أن استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي تعزى لمتغير السلك المهني متباين أيضا بين فئات مجموعة البحث، حيث نلاحظ أن العاملين بالسلك الطبي لا يلجؤون لاستعمالها أكثر من العاملين بالسلك شبه الطبي، فقدرت نسبة عدم استعمالها لدى الفئة الأولى (الأطباء) بـ 47.39%، بينما قدرت نسبة عدم استعمالها لدى فئة شبه الطبيين بـ 35.56%، والشيء نفسه بالنسبة للاستعمال الشديد لهذه الاستراتيجية، فهو ضعيف لدى كلتا الفئتين المهنتين.

الجدول رقم (55): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية التفكير الإيجابي التي تعزى لمتغير السلك المهني

المجموع	السلك المهني				البعد	
	شبه الطبي		الطبي			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
72	11.11	50	7.19	22	لا تستعمل	التقدير الإيجابي
359	73.20	224	44.12	135	متوسطة الاستعمال	
325	39.11	176	48.69	149	شديدة الاستعمال	
756	100	450	100	306	المجموع	

من خلال الجدول (55) تتبين لنا جليا الفروق الإحصائية بين السلكين فيما يخص اللجوء لاستعمال استراتيجية التفكير الإيجابي، حيث نلاحظ أنها شديدة الاستعمال لدى فئة السلك الطبي بنسبة 48.69% وهي أكبر منها لدى مهنيي السلك شبه الطبي حيث قدرت النسبة لديهم بـ 39.11%. بينما عدم استعمال هذه الاستراتيجية هو أقل لدى العاملين بالسلك الطبي حيث قدر بنسبة 7.19% بينما هو عند شبه الطبيين بنسبة 11.11%.

- متغير نمط المؤسسة: لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS).
- حسب ما أفرزه التحليل الإحصائي، يوضح لنا تحليل التباين أحادي الاتجاه أن هناك دلالة إحصائية تتعلق بأبعاد الدعم الروحي، وضع انقطاعات، تجنب المشكل والتفكير الإيجابي تعزى لمتغير نوع المؤسسة الصحية. والجدول (56) التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (56): يبين نتائج اختبار التباين أحادي الاتجاه لاستراتيجيات المواجهة وفق  
متغير نوع المؤسسة الصحية

مستوى الدلالة	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد	
*0,031	2,975	2223,683	3	6671,049	بين المجموعات	الدعم الذاتي
		747,56	752	562164,930	داخل المجموعات	
			755	568835,979	المجموع	
*0.00	6,299	4500,167	3	13500,500	بين المجموعات	الدعم الروحي
		714,38	752	537213,786	داخل المجموعات	
			755	550714,286	المجموع	
*0,004	4,424	3853,304	3	11559,912	بين المجموعات	البحث عن الحلول
		870,99	752	654984,401	داخل المجموعات	
			755	666544,312	المجموع	
*0,028	3,062	2204,521	3	6613,563	بين المجموعات	التخطيط
		720,055	752	541481,675	داخل المجموعات	
			755	548095,238	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

يبين الجدول (56) وجود فروق في استراتيجيات المواجهة تبعاً لمتغير المؤسسات المهنية، إذ يوضح تحليل التباين أن درجة "ف" المحسوبة لبعدهم الذاتي كشفت بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 2,975 عند مستوى دلالة 0,031 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير المؤسسة الصحية.

كما تشير النتائج حسب الجدول (55) أيضا إلى وجود فروق دالة في بعد الدعم الروحي إذ أن درجة "ف" المحسوبة تبين أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 6,299 عند مستوى دلالة 0,00 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير المؤسسة الصحية.

وتشير النتائج أيضا حسب الجدول (56) نفسه أن درجة "ف" المحسوبة لبعدهم البحث عن حلول بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 4,424 عند

مستوى دلالة 0,004 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير المؤسسة الصحية.

كما تبين النتائج أيضا حسب الجدول (56) أن درجة "ف" المحسوبة لبعده التخطيطي بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 3,062 عند مستوى دلالة 0,028 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير المؤسسة الصحية.

وبغية معرفة أعمق لدلالة هذه الفروق الإحصائية سيتم عرض الجداول التالية لمختلف الأبعاد التي رصدت فيها الفروق.

جدول رقم (57): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية

نمط المؤسسة									البند	
المجموع	EPSP		CHU		EHS		EPH			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	الدعم الذاتي	
78	8.74	16	7.94	15	13.64	9	11.95	38		لا تستعمل
520	67.76	124	66.14	125	71.21	47	70.44	224		متوسطة الاستعمال
158	23.50	43	25.93	49	15.15	10	17.61	56		شديدة الاستعمال
756	100	183	100	189	100	66	100	318	المجموع	

يبين الجدول (57) أن استعمال استراتيجية الدعم الذاتي شديد لدى العاملين بالـ CHU الذين احتلوا الترتيب الأول بنسبة قدرت بـ 25.93 %، ثم تلاهم في الترتيب الثاني العاملون بـ EPSP بنسبة استعمال شديدة قدرت بـ 23.50 %، واحتل العاملون بـ EPH الترتيب الثالث حيث سجلت نسبة الاستعمال الشديد لاستراتيجية الدعم الذاتي لديهم 17.61 %، بينما سجل في آخر مرتبة العاملون في EHS بنسبة استعمال شديدة قدرت بـ 15.15 %، لكن أول من لا يستعمل هذه الاستراتيجية هم العاملون بـ EHS بنسبة 13.64 %، ويليه العاملون بنسبة 11.95 %، ثم العاملون بـ EPSP بنسبة 8.74 % وأخيرا العاملون بـ CHU بنسبة 8.74 %.

جدول رقم (58): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الدعم الروحي التي تعزى  
لمتغير المؤسسة الصحية

نمط المؤسسة									الدعم الروحي
المجموع	EPSP		CHU		EHS		EPH		
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
21	1.09	2	7.41	14	3.03	2	0.94	3	لا تستعمل
246	35.52	65	34.92	66	40.91	27	27.69	88	متوسطة الاستعمال
489	63.39	116	57.67	109	56.06	37	71.38	227	شديدة الاستعمال
756	100	183	100	189	100	66	100	318	المجموع

يبين الجدول (58) أن استراتيجية الدعم الروحي شديدة الاستعمال لدى العاملين بالقطاع الصحي وتظهر الفروق جليا بين مختلف المؤسسات الصحية، حيث سجلت نسبة شدة استعمال هذه الاستراتيجية بلغت 71.38% لدى العاملين بـ EPH، وتلاههم العاملون بـ EPSP بنسبة 63.39%، في حين سجل العاملون بـ CHU نسبة 57.67%، وأخير قدرت نسبة شدة استعمال هذه الاستراتيجية بـ 57.67% لدى العاملين بـ EHS.



جدول رقم (59): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية إيجاد حلول التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية

نمط المؤسسة									البند	إيجاد حلول
المجموع	EPSP		CHU		EHS		EPH			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
39	2.73	5	8.47	16	3.03	2	5.03	16	لا تستعمل	
317	39.89	73	46.56	88	56.06	37	37.42	119	متوسطة الاستعمال	
400	57.38	105	44.97	85	40.91	27	57.55	183	شديدة الاستعمال	
756	100	183	100	189	100	66	100	318	المجموع	

يبين الجدول (59) أن استراتيجية إيجاد حلول شديدة الاستعمال لدى العاملين بالقطاعات الصحية، وتظهر الفروق جلية حيث سجلت نسبة شدة استعمال هذه الاستراتيجية بلغت 57.55% و 57.38% على التوالي لدى العاملين بـ EPSP و EPH، وهما نسبتان جد متقاربتين، في حين سجل العاملون بـ CHU نسبة 44.97%، فيما قدرت نسبة شدة استعمال هذه الاستراتيجية بـ 40.91% لدى العاملين بـ EHS.

أما بخصوص عدم استعمال هذه الاستراتيجية، فنجد أن نسبتها متقاربة لدى العاملين بـ EPSP و EHS وهي على التوالي 2.73% و 3.03%. أما أكبر نسبة عدم استعمالها فقد سجلها العاملون بـ CHU بنسبة 8.47% ثم يليهم العاملون بـ EPH بنسبة 5.03%.

جدول رقم (60): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي تعزى  
لمتغير المؤسسة الصحية

نمط المؤسسة									البند	تجنب المشكل
المجموع	EPSP		CHU		EHS		EPH			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
305	40.98	75	45.50	86	45.45	30	35.85	114	لا تستعمل	
430	56.28	103	49.74	94	54.55	36	61.95	197	متوسطة الاستعمال	
21	2.73	5	4.76	9	0	0	2.20	7	شديدة الاستعمال	
756	100	183	100	189	100	66	100	318	المجموع	

يبين لنا الجدول (60) الفروق الإحصائية في استعمال استراتيجية تجنب المشكل بين مختلف العاملين في المؤسسات الصحية، حيث سجل عدم استعمال هذه الاستراتيجية أكثر لدى العاملين بـ CHU و EHS بنسب متقاربة جدا وهي على التوالي 45.50% و 45.45%، ثم تلاهم العاملون بـ EPSP بنسبة 40.98%، وأخيرا سجل العاملون بـ EPH نسبة قدرت بـ 35.85%.

كما يبين الجدول أن العاملين بـ EHS يتجنبون كليا استعمال هذه الاستراتيجية بنسبة 0% في حين نلاحظ أن العاملين بـ EPSP و EPH يستعملون هذه الاستراتيجية بشدة، وبنسب متقاربة جدا قدرت على التوالي بـ 2.73% و 2.20%، أما العاملون بـ CHU يستعملونها بشدة بنسبة قدرت بـ 4.76%.

جدول رقم (61): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجيات التخطيط التي تعزى لمتغير المؤسسة الصحية

نمط المؤسسة									البند	
المجموع	EPSP		CHU		EHS		EPH			
	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
18	2.73	5	1.06	2	7.58	5	1.89	6	لا تستعمل	التخطيط
276	33.33	61	44.97	85	39.39	26	32.70	104	متوسطة الاستعمال	
462	63.93	117	53.97	102	53.03	35	65.41	208	شديدة الاستعمال	
756	100	183	100	189	100	66	100	318	المجموع	

تتضح جليا من خلال الجدول (61) الفروق الإحصائية في استعمال استراتيجيات التخطيط بين مختلف العاملين في المؤسسات الصحية، حيث سجلت أكبر نسبة في شدة استعمال هذه الاستراتيجيات لدى العاملين بـ EPH بـ 65.41 %، وجاء في الترتيب الثاني العاملون بـ EPSP بنسبة قدرت بـ 63.93 %، بينما سجل العاملون بـ CHU و EHS نسبا جد متقاربة وهي على التوالي 53.97 % و 53.03 %. بينما نلاحظ ضآلة عدم استعمال استراتيجيات التخطيط، حيث سجلت لدى العاملين بـ EHS أكبر نسبة عدم استعمال لهذه الاستراتيجيات قدرت بـ 7.58 %، ثم تلاهم العاملون بـ EPSP بنسبة 2.73 %، وفي الأخير سجلت النسبة نفسها تقريبا لدى العاملين بـ EPH و CHU وهي على التوالي 1.89 % و 1.06 % .

• **متغير الإقليم الجغرافي:** لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

ولاختبار هذه الفرضية استخدم تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق باعتبار أن لدينا ثلاثة أقاليم، فدللت النتائج على ما يلي:

حسب ما يظهره التحليل الإحصائي من خلال الجدول رقم (62) مصدر التباين تبعا لمتغير الإقليم الجغرافي أن الدلالة الإحصائية تتعلق الدعم الروحي، الإيجابية، البحث عن حلول مبدئة وملطفة واستراتيجية التخطيط.

الجدول رقم (62): نتائج تحليل التباين لاستراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير الإقليم الجغرافي

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	البعد	
*0,001	7,610	2607,052	2	5214,104	بين المجموعات	الدعم الروحي
		342,561	753	257948,098	داخل المجموعات	
			755	263162,202	المجموع	
*0,000	9,795	4712,265	2	9424,531	بين المجموعات	التقدير الإيجابي
		481,095	753	362264,457	داخل المجموعات	
			755	371688,988	المجموع	
*0,000	9,378	1619,120	2	3238,240	بين المجموعات	حلول مهدئة وملطفة
		172,646	753	130002,088	داخل المجموعات	
			755	133240,327	المجموع	
*0,006	5,221	1650,036	2	3300,071	بين المجموعات	التخطيط
		316,042	753	237979,323	داخل المجموعات	
			755	241279,394	المجموع	

\*هناك دلالة إحصائية عند 0.05

نلاحظ من خلال الجدول (62) مصدر التباين وجود فروق في استراتيجيات المواجهة ككل تبعا لمتغير الإقليم الجغرافي أن درجة "ف" المحسوبة لبعدها الدعم الذاتي بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 7,610 عند مستوى دلالة 0,001 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 والتي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي.

كما تشير النتائج أيضا حسب الجدول (62) إلى وجود فروق دالة في بعد التفكير الإيجابي، إذ أن درجة "ف" المحسوبة أثبتت بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" بـ 9,795 عند مستوى دلالة 0,000 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي.

وتشير النتائج حسب الجدول (62) كذلك إلى أن درجة "ف" المحسوبة لبعدها الحلول المهدئة والملطفة أثبتت بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف"

ب 9,378 عند مستوى دلالة 0,000 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي.

كما تبين النتائج أيضا حسب الجدول (62) دائما أن درجة "ف" المحسوبة لبعده التخطيطي بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 0.05 حيث قدرت قيمة "ف" ب 5,221 عند مستوى دلالة 0,006 وهي قيمة أقل من قيمة مستوى الخطأ 0.05 التي تبرز وجود فروق تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي. وبغية معرفة دلالة الفروق سيتم توضيحها في الجداول التالية لمختلف الأبعاد التي رصدت فيها الفروق.

جدول رقم (63): الفروق الإحصائية في شدة استعمال استراتيجية الدعم الروحي التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي

المجموع	نمط الإقليم الجغرافي						البعده	
	الجنوب		الهضاب		الشمال			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
2.78	21	0	0	0	0	3.42	21	ضعيف
32.54	246	25.45	14	27.57	24	33.91	208	متوسط
64.68	489	74.55	41	72.41	63	62.70	385	شديد
100	756	100	55	100	87	100	614	المجموع

تتضح جليا من خلال الجدول (63) الفروق الإحصائية في استعمال الدعم الروحي بين مختلف الأقاليم الجغرافية، حيث سجل العاملون بإقليم الجنوب أكبر نسبة استعمال شديد لهذه الاستراتيجية بنسبة قدرت ب 74.55%، ثم تلاهم في الترتيب الثاني العاملون بإقليم الهضاب العليا بنسبة 72.41%، وجاء في الترتيب الأخير الأفراد العاملون بإقليم الشمال بنسبة قدرت ب 62.70%. وبين الجدول (63) أيضا أن الاستعمال الضعيف لهذه الاستراتيجية ضعيف فعلا لحد الانعدام في إقليم الجنوب والهضاب العليا، بينما سجلت قيمة ضعيفة تعكس الاستعمال الضعيف في إقليم الشمال الذي قدرت نسبته ب 3.42%.

وتجدر الإشارة كما يظهره الجدول (63) أن شدة استعمال هذه الاستراتيجية هو مرتفع جدا مقارنة مع الاستعمال الضعيف أو المتوسط لدى أفراد مجموعة البحث، حيث قدرت نسبة الاستعمال

الشديد بـ 64.68 %، ثم تلاها الاستعمال المتوسط بنسبة 32.54 %، وفي الأخير قدرت نسبة الاستعمال الضعيف بـ 2.78 %.

الجدول رقم (64): الفروق الإحصائية في شدة استعمال استراتيجية الإيجابية التي تعزى لمتغير

الإقليم الجغرافي

المجموع		نمط الإقليم الجغرافي						البعد	
		الجنوب		الهضاب		الشمال			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	التقدير الإيجابي	
9.52	72	5.45	3	8.05	7	10.10	62		ضعيف
47.49	359	30.91	17	39.08	34	50.16	308		متوسط
42.99	325	63.63	35	52.87	46	39.74	244		شديد
100	756	100	55	100	87	100	614	المجموع	

يبين الجدول (64) الفروق الإحصائية في استعمال استراتيجية التقدير الإيجابي بين مختلف الأقاليم الجغرافية، حيث سجل العاملون بإقليم الجنوب أكبر نسبة في الاستعمال الشديد لهذه الاستراتيجية قدرت بـ 63.63 %، ثم تلاهم في الترتيب الثاني العاملون بإقليم الهضاب العليا حيث قدرت نسبة الاستعمال الشديد لديهم بـ 52.87 %، بينما سجل العاملون بإقليم الشمال النسبة الأخيرة التي قدرت بـ 39.74 %.

كما يشير الجدول (64) إلى أن استعمال استراتيجية التقدير الإيجابي هي أكثر استعمالا لدى نصف أفراد مجموعة البحث تقريبا إذ قدرت نسبتها بـ 42.99 %، بينما كان الاستعمال الضعيف لها فقط بنسبة 9.52 %.

جدول رقم (65): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية الحلول المهدئة التي تعزى

لمتغير الإقليم الجغرافي

المجموع		نمط الإقليم الجغرافي						البعد	
		الجنوب		الهضاب العليا		الشمال			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
41.01	310	61.82	34	48.28	42	38.12	234	ضعيف	حلول مهدئة وملطفة
56.22	425	36.36	20	51.72	45	58.63	360	متوسط	
2.78	21	1.82	1	0	0	3.26	20	شديد	
100	756	100	55	100	87	100	614	المجموع	

يتضح جليا من خلال الجدول (65) أن الفروق الإحصائية في استعمال استراتيجية الحلول المهدئة والملطفة بين مختلف الأقاليم الجغرافية متباين، حيث نلاحظ جليا من خلال الجدول (64) أن الاستعمال الضعيف هذه الاستراتيجية كبير جدا من طرف أفراد مجموعة البحث، إذ سجلت قيمة 41.01 % مقارنة بالاستعمال الشديد الذي قدرت نسبته بـ 2.78 % بينما اللجوء المتوسط إلى هذه الاستراتيجية سجلت به أكبر نسبة حيث قدرت بـ 56.22 %.

جدول (66): الفروق الإحصائية المتعلقة بشدة استعمال استراتيجية التخطيط

التي تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي

المجموع		نمط الإقليم الجغرافي						البعد	
		الجنوب		الهضاب العليا		الشمال			
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار		
2.38	18	0	0	1.15	1	2.77	17	ضعيف	التخطيط
36.51	276	25.46	14	27.59	24	38.76	238	متوسط	
61.11	462	74.55	41	71.26	62	58.47	359	شديد	
100	756	100	55	100	87	100	614	المجموع	

يبين الجدول (66) الفروق الإحصائية في استعمال استراتيجية التخطيط في مختلف الأقاليم الجغرافية حيث يظهر من الوهلة الأولى أن هذه الاستراتيجية شديدة الاستعمال بنسبة مرتفعة قدرت بـ 61.11 % لدى جميع أفراد مجموعة البحث، في حين قدرت نسبة ضعف استعمالها بـ 2.38 %.

كما يبين الجدول (66) أيضا أن الاستعمال الشديد لهذه الاستراتيجية كان هاما لدى الفئة العاملة بإقليم الجنوب بنسبة قدرت بـ 74.55، وتلاها في الترتيب الثاني الفئة العاملة بإقليم الهضاب العليا بنسبة قدرت بـ 71.26 % واحتل العاملون بإقليم الشمال في استعمالهم لاستراتيجية التخطيط، الترتيب الأخير بنسبة قدرت بـ 58.47 %.

### 8.1 - عرض النتائج وتحليلها في ضوء الفرضية الثامنة:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجيات المواجهة (البحث عن الدعم الذاتي، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الدعم الروحي، وضع انقطاعات، التفكير الإيجابي، البحث عن الحلول واللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة) لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية والجدول التالي يبرز العلاقة بينهما.



جدول (67): يبين قيمة معامل الارتباط بيرسون بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجيات  
المواجهة

الدلالة	مستوى الدلالة المعتمد	قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة لـ "ر"	قيمة "ر"	مجموعة البحث	البيانات الإحصائية المتغيرات
غير دال	0.05	0.150	0.52	756	مستوى الضغط العام/استراتيجية الدعم الذاتي
دال	0.01	0.000	**0.131	756	مستوى الضغط العام/ استراتيجية الدعم الاجتماعي
دال	0.05	0.20	*0.085	756	مستوى الضغط العام/ استراتيجية الدعم الروحي
دال	0.01	0.200	**0.119	756	مستوى الضغط العام/ استراتيجية وضع انقطاعات
غير دال	0.01	0.255	0.041	756	مستوى الضغط العام/ استراتيجية التفكير الإيجابي
دال	0.01	0.005	**0.102	756	مستوى الضغط العام/ استراتيجية البحث عن الحلول
دال	0.01	0.000	**0.201	756	مستوى الضغط العام/ استراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة

\*دال عند مستوى دلالة 0.05

\*\* دال عند مستوى دلالة 0.01

توضح قيم الجدول (67) العلاقة بين مستوى الضغط المهني العام ومختلف استراتيجيات المواجهة  
كما يلي:

- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية البحث عن الدعم الذاتي: تبين بأنه لا توجد  
علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط العام لدى العاملين بالقطاع الصحي العمومي واستعمال استراتيجية  
البحث عن الدعم الذاتي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون "ر" بـ 0.52، وكانت قيمة الدلالة

المحسوبة له تساوي ( $r = 0.150$ )، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha = 0.05$ )، وهذا يعني أن مستوى الضغط المهني العام لا يرتبط باستراتيجية المواجهة المتمثلة في البحث عن الدعم الذاتي.

**- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي:** تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني العام واللجوء إلى استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي لدى مجموعة البحث، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r = 0.131$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، كون قيمة الدلالة المحسوبة تساوي ( $r = 0.000$ ) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha = 0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كان مستوى الضغط المهني مرتفعاً كلما كان اللجوء إلى استعمال استراتيجية طلب الدعم الاجتماعي.

**- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية البحث عن الدعم الروحي:** تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني العام واستعمال استراتيجية البحث عن الدعم الروحي لدى مجموعة البحث، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r = 0.085$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، كون قيمة الدلالة المحسوبة تساوي ( $r = 0.20$ ) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha = 0.05$ )، وهذا يعني أنه كلما كان مستوى الضغط المهني مرتفعاً كلما كان اللجوء إلى استعمال استراتيجية طلب الدعم الروحي.

**- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية وضع انقطاعات:** تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني العام واللجوء إلى استراتيجية البحث عن الدعم الروحي لدى مجموعة البحث، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r = 0.085$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، كون قيمة الدلالة المحسوبة تساوي ( $r = 0.200$ ) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha = 0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كان مستوى الضغط المهني مرتفعاً كلما كان اللجوء إلى استعمال استراتيجية وضع انقطاعات.

**- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية التقدير الإيجابي:** تبين أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني العام لدى العاملين بالقطاع الصحي العمومي واستعمال استراتيجية التقدير الإيجابي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون "ر" ب ( $r = 0.041$ ) وكانت قيمة الدلالة المحسوبة له تساوي إلى ( $r = 0.255$ ) وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha = 0.01$ )، وهذا يعني أن مستوى الضغط المهني العام لا يرتبط باستعمال استراتيجية المواجهة المتمثلة في التفكير الإيجابي.

**- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية البحث عن الحلول:** تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني العام واللجوء إلى استراتيجية البحث عن الحلول لدى مجموعة البحث، حيث

قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون بـ ( $r=0.102$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، كون قيمة الدلالة المحسوبة تساوي ( $r=0.005$ ) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كان مستوى الضغط المهني مرتفعاً كلما كان اللجوء إلى استراتيجية البحث عن الحلول.

**- علاقة مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة:** تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الضغط المهني العام واستعمال استراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة لدى مجموعة البحث، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون بـ ( $r=0.201$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، كون قيمة الدلالة المحسوبة تساوي ( $r=0.000$ ) وهي أصغر من مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كان مستوى الضغط المهني مرتفعاً كلما كان استعمال استراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة.

واستناداً لما سبق يمكن القول أن الفرضية الثامنة التي مفادها "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجيات المواجهة (البحث عن الدعم الذاتي، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الدعم الروحي، وضع انقطاعات، التفكير الإيجابي، البحث عن الحلول واللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة) ، لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية" قد تحققت كلياً تقريباً، ماعدا العلاقة بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية الدعم الذاتي واستراتيجية التفكير الإيجابي.

## 9- عرض النتائج في ضوء الفرضية التاسعة:

توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، والهدف من وضع الجدول (68) هو معرفة العلاقة بين مصادر الضغط المهني واللجوء لمختلف استراتيجيات المواجهة، وكذا معرفة نوعية الاستراتيجية التي يميل إلى استعمالها العاملون في قطاع الصحة العمومية حيال المصدر الضاغط في الميدان المهني.

جدول (68): العلاقة الارتباطية بين مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة

استراتيجيات المواجهة	التقدير الإيجابي	إيجاد حلول	استراتيجيات مهدئة وملطفة	التخطيط	وضع انقطاعات	تجنب المشكل	البحث عن الدعم الروحي	البحث عن الدعم الاجتماعي	البحث عن الدعم الذاتي	مصادر الضغط
ظروف العمل	,035	,101**	,038	,026	,121**	,039	,022	,024	,051	ر
عبء العمل	,016	,134**	,004	,005	,161**	,061	,002	,112**	-,011	ر
غموض الدور	-,049	,169**	,004	-,086*	,170**	,115**	,066	,098**	-,024	ر
المنافسة الليلية	-,006	,159**	,055	-,048	,124**	,112**	,001	,102**	,042	ر
المسار المهني	,090*	,102**	,108**	,074*	,083*	,112**	,099**	,077*	,020	ر
العلاقة مع الزملاء	,082*	,120**	,067	,073*	,106**	,031	,046	,055	,059	ر
العلاقة مع الإدارة	,106**	,164**	,145**	,127**	,139**	,054	,056	,070	,115**	ر
العلاقة مع المرضى وذويهم	,077*	,076*	,078*	,054	,176**	,075*	,113**	,130**	,029	ر

\* دال عند مستوى دلالة 0.05

\*\* دال عند مستوى دلالة 0.01

"ر" معامل الارتباط

ولأجل قراءة مفصلة للجدول، نقترح التطرق إلى علاقة كل مصدر ضاغط على حدا بنوع

الاستراتيجيات المستعملة تجاهه:

- بالنسبة لظروف العمل: تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين ظروف العمل واللجوء لاستعمال استراتيجية تجنب المشكل لدى مجموعة البحث، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون بـ (0.121=r) التي جاءت دالة إحصائية، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا (0.01=α). كما أن هناك

علاقة ارتباطية بين ظروف العمل واستعمال استراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون بت ( $r=0.101$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند نفس مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كانت ظروف العمل ضاغطة كلما كان اللجوء شديدا إلى هاتين الاستراتيجيتين (تجنب المشكل واللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة).

- **بالنسبة لعبء العمل:** يظهر جليا أن هناك علاقة ارتباطية بين عبء العمل واللجوء لاستعمال استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.112$ ) التي جاءت دالة إحصائيا، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). كما أن هناك علاقة ارتباطية بين عبء العمل واستراتيجية تجنب المشكل حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.161$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهناك علاقة ارتباطية أيضا بين عبء العمل واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.101$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند نفس مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كان عبء العمل كبيرا كلما كان اللجوء إلى هاتين الاستراتيجيات (الدعم الاجتماعي، تجنب المشكل والحلول المهدئة والملطفة).

- **بالنسبة لغموض الدور:** يتضح أن هناك علاقة ارتباطية بين غموض الدور واللجوء لاستعمال استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.098$ ) التي جاءت دالة إحصائيا، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). كما أن هناك علاقة ارتباطية بين غموض الدور واستراتيجية وضع انقطاعات حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.115$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهناك علاقة ارتباطية أيضا بين غموض الدور واستراتيجية تجنب المشكل حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.170$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، كما توجد علاقة ارتباطية بين غموض الدور واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.169$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما كان الدور غامضا كلما لجأ العاملون في قطاع الصحة العمومية إلى هاتين الاستراتيجيات المتمثلة في (البحث عن الدعم الاجتماعي، تجنب المشكل، وضع انقطاعات واللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة).

- **بالنسبة للمناوبة الليلية:** تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين المناوبة الليلية والبحث عن الدعم الاجتماعي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.102$ ) التي جاءت دالة إحصائيا، عند

مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). كما أن هناك علاقة ارتباطية بين المناوبة الليلية واستراتيجية وضع انقطاعات حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.112$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، فضلاً عن ذلك، فإن هناك علاقة ارتباطية بين المناوبة الليلية واستراتيجية تجنب المشكل حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.124$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وتبين أيضاً وجود علاقة ارتباطية بين المناوبة الليلية واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.159$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أنه كلما حلّ وقت القيام بالمناوبة الليلية كلما كان لجوء العاملين في قطاع الصحة العمومية إلى استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، تجنب المشكل، وضع انقطاعات واللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة من دون الاستراتيجيات الأخرى.

- بالنسبة للمسار المهني: تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين المسار المهني وجميع استراتيجيات المواجهة، ما عدا استراتيجية الدعم الذاتي، حيث ظهرت العلاقة الارتباطية بين المسار المهني والبحث عن الدعم الاجتماعي، إذ قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.077$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.05$ ). كما أن هناك علاقة ارتباطية بين المسار المهني واستراتيجية طلب الدعم الروحي، إذ قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.099$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، فضلاً عن وجود علاقة ارتباطية بين المسار المهني واستراتيجية وضع انقطاعات حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.112$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وتبين أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية بين المسار المهني واستراتيجية التقدير الإيجابي حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.074$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، كما تبين أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية بين المسار المهني واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.108$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية بين المسار المهني واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.102$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وكذا وجود علاقة ارتباطية بين المسار المهني واستراتيجية التخطيط حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.090$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، وهذا يعني أن العاملين في قطاع الصحة العمومية يلجؤون إلى كل الاستراتيجيات عندما يتعلق الأمر بمسارهم المهني.

- بالنسبة للعلاقة مع الزملاء: أبرز الجدول وجود علاقة ارتباطية بين العلاقات مع الزملاء واستراتيجية تجنب المشكل، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.106$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ) بمعنى أنه كلما كانت العلاقات مع الزملاء ضاغطة كلما كان اللجوء إلى استراتيجية التجنب. كما أن هناك علاقة ارتباطية بين العلاقات مع الزملاء واستراتيجية التقدير الإيجابي حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.073$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، وتبين أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية بين العلاقات مع الزملاء واستراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.120$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، فضلاً عن وجود علاقة ارتباطية بين العلاقات مع الزملاء واستراتيجية التقدير الإيجابي حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.082$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ ) وهذا يعني أنه كلما كانت العلاقات مع الزملاء متوترة وضاغطة كلما كان اللجوء شديداً إلى هاته الاستراتيجيات (الدعم الاجتماعي، تجنب المشكل، التقدير الإيجابي، الحلول المهدئة والملطفة، التخطيط).

- بالنسبة للعلاقة مع الإدارة: أنه توجد علاقة ارتباطية بين مصدر ضغط العلاقة مع الإدارة استراتيجية الدعم الذاتي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.115$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). كما أن هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة مع الإدارة واستراتيجية تجنب المشكل حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.139$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، كما أن هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة مع الإدارة واستراتيجية التقدير الإيجابي حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.127$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، أيضاً هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة مع الإدارة واستراتيجية إيجاد الحلول حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.145$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ ) أنه توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة مع الإدارة استراتيجية اللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.644$ ) التي جاءت دالة إحصائياً، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). وأيضاً هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة مع الإدارة واستراتيجية التخطيط حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.106$ ) التي جاءت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، وهذا يعني أن كل ما كان العلاقة مع الإدارة كمصدر ضاغط كلما كان

اللجوء شديدا إلى هاته الاستراتيجيات (الدعم الذاتي، تجنب المشكل، التقدير الإيجابي، البحث عن الحلول للمشكل، الحلول المهدئة والملطفة، التخطيط).

**- بالنسبة للعلاقة مع المرضى وذويهم:** كشفت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم وجميع استراتيجيات المواجهة، ما عدا استراتيجية البحث عن الدعم الذاتي، لذا نستطيع القول أنه توجد علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.130$ ) التي جاءت دالة إحصائيا، عند مستوى الدلالة المعتمد لدينا ( $\alpha=0.01$ ). كما أن هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية البحث عن الدعم الروحي حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.113$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ )، فضلا عن وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية وضع انقطاعات حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.075$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، وتبين أيضا وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية تجنب المشكل حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.176$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.01$ ). يضاف إلى ذلك وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية البحث عن الحلول حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.078$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، كما أن هناك علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية البحث عن حلول مهدئة وملطفة حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.076$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، وكشفت النتائج أيضا عن وجود علاقة ارتباطية بين العلاقة مع المرضى وذويهم واستراتيجية التخطيط حيث قدرت قيمة معامل الارتباط لبيرسون ب ( $r=0.077$ ) التي جاءت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ( $\alpha=0.05$ )، وهذا يعني أنه كلما كانت العلاقة مع المرضى وذويهم مصدر ضغط في حياة العاملين في قطاع الصحة العمومية كان اللجوء شديدا إلى جميع الاستراتيجيات (الدعم الاجتماعي، تجنب المشكل، التقدير الإيجابي، الحلول المهدئة والملطفة، التخطيط) ماعدا استراتيجية الدعم الذاتي.



## 2. عرض نتائج الحالات

- (1) الحالة الأولى: 46 سنة، ذكر، ممرض بمصلحة استعجالات الأمراض العقلية EHS البليلة.  
ضغط مهني مرتفع جدا 71.74%.
- (2) الحالة الثانية: 30 سنة، أنثى، طبيبة مقيمة بمصلحة فيزيولوجيا الأمراض الصدرية CHU بني مسوس. ضغط مهني مرتفع 64.46%.
- (3) الحالة الثالثة: 48 سنة، ذكر، ممرض بمصلحة علاج السرطان الأطفال CHU بني مسوس،  
ضغط مهني مرتفع جدا 73.64%.
- (4) الحالة الرابعة: 44 سنة، أنثى، ممرضة بمصلحة جراحة الأطفال CHU بالبليلة. ضغط مهني مرتفع 81.65%.
- (5) الحالة الخامسة: 36 سنة، ذكر، طبيب بمصلحة الإنعاش CHU بالبليلة ضغط مهني مرتفع  
68.75%.

## تقديم الحالة الأولى

### الحالة (س)

من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة

EHS

ضغط مهني مرتفع جدا 71.74%

يبلغ (س) من العمر 46 سنة، أعزب، هو الابن السابع بين إحدى عشرة إخوة، يعيش مع عائلته، وهو أحد مُعيليهما، خاصة وأن الأم مريضة بالتهاب الكبد الفيروسي (C). علاقاته طيبة مع أفراد العائلة إذ تخلو من الصراعات العائلية، لديه مستوى الثالثة ثانوي تحصل في سن الـ 21 على شهادة IDE (Infirmier diplômé d'état)، يقطن بمدينة من إقليم الشمال، مستواه الاقتصادي متوسط. حاول (س) الزواج ثلاث مرات لكنه فشل لأسباب غير معروفة أهمها كونه غير مهتم بذلك. لا يعاني من مشاكل صحية ماعدا أسنانه المسوسة لخوفه من الجراحة، يدخن وكان يتعاطى الكحول يوميا بمعدل لتر في اليوم (ويسكي، فوتكا)، وكان اللجوء إليها نتيجة المصاحبة وسهولة الحصول عليها مع مجموعة الرفاق، يقول (س) أنه بدأ شرب الخمر حوالي سنتين بعد بداية العمل في المستشفى للتخفيف والهروب من أتعاب يوم مرهق، وقد حاول التوقف مرارا بسبب ما تسببه له الأعراض الجانبية المقررة للسُّكر كالإغماءات، وبالتالي عدم قدرته على أداء مهامه كما ينبغي، والآن لا يزال يحاول وبصعوبة التوقف عن الشرب.

يعمل (س) بمصلحة الاستعجالات العقلية منذ 25 سنة، يقول أنه يشعر بغصة في حلقه "Une boule dans la gorge" بمجرد الخروج من المنزل والتوجه إلى العمل، لكونه يفكر كيف سيبدأ يومه، ويرى أن أهم منابع الضغط تتعلق بمنصبه المهني كمراقب طبي أولا، بحيث يرى أن عدد المهنيين شبه الطبيعيين في التمريض بالمصلحة قليل، فهو الممرض الوحيد في مجموعة العمل في مصلحة الاستعجالات في الطب العقلي، بحيث يؤدي كل المهام التي تسبب له في الشعور بعبء في العمل، حيث يقوم بمهام الممرض والممرض الرئيسي، يقول (س) أنه قام بتوجيه العديد من المراسلات بخصوص المشاكل المهنية اليومية، التي كانت الردود عليها مجرد وعود.

فيما يخص علاقاته مع المرضى، يقول (س) أنه تعرض إلى الضرب والتهديد في العديد من المرات من طرف المرضى، خاصة المدمنين منهم، ويعزو هذا إلى نقص التكوين لدى الممرضين الملحقين بمصالح الطب العقلي، حيث يقول أن شعوره بالنقص في التكوين في الميدان أدى به إلى تكوين نفسه بنفسه، لأنه لم يستفد نهائيا من التكوين الوظيفي أثناء الخدمة لسد النقص في التكوين الأساسي.

في حين يرى (س) أن علاقاته مع الزملاء تبدو حسنة ظاهريا، ويوعز هذا التوازن في العلاقات، إلى التنازلات التي يلجأ إليها غالبا بتجنب الحديث على بعض الأشياء الخاصة بالعمل بحكم منصبه كمراقب طبي، وهذا الإحجام والكبت يسبب له ضغطا يوميا، ويشعره بالملل، ولتجاوز هذا الضغط يقول (س) بأنه يلجأ إلى النوم رغم أنه ليس من عاداته، حيث كان سابقا يحب التفسح مع الأصدقاء وزيارة الأقارب، ويرى أنه في الفترة الأخيرة أصبح يميل إلى العزلة وتفادي اللقاء مع الأصدقاء ويقول (كرهت). رغم أنه مستاء من هذا الانعزال. كما وضع حدودا تجنبه الحديث مع الزملاء، واللجوء إلى شبكات التواصل الاجتماعي والأنترنت، وأنه يفكر في التقاعد النسبي.

يقول(س)، أن مجموع الاستشارات يصل إلى 50 مريضا يوميا. وغالبا ما يكون التعامل مع المرضى وضغطهم باللجوء إلى البحث عن حلول للمشاكل المطروحة، لأن المريض في نظره هو الأهم، واستقراره يشعره بالراحة.

ويقول (س) أيضا أنه انقطع عن القيام بشعيرة الصلاة منذ حوالي 1990، مبرا ذلك بكونه مدمن على الكحول ولا يستطيع الصلاة، إلا في رمضان لأنه (حسبه) لا يجوز الصيام بدون صلاة.

وعبر (س) في الأخير عن أمله في التغيير داخل المصلحة من حيث رفع عدد المهنيين. نستنتج من خلال المقابلة أن كل المعطيات الشخصية تدل على ارتفاع للضغط الذي يمكن تحديده من خلال درجة الضغط ومصادره ومختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة كما يلي:

✓ **درجة الضغط:** تحصل (س) في الاستبيان الخاص بمصادر الضغط على نسبة 70.91% وهي درجة ضغط مهني مرتفعة جدا.

#### ✓ **مصادر الضغط**

- ظروف العمل.
- عبء العمل.
- العلاقة مع المرضى وأسرهم.

#### ✓ **استراتيجيات المواجهة**

- التجنب (العزلة)
- وضع انقطاعات (النوم).
- استراتيجيات مهدئة وملطفة (الكحول، التدخين).
- الدعم الذاتي بتجميع الطاقة عن طريق التوجه إلى وسائل التواصل الاجتماعي.

ومن خلال الجدول التالي يمكن أن نحدد استجابات المبحوث بخصوص مقياس مصادر الضغط

المهني:

لا أوافق نهایتاً	لا أوافق	أوافق	أوافق بشدة	أوافق بشدة أكثر	البنود
			×		1. أشتت من وسخ المكان الذي أعمل فيه.
			×		2. أشعر بالتيه عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بعملتي.
				×	3. أتضايق لعدم وجود احترام متبادل بيني وبين زملائي في العمل.
			×		4. أشعر بالحسرة لغياب فرص الترقية في مهنتي مقارنة بالمهنة الأخرى.
×					5. لا أبالي بمعاناة المرضى فقد تعودت على رؤية ذلك.
				×	6. أنا غير راض (به) على عدم تعاون زملائي معي.
			×		7. أشعر بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى
			×		8. لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.
		×			9. أرتبك عندما تصادفني حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافاً مستعجلاً.
	×				10. أتضايق عندما تصادف مناوئتي الليلية مناسبات احتفالية.
				×	11. أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنة التمريض.
				×	12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.
			×		13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردي.
					14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
		×			15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
				×	16. مهام عملي غير محدّدة.
	×				17. أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
	×				18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكانتي الوظيفية.

				×	19. أشعر بعدم الرضى لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
		×			20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
			×		21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.
			×		22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
			×		23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
				×	24. تنهكني المضايقات الإدارية.
			×		25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
		×			26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
			×		27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.
				×	28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
	×				29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة إلى العمل في الليل.
		×			30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.

بعدها تمت الإجابة على بنود مقياس مصادر الضغط من طرف المبحوث، ظهر للوهلة الأولى أن مجمل الخانات المعلم عليها، تشير إلى الموافقة بشدة أو الموافقة بشدة أكثر، وسنعمد إلى حساب درجات كل بند على حده حسب محاور المقياس الستة.

### 1. المحاور:

#### 1.1- المحور الأساسي الأول: مصادر متعلقة بطبيعة العمل (08 أسئلة)

##### • ظروف العمل

$$(1,75)، (8,75)، (15,50)، (22,50)$$

$$62.5 = 50 + 50 + 75 + 75 \%$$

##### • عبء العمل

$$(100، 6)، (100، 19)، (75، 13)، (100، 14)$$

$$93.75 = 100 + 100 + 75 + 100 \%$$

## 2.1- المحور الأساسي الثاني: مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل (12 سؤالاً)

### • غموض الدور:

(75 ، 2) ، (9،50) ، (16،100) ، (23 ، 75)  
 $\%75=75+100+50+75$

### • المناوبة الليلية:

(25 ، 17) ، (10،25) ، (29،25)  
 $\% 25=25+25+25$

### • المسار الوظيفي:

(25 ، 18) ، (100 ، 28) ، (12،100) ، (100،11) ، (4،75)  
 $\% 80=25+100+100+100+75$

## 3.1- المحور الأساسي الثالث: مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل (11 سؤالاً).

### • العلاقة مع الزملاء:

(100 ، 19) ، (50 ، 26) ، (50 ، 20) ، (3،100)  
 $\% 75=100+50+50+100$

### • العلاقة مع الإدارة:

(50 ، 30) ، (75 ، 25) ، (100 ، 24)  
 $\% 75=50+75+100$

### • العلاقة مع المرضى وأسرهم

(75 ، 27) ، (75 ، 7) ، (75 ، 21) ، (100 ، 5)  
 $\% 81.25=75+75+75+100$

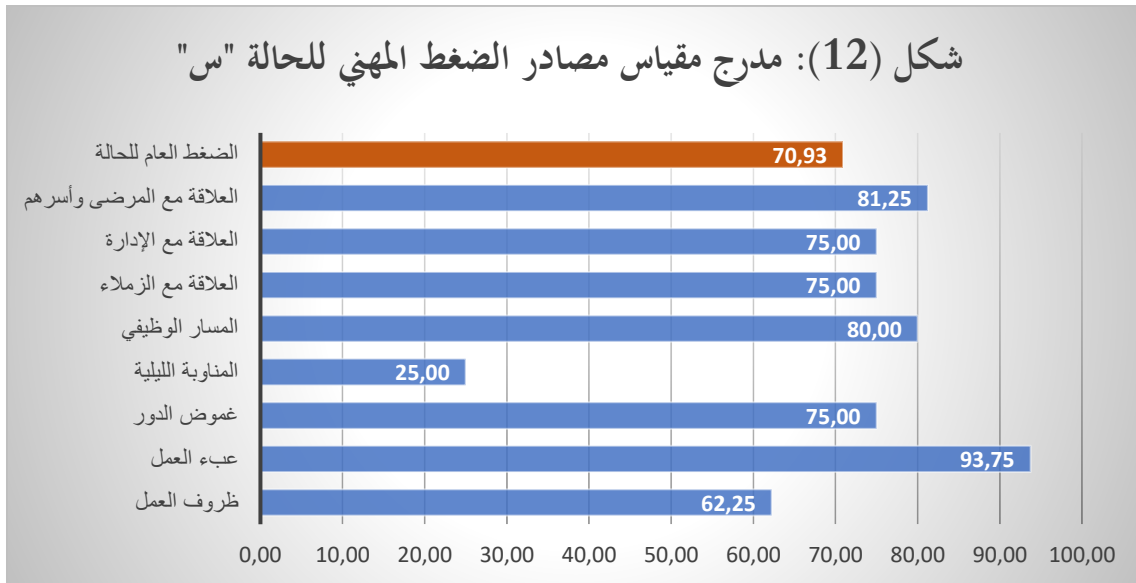
وفيما يلي ندرج جدولاً يبين نسب استجابات المبحوث لمختلف المحاور الأساسية لمقياس مصادر

الضغط المهني.

جدول (69): استجابات المبحوث (س) لمحاور مقياس مصادر الضغط المهني

المحاور الأساسية	البنود	الاستجابات	الضغط العام
مصادر متعلقة بطبيعة العمل	ظروف العمل	% 62.5	% 78.13
	عبء العمل	% 93.75	
مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل	غموض الدور	%75	% 60
	المنابذة الليلية	% 25	
	المسار الوظيفي	% 80	
مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل	العلاقة مع الزملاء	%75	% 77.08
	العلاقة مع الإدارة	%75	
	العلاقة مع المرضى وأسرتهم	% 81.25	

شكل (12): مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "س"



## 2. تعليق على الجدول (69) والشكل (12):

من خلال النتائج المتحصل عليها من مقياس مصادر الضغط المهني للحالة (س) تبين من خلال محاوره أن الحالة (س) تعاني من ضغط مرتفع جدا قدرت نسبته بـ 70.93 %، مما ينبئ عن معاناة صارخة للحالة، ويتضح أن أهم مصدر ضاغط للحالة تمثل في طبيعة العمل، إذ قدرت نسبة التأثير بها بـ 78.13 % حيث احتلت الترتيب الأول، ثم تلتها المصادر المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل إذ

قدرت النسبة المتحصل عليها بـ 77.08 %، وفي الترتيب الأخير جاءت المصادر المتعلقة بدور الفرد في العمل التي قدرت نسبته بـ 60 %.

وإذا دققنا في النتائج حسب الشكل (12) نلاحظ بجلاء أن كل استجابات المبحوث تجاوزت الـ 60 %، وهي النسبة التي تؤثر مستوى ضغط مرتفع ماعدا ضغط المناوبة الليلية، حيث سجل عبء العمل أكبر نسبة للتأثر به قدرت بـ 93.75 %، ثم تلتها العلاقة مع المرضى وأسرههم بنسبة قدرت بـ 81.25 %، وجاء كل من المسار الوظيفي وظروف العمل في الترتيب الثالث كمصدرين ضاغطين بنسب متساوية قدرت بـ 80 %، بينما أثرت العلاقة مع الإدارة، والعلاقة مع الزملاء، وغموض الدور بنسبة 75 %، بينما كانت المناوبة الليلية آخر مصدر ضاغط للحالة المستجوبة قدرت نسبتها بـ 25 %.

وفيما يلي استجابات المبحوث وفق مقياس استراتيجيات المواجهة:

البنود			لا أستخدمه	أستخدمه أحيانا	أستخدمه دائما
1. أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.			×		
2. أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.			×		
3. أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.			×		
4. أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم.				×	
5. أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.				×	
6. أنزوى في ركن من مكان العمل.					×
7. لا أتسرع في اتخاذ القرار.				×	
8. ألتجأ إلى التدخين لأقلل من توترتي.					×
9. أنظّم عملي.				×	
10. أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.					×
11. أتضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.				×	
12. أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.			×		
13. أنفُسُ عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.			×		
14. أضع ثقتي في الله.				×	
15. أغادر مكان العمل.			×		
16. أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.				×	
17. لا أستثمر في ميدان العمل.			×		



	×		18. أتحدى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.
	×		19. ألتجأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.
	×		20. أجتهد في توضيح المشكل.
×			21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
×			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.
×			23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
×			24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل.
×			25. أطلب أيام عطلة من عطتي السنوية.
	×		26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
	×		27. أحاول استخلاص العبر مما حدث.
		×	28. أتناول أدوية مهدئة.
		×	29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.
×			30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل.
	×		31. ألتجأ إلى البكاء.
		×	32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
	×		33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
×			34. ألتجأ إلى قراءة القرآن.
		×	35. ألتجأ للنوم أو القيلولة.
	×		36. أطلب عطلة مرضية.
×			37. أستغل الفرصة وأتطور شخصيا نتيجة هذه الخبرة.
	×		38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.
	×		39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
×			40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلتي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
	×		41. ألتجأ إلى المسؤولين لحل المشكل.
	×		42. أفوض أمري لله.

	×		43. أتاخر عن العمل أو أتغيب.
		×	44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
×			45. أعبّر لفظيا عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
	×		46. أطلب المساعدة من زملائي.

يمكن توضيح نتائج المقياس من خلال حساب قيم بنوده التسعة كما يلي:

### 1. البند الأول: البحث عن الدعم الذاتي (04 أسئلة)

$$(0,1), (0,12), (0,22), (100,32)$$

$$\%25 = 4 \div (100+0+0+0)$$

### 2. البند الثاني: البحث عن الدعم الاجتماعي (06 أسئلة)

$$(0,2), (0,13), (4,50), (0,23), (33,50), (50,46)$$

$$\%25 = 6 \div (50+50+0+50+0+0)$$

### 3. البند الثالث: البحث عن الدعم الروحي (04 أسئلة)

$$(50,3), (50,14), (50,14), (34,0), (50,42)$$

$$\%37.5 = 4 \div (50+0+50+50)$$

### 4. البند الرابع: وضع انقطاعات (06 أسئلة)

$$(5,50), (50,16), (50,35), (100,35), (24,0), (0,25), (0,43,50)$$

$$\%41.67 = 6 \div (0+0+100+50+50)$$

### 5. البند الخامس: تجنب المشكل (07 أسئلة)

$$(6,100), (100,10), (15,0), (17,0), (26,50), (36,50), (44,100)$$

$$\%57.14 = 7 \div (100+50+50+0+0+100+100)$$

### 6. البند السادس: التقدير الإيجابي: (04 أسئلة)

$$(7,50), (18,50), (27,50), (37,0)$$

$$\%37.5 = 4 \div (0+50+50+50)$$

### 7. البند السابع: البحث عن الحلول (04 أسئلة)

$$(39,50), (41,50), (20,50), (19,50)$$

$$\%50 = 4 \div (50+50+50+50)$$

### 8. البند الثامن: التخطيط (06 أسئلة)

$$(7,50), (9,50), (30,0), (38,50), (20,50), (29,100)$$

$$\%50 = 6 \div (50+100+50+50+0+50)$$

## 9. البند التاسع: استراتيجيات مهدئة وملطفة (08 أسئلة)

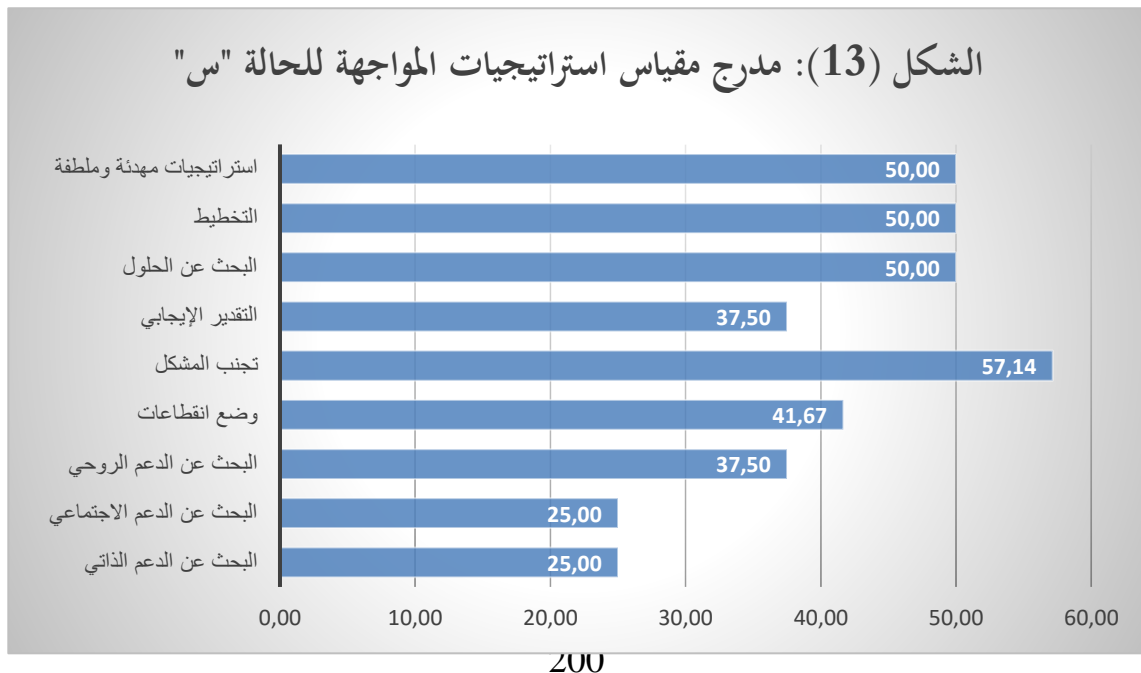
(100، 8)، (0، 45)، (100، 28)، (0، 40)، (100، 32)، (50، 11)، (50، 31)، (0، 21)  
 $\% 50 = 8 \div (100+0+100+0+100+50+50+0)$

ويبين الجدول (70) والشكل (13) المواليين النسب المتحصل عليها لبنود مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (س).

الجدول رقم (70): المحاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (س)

الاستجابات	البنود/ المحاور الأساسية
%25	البحث عن الدعم الذاتي
%25	البحث عن الدعم الاجتماعي
%37.5	البحث عن الدعم الروحي
%41.67	وضع انقطاعات
%57.14	تجنب المشكل
% 37.5	التقدير الإيجابي
% 50	البحث عن الحلول
% 50	التخطيط
%50	استراتيجيات مهدئة وملطفة

الشكل (13): مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "س"



### 3. تعليق على الجدول رقم (70) والشكل (13):

إن تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (س) ساعد على تشخيص أهم الاستراتيجيات التي لجأت إليها الحالة (س) لمواجهة الضغط المهني، حيث تبين محاوره أن مستوى لجوء الحالة إلى مختلف الاستراتيجيات لا يتعدى الـ 60 %، وهي نسبة لجوء متوسطة لمختلف استراتيجيات المواجهة. ونجد أهم استراتيجية يلجأ إليها المبحوث هي استراتيجية تجنب المشكل بنسبة قدرت بـ 57.14% وقد احتلت الترتيب الأول، ثم تلتها في الترتيب الثاني استراتيجية التخطيط والبحث عن الحلول واستراتيجيات مهدئة وملطفة بنسب متساوية قدرت بـ 50 % لكل منهما. بينما يلجأ إلى استعمال وضع انقطاعات بنسبة 41.67 %، ثم إلى استعمال استراتيجيتي التقدير الإيجابي والبحث عن الدعم الروحي اللتين احتلنا الترتيب الرابع بنسب متساوية قدرت بـ 37.50 % لكل منهما. وكان اللجوء لاستراتيجية البحث عن الدعم الذاتي والبحث عن الدعم الاجتماعي بنسبة 25% وهي نسبة ضعيفة جدا تعبر عن ندرة لجوء الحالة (س) إليهما.

### 4. مناقشة محتوى المقابلات العيادية للحالة الأولى (س):

انطلاقاً من نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة ونتائج المقياسين المطبقين (مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة) على الحالة الأولى (س) تمكّننا من التعرف على الظروف المهنية التي يعيشها، والكشف عن مصادر الضغوط والاستراتيجيات المتبناة لمواجهةها، وتمّ التوصل إلى ما يلي:

لقد أبرز (س)، وهو ممرض رئيسي ومراقب طبي عامل بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة EHS، مستوى ضغط مهني شديد الارتفاع الذي يعكس معاناته، التي تبدأ من حيث صعوبة في الالتحاق بمكان عمله إذ يشعر بغصة (Une boule) في حلقه بمجرد الخروج من المنزل نتيجة ما ينتظره في ميدان عمله من ظروف مهنية غير لائقة، ويستشف ذلك من خلال العبارات التي تعبر عن اشمئزازه من "وسخ المكان الذي يعمل فيه"، وعدم "شعوره بالراحة في المصلحة التي يعمل فيها"، و"شعوره بالقلق عندما لا يجد وسائل العمل للقيام بمهامه"، و"شعوره بتعب أكثر عندما لا يجد مكاناً يرتاح فيه". ويعتبر استمرار عمله في مثل هذه الظروف المهنية سبباً للارتباك لما تصادفه حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافاً مستعجلاً. وكون مهامه غير محدّدة فهو لا يعرف أين تبدأ مسؤوليته وأين تنتهي، لذلك يشعر بالتيه خاصة عندما لا يجد التعليمات اللازمة للقيام بعمله، إلا أنه غير متأثر بالعمل الليلي التناوبي. وتبين

النتيجة المتحصل عليها فيما يخص المسار المهني أن الحالة "س"، بالرغم من استفادته من دورات تكوينية وتدريبية جعلته يرتقي في السلم الإداري ويحسن مكانته الوظيفية، إلا أنه لم يستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعله يطور مهاراته المهنية، ويحسن من معارفه، خاصة وأنه يعمل في مصلحة سيكياترية تتعامل مع شريحة من الأفراد ذوي اضطرابات عقلية خاصة، مبرزا تضايقه من عدم استفادته من التربصات المتخصصة لحد الآن، كما أنه متحصر من عدم حصوله إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمله (25 سنة) بمهنة التمريض، خاصة عند المقارنة بالمهن الأخرى. وقد بينت النتائج أن الأعباء المهنية قد أضعفتها وهي أكبر مصدر ضاغط للحالة "س" حيث تصل الاستشارات اليومية إلى خمسين (50) حالة، وقد تعرض في العديد من المرات إلى الضرب والتهديد من طرف المرضى، خاصة المدمنين منهم، إلا أنه متأثر جدا لمعاناتهم وسماع شكواويهم، فنؤله رؤيتهم في هكذا وضع ولا يستطيع فعل أي شيء، إلا أنه متدمر من الصدمات التي تحدث مع أهالي المرضى.

هذا ويلجأ (س) لمواجهة مصادر الضغط المهني اليومي لتحقيق التوازن إلى استعمال استراتيجيات مختلفة، تتأرجح بين الاستراتيجيات المتمركزة على التجنب، كاستعمال استراتيجية تجنب المشكل بشكل أكبر وذلك بالانزواء في ركن من مكان العمل، والتزام الصمت وعدم التحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين، واللجوء إلى إنجاز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر مما يوقعه في تحمل أعباء مهنية أكثر، الأمر الذي يجعله يلجأ إلى طلب عطل مرضية، وغالبا ما يفكر في تغيير المصلحة أحيانا، وفي التقاعد المسبق أحيانا أخرى، بينما يكون اللجوء إلى استعمال استراتيجية وضع انقطاعات بالعمل دوما على فصل حياته المهنية عن حياته العائلية ويتوجه إلى نشاطات أخرى كالأنترنت.

بالإضافة إلى ذلك يلجأ (س) إلى استعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة، كالتدخين، وشرب المشروبات الروحية، التي أصبحت تعيقه في أداء عمله لما تسببه من آثار جانبية غير مرغوبة وإزعاجات في مهنته.

كما يحتم عليه منصبه المهني كمراقب طبي على اللجوء إلى استعمال استراتيجيات فعالة تتمثل في البحث عن الحلول، وذلك ببذل كل جهوده في توضيح المشكل والعمل على حله، كما يلجأ إلى التنسيق مع زملائه في العمل، وأحيانا يلجأ إلى المسؤولين لحل المشكل، إضافة إلى استعماله في بعض الأحيان استراتيجية التخطيط، حيث يقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية، ولا يتسرع في اتخاذ القرار، بأخذ احتياطاته بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة، وينظم عمله، وعند مصادفته للمشاكل اليومية يجتهد في توضيحها.

والجدير بالتنويه أن استعمال الحالة (س) لاستراتيجيات البحث عن الدعم بكل أشكالها الثلاثة الذاتي والاجتماعي والروحي ضعيف، مما يضعف تحمله للضغط.

## 5. نتيجة المقابلات العيادية

إن المقابلات التي تم إجراؤها مع الحالة (س)، وكذا تطبيق مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة، سمح لنا بالتوصل إلى أن (س) يعيش معاناة يومية في ميدان عمله أثرت على حياته بصفة عامة، حيث أصبح منعزلاً عن المجتمع، يتصارع مع الظروف المهنية السيئة، والأعباء اليومية لقلة المستخدمين، ناهيك عن تدهور العلاقات الاجتماعية في العمل التي زادت من حدة الضغط كعلاقاته بزملائه في العمل، وعلاقاته بالمرضى التي تتأرجح بين العراك لتقديم العلاج كون الشريحة التي تتراد المصلحة من المدمنين والمرضى العقلين، وبين محاولة التنسيق مع زملاءه، فللعلاقات الشخصية بين الفرد وزملائه في العمل دورا هاما في الحياة العملية، فهذه العلاقات إذا أحسن استغلالها ينتج عنها إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية، كالتقدير والاحترام والصدقة وغيرها، أمّا إذا أسيء استغلال هذه العلاقات فإنها بلا شك ستسبب العداة والكراهية، إلى الحد الذي يؤدي إلى انعزال الفرد أو ما يشبه حالات الاغتراب.

لجأت الحالة (س) إلى استعمال عدة استراتيجيات أهمها استراتيجية التجنب، التي تعتبر غير فعالة في حالة استمرار الموقف الضاغط (كالنوم والصمت والانعزال عن الناس) فهي بمثابة فرار من الضغوطات اليومية. بالإضافة إلى تبنيه استراتيجية البحث عن الحلول كون منصبه يحتم عليه ذلك، وبين الأولى والثانية نجده يلجأ إلى التفريغ الانفعالي، باللجوء إلى التدخين وشرب المشروبات الروحية للتخفيف والتلطيف، وهذا ما يعبر عن إخفاق تنظيمه الوجداني في التعامل بفعالية مع الضغط، خاصة مع افتقاره لبعض الاستراتيجيات الداعمة، كالعدم الاجتماعي والذاتي، لأنه حسب "موس" يعد عدم اللجوء إليها هي بمثابة مؤشر على حالة من الاكتئاب. ويمكن اعتبار الوضعية التي يعيشها (س) هي حالة احتراق مهني كما تشير إليه ماسلاش Maslash، على أن الاحتراق النفسي الناجم عن العمل يصيب المهنيين الذين يواجهون معوقات تحول دون قيامهم بمهامهم المهنية كاملة، فتسبب لهم الإحساس بالقصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوى المطلوب، والشعور بعدم الرضى، وبالعلاقة الجافة التي تربطهم بالعاملين معهم وتبديني مستوى الدافعية (الطريبي، 1984: 89).

## تقديم الحالة الثانية

### الحالة (أ)

المستشفى الجامعي بني مسوس

CHU

ضغط مهني مرتفع 64.46%

تبلغ الحالة (أ) من العمر 30 سنة، متزوجة منذ فترة قصيرة (سنة ونصف)، طبيبة مقيمة بمصلحة فيزيولوجيا الأمراض الصدرية، خبرتها المهنية لا تتعدى الأربع سنوات لكنها تعاني من مستوى ضغط مرتفع قدر بـ 64.46%.

ترتبط (أ) علاقات طيبة مع أفراد عائلتها وعائلة زوجها، إلا أنها تقيم في مسكن فردي (كراء) مع زوجها الذي يقدر ظروف عملها المجهد ويساعدها في الأشغال المنزلية، لا يشعرها بضغوط الالتزامات الأسرية كزوجة حديثة العهد بالمسؤولية الأسرية، مستواها الاقتصادي جيد، كما أن حياتها الصحية والزوجية جيدة.

ترى (أ) أن الحياة المهنية هي منبع ضغطها اليومي رغم أنها على حد قولها أحبت مهنة الطب منذ نعومة أظافرها، لكنها لم تكن تتصور أن يكون ميدان الطب كما هو عليه في الواقع المعاش، فهي غير مرتاحة في عملها سواء مع زملاء العمل أو مع المرضى، فتقول أنها غالبا ما تتعرض للعدوانية اللفظية من طرف المرضى خاصة أثناء المناوبة الليلية، وغالبا ما تواجه الوضع بالبكاء لكونها تشعر بمفارقة بين حبها لمهنتها وعدم اعتراف المرضى بمجهوداتها، والمشكل أنها تجد نفسها في معظم الأحيان مجبرة على تقديم العناية والعلاج لهم رغم أنفها، لأن مهامها وأخلاقيات مهنة الطب تحتم عليها ذلك، هذا من جهة، ومن جهة أخرى تواجه صراعات مع زملائها في العمل لعدم التزام البعض منهم بنظام تقسيم معاينة المرضى، حيث تضطر للتأخر في معظم الأحيان عن ساعة الخروج، إذ تجد نفسها مع عدد كبير من الحالات للمعاينة، بعدها تشعر بتعب وعبء المهام التي تحتم عليها معاينة عدد كبير من المرضى، مما يضطرها إلى إنجاز عمل كثيف كميًا وعتديًا وناقص كفيًا، وغالبا ما تلجأ إلى البكاء كما تكون في معظم الأحيان أكثر عدوانية لفظيا مع زوجها. وتضيف قائلة أنها أصبحت اليوم عندما تم بالقدوم إلى العمل عليها أن تتجهز بحقيبة من الصبر والجهد.

نستنتج من خلال نتائج المقابلة للحالة (أ) أن كل المعطيات الشخصية تدل على ارتفاع للضغط الذي يمكن تحديده من خلال درجة الضغط ومصادره ومختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة.

✓ **درجة الضغط:** تحصلت في الاستبيان الخاص بمصادر الضغط على نسبة 64.46% وهي درجة ضغط مهنية مرتفعة جدا.

### ✓ مصادر الضغط

- العلاقة مع زملاء العمل.
- العلاقة مع المرضى وذويهم: (آلام المرضى وفقدانهم، العدوانية اللفظية من أهالي المرضى).
- طبيعة العمل: (المنوبة الليلية، عبء المهام).

### ✓ استراتيجيات المواجهة

- استراتيجيات ملطفة ومهدئة: (البكاء، العدوانية اللفظية مع الزوج).
- استراتيجية تجنب المشكل: (الصبر).
- استراتيجية البحث عن الحلول للمشكل: (بذل الجهد).

وفيما يلي يمكن أن نحدد استجابات المبحوثة من خلال مقياس مصادر الضغط المهني على

النحو التالي:

لا أوافق نهائيا	لا أوافق	أوافق	أوافق بشدة	أوافق بشدة أكثر	البند
				×	1. أشمئز من وسخ المكان الذي أعمل فيه.
		×			2. أشعر بالتيه عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بعملتي.
				×	3. أتضايق لعدم وجود احترام متبادل بيني وبين زملائي في العمل.
×					4. أشعر بالحسرة لغياب فرص الترقية في مهنتي مقارنة بالمهنة الأخرى.
		×			5. لا أبالي بمعاناة المرضى فقد تعودت على رؤية ذلك.
				×	6. أنا غير راض (به) على عدم تعاون زملائي معي.
				×	7. أشعر بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى.
				×	8. لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.
				×	9. أرتبك عندما تصادفني حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافا مستعجلا.



				×	10. أتضايق عندما تصادف مناويتي الليلية مناسبات احتفالية.
×					11. أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنتي.
×					12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.
				×	13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردتي.
				×	14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
				×	15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
×					16. مهام عملي غير محدّدة.
		×			17. أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
	×				18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكائتي الوظيفية.
				×	19. أشعر بعدم الرضى لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
				×	20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
	×				21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.
				×	22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
	×				23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
			×		24. تنهكني المضايقات الإدارية.
				×	25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
				×	26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
		×			27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.
				×	28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
		×			29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة إلى العمل في الليل.
		×			30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.

بعدها تمت الإجابة على بنود مقياس مصادر الضغط من طرف المبحوثة، التي تظهر للوهلة الأولى أن مجمل الخانات المعلم عليها هي تلك التي تشير إلى الموافقة بشدة والموافقة بشدة أكثر، وسنعمد إلى حساب درجات كل بند على حده حسب محاور المقياس الستة.

## 1. المحاور:

### 1.1- المحور الأساسي الأول: مصادر متعلقة بطبيعة العمل (08 أسئلة)

#### • ظروف العمل

$$(1,100)، (8,100)، (15,100)، (22,25)$$

$$\% 81.25 = 4 \div (25+100+100+100)$$

#### • عبء العمل

$$(6,100)، (14,100)، (13,100)، (19,100)$$

$$\% 100 = 4 \div (100+100+100+100)$$

### 2.1- المحور الأساسي الثاني: مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل (12 سؤالاً)

#### • غموض الدور:

$$(2,100)، (9,100)، (16,100)، (23,25)$$

$$\% 81.25 = 4 \div (25+100+100+100)$$

#### • المناوبة الليلية:

$$(25,50)، (10,100)، (17,25)$$

$$\% 58.33 = 3 \div (25+100+50)$$

#### • المسار الوظيفي:

$$(4,0)، (0,11)، (12,0)، (28,100)، (18,25)$$

$$\% 25 = 5 \div (25+100+0+0+0)$$

### 3.1- المحور الأساسي الثالث: مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل (11 سؤالاً).

#### • العلاقة مع الزملاء:

$$(3,100)، (50,20)، (50,26)، (19,100)$$

$$\% 75 = 4 \div (100+50+50+100)$$

#### • العلاقة مع الإدارة:

$$(50,30)، (100,24)، (75,25)$$

$$\% 75 = 3 \div (50+75+100)$$

#### • العلاقة مع المرضى وأسرتهم

$$(50,5)، (25,21)، (7,100)، (27,50)$$

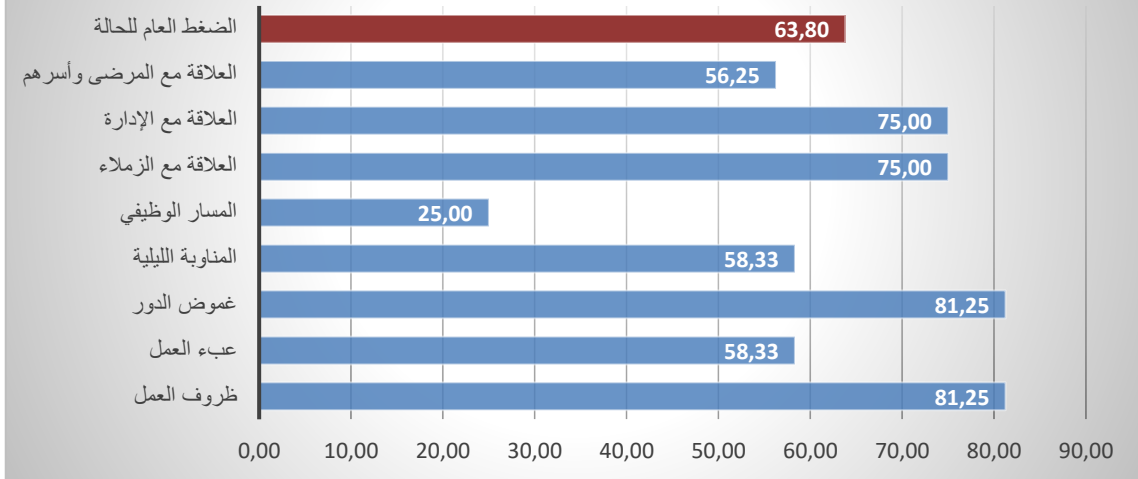
$$\% 56.25 = 4 \div (50+100+25+50)$$

وفيما يلي ندرج جدولاً يبين نسب استجابات المبحوثين (أ) لمختلف المحاور الأساسية لمقياس مصادر الضغط المهني.

جدول (71): يبين المحاور الأساسية لمقياس مصادر الضغط المهني للحالة (أ):

الاستجابات		البنود	المحاور الأساسية
%63.80	%69.76	% 81.25	مصادر متعلقة بطبيعة العمل
		% 58.33	العمل
	%54.86	% 81.25	مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل
		% 58.33	المنافسة الليلية
		% 25	المسار الوظيفي
	% 68.75	%75	مصادر متعلقة بالعلاقة مع الزملاء
		%75	بالعلاقات الاجتماعية في العمل
		% 56.25	العلاقة مع المرضى وأسرتهم

الشكل (14): مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "أ"



## تعليق على الجدول (71) والشكل (14)

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول (69) والشكل (14) للحالة الثانية (أ) العاملة بالمستشفى الجامعي بني مسوس (CHU) بروز مستوى ضغط مهني مرتفع قدر بـ 64.46%، كما أوضحت النتائج أن المصادر المتعلقة بطبيعة العمل قد احتلت الترتيب الأول بنسبة قدرت بـ 69.76%، ثم تلتها في الترتيب الثاني المصادر المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل التي قدرت نسبتها بـ 68.75%، واحتلت الترتيب الأخير المصادر المتعلقة بدور الفرد في العمل بنسبة 68.75%.

وعند التدقيق في النتائج الواردة في الجدول (69) والشكل (14) يتبين أن أهم مصدر ضاغط للحالة (أ) يتعلق بغموض الدور وظروف العمل حيث قدرت نسبتها بـ 81.25%. بينما كان تأثير المسار الوظيفي ضعيفا حيث قدرت نسبة هذا البند بـ 25% فقط، ويرجع ذلك إلى عهدها الحديث بالمهنة (أقل من 5 سنوات). وقد احتلت العلاقة مع الإدارة و العلاقة مع الزملاء الترتيب الثاني من حيث التأثير إذ قدرت نسبة تأثيرهما بـ 75%، وتلاها في الترتيب الثالث عبء العمل والمناوبة الليلية بنسب متساوية قدرت بـ 58.33%، بينما سجل تأثير العلاقة مع المرضى نسبة متوسطة قدرت بـ 56.25%.

وفيما يلي نستعرض استجابات المبحوثة وفق مقياس استراتيجيات المواجهة

البنود			لا استخدمه	أستخدمه أحيانا	أستخدمه دائما
1.	أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.		×		
2.	أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.		×		
3.	أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.		×		
4.	أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم.		×		
5.	أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.		×		
6.	أنزوى في ركن من مكان العمل.				×
7.	لا أتسرع في اتخاذ القرار.		×		
8.	ألجأ إلى التدخين لأقلل من توتري.		×		
9.	أنظّم عملي.				×
10.	أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.				×
11.	أضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.		×		
12.	أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.		×		

	×		13. أنفُسُ عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.
		×	14. أضع ثقتي في الله.
×			15. أغادر مكان العمل.
×			16. أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.
×			17. لا أستثمر في ميدان العمل.
×			18. أتحدى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.
×			19. ألبأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.
	×		20. أجتهد في توضيح المشكل.
×			21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
×			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.
×			23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
	×		24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل.
	×		25. أطلب أيام عطلة من عطلي السنوية.
		×	26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
	×		27. أحاول استخلاص العبر مما حدث.
×			28. أتناول أدوية مهدئة.
×			29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.
×			30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل.
		×	31. ألبأ إلى البكاء.
	×		32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
×			33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
	×		34. ألبأ إلى قراءة القرآن.
		×	35. ألبأ للنوم أو القيلولة.
	×		36. أطلب عطلة مرضية.
×			37. أستغل الفرصة وأتطور شخصيا نتيجة هذه الخبرة.
	×		38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.

	×		39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
	×		40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلتي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
×			41. ألبأ إلى المسؤولين لحل المشكل.
×			42. أفوض أمري لله.
	×		43. أتأخر عن العمل أو أتغيب.
×			44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
		×	45. أعبّر لفظياً عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
	×		46. أطلب المساعدة من زملائي.

يمكن توضيح نتائج الجدول من خلال حساب قيم بنوده التسعة كما يلي:

### 1. البند الأول: البحث عن الدعم الذاتي (04 أسئلة)

$$(1,50)، (0,12)، (0,22)، (50,32)$$

$$\%25 = 4 \div (50+0+0+50)$$

### 2. البند الثاني: البحث عن الدعم الاجتماعي (06 أسئلة)

$$(50,2)، (50,13)، (0,4)، (0,23)، (33,0)، (50,46)$$

$$\%50 = 6 \div (50+0+0+0+50+50)$$

### 3. البند الثالث: البحث عن الدعم الروحي (04 أسئلة)

$$(0,3)، (0,14)، (100,14)، (34,50)، (0,42)$$

$$\%37.5 = 4 \div (0+50+100+0)$$

### 4. البند الرابع: وضع انقطاعات (06 أسئلة)

$$(5,50)، (0,16)، (100,35)، (24,50)، (50,25)، (43,50)$$

$$\%50 = 6 \div (50+50+50+100+0+50)$$

### 5. البند الخامس: تجنب المشكل (07 أسئلة)

$$(100,6)، (100,10)، (15,0)، (17,0)، (26,100)، (36,50)، (44,0)$$

$$\%50 = 7 \div (0+50+100+0+0+100+100)$$

### 6. البند السادس: التقدير الإيجابي: (04 أسئلة)

$$(0,37)، (50,27)، (0,18)، (7,0)$$

$$\%12.5 = 4 \div (0+50+0+0)$$

**7. البند السابع: البحث عن الحلول (04 أسئلة)**

(0،19)، (50،20)، (0،41)، (50،39)  
 $\% 25 = 4 \div (0+50+0+50)$

**8. البند الثامن: التخطيط (06 أسئلة)**

(0،7)، (0،29)، (50،20)، (50،38)، (0،30)، (9،100)  
 $\% 33.33 = 6 \div (0+0+50+50+0+100)$

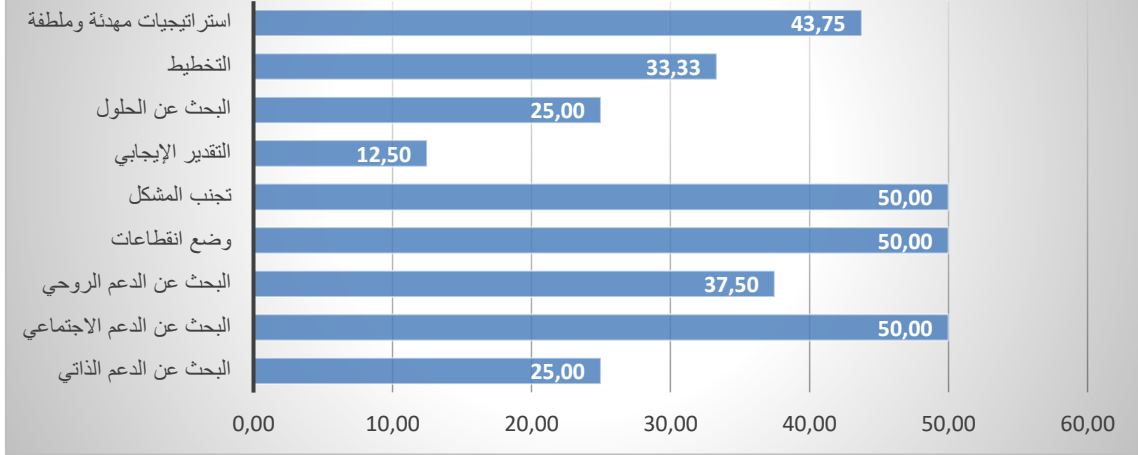
**9. البند التاسع: استراتيجيات مهدئة وملطفة (08 أسئلة)**

(0،8)، (100،45)، (0،28)، (50،40)، (50،32)، (50،11)، (100،31)، (0،21)  
 $\% 43.75 = 8 \div (0+100+0+50+50+50+100+0)$

الجدول رقم (72): يبين بنود مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (أ)

الاستجابات	البنود
%25	البحث عن الدعم الذاتي
%50	البحث عن الدعم الاجتماعي
%37.5	البحث عن الدعم الروحي
%50	وضع انقطاعات
%50	تجنب المشكل
%12.5	التقدير الإيجابي
% 25	البحث عن الحلول
% 33.33	التخطيط
% 43.75	استراتيجيات مهدئة وملطفة

### الشكل (15): مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "أ"



### تعليق على الجدول (72) والشكل (15)

من خلال ما بينته نتائج الجدول (70) والشكل (15) ظهر أن معدل استعمال استراتيجيات المواجهة لا يتعدى الـ 50%، إلا أن أهم الاستراتيجيات التي تلجأ إليها الحالة (أ) لمواجهة الضغط المهني اليومي، تحددت بالاستراتيجيات التالية، وبنسب متساوية قدرت بـ 50%، وهي تجنب المشكل، وضع انقطاعات، والبحث عن الدعم الاجتماعي، ثم تلاها إلى اللجوء لاستراتيجيات مهدئة وملطفة بنسبة 43.75%، ثم استراتيجية البحث عن الدعم الروحي بنسبة 37.5%، وتلتها استراتيجية التخطيط بنسبة قدرت بـ 33.33%، وتلتها استراتيجيتا البحث عن الدعم الذاتي والبحث عن الحلول بنسبة متساوية قدرت بـ 25%، وهي نسبة ضعيفة جداً، ويمثل التقدير الإيجابي آخر استراتيجية تلجأ إليها المبحوثة التي قدرت نسبتها بـ 12.5%.

### 4. مناقشة محتوى المقابلات العيادية للحالة الثانية (أ):

بينت نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة والمقياسان المطبقان (مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة) للحالة الثانية (أ) ما يلي:

لقد أبرزت الحالة الثانية (أ) وهي طبيبة حديثة العهد بالاختصاص في مصلحة الأمراض الصدرية بالمستشفى الجامعي بني مسوس CHU (أقل من خمس سنوات خبرة مهنية)، مستوى ضغط مهني مرتفع جداً يعكس معاناتها المهنية اليومية، فعبارة "أجهز بحقيبة من الصبر والجهد عند القدوم إلى العمل" تعكس ضغطها اليومي رغم حبها لمهنتها إلا أنها تجد الظروف المهنية غير لائقة، كقلة نظافة المكان



الذي تعمل فيه، مما يجعلها لا تشعر بالراحة في المصلحة التي تعمل فيها، خاصة مع غياب وسائل العمل اللازمة للقيام بمهامها في الاختصاص الطبي الذي يتطلب وسائل خاصة، مما يؤدي بها إلى الشعور بالتعب وعبء المهام أكثر خاصة لما تجدها مع عدد كبير من الحالات للمعاينة. ولما تتحتم عليها معاينة عدد كبير من المرضى فإن ذلك يدفعها إلى إنجاز عمل كثيف كمي وناقص كفيًا، إضافة إلى غياب مكان ترتاح فيه، لذا فاستمرار العمل في هكذا ظروف يعرضها للارتباك لما تصادفها حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافًا مستعجلًا.

كما يتجلى غموض الدور الكبير في المهام غير المحددة، رغم أنها تعلم جيدًا متى تبدأ مسؤوليتها وأين تنتهي، إلا أنها ترتبك عندما تصادفها حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافًا مستعجلًا، حيث توضح النتيجة المتقاربة المتحصل عليها لكل من المناوبة الليلية والعلاقة مع المرضى وأسره، أن المبحوثة يكمن ضغطها في تضايقها من تعرضها للعدوانية اللفظية من طرف المرضى خاصة أثناء المناوبة الليلية، كما يتجلى ضغط العلاقة مع المرضى من خلال وجودها في معظم الأحيان مجبرة على تقديم العناية والعلاج لهم إذعانًا، لأن مهامها تحتم عليها ذلك، بينما يشير البند السابع إلى الشعور الكبير بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى.

في حين يتمثل ضغط العلاقة مع الزملاء في تدهور العلاقات معهم نتيجة عدم الرضى على انعدام العمل الجماعي وانعدام الاحترام بينهم، إضافة إلى قلة تقدير الزملاء لمجهوداتها. بينما يعود ضغط العلاقة مع الإدارة في بعض المضايقات الإدارية والشعور، بالألم لعدم تقديرها لمجهوداتها المبذولة في المصلحة. كما أن الحالة غير متأثرة بتأثير المسار الوظيفي لعهدتها الحديث بالمهنة (أقل من 5 سنوات). ولغرض إحداث التوازن والتخفيف من المعاناة المهنية اليومية تلجأ الحالة (أ) إلى استعمال استراتيجيات مختلفة بصورة غير دائمة، حيث أن أكبر لجوء كان لكل من استراتيجية التجنب ووضع انقطاعات وهما استراتيجيتان غير فعاليتين، ويستشف استعمال الأولى من خلال الانزواء في ركن من مكان العمل والتزام الصمت بعدم تحديثها عن المشاكل المهنية مع الآخرين، واللجوء إلى إنجاز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر. بينما العبارات التي تبين لجوء المبحوثة لاستراتيجية وضع انقطاعات تتمثل في الحصول أحيانًا على فترة استراحة للاسترخاء، أو الخروج من العمل قبل الوقت أو التغيب أو التأخر عن العمل أو طلب أيام من عطلتها السنوية.

بالإضافة إلى الاستراتيجيتين الأوليين، تسعى المبحوثة إلى التخفيف من ضغطها باستعمال استراتيجية الدعم الاجتماعي حيث تتقاسم مشاكلها مع بعض زملائها الذين تتواصل معهم، أو تنفس عن مشاكلها المهنية مع أفراد عائلتها.

مع هذا غالبا ما تلجأ لاستعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة، كالبكاء والعدوانية اللفظية مع الزوج، أما باقي الاستراتيجيات الأخرى فهي ضعيفة اللجوء إليها لكونها تقل عن 33.33%.

### نتيجة المقابلات العيادية

تعتبر الحالة (أ) ضحية معاناة يومية من الضغط المهني بمؤسستها، وهي في بداية مسارها المهني، الذي يعتبر كسرا لمعنوياتها وتحطيمًا لطموحاتها ورغباتها، وهذا لكونها تعيش واقعا مهنيا يخالف تماما الصورة التي رسمتها في ذهنها قبل البدء في ممارسة عملها، فكانت صورة مثالية عن هذه المهنة، لكن سرعان ما تلاشت الصورة بمجرد ملامستها للحقيقة الميدانية، فطريقة العمل والتعامل داخل المستشفى تختلف اختلافا عما تصوره أثناء توجهها لهذه المهنة (الطب).

ومن جهة أخرى، نرى أن عدم القدرة على تحقق طموحاتها بالاستثمار في مهنتها التي أحببتها منذ نعومة أظافرها، وكذا الشعور بالإحباط الذي يعتبر "حالة انفعالية يشعر بها الفرد عندما يواجه عائقا أو عقبة تحول بينه وبين إشباع دوافعه أو تحقيق أهداف معينة يرغب في تحقيقها، خاصة في حالة شعوره بالعجز عن القيام بأي عمل للتغلب على العائق، (...). وقد يعود الإحباط إلى ظروف ترتبط بالبيئة التي يعيش فيها الفرد". (حسين طه و حسين سلامة، 2006: 30)، فهو بمثابة منبع ضاغط قوي لها أدى بها إلى تبني طريقة غير فعالة وسلبية لمواجهته.

لذا نجد الحالة (أ) أمام هذه الإحباطات في مجال عملها، خاصة أمام تعذر حصولها على السند من الزملاء، مما أدى بها مباشرة إلى اللجوء لاستعمال استراتيجية وضع انقطاعات بأخذ عطلة مرضية، أو التغييب بدون عذر، كما لجأت إلى أسلوب مواجهة متمركز على تجنب المشكل، الذي تجسد من خلال الانزواء في ركن من مكان العمل والتزام الصمت بعدم تحدثها عن المشاكل المهنية مع الآخرين. ويدعم ديفيد فونتانا هذا الموقف إذ يرى أن "غياب المساندة الاجتماعية داخل مكان العمل تجعل الفرد يحس بالعزلة التي تسبب له الإحساس بعبء المهام التي يقوم بها". (الأحمدي، 2002: 47).

أما ثاني استراتيجية مواجهة لجأت إليها الحالة (أ) للتخفيف من حدة الضغط المهني فتمثلت في الاستراتيجيات المهدئة والملطفة التي نستشفها من خلال (البكاء في معظم الأحيان، العدوانية اللفظية مع الزوج). وتجدر الإشارة إلى أن لجؤها إلى استراتيجية البحث عن الحلول كان ضعيفا، حيث أخذ الترتيب الأخير.

وتوظيف الحالة (أ) لهذه الاستراتيجيات ينم عن محاولة للهروب من الواقع المهني المرفوض من طرفها، فهو نوع من المقاومة التي تتطلب منها طاقة نفسية، مما نجم عنه ذلك الشعور بالإحباط

والاستسلام. وبالتالي يعتبر شعورها بالعجز على التأثير فيما تتعرض له من ظروف ضاغطة، ولم تستطع السيطرة عليه قد أدى بها إلى الشعور بالكآبة، وبالتالي كان اللجوء إلى الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال (التجنب والمهدئة اللطيفة) بمثابة أسلوب مواجهة غير فعال ولا يساعدها على اتخاذ القرار وحل المشكلات التي تتعرض لها، بل قد يؤدي بها إلى اضطرابات نفسية مستقبلا لأنه غالبا ما "يميل بعض الأفراد إلى استخدام استراتيجيات مواجهة غير فعالة للضغوط، ومثل هذه الاستراتيجيات قد ترتبط لديهم بظهور أعراض نفسية" (حسين طه وحسين سلامة، 2006: 76).

## تقديم الحالة الثالثة

### الحالة (ر)

المستشفى الجامعي بني مسوس

CHU

ضغط مهني مرتفع جدا 73.64%

يبلغ (ر) من العمر 48 سنة، وهو من مدينة الجزائر، يعمل منذ 25 سنة، متزوج منذ 17 سنة، أب لثلاث بنات، وزوجته مأكثة بالبيت، هو الابن الثالث بين 5 إخوة. يسكن حاليا مع أسرته بعد أن كان مقيما مع العائلة الكبيرة لمدة 4 سنوات، والداه على قيد الحياة، علاقاته طيبة مع أفراد عائلته. تحصل على البكالوريا ولم تسمح له الفرصة لدراسة الطب حيث درس في مجال شبه طبي وتحصل على شهادة الـ IEP في السن الثاني والعشرين (22). مستواه الاقتصادي متوسط.

يتمتع (ر) بحالة صحية جيدة، رغم أنه يتعاطى الكحول والحشيش لكن بصورة معتدلة (بالنسبة له ليس إدمانا) وإنما فقط يريد التخفيف من الضغط والتوتر.

أحبّ (ر) مهنته فهي في نظره عمل إنساني نبيل، وقد عمل أولا بمصلحة طب الأطفال (المواليد الجدد) (Néonatalogie) مدة سنتين ثم انتقل إلى قسم الأنكولوجيا (Oncologie) الذي مكث فيه لمدة 25 سنة وليزال إلى غاية اليوم، وهو الآن رئيس مصلحة الأنكولوجيا لشبه الطبيين منذ 5 سنوات. يرى (ر) أن من أهم منابع الضغط لديه، الصراع اليومي مع آلام المرضى ومعاناتهم، التي تنتهي في معظم الأحيان بالوفاة، التي تسبب الشعور بالفقد بعد نشوء علاقة ألفة مع هؤلاء الأطفال، وغالبا ما يواجه هذا الفقد بالبكاء أحيانا، وبالتدخين بمعدل علبتين في اليوم أحيانا أخرى، أو شرب المشروبات الروحية للتخفيف.

كما يرى (ر) أن الظروف المهنية المتدنية، ونقص الكفاءات تولد له صراعات واصطدامات مع رفاق العمل، مما يجعله يلجأ إلى الصراخ والسب والتهديد. وتعتبر هذه الطريقة من وجهة نظره ناجعة كونها تجعل رفاق العمل يلتزمون في عملهم. هذا بالإضافة إلى المشاكل مع الإدارة التي تتدخل في عمله خاصة بعد توليه منصب المراقب الطبي.

يقول (ر) أنه استطاع الفصل بين حياته المهنية والحياة العائلية، فحسبه بمجرد نزع المئزر والخروج من المستشفى يترك الهموم المهنية.

يشعر (ر) بالرضى بعد 25 سنة من العمل في ظروف كهذه، لأن مصلحة المريض هي الأهم والتخفيف عنه يجعله أكثر راحة. لكنه يقول أنه أصبح الآن يشعر بحاجة ماسة إلى تقديم طلب للحصول على التقاعد النسبي. فيما يخص الحياة الروحية يقول (ر) بأنه يصوم رمضان لكن لا يصلي إلا في رمضان فقط.

نستنتج من خلال مقابلة (ر) أن كل المعطيات الشخصية تدل على ارتفاع للضغط المهني لديه، والذي يمكن تحديده من خلال درجة الضغط ومصادره ومختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهته.

✓ **درجة الضغط:** تحصل في الاستبيان الخاص بمصادر الضغط على نسبة 73.64 % وهي درجة ضغط مهنية مرتفعة جدا.

#### ✓ مصادر الضغط

- ظروف العمل: نقص في (الأدوية، الكفاءات المهنية).
- العلاقة مع المرضى: (آلام المرضى، الظروف المادية للمرضى).
- العلاقة مع زملاء.
- العلاقة مع الإدارة.

#### ✓ استراتيجيات المواجهة

- استراتيجيات مواجهة متمركزة على الانفعال (الصراخ، البكاء، التدخين، الكحول، الحشيش، السباب، التهديد).

- استراتيجيات مواجهة متمركزة على المشكل: بالتوجه إلى إيجاد حلول للمشاكل.

- استراتيجيات مواجهة متمركزة على التجنب: بالفصل بين الحياة العائلية والحياة المهنية.

وفيما يلي يمكن أن نحدد استجابات المبحوث من خلال مقياس مصادر الضغط المهني

البنود				
أوافق بشدة أكثر	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق	لا أوافق نهائيا
×				
×				
×				
×				

					بالمهن الأخرى.
×					5. لا أبالي بمعاناة المرضى فقد تعودت على رؤية ذلك.
			×		6. أنا غير راض (يه) على عدم تعاون زملائي معي.
			×		7. أشعر بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى
	×				8. لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.
	×				9. أرتبك عندما تصادفني حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافا مستعجلا.
	×				10. أتضايق عندما تصادف مناويتي الليلية مناسبات احتفالية.
			×		11. أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنتي.
			×		12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.
		×			13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردي.
			×		14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
			×		15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
			×		16. مهام عملي غير محدّدة.
	×				17. أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
		×			18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكاتي الوظيفية.
			×		19. أشعر بعدم الرضى لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
			×		20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
			×		21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء
		×			22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
			×		23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
			×		24. تنهكني المضايقات الإدارية.
			×		25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
			×		26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
			×		27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.

	×				28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
	×				29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهها(ة) إلى العمل في الليل.
			×		30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.

وبعدما تمت الإجابة على بنود مقياس مصادر الضغط من طرف المبحوث، التي تظهر للوهلة الأولى أن مجمل الخانات المعلم عليها هي تلك التي تشير إلى الموافقة بشدة أو الموافقة بشدة أكثر، وسنعمد إلى حساب درجات كل بند على حده حسب محاور المقياس الستة.

### 1. المحاور:

#### 1.1- المحور الأساسي الأول: مصادر متعلقة بطبيعة العمل (08 أسئلة)

##### • ظروف العمل

$$(1,100)، (8,25)، (15,100)، (22,50)$$

$$\% 68.75 = 4 / 50+100+25+100$$

##### • عبء العمل

$$(6,100)، (14,100)، (13,50)، (19,75)$$

$$\% 65 = 4 / 100+75+50+100$$

#### 2.1- المحور الأساسي الثاني: مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل (12 سؤالا)

##### • غموض الدور:

$$(2,100)، (9,25)، (16,75)، (23,75)$$

$$\% 68.75 = 4 / 75+75+25+100$$

##### • المنابذة الليلية:

$$(25,25)، (10,25)، (17,25)$$

$$\% 25 = 3 / 25+25+25$$

##### • المسار الوظيفي:

$$(4,100)، (11,100)، (12,100)، (25,28)، (18,50)$$

$$\% 75 = 5 / 50+25+100+100+100$$

### 3.1- المحور الأساسي الثالث: مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل (11 سؤالاً).

- العلاقة مع الزملاء:

$$(100, 100), (3, 100), (100, 20), (75, 26), (100, 19)$$

$$\% 75 = 4/100+75+100+100$$

- العلاقة مع الإدارة:

$$(75, 24), (75, 30), (100, 25)$$

$$\% 83.33 = 3/75+100+75$$

- العلاقة مع المرضى وأسرهم

$$(100, 27), (100, 7), (100, 21), (0, 5)$$

$$\% 75 = 4/100+100+100+0$$

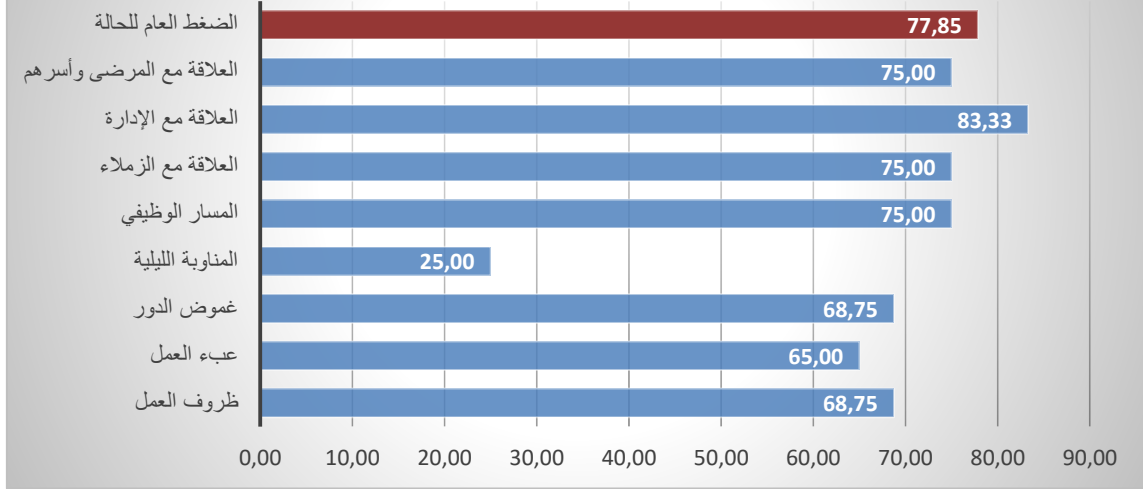
وفيما يلي ندرج جدولاً يبين نسب استجابات المبحوث لمختلف المحاور الأساسية لمقياس مصادر الضغط المهني.

جدول (73): استجابات المبحوث لمحاور لمقياس مصادر الضغط المهني للحالة (ر)

الاستجابات		البنود	المحاور الأساسية
%77.85	%66.87	%68.75	مصادر متعلقة
		% 65	بطبيعة العمل
	%56.25	%68.75	مصادر متعلقة
		% 25	بدور الفرد في العمل
		% 75	بمصادر متعلقة
	%77.78	%75	مصادر متعلقة
		% 83.33	بالعلاقات الاجتماعية
		% 75	في العمل



## الشكل (16): مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "ر"



## 2. تعليق على الجدول (73) والشكل (16):

تبين النتائج من خلال ما يبرزه الجدول (71) والشكل (16) أن الحالة (ر) أبرزت ضغطاً جدياً مرتفعاً قدرت نسبته بـ 77.85% مما ينبئ عن معاناة صارخة للحالة (ر)، ويتضح أن أهم مصدر ضاغط للحالة تمثل في العلاقات الاجتماعية في العمل حيث احتلت الترتيب الأول إذ قدرت نسبتها بـ 77.78%، ثم تلتها المصادر المتعلقة بطبيعة العمل حيث قدرت نسبة التأثير بها بـ 66.87%، وفي الترتيب الأخير جاءت المصادر المتعلقة بدور الفرد في العمل التي قدرت نسبتها بـ 56.25%.

وإذا دققنا في النتائج نلاحظ أن العلاقة مع الإدارة سجلت أكبر نسبة للتأثر بها والتي قدرت بـ 83.33%، ثم تلتها كل من العلاقة مع المرضى وأسرهم، المسار الوظيفي والعلاقة مع الزملاء بنسبة قدرها 75%، ويأتي في الترتيب الثالث كمصادر ضاغطة غموض الدور وظروف العمل بنسبة قدرت بـ 68.75%، بينما شكلت المناوبة الليلية آخر مصدر ضاغط للحالة المستجوبة إذ قدرت نسبتها بـ 25% فقط.

وفيما يلي جدول يحدد استجابات المبحوث وفق مقياس استراتيجيات المواجهة.

البنود			لا استخدمه	أستخدمه أحياناً	أستخدمه دائماً
1.	أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.				×
2.	أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.		×		
3.	أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.		×		

		×	4. أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندةهم.
	×		5. أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.
×			6. أنزوى في ركن من مكان العمل.
×			7. لا أتسرع في اتخاذ القرار.
×			8. ألبأ إلى التدخين لأقلل من توتري.
		×	9. أنظّم عملي.
	×		10. أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.
	×		11. أنضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.
	×		12. أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.
	×		13. أنفسُ عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.
		×	14. أضع ثقتي في الله.
×			15. أأادر مكان العمل.
		×	16. أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.
×			17. لا أستثمر في ميدان العمل.
	×		18. أتألى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.
	×		19. ألبأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.
	×		20. أأهد في توضيح المشكل.
	×		21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
×			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.
×			23. أتألم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
	×		24. أأرج قبل الوقت من مكان العمل.
	×		25. أطلب أيام عطلة من عطفتي السنوية.
×			26. لا أتأدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
		×	27. أأاول استألاص العبر مما أأدث.
	×		28. أتأول أدوية مهدئة.
	×		29. أقوم بترتيب الأولويات وأأنب الأمور الهامشية.
×			30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل.
	×		31. ألبأ إلى البكاء.

		×	32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
	×		33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
	×		34. ألبأ إلى قراءة القرآن.
×			35. ألبأ للنوم أو القيلولة.
	×		36. أطلب عطلة مرضية.
		×	37. أستغل الفرصة وأطور شخصيا نتيجة هذه الخبرة.
	×		38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.
	×		39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
	×		40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
	×		41. ألبأ إلى المسؤولين لحل المشكل.
	×		42. أفوض أمري لله.
×			43. أتاخر عن العمل أو أتغيب.
	×		44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
		×	45. أعبّر لفظيا عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
	×		46. أطلب المساعدة من زملائي.

### 1. البند الأول: البحث عن الدعم الذاتي (04 أسئلة)

$$(100,1), (50,12), (0,22), (100,32)$$

$$62.5\% = 4/100 + 0 + 50 + 100$$

### 2. البند الثاني: البحث عن الدعم الاجتماعي (06 أسئلة)

$$(50,2), (50,13), (100,4), (0,23), (33,50), (50,46)$$

$$50\% = 6/50 + 50 + 0 + 100 + 50 + 50$$

### 3. البند الثالث: البحث عن الدعم الروحي (04 أسئلة)

$$(50,3), (50,14), (100,14), (34,50), (50,42)$$

$$62.5\% = 4/50 + 50 + 100 + 50$$

### 4. البند الرابع: وضع انقطاعات (06 أسئلة)

$$(5,50), (50,16), (100,35), (24,0), (0,25), (0,43,50)$$

$$\%41.67 = 6/50+0+0+100+50+50$$

**5. البند الخامس: تجنب المشكل (07 أسئلة)**

(6، 100)، (10، 100)، (0، 15)، (0، 17)، (50، 26)، (50، 36)، (100، 44)

$$\%66.67 = 7/100+50+50+0+0+100+100$$

**6. البند السادس: التقدير الإيجابي (04 أسئلة)**

(7، 0)، (18، 50)، (27، 0)، (37، 100)

$$\% 37.5 = 4/100+0+50+0$$

**7. البند السابع: البحث عن الحلول (04 أسئلة)**

(39، 50)، (41، 50)، (20، 50)، (19، 50)

$$\%50 = 4/50+50+50+50$$

**8. البند الثامن: التخطيط (06 أسئلة)**

(100، 9)، (30، 0)، (38، 50)، (20، 50)، (29، 50)، (7، 0)

$$\% 50 = 6/0+50+50+50+0+100$$

**9. البند التاسع: استراتيجيات مهدئة وملطفة (08 أسئلة)**

(21، 50)، (31، 50)، (11، 50)، (32، 0)، (40، 50)، (28، 50)، (45، 100)، (8، 0)

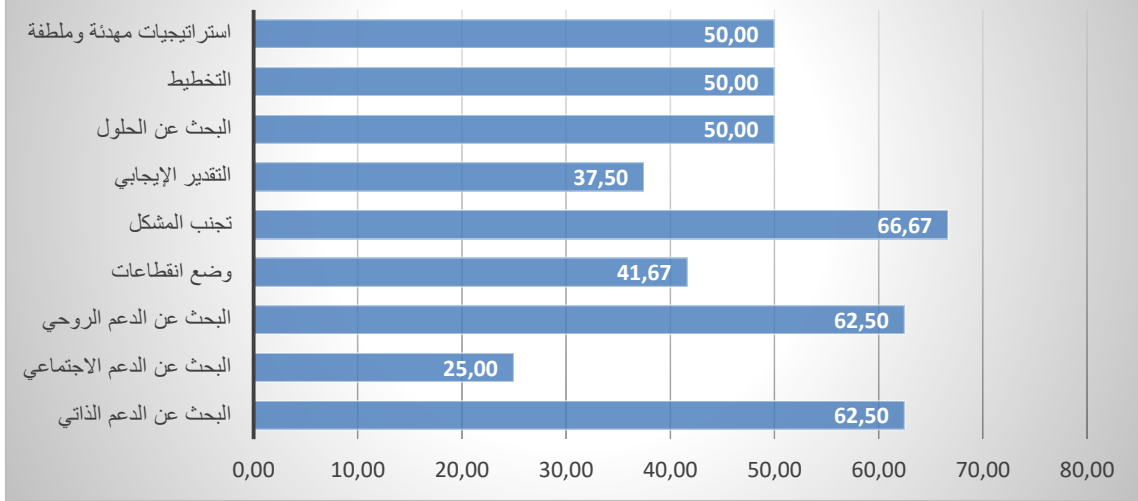
$$\% 50 = 8/0+100+50+50+0+50+50+50$$

والجدول الموالي يبين النسب المتحصل عليها في بنود مقياس استراتيجيات المواجهة الخاصة بالحالة (س).

الجدول رقم (74): المحاور الأساسية لمقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ر)

الاستجابات	البنود/ المحاور الأساسية
% 62.5	البحث عن الدعم الذاتي
% 25	البحث عن الدعم الاجتماعي
% 62.5	البحث عن الدعم الروحي
% 41.67	وضع انقطاعات
% 66.67	تجنب المشكل
% 37.5	التقدير الإيجابي
% 50	البحث عن الحلول
% 50	التخطيط
% 50	استراتيجيات مهدئة وملطفة

### الشكل (17): مدرج مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة "ر"



### 3. تعليق على الجدول (74) والشكل (17):

يبين الجدول (72) الخاص بنوع الاستراتيجيات التي تلجأ إليها الحالة (ر)، أنها تلجأ أولاً لمواجهة المصادر المهنية الضاغطة إلى استعمال استراتيجية تجنب المشكل التي قدرت نسبتها بـ 66.67%، ثم تلتها استراتيجيتا البحث عن الدعم الروحي والدعم الذاتي اللتين تساوت نسبتتهما المقدرة بـ 62.5%، واحتلت الاستراتيجيات المهدئة والملطفة واستراتيجية التخطيط والبحث عن الحلول الترتيب الثالث من حيث اللجوء إليها عند مواجهة الضغوط المهنية اليومية، وقد قدرت نسبتها بـ 50%، بينما كان اللجوء إلى وضع انقطاعات في الترتيب الرابع وقد قدرت نسبته بـ 41.67%، وتعتبر استراتيجية التقدير الإيجابي آخر استراتيجية تلجأ إليها الحالة (ر) والتي قدرت نسبتها بـ 37.5%.

### 4. مناقشة محتوى المقابلات العيادية للحالة الثالثة (ر):

بينت نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة والمقياسان المطبقان (مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة) للحالة الثالثة (ر) ما يلي:

أبرزت الحالة الثالثة (ر) وهو ممرض ومراقب شبه طبي يعمل بمصلحة علاج الأورام للأطفال بالمستشفى الجامعي CHU بني مسوس أن مستوى ضغطه المهني شديد الارتفاع، مما يعكس معاناته المهنية اليومية حيث تجاوزت محاوره نسبة الـ 65% ماعدا محور المناوبة الليلية.

فكان أول مصادر ضغطه المهني ذلك المتعلق بالعلاقات الاجتماعية في العمل، حيث يرى أن العلاقة مع المرضى وذويهم جد مؤثرة عليه، كونه أصبح لا يتحمل آلام الأطفال المرضى بالسرطان، الذين كَوّن معهم ارتباطات علائقية والتي غالباً ما تنتهي بالوفاة، بالإضافة إلى الظروف المادية المزرية لأولياءهم التي تحز في نفسه ويتألم لأجلهم، خاصة أنه لا يستطيع فعل شيء أمام معاناتهم. كما تعتبر العلاقة مع الزملاء من المصادر الضاغطة لنقص كفاءتهم المهنية التي تولد بينهم اصطدامات يومية. بينما نستشف ضغط العلاقة مع الإدارة من خلال عرقلتها له في أداء مهامه كمراقب طبي، وكذا عدم تقديرها لمجهوداته المبذولة، وأصبح يتضايق من التمييز في معاملة المستخدم بينه وبين زملائه في العمل للاستفادة من الترقية.

وقد أبرز المبحوث ضغطاً نتيجة المصادر المتعلقة بدوره في العمل، فكان لها تأثير على مساره المهني، حيث يتحصر لغياب فرص الترقية في مهنته مقارنة بالمهن الأخرى، وعلى عدم حصوله على درجة ترقية تناسب سنوات عمله (25 سنة خبرة مهنية)، وعدم استفادته من تربصات تساعد في النمو الوظيفي لحد الآن. بينما تجلّى غموض الدور في شعوره بالتيه لغياب التعليمات اللازمة للقيام بمهامه، مما جعل مهامه غير محددة، لعدم معرفته أين تبدأ مسؤوليته وأين تنتهي. ناهيك عن تأثير المصادر المتعلقة بطبيعة العمل، التي تتمثل في ظروف العمل المزرية، كقلة النظافة وغياب وسائل العمل، والأدوية، خاصة مع شريحة خاصة من مرضى السرطان هي شريحة الأطفال، بالإضافة إلى الشعور بالتعب أكثر لعدم وجود مكان للاستراحة فيه. وهذا ما ولّد لديه الشعور بعبء المهام، حيث أصبح يشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى، خاصة عندما يجد نفسه يعمل وحده لغياب تعاون زملائه معه.

ولتجاوز هذه الضغوطات اليومية يلجأ (ر) إلى استعمال استراتيجيات متنوعة، منها الفعالة ومنها غير الفعالة، حيث شكلت استراتيجية تجنب المشكل أولى الاستراتيجيات التي يلجأ إليها، ونستشف ذلك من خلال الانزواء في ركن من مكان العمل، وكذا العمل على إنجاز عمل الآخرين، والالتزام بالصمت بعدم التحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.

إلا أن الحالة (ر) تلجأ أيضاً إلى استراتيجيات أخرى تخفف عنه ضغطه المهني تتمثل في البحث عن الدعم الذاتي لاسترجاع طاقته، بالاهتمام بأفراد أسرته، وكذا التوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التنزه...). بالإضافة إلى مشاركة الأصدقاء في خرجات. بينما يلجأ إلى الدعم الروحي بالاستغفار وتفويض أمره لله ووضع ثقته الدائمة فيه. كما يلجأ إلى استراتيجية التخطيط والبحث عن الحلول واستراتيجيات مهدئة وملطفة بنفس الشدة، حيث غالباً ما ينظّم عمله ويقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية، مجتهداً أحياناً في توضيح المشكل. في حين نستشف لجوءه

لاستراتيجية البحث عن الحلول من خلال بذل جهدا أكثر لحل المشكل، باللجوء إلى المسؤولين والتنسيق مع زملائه في العمل.

لكن عندما تزيد حدة الضغط يكون اللجوء إلى استراتيجيات سلبية مهدئة وملطفة، كالتدخين، وشرب المشروبات الروحية، والتفكير في التقاعد النسبي، وأحيانا يصل به الحد إلى البكاء. بينما كان لجوء الحالة (ر) للتقدير الإيجابي والبحث عن الدعم الاجتماعي ضعيفا رغم اعتبارها من الاستراتيجيات الفعالة والإيجابية.

## 5. نتيجة المقابلات العيادية

إن المقابلات التي أجريت مع الحالة (ر) وكذا تطبيق المقياسين عليه سمح لنا بالتوصل إلى أن (ر) يمر بظروف مهنية جد صعبة يتخللها إحباط من التطلعات التي كان ينتظرها من مهنته التي يراها أنبل المهن، ولكنه أدرك أنها ليست كذلك في نظر الآخرين (الزملاء الأطباء خصوصا والأفراد المرتفقين)، الأمر الذي سبب له إحباطا وتحطيما لمعنوياته، ناهيك عن الظروف المهنية السيئة التي جعلته يتصارع يوميا مع الإدارة، ومع الزملاء، ومع الظروف المادية للمرضى بالسرطان في مصلحته، ومن نقص في الأدوية، ونقص في الكفاءات المهنية، ومع معاناة المرضى (آلام المرضى)، خاصة وأن "المراحل الأخيرة من حياة المريض تعتبر أزمة وجودية عميقة تجعله يعيشها بصورتين: الصورة الأولى تتمثل في فقدان احترام الذات، والاستقلال الذاتي، والصورة الثانية هي خسارته لدوره الأسري، والمهني والاجتماعي، ويعتبر المرض شاهدا على هذه المعاناة التي توقظ فيه الشعور بالعجز وبالذنب، كونه دُرب على أن يقدم الرعاية والعلاج، وبالتالي فإن احتمال موت المريض قد يزعزع استقراره، ويسبب له الشعور بالفشل والغضب والوحدة، لذا غالبا ما يلجأ الممرض إلى استعمال مكانيزمات مختلفة كالكذب، والابتذال، والتطمينات الكاذبة، العقلنة، التجنب، السخرية، الهروب إلى الأمام والتمثيل لتجاوز القلق" (Thomas, 2012). وهذا الذي تواجهه الحالة (ر) لسنوات عديدة قضاها مع مرضى السرطان، سببت له آثارا سلبية على صحته النفسية، إذ تجده يلجأ إلى الصراخ والسب والتهديد أحيانا، وأحيانا أخرى إلى البكاء، كما تجده شديد التدخين بالإضافة إلى تناول المشروبات الروحية (الكحول) والحشيش التي يجد فيها متنفسا لإحباطاته، حيث تشير النظرة الطبية للإدمان إلى أنه أحد الوسائل السيئة في التكيف مع الضغوط التي يتعرض لها الإنسان (وايلد وليارو، 2001: 65). ومن جهة أخرى فإن الحالة (ر) وبحكم منصبه كمراقب طبي يلجأ إلى استعمال استراتيجية البحث عن الحلول للمشاكل التي تعتبر من

الاستراتيجيات الفعالة التي تعمل على تجاوز الضغط المهني، حيث تشكل هذه المسؤولية مصدرا آخر لتوتر الفرد أثناء ممارسته لدوره المزدوج (نحو الأفراد، نحو الأشياء) في المنظمة، وحسب ما أشارت إليه دراسة (Marrina,1984:292-303) أن الممرضين من أكثر المهنيين تعرضا للضغوط النفسية، نظرا لما تتضمنه المهنة من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرضى، وأعباء العمل الزائدة.



## تقديم الحالة الرابعة

### الحالة (ز)

المستشفى الجامعي البلدة

CHU

ضغط مهني مرتفع 81.65%

تبلغ (ز) من العمر 44 سنة تعمل كمرمضة ورئيسة قاعدة العمليات في مصلحة جراحة الأطفال منذ 23 سنة، بعد ما تحصلت على البكالوريا أجرت تكوينا في مدرسة شبه الطبي لمدة ثلاثة سنوات (أول دفعة في شبه الطبي تتخرج بهذا مستوى)، كما أجرت العديد من التربصات الطبية وشبه الطبية عن طريق مساهمة إدارة المستشفى. هي أكبر إخوتها الإحدى عشر 11 (4 ذكور و 7 إناث)، تعتبر أحد مدبري شؤون الأسرة، عقب أن أخذ الأخ الكبير الاستقلالية بعد ما تزوج ولكون الأبوين كبيرين في السن.

ترى (ز) أن عبء المهام المهنية هو سبب معاناتها الصحية (على حد قول الطبيبة المختصة في أمراض الروماتيزم) حيث أصيبت بالروماتيزم منذ 2007.

تسرد (ز) قصتها قائلة، بعد تولى المصلحة رئيسة جديدة، والتي ليست لديها طريقة عمل واضحة، بحيث تنتقد الكثير من الأعمال المنجزة، مع حدة صراخها والملاحظات الكثيرة دون حل للمشاكل التي يعاني منها العاملون بالمصلحة، الأمر الذي زاد حالة (ز) الصحية سوءا.

كانت الحالة (ز) في البداية توفق بين مهامها الأسرية والمهام المهنية، لكن مع قدوم هذه الرئيسة الجديدة أصبحت تشعر وكأنها - على قولها - (أرحي في الماء ورائي نخدم باطل) حيث تشعر بدرجة كبيرة من الإنهاك والإجهاد لكون ظروف العمل سيئة (العفن، الرطوبة، قلة النظافة، نقص التهوية)، أضف إلى ذلك سوء تسيير الرئيسة للمصلحة، ونقص الكفاءات الطبية، مما يجعلها تشعر بالإحباط أكثر. وتضيف أن ما يزيد إحباطا، هو عندما يطالبها زملاؤها، بحكم أنها المسؤولة على الطاقم شبه الطبي، ببعض المطالب وهي تعلم أنها لا تستطيع توفيرها لهم، كذلك سوء العلاقة مع المسؤولة التي لا تقبل الاقتراحات ولا العطل المرضية، فضلا عن السمعة السيئة للمصلحة.

وتضيف الحالة (ز) قائلة أنه في السابق كانت نسبة نجاح العمليات الجراحية هامة ولكن الآن نادرا ما تنجح عملية جراحية، مما انعكس على سمعة المصلحة والعاملين فيها، حيث وجهت لنا العديد من التساؤلات والاستفهامات، فانعكس هذا الوضع سلبيا على نفسية فريق العمل. وهذا ما يؤلمها لأن الفريق يتعب ويبدل جهدا وفي الأخير يخطأ بانخفاض نسبة العمليات الناجحة، وخاصة أن الفريق يعلم

بأن ذلك راجع إلى نقص الكفاءات وظروف العمل السيئة. كما أن هناك العديد من المشاكل في المصلحة، حيث أنه عندما حاولت يوماً حل إحدى المشكلات بكتابة تقرير للإدارة، خذها زملاؤها بتراجعهم فوجدت نفسها تواجه الوضع وحدها.

وتقول (ز) أن ما زاد من تدهور صحتها الجسدية، مواجهتها لآلام المرضى، ونقص التحفيز، ونقص الأدوات واللوازم، وهي دوماً تشعر في نهاية اليوم بالإرهاك والتعب. وغالباً ما تواجه فقد المريض بالبكاء، وكل فريق العمل يواجه الوضع بنفس الطريقة، وهذا بعدما تتكون علاقات بين المريض أثناء إقامته بالمستشفى والفريق شبه الطبي، و تصرح بأنها في غالب الأحيان تصاب بنكسة روماتيزمية، بالتالي تضطر إلى أخذ عطلة مرضية في كل نكسة صحية. وتضيف الحالة (ز) أنها كانت عندما تواجه الضغط المهني اليومي تسترجع قواها بالاهتمام بأفراد عائلتها ولكن الآن لم يعد باستطاعتها القيام بذلك لتغير وضع أسرتها حيث أصبح الأبوين مريضين كما تنصّل الأخ الأكبر عن تحمل مسؤولية الأسرة الذي كان يتقاسمها مع المبحوثة.

وتقول الحالة (ز) أيضاً أنها تجد الراحة في مداومتها على الصلاة، خاصة صلاة الفجر، ولكن لتدهور صحتها لم تعد كالسابق حريصة عليها، لكنها تكثرت من استغفار الله عندما تحدث صدمات مع الأهالي.

وترى (ز) أن عملها هذا سلبها شبابها وصحتها، خاصة مع غياب المحفزات، وتأسف على أيامها التي ضاعت.

نستنتج من خلال مقابلة الحالة (ز) أن كل المعطيات الشخصية تدل على ارتفاع للضغط الذي يمكن تحديده من خلال درجة الضغط ومصادره ومختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة على النحو التالي:

✓ **درجة الضغط:** تحصلت في الاستبيان الخاص بمصادر الضغط على نسبة 81.65% وهي درجة ضغط مهنية مرتفعة جداً.

✓ **مصادر الضغط:**

- غموض الدور.
- ظروف العمل السيئة: (نقص الأدوات واللوازم والمشاكل اليومية).
- نقص الكفاءات ونقص التحفيز.
- العلاقة مع المرضى وذويهم: (آلام المرضى وفقدانهم، العدوانية اللفظية من أهالي المرضى).

- العلاقة مع الإدارة والمسؤولين: (رئيسة مصلحة غير كفأه، عراقيل إدارية).
- طبيعة العمل: (عبء المهام).

### ✓ استراتيجيات المواجهة:

- انتكاسات نفس-جسمية "روماتيزم".
- استراتيجيات متمركزة على المشكل: (حل المشاكل).
- استراتيجيات متمركزة على الانفعال: (البكاء، المرض).
- استراتيجيات متمركزة على الدعم: (الدعم الروحي: "الصلاة، الاستغفار"، والدعم الذاتي: "كالاهتمام بأفراد العائلة").
- استراتيجيات متمركزة على التجنب: (عُطل مرضية).

وفيما يلي يمكن أن نحدد استجابات المبحوثة من خلال مقياس مصادر الضغط المهني على

النحو التالي:

البنود				
أوافق بشدة أكثر	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق	لا أوافق نهائياً
×				
×				
×				
×				
				×
×				
×				
				×
				×
×				

			×		11. أتخسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنتي.
		×			12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.
				×	13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردتي.
				×	14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
				×	15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
				×	16. مهام عملي غير محدّدة.
			×		17. أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
		×			18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكانتي الوظيفية.
				×	19. أشعر بعدم الرضى لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
		×			20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
				×	21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.
			×		22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
		×			23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
				×	24. تنهكني المضايقات الإدارية.
				×	25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
		×			26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
			×		27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.
			×		28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
				×	29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة إلى العمل في الليل.
		×			30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.

بعدها تمت الإجابة على بنود مقياس مصادر الضغط من طرف المبحوثة، التي تظهر للوهلة الأولى أن مجمل الخانات المعلم عليها هي تلك التي تشير إلى الموافقة بشدة أو الموافقة بشدة أكثر، وسنعمد إلى حساب درجات كل بند على حده حسب محاور المقياس الستة.

### 1. المحاور:

#### 1.1- المحور الأساسي الأول: مصادر متعلقة بطبيعة العمل (08 أسئلة)

##### • ظروف العمل

$$(1,100)، (8,25)، (15,100)، (22,75)$$
$$\% 62.5 = 4/75+100+25+100$$

##### • عبء العمل

$$(14,100)، (13,100)، (19,50)، (6,100)$$
$$\% 93.75 = 100+50+100+100$$

#### 2.1- المحور الأساسي الثاني: مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل (12 سؤالاً)

##### • غموض الدور:

$$(2,100)، (9,25)، (16,100)، (23,100)$$
$$\% 81.25 = 4/100+100+25+100$$

##### • المناوبة الليلية:

$$(29,100)، (10,100)، (17,75)$$
$$\% 91.67 = 3/75+100+100$$

##### • المسار الوظيفي:

$$(4,100)، (11,100)، (12,50)، (28,75)، (18,50)$$
$$\% 75 = 4/50+75+50+100+100$$

#### 3.1- المحور الأساسي الثالث: مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل (11 سؤالاً).

##### • العلاقة مع الزملاء:

$$(3,100)، (20,25)، (26,100)، (19,50)$$
$$\% 68.75 = 4/50+100+25+100$$

##### • العلاقة مع الإدارة:

$$(100,24)، (25,100)، (30,50)$$
$$\% 83.34 = 3/50+100+100$$

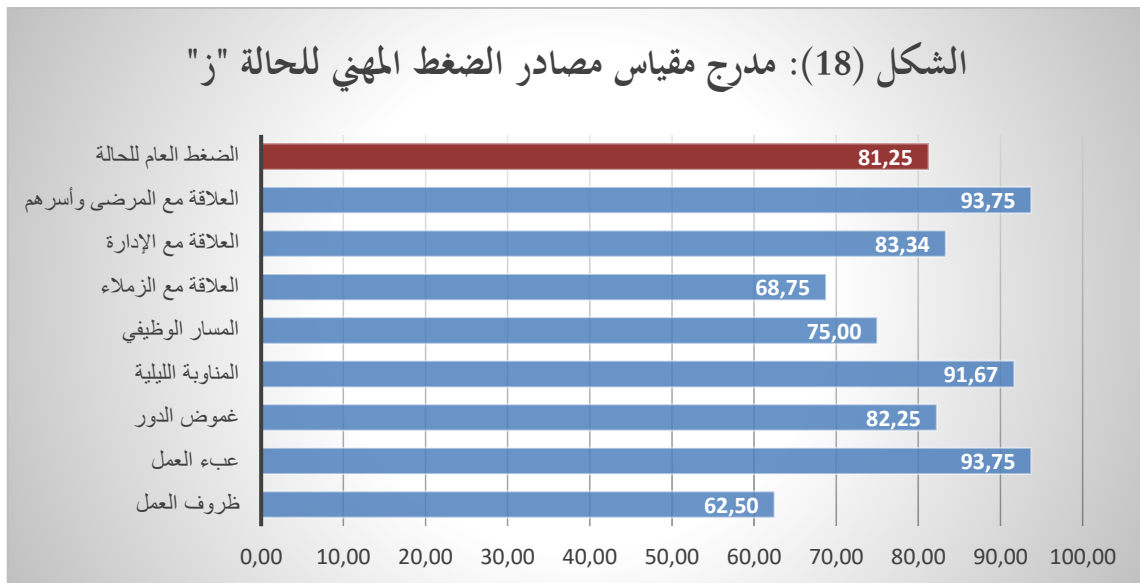
##### • العلاقة مع المرضى وأسرهم

$$(5,100)، (21,100)، (7,100)، (27,75)$$
$$\% 93.75 = 4/75+100+100+100$$

جدول (75): يبين استجابات المبحوثين لمحاور مقياس مصادر الضغط المهني

الاستجابات		البنود	المحاور الأساسية
%81.25	%78.13	% 62.5	مصادر متعلقة
		% 93.75	بطبيعة العمل
	%84.89	% 81.25	مصادر متعلقة
		% 91.67	بدور الفرد في العمل
		% 75	
	%81.95	% 68.75	مصادر متعلقة
		% 83.34	بالعلاقات الاجتماعية
		%93.75	في العمل

الشكل (18): مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "ز"



## 2. تعليق على الجدول (75) والشكل (18):

يتضح جلياً من خلال نتائج الجدول (73) أن الحالة (ز) تبرز ضغطاً شديداً الارتفاع قدرت نسبته بـ 81.25%، كما يتضح أن أكبر مصدر ضاغط لها يتعلق بدورها في العمل حيث قدرت نسبته بـ 84.89%، ثم جاءت المصادر المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل التي قدرت نسبتها بـ 81.95%، بينما احتلت الترتيب الأخير المصادر المتعلقة بطبيعة العمل التي قدرت نسبتها بـ 78.13%.

والمفتحص للتائج المدرجة في الجدول يلاحظ أن عبء العمل والعلاقة مع المرضى وأسرههم كانا أهم مصدرين ضاغطين إذ احتلا الترتيب الأول فقدرت نسبتهما بـ 93.75%، ثم جاءت المناوبة الليلية في الترتيب الثاني التي قدرت نسبتها بـ 91.67%، أما في الترتيب الثالث فاحتلته العلاقة مع الإدارة بنسبة 83.34%، وتلاها غموض الدور الذي قدرت نسبته بـ 81.25%، بينما كان تأثير المسار المهني على المستجوبة بنسبة 75%، كما تمّ تسجيل تأثير العلاقة مع الزملاء بنسبة 68.75%، وقد أخذت ظروف العمل الترتيب الأخير من حيث التأثير حيث قدرت نسبتها بـ 62.5%.

وفيما يلي نستعرض استجابات المبحوثة وفق مقياس استراتيجيات المواجهة.

البنود			لا أستخدمه	أستخدمه أحيانا	أستخدمه دائما
1.	أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.				×
2.	أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.				×
3.	أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.				×
4.	أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم.		×		
5.	أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.		×		
6.	أنزوى في ركن من مكان العمل.		×		
7.	لا أتسرع في اتخاذ القرار.				×
8.	أجأ إلى التدخين لأقلل من توتري.		×		
9.	أنظّم عملي.				×
10.	أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.		×		
11.	أتضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.		×		
12.	أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.		×		
13.	أُنفس عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.		×		
14.	أضع ثقتي في الله.		×		
15.	أغادر مكان العمل.		×		
16.	أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.		×		
17.	لا أستثمر في ميدان العمل.		×		
18.	أتحلى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.		×		
19.	أجأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.				×

	×		20. أجتهد في توضيح المشكل.
×			21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
×			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.
	×		23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
	×		24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل.
×			25. أطلب أيام عطلة من عطلتي السنوية.
	×		26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
	×		27. أحاول استخلاص العبر مما حدث.
	×		28. أتناول أدوية مهدئة.
		×	29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.
	×		30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل.
	×		31. أُلجأ إلى البكاء.
	×		32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
		×	33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
	×		34. أُلجأ إلى قراءة القرآن.
×			35. أُلجأ للنوم أو القيلولة.
	×		36. أطلب عطلة مرضية.
×			37. أستغل الفرصة وأتطور شخصياً نتيجة هذه الخبرة.
	×		38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكراً للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.
		×	39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
	×		40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلتي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
		×	41. أُلجأ إلى المسؤولين لحل المشكل.
		×	42. أفوض أمري لله.
	×		43. أتأخر عن العمل أو أتغيب.



	×		44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
		×	45. أعبّر لفظيا عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
	×		46. أطلب المساعدة من زملائي.

ويمكن توضيح نتائج المقياس من خلال حساب قيم بنوده التسعة كما يلي:

**1. البند الأول: البحث عن الدعم الذاتي (04 أسئلة)**

$$(100,1), (100,12), (0,22), (50,32)$$

$$62.5\% = 4/50+0+100+100$$

**2. البند الثاني: البحث عن الدعم الاجتماعي (06 أسئلة)**

$$(100,2), (100,13), (100,4), (0,23), (0,33), (50,46)$$

$$58.34\% = 6/50+0+0+100+100+100$$

**3. البند الثالث: البحث عن الدعم الروحي (04 أسئلة)**

$$(0,3), (100,14), (34,50), (100,42)$$

$$62.5\% = 4/100+50+100+0$$

**4. البند الرابع: وضع انقطاعات (06 أسئلة)**

$$(5,50), (50,16), (50,35), (24,50), (50,25), (43,50)$$

$$50\% = 6/50+50+50+50+50+50$$

**5. البند الخامس: تجنب المشكل (07 أسئلة)**

$$(0,6), (50,10), (15,0), (17,0), (26,0), (36,0), (44,0)$$

$$7.14\% = 7/0+0+0+0+0+50+0$$

**6. البند السادس: التقدير الإيجابي (04 أسئلة)**

$$(50,7), (50,18), (100,27), (100,37)$$

$$75\% = 4/100+100+50+50$$

**7. البند السابع: البحث عن الحلول (04 أسئلة)**

$$(100,39), (100,41), (50,20), (100,19)$$

$$87.5\% = 4/100+50+100+100$$

**8. البند الثامن: التخطيط (06 أسئلة)**

$$(50,7), (9,100), (0,30), (50,38), (50,20), (50,29), (100,29)$$

$$58.34\% = 6/50+100+50+50+0+100$$

**9. البند التاسع: استراتيجيات مهدئة وملطفة (08 أسئلة)**

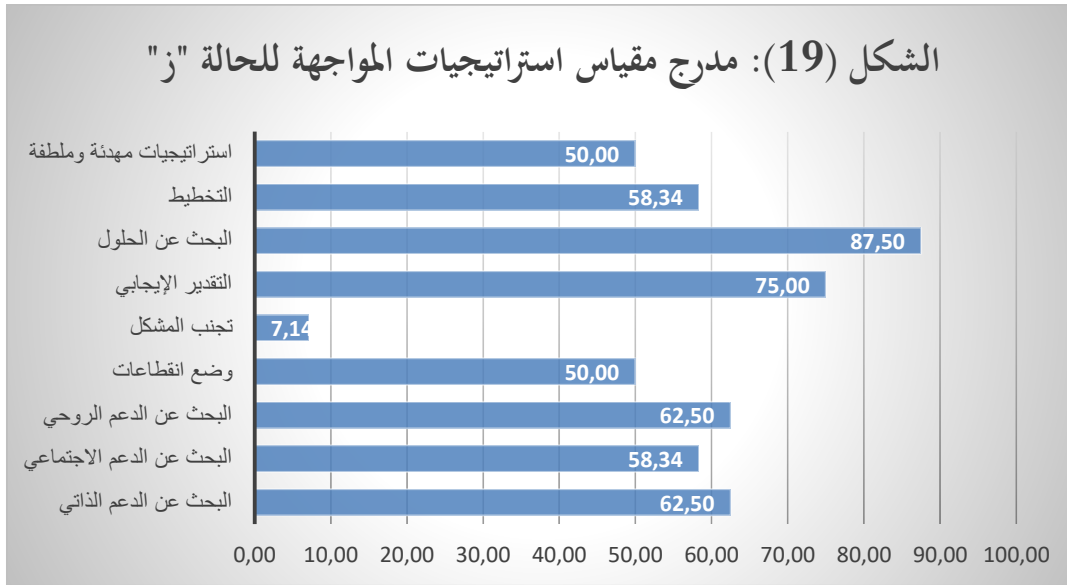
$$(0,8), (100,45), (0,28), (50,40), (50,32), (50,11), (50,31), (100,21)$$

$$50\% = 8/0+100+0+50+50+50+50+100$$

والجدول الموالي يبين النسب المتحصل عليها في بنود مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ز)

الجدول رقم (76): بنود مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ز)

الاستجابات	البنود/ المحاور الأساسية
62.5%	البحث عن الدعم الذاتي
58.34%	البحث عن الدعم الاجتماعي
62.5%	البحث عن الدعم الروحي
50%	وضع انقطاعات
7.14%	تجنب المشكل
75%	التقدير الإيجابي
87.5%	البحث عن الحلول
58.34%	التخطيط
50%	استراتيجيات مهدئة وملطفة



3. تعليق على الجدول رقم (76) والشكل (19):

من خلال النتائج المتحصل عليها في مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني للحالة (ز) تبين أنها تلجأ إلى استراتيجيات متنوعة: أولها استراتيجية البحث عن الحلول بصورة جد مرتفعة قدرت نسبتها بـ 87.5 %، تليها استراتيجية التقدير الإيجابي التي قدرت نسبتها بـ 75 %، بينما كان اللجوء إلى

استراتيجيتي البحث عن الدعم الروحي والدعم ذاتي بصورة متساوية حيث قدرت نسبتها بـ 62.5%، وتلتها استراتيجيتا الدعم الاجتماعي والتخطيط التي قدرت نسبتها بـ 58.34%، ثم جاءت استراتيجية وضع انقطاعات والاستراتيجيات المهدئة والملطفة بنفس النسبة المقدرة بـ 50%، وتعتبر استراتيجية تجنب المشكل هي آخر ما تلجأ إليه الحالة (ز) والتي قدرت نسبتها بـ 7.14%.

#### 4. مناقشة محتوى المقابلات العيادية للحالة الرابعة (ز)

بينت نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة والمقياسان المطبقان على الحالة الرابعة (ز)، وهي ممرضة ومراقبة طبية تعمل بمصلحة جراحة الأطفال بالمستشفى الجامعي CHU بالبلدية، أن مستوى ضغطها المهني مرتفع جدا، مما يعكس معاناتها اليومية في مكان عملها حيث تجاوزت محاوره نسبة الـ 62.5%.

وقد تصدرت المصادر المتعلقة بطبيعة العمل القائمة، لكون المصلحة التي تعمل فيها (جراحة الأطفال) مصلحة حساسة، خاصة وأنه في الآونة الأخيرة كثرت نسبة الوفيات في المصلحة، الأمر الذي انعكس سلبا على نفسياتها ونفسية زملائها، كما أصبحت علاقتها بالمرضى وذويهم من أهم المصادر الضاغطة عليها لكونها أصبحت تتألم لمعاناتهم وشكاويهم ولا تستطيع فعل شيء، لكنها تندم حين تحدث صدمات مع أهالي المرضى، خاصة عند مواجهة عدوا نيتهم اللفظية، إذ تقول أن صحتها الجسدية تتدهور وتسوء عندما تواجه آلام المرضى، ونقص التحفيزات، ونقص الأدوات واللوازم، وأنها دوما تشعر في نهاية اليوم بالإرهاك والتعب.

ورافقها في الصدارة عبء المهام من حيث التأثير على الحالة (ز)، فهي غير راضية على عدم تعاون زملاءها معها لكونها تجد نفسها تعمل بمفردها، وبالتالي فهي تفتقد العمل الجماعي، خاصة مع قدوم رئيسة مصلحة جديدة، التي قلبت سير العمل "سافله على عافله" على حد قولها، كما صرحت بقولها "وكأني أرحي في الماء ورائي نخدم باطل".

بينما تجلى تأثير المناوبة الليلية على المبحوثة من خلال شعورها بالضيق بمجرد ترك البيت للتوجه إلى العمل في الليل، كونها ترتبك من مواجهة ما هو مبهم، ويبرز تضايقها خاصة عندما تصادف مناوبتها الليلية مناسبات احتفالية، لأن طبيعة العمل الليلي أصبحت تتعبها نتيجة إرباك عادات النوم والأكل.

ونتيجة تدهور العلاقات الاجتماعية في المصلحة خاصة مع قدوم رئيسة المصلحة الجديدة، التي غيرت في طريقة سير العمل داخلها، أظهرت النتائج تأثير ضغط هذا البند عليها، خاصة وهي تشغل منصب مراقب طبي، الذي سبب لها صراعات مع زملائها في المهنة.

ولمواجهة هذه الضغوط المهنية اليومية تلجا (ز) إلى استعمال استراتيجيات متنوعة، تنصدرها استراتيجية البحث عن الحلول، التي تكون باللجوء إلى المسؤولين، والتواصل مع الإدارة أو مع رئيسة المصلحة، خاصة البحث عن حلول لتلك المشاكل المتعلقة بالظروف السيئة للعمل، ونقص وسائل العمل، علما وأن المصلحة خاصة بجراحة الأطفال، كما تسعى (ز) دوما لتوضيح المشكل وتعمل على التنسيق مع الزملاء، الذين خذلوها في العديد من المرات إذ صرحت بقولها: " خذلي زملائي بتراجعهم ووجدت نفسي أواجه الوضع وحدي ".

تري (ز) أن ما ساعدها على تجاوز المشاكل المهنية، قدرتها على استعمال التقدير الإيجابي للمواقف فكانت دوما تسعى إلى استغلال الفرص لتتطور شخصا، وتراكم الخبرات، كما تحاول استخلاص العبر مما يحدث، وتتحلى بالعقلانية وتحاول النظر إلى جوانب أخرى.

كما أنها تتبنى استراتيجية البحث عن الدعم الذاتي بصورة دائمة، حيث تعمل على الاهتمام بأفراد أسرتها وعائلتها خاصة والديها، وتستجمع طاقتها بمشاركة أصدقائها في خرجات تنزهية وترفيهية، بالإضافة إلى تبنيتها باعتدال لاستراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي والتخطيط، وذلك بالتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائها، والتنفيس عنها مع أفراد عائلتها، كما تتواصل مع أصدقائها للحصول على مساندتهم. وفي معظم الأحيان يكون اللجوء عندها لاستراتيجية التخطيط عن طريق تنظيم العمل، والقيام بترتيب الأولويات، وتجنب الأمور الهامشية، وفي بعض الأحيان أخرى تعمل على عدم التسرع في اتخاذ القرار، وتتخذ احتياطاتها بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات وصراخ رئيسة المصلحة.

ولكن مع الضغوطات اليومية سواء الإدارية منها وتلك المتعلقة بالمرضى تستنفد (ز) كل طاقتها، وتشعر بالإرهاك، فتواجه الموقف بالبكاء أحيانا والمرضى أحيانا أخرى (Somatisation) إذ تقول " وفي غالب الأحيان أصاب بنكسة روماتيزمية، بالتالي آخذ عطلة مرضية في كل نكسة صحية " وهذا ما يدخل ضمن الاستراتيجيات المهدئة والملطفة.

## 5. نتيجة المقابلات العيادية

تعتبر الحالة (ز) ضحية أيضا لضغط مختلف المصادر المهنية، حيث أبرزت أكبر مستوى ضغط مقارنة بالحالات الأخرى، فحسبها قضت جل شبابها في المهنة، واستثمرت طاقتها في خدمة المرضى، ولكن مع تواتر المشاكل المهنية عبر الزمن، التي أتهكتها وأثقلت كاهلها، فأصبحت تتذمر من ظروف العمل المزرية، كغياب الوسائل، وشعورها بالإحباط أمام حالات الوفاة المتكررة للمرضى، الذي تواجهها غالبا بالبكاء، مما أثر على تنظيمها النفسي، الذي غالبا ما يعبر جسدها عنه بنكسات روماتيزمية. ناهيك عن معاناتها من المناوبة الليلية التي أثرت على تناغم حياتها، فحسب دراسة (Myrson:1994 & Sybil) فإن العمل الليلي "يعتبر أحد أسباب الضغط الذي ينعكس أثره الجسدي والنفسي على العاملين في مهنة التمريض، بسبب عدم التناغم بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية" هذا من جهة، ومن جهة أخرى ذبذبة الإيقاع الحيوي والدوري المتعاقب الذي يشبه الساعة لدى الإنسان، وبالتالي فإن العمل الليلي يؤدي إلى كسر هذا المعدل المعتاد (اليقظة بالنهار والنوم بالليل). وعليه وجدت الحالة (ز) نفسها في وضع في غاية الصعوبة إزاء التكيف مع العمل الليلي رغم أقدميتها المهنية، ويمكن تفسير هذا بأن تنظيمها النفسي أصبح غير قادر على تحمل ضغط المناوبة الليلية.

وبحكم منصبها المهني كمراقبة طبية في قسم الإنعاش لجراحة الأطفال، تشكل هذه المسؤولية مصدرا آخرًا لتوترها أثناء ممارستها لدورها المزدوج (نحو الأفراد، نحو الأشياء) في المؤسسة، وحسب ما أشارت إليه دراسة (Marrina,1984: 292-303) أن المرضى من أكثر المهنيين تعرضا للضغوط النفسية، نظرا لما تتضمنه المهنة من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسؤولية نحو المرضى، وأعباء العمل الزائدة. ناهيك عن الصراعات في مكان العمل مع المسؤولين وزملاء العمل الذي يشكل مصدرا هاما للضغط المهني.

ولمواجهة هذه الضغوط تلجأ (ز) إلى استراتيجيات متنوعة تعكس صراعها مع الحياة المهنية الضاغطة، فتسعى غالبا إلى حل المشكل، وأحيانا تعتمد إلى البحث عن الدعم الذاتي والاجتماعي، لأنه في حالة تعذر الحصول على السند من الزملاء، يكون اللجوء مباشرة إلى استراتيجيات وضع انقطاعات بإيداع طلبات عطل مرضية، أو التغيب بدون عذر، أو استعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة كتناول الأدوية، ذلك أن شعور الفرد بالأمان في عمله يتوقف على مدى وجود الدعم والمساندة الاجتماعية وخاصة في محيط عمله، فالعامل يشعر بالأمن، عندما يجد بجواره صديقا أو قريبا يستطيع اللجوء إليه حينما يواجه صعوبة أو مشكلة أو يحتاج إلى مشورة.

## تقديم الحالة الخامسة

### الحالة (ش)

#### المركز الاستشفائي الجامعي البليلة

CHU/ UMC

ضغط مهني مرتفع 68.75 %

يبلغ (ش) من العمر 36 سنة، يعمل كطبيب مختص في الإنعاش منذ 08 سنوات، أب لطفلين الزوجة تمارس مهنة الطب أيضا، مستواه اقتصادي متوسط. يعاني (ش) صحيا من صداع في الرأس خاصة خلال الأيام القليلة السابقة للمقابلة، كما بدأ يعاني من مشكل الضغط الدموي الذي عبر عنه بقوله: "J'ai fait plusieurs pics".

يقول (ش) أن من أهم مصادر الضغط في حياته المهنية المرضى وأهاليهم، فحين يغادر مكان العمل متوجها إلى المنزل يكون مثقلا بالمتاعب، فتجده يبحث عن أبسط المشكلات كي يتشاجر مع أفراد العائلة، والمشكل أنه لا يستطيع مقاسمة الزوجة والوالدين مشاكله المهنية، لأنه لو قال لزوجته مثلا أنه وقع يومها في شجار مع أهالي المرضى، الذين كانوا يحملون السكاكين والسيوف، ستمنعه زوجته - على حد قوله - حتما من الخروج من البيت، أما والداه فكيف له أن يقاسمهما مشاكله المهنية وهما يعانيان من ارتفاع الضغط والسكري.

ويضيف (ش) قائلا بأن الأطباء مهددون ومعرضون يوميا لخطر الضرب والطعن من طرف أهالي المرضى، إذ تعرض هو نفسه مرة إلى الضرب، في غضون 6 سنوات خدمة فقط، ويردف قائلا أنه لا يدري ما الذي ينتظره مستقبلا. وبالإضافة إلى كل هذه المعاناة سجل قلة العاملين بالمصلحة، مع العبء الكبير للمهام وقلة أدوات العمل. ومع كل ما يعيشه يوميا من مشاكل، يتلقى مشاكل أخرى عديدة مع إدارة المستشفى، حيث يجدون أنفسهم في معظم الأحيان في حيرة بشأن اتخاذ القرار لتسريح مريض في حالة إنعاش، لأن أخلاقيات المهنة لا تسمح بذلك، وإدخال مريض آخر في حالة خطر، وهذا أمر غير ممكن، والسبب فيه يعود إلى الإدارة التي لم تقم بواجباتها، كما يقول (ش) أن الأطباء يقومون بعدة مهام وصلت بهم إلى حد القيام بعمل المنظفات.

نستنتج من خلال مقابلة الحالة (ش) أن كل المعطيات الشخصية تدل على ارتفاع للضغط الذي يمكن تحديده من خلال درجة الضغط ومصادره ومختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة فيما يلي:

✓ درجة الضغط: مرتفع قدر بـ 68.75 %

## ✓ مصادر الضغط

- غموض الدور.
- مشاكل مع الإدارة.
- العلاقة مع المرضى (معاناتهم وهم تحت الإنعاش).
- العلاقة مع أهل المرضى (الخوف من التهديدات الجسدية).
- عبء العمل (نقص العاملين).
- ظروف العمل (قلة أدوات العمل).

## ✓ استراتيجيات المواجهة

- تجنب المشاكل.
- الصداع وارتفاع ضغط الدم (Somatisation)
- استراتيجيات مهدئة وملطفة (الشجار).

وفيما يلي يمكن أن نحدد استجابات المبحوث من خلال مقياس مصادر الضغط المهني على

النحو التالي:

لا أوافق نهائياً	لا أوافق	أوافق	أوافق بشدة	أوافق بشدة أكثر	البنود
				×	1. أشمئز من وسخ المكان الذي أعمل فيه.
		×			2. أشعر بالتيه عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بعملتي.
		×			3. أتضايق لعدم وجود احترام متبادل بيني وبين زملائي في العمل.
		×			4. أشعر بالحسرة لغياب فرص الترقية في مهنتي مقارنة بالمهن الأخرى.
×					5. لا أبالي بمعاناة المرضى فقد تعودت على رؤية ذلك.
				×	6. أنا غير راض (به) على عدم تعاون زملائي معي.
				×	7. أشعر بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى
			×		8. لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.
			×		9. أرتبك عندما تصادفني حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافاً مستعجلاً.

				×	10. أتضايق عندما تصادف مناويتي الليلية مناسبات احتفالية.
	×				11. أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنتي.
				×	12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.
				×	13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردتي.
				×	14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
				×	15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
	×				16. مهام عملي غير محدّدة.
			×		17. أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
			×		18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكانتي الوظيفية.
			×		19. أشعر بعدم الرضى لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
		×			20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
				×	21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.
			×		22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
	×				23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
				×	24. تنهكني المضايقات الإدارية.
			×		25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
			×		26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
			×		27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.
			×		28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
			×		29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة إلى العمل في الليل.
	×				30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.



بعدها تمت الإجابة على بنود مقياس مصادر الضغط من طرف المبحوث، سنعمد إلى حساب درجات كل بند على حده حسب محاور المقياس الستة.

### 1. المحاور:

#### 1.1- المحور الأساسي الأول: مصادر متعلقة بطبيعة العمل (08 أسئلة)

##### • ظروف العمل

$$(1,100)، (8,75)، (15,100)، (22,75)$$
$$\% 87.5 = 4/75+100+75+100$$

##### • عبء العمل

$$(6,100)، (14,100)، (13,100)، (19,75)$$
$$\% 93.75 = 4/100+75+100+100$$

#### 2.1- المحور الأساسي الثاني: مصادر متعلقة بدور الفرد في العمل (12 سؤالاً)

##### • غموض الدور:

$$(2,50)، (9,75)، (16,25)، (23,25)$$
$$\% 43.75 = 4/25+25+75+50$$

##### • المنابذة الليلية:

$$(75,17)، (10,100)، (29,75)$$
$$\% 62.5 = 3/75+100+75$$

##### • المسار الوظيفي

$$(4,50)، (11,25)، (12,100)، (18,75)، (28,75)$$
$$\% 65 = 5/75+75+100+25+50$$

#### 3.1- المحور الأساسي الثالث: مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل (11 سؤالاً).

##### • العلاقة مع الزملاء:

$$(3,50)، (20,50)، (26,75)، (19,75)$$
$$\% 62.5 = 4/75+75+50+50$$

##### • العلاقة مع الإدارة:

$$(25,30)، (25,75)، (24,100)$$
$$\% 66.67 = 3/25+75+100$$

##### • العلاقة مع المرضى وأسرهم

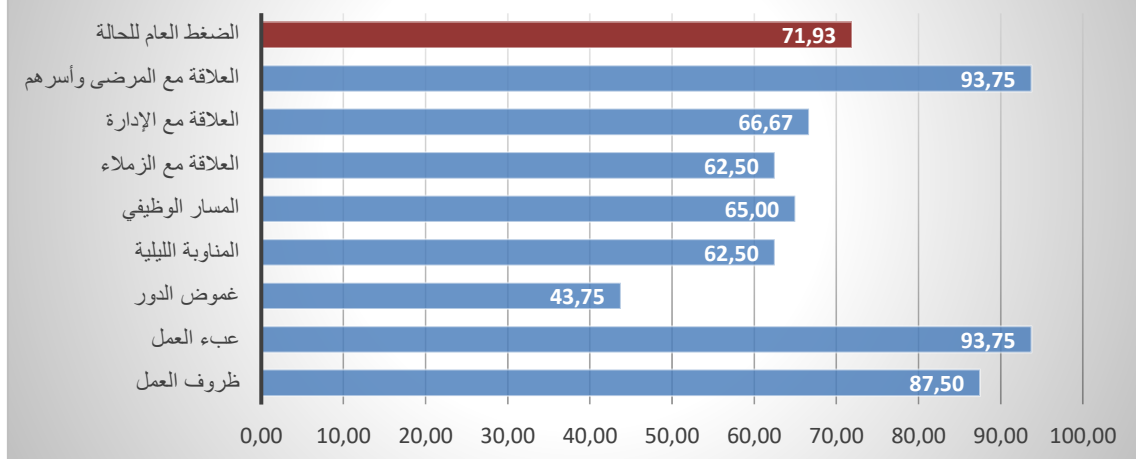
$$(5,100)، (21,100)، (7,100)، (27,75)$$
$$\% 93.75 = 4/75+100+100+100$$

وفيما يلي ندرج جدولاً يبين نسب استجابات المبحوث لمختلف المحاور الأساسية لمقياس مصادر الضغط المهني.

جدول (77): استجابات المبحوث (ش) لمقياس مصادر الضغط المهني

الاستجابات		البنود	المحاور الأساسية	
%71.93	%90.63	% 87.5	مصادر متعلقة	
		% 93.75	بطبيعة العمل	
	%56.25	%43.75	مصادر متعلقة	
		% 62.5	بدور الفرد	
		% 65	في العمل	
	74.31%	% 62.50	مصادر متعلقة	
		% 66.67	بالعلاقات	
		% 93.75	الاجتماعية	
			وأسرهم	في العمل

الشكل (20): مدرج مقياس مصادر الضغط المهني للحالة "ش"



## 2. تعليق على الجدول (77) والشكل (20):

يتضح جلياً من خلال النتائج التي يبرزها الجدول (75) والشكل (20) أن الحالة تعاني من مستوى ضغط شديد الارتفاع قدر بـ 71.93%، مما ينبئ على أنها في حالة معاناة شديدة. وقد تم

تسجيل أكبر نسبة لديها قدرت بـ 93.75% لكل من المصدرين الضاغطين المتمثلين في عبء العمل والعلاقة مع المرضى وذويهم، والمصدر الضاغط الثاني الذي تلاهما تمثل في ظروف العمل الذي قدرت نسبة تأثيره بـ 87.5%، ليأتي فيما بعد تأثير ضغط العلاقة مع الإدارة ومع الزملاء بنسب جد متقاربة قدرت نسبتهما على التوالي بـ 66.67% و 62.50%، بينما قدرت نسبته تأثير المسار الوظيفي بـ 65%، وقد احتل غموض الدور الترتيب الأخير من المصادر الضاغطة من حيث التأثير التي قدرت نسبته بـ 43.75%.

وفيما يلي جدول يحدد استجابات المبحوث وفق مقياس استراتيجيات المواجهة:

البنود			لا أستخدمة	أستخدمه أحيانا	أستخدمه دائما
1.	أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.		×		
2.	أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.		×		
3.	أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.		×		
4.	أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم.		×		
5.	أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.		×		
6.	أنزوى في ركن من مكان العمل.		×		
7.	لا أتسرع في اتخاذ القرار.		×		
8.	أجأ إلى التدخين لأقلل من توتري.		×		
9.	أنظّم عملي.		×		
10.	أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.		×		
11.	أفضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.			×	
12.	أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.		×		
13.	أُنفس عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.			×	
14.	أضع ثقتي في الله.		×		
15.	أغادر مكان العمل.		×		
16.	أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.			×	
17.	لا أستثمر في ميدان العمل.		×		
18.	أتحلى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.		×		
19.	أجأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.		×		

	×		20. أجتهد في توضيح المشكل.
	×		21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
×			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.
×			23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
	×		24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل.
	×		25. أطلب أيام عطلة من عطلتي السنوية.
	×		26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
		×	27. أحاول استخلاص العبر مما حدث.
×			28. أتناول أدوية مهدئة.
		×	29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.
×			30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في المنتديات وأفواج العمل.
×			31. ألبأ إلى البكاء.
	×		32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
	×		33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
×			34. ألبأ إلى قراءة القرآن.
×			35. ألبأ للنوم أو القيلولة.
	×		36. أطلب عطلة مرضية.
	×		37. أستغل الفرصة وأتطور شخصياً نتيجة هذه الخبرة.
	×		38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكراً للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.
		×	39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
	×		40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلتي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
		×	41. ألبأ إلى المسؤولين لحل المشكل.
	×		42. أفوض أمري لله.
	×		43. أتأخر عن العمل أو أتغيب.

	×		44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
		×	45. أعبر لفظيا عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
	×		46. أطلب المساعدة من زملائي.

ويمكن توضيح نتائج الاستجابات من خلال حساب قيم بنوده التسعة كما يلي:

### 1. البند الأول: البحث عن الدعم الذاتي (04 أسئلة)

$$(50,1), (0,12), (0,22), (50,32)$$

$$\%25 = 4/50+0+0+50$$

### 2. البند الثاني: البحث عن الدعم الاجتماعي (06 أسئلة)

$$(50,2), (50,4), (100,13), (0,23), (33,50), (50,46)$$

$$\%50 = 6/50+50+0+50+100+50$$

### 3. البند الثالث: البحث عن الدعم الروحي (04 أسئلة)

$$(0,3), (50,14), (34,0), (50,42)$$

$$\%25 = 4/50+0+50+0$$

### 4. البند الرابع: وضع انقطاعات (06 أسئلة)

$$(5,50), (50,16), (100,35), (24,0), (50,25), (43,50)$$

$$\%50 = 6/50+50+0+50+100+50$$

### 5. البند الخامس: تجنب المشكل (07 أسئلة)

$$(0,6), (10,0), (15,0), (17,0), (26,50), (36,50), (44,50)$$

$$\%21.43 = 7/50+50+50+50+0+0+0+0$$

### 6. البند السادس: التقدير الإيجابي: (04 أسئلة)

$$(50,7), (50,18), (27,100), (50,37)$$

$$\%62.5 = 4/50+100+50+50$$

### 7. البند السابع: البحث عن الحلول (04 أسئلة)

$$(39,100), (100,41), (50,20), (50,19)$$

$$\%75 = 4/50+50+100+100$$

### 8. البند الثامن: التخطيط (06 أسئلة)

$$(9,50), (0,30), (50,38), (50,20), (100,29), (50,7)$$

$$\%50 = 6/50+100+50+50+0+50$$

### 9. البند التاسع: استراتيجيات مهدئة وملطفة (08 أسئلة)

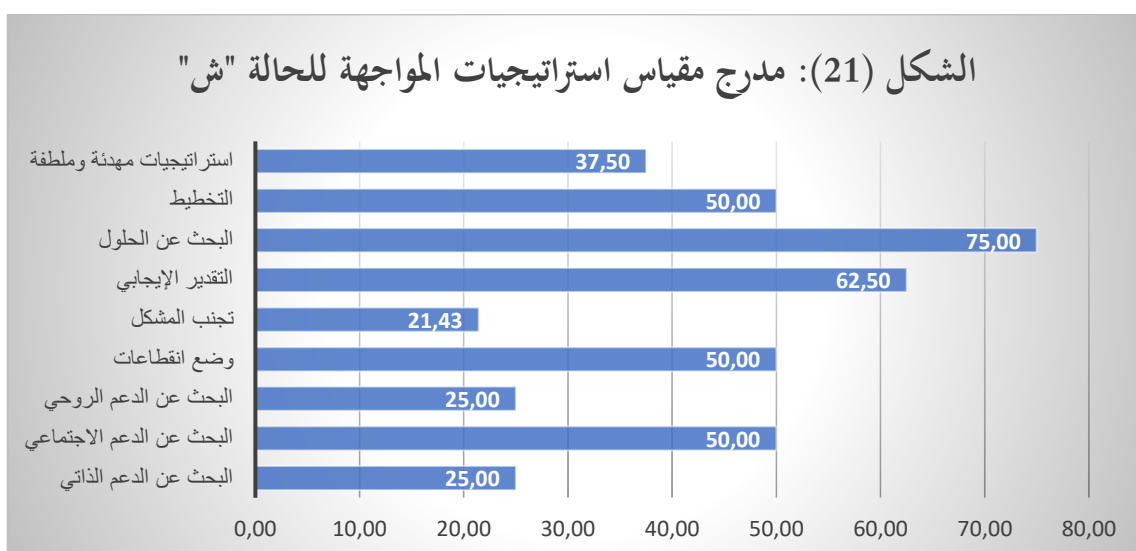
$$(0,8), (50,21), (0,31), (100,11), (50,32), (50,40), (0,28), (50,45), (0,8)$$

$$\%37.5 = 8/0+50+0+50+50+100+0+50$$

والجدول الموالي يبين النسب المتحصل عليها لبنود مقياس استراتيجيات المواجهة للحالة (ش).

الجدول رقم (78): قيم استجابات (ش) لبنود مقياس استراتيجيات المواجهة

الاستجابات	البنود/ المحاور الأساسية
25%	البحث عن الدعم الذاتي
50%	البحث عن الدعم الاجتماعي
25%	البحث عن الدعم الروحي
50%	وضع انقطاعات
21.43%	تجنب المشكل
62.5%	التقدير الإيجابي
75%	البحث عن الحلول
50%	التخطيط
37.5%	استراتيجيات مهدئة وملطفة



3. تعليق على الجدول رقم (78) والشكل (21):

يتضح جليا من خلال الجدول (76) والشكل (21) أن مستوى لجوء الحالة (ش) إلى مختلف الاستراتيجيات متنوع. ونلاحظ أنه كان اللجوء الأكبر لاستراتيجية البحث عن الحلول حيث قدرت نسبته بـ 75%، بينما اللجوء الضئيل كان لاستراتيجية تجنب المشكل التي كانت نسبتها 21.43%.

وقد أخذت الترتيب الثاني في الاستعمال استراتيجية التقدير الإيجابي بنسبة قدرت بـ 62.5 %، بينما احتل الترتيب الثالث اللجوء إلى استراتيجيات: التخطيط، وضع انقطاعات والبحث عن الدعم الاجتماعي بنسب متساوية قدرت بـ 50 %، وتلاها استعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة بنسبة 37.5 %، بينما كان اللجوء لكل من البحث عن الدعم الذاتي والبحث عن الدعم الروحي بنسبة قدرت بـ 25%.

#### 4. مناقشة محتوى المقابلات العيادية للحالة الخامسة (ش)

انطلاقاً من نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة والمقياسين المطبقين (مقياس مصادر الضغط المهني ومقياس استراتيجيات المواجهة) على الحالة الخامسة (ش)، تمكنا من التعرف على الظروف المهنية التي يعيشها، والضغوط التي تنشأ عنها والطرق المتبناة في مواجهتها، وقد تمّ التوصل إلى ما يلي:

أبرزت الحالة الخامسة (ش) وهو طبيب مختص يعمل بمصلحة الاستعجالات الجراحية بقسم الإنعاش بالمستشفى الجامعي CHU فرانس فانون بالبلدية، أن مستوى ضغطه المهني شديد مما يعكس معاناته اليومية في مكان عمله، حيث تأرجحت نسبة الاستجابة لمحاور مقياس الضغط المهني بين الـ 75 % و 21.43%.

وعند التدقيق في النتائج المسجلة للحالة (ش)، يتبين للوهلة الأولى أن الحالة تعاني بالدرجة الأولى من ضغط المصادر المتعلقة بطبيعة العمل، حيث تعتبر الأعباء المهنية الأكثر تأثيراً عليه، ونلمحها من خلال شعوره بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى، وبالضيق الذي يسببه العمل الفردي لعدم تعاون زملائه معه، مما يعكس غياب العمل الجماعي في المصلحة.

وما يبرز أيضاً معاناة (ش) أكثر، هو شعوره بضغط المرضى وأهاليهم، حيث يشعر دوماً أنه مهدد بالضرب، والطعن بالسكاكين والسيوف، من طرف أهالي المرضى، خاصة وأن مثل هذه الحوادث تكررت مع العديد من زملائه في المهنة. كما يستشعر ضغط المرضى عليه من خلال الشعور بمعاناتهم الصحية، خاصة وأن الأفراد الذين يرتادون على قسم الإنعاش، يكونون في حالة حرجة فمنهم من يفارق الحياة، ومنهم من يسترجع عافيته، ومع هذا فهو لا يستطيع فعل أي شيء، هذا من جهة، ومن جهة أخرى يسجل تدمره من عدم تقدير الأهالي لمجهودات الطاقم العلاجي، مما يؤدي إلى حدوث صدمات عنيفة مع أهالي المرضى.

وقد تعتبر الظروف المهنية السيئة سببا في عدم ارتياحه في المصلحة التي يعمل بها، حيث تجلب قلة نظافة المكان الاشمزاز، ويستشف ذلك من خلال العبارة "نحن الأطباء نقوم بعدة مهام وصلت بنا إلى حد القيام بعمل المنظفات" بالإضافة إلى شعوره بالقلق لغياب وسائل العمل للقيام بمهامه.

ويعتبر استمرار عمله في مثل هذه الظروف المهنية، سببا لارتبائه، خصوصا لما تصادفه حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافا مستعجلا. كما أنه متأثر بالعمل الليلي التناوبي، خاصة مع بداية معاناته من مشكل الضغط الدموي، حيث صرح بقوله: "J'ai fait plusieurs pics".

وتبين النتيجة المتحصل عليها فيما يخص المسار المهني أن الحالة (ش) يشعر بالحصرة لغياب فرص الترقية في مهنته مقارنة بالمهنة الأخرى، ويبرز تضايقه من عدم استفادته من التربصات. وأنه لم يستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعله يطور مهاراته المهنية ويحسن من معارفه.

هذا وقد أظهر (ش) ميله لمواجهة مصادر الضغط المهني اليومي لتحقيق التوازن، إلى استعمال استراتيجيات مختلفة تتأرجح بين الفعالة، ومنها استعمال استراتيجيات البحث عن الحلول ببذل جهد أكثر لحل المشكل، كما يلجأ إلى المسؤولين لحل المشكل، والتواصل مع رئيس المصلحة، والتنسيق أحيانا مع زملائه في العمل. إضافة إلى استعمال التقدير الإيجابي، بمحاولة استخلاص العبر مما حدث واستغلال الفرصة ليتطور شخصا نتيجة هذه الخبرة. وغير الفعالة، ومنها استعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة، كالصراخ والشجار نتيجة ضغط الأعباء المهنية اليومية، خاصة وأنه قد وصل إلى حد التعبير النفسي- الجسدي (الضغط الدموي) عن معاناته اليومية.

## 5. نتيجة المقابلات العيادية

سمحت المقابلات التي أجريت مع الحالة (ش) من التعرف على الوضع المهني الضاغط له، حيث أبرز (ش) ضغطا مهنيا مرتفعا في ممارسته المهنية لبضع سنوات فقط في مصلحة الإنعاش بقسم الاستعجال الطبي، إذ سمحت برفع الغطاء عن معاناة مهنية ضاغطة في المصلحة التي يعمل بها وكما هو معلوم أن "مهنة الطب تتميز بأنها مهنة تحمل الكثير من الضغط، نظرا لما تحمله من مسؤولية عن حياة الآخرين، وزيادة المترددين على المستشفيات، والمشاحنات التي تنشأ من قبل مرافقي المريض وزملاء العمل" (المشعان، 2004: 142). وقد جعلت هذه الضغوط المهنية من (ش) إنسانا شرسا عدوانيا مع أفراد عائلته، يتحين الفرصة للمشاجرة، كما أنه أصبح يشتكي من أعراض جسمية.



تمظهرت معاناة (ش) في بروز أعراض جسدية، مثل الصداع والضغط الدموي، ونفسية مثل القلق، حيث نستشف ملامح القلق من خلال خوفه من التهديدات الجسدية، والشجار ومما ينجبى له المستقبل. وقد أشارت البحوث العلمية إلى أنه عندما تكون درجة عبء المهام وغموض الدور (Siegrit) مرتفعة، فإن معدل إنجاز المهام يكون بشكل مرضي ومنخفض، وقد يصاحب ذلك شعور بالقلق والتوتر، وقد تسهم هذه العوامل في ظهور الأمراض والحالات المترتبة عن التوتر والضغط، مثل أمراض القلب المزمنة، والانهيار العصبي وقرحة المعدة. (هيجان، 1998: 173).

ولمواجهة الضغوط المهنية يلجأ (ش) في معظم الأحيان إلى استعمال استراتيجية البحث عن الحلول، والتقدير الإيجابي، والبحث عن السند الاجتماعي، وإن بدت ظاهريا أنها فعالة إلا أن مستوى ضغط الظروف المهنية كان أعلى من مستوى لجوئه لهذه الاستراتيجيات، وبالتالي فإن الأعراض الحالية التي يبرزها (ش) لا تنبئ بخير على مستوى صحته، كون التعبيرات النفس-جسدية بدأت تعكس عمل تنظيمه النفسي لمواجهة الضغط، وإن لم يقع التكفل به سريعا، فقد يكون لذلك عواقب سيئة عليه مستقبلا.

# مناقشة وتفسير النتائج

## تمهيد

- تفسير ومناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثانية
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثالثة
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرابعة
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الخامسة
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السادسة
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السابعة
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثامنة
- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية التاسعة

## خاتمة

## تمهيد

نسعى في هذا الفصل إلى مناقشة وتفسير ما أسفر عنه البحث من نتائج، في ضوء المعالجات الإحصائية لمختلف البيانات المتحصل عليها من قبل مجموعة البحث، ووفقا للفرضيات المطروحة فضلا عن الاستئناس بالدراسات السابقة والتراث النظري المعتمد في البحث، وتفاديا للحشو والتكرار سنعمد إلى تبويب المناقشة حسب فرضيات البحث.

والجدير بالتنويه أنه أثناء مناقشة النتائج المتعلقة بالضغط المهني، سوف يقع التركيز أكثر على الفئتين اللتين تعاني من الضغط المنخفض والضغط المرتفع والمقارنة بينهما.

## مناقشة النتائج

### 1- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الأولى

لقد توقعنا ارتفاعا في مستوى الضغط المهني لدى كل أفراد مجموعة البحث، لكن الفرضية لم تتحقق بصورة تامة، حيث كانت أكبر نسبة مسجلة لمستويات الضغط متعلقة بالفئة التي أبرزت ضغطا متوسطا بنسبة قدرت تقريبا بنصف أفراد مجموعة البحث. ونتيجة بحثنا هذه تؤكد نتائج بعض الدراسات السابقة، حيث تتفق مع دراسة عسكر وعبد الله (1988) المتعلقة بتحديد درجة الضغوط النفسية ومصادرها، التي اعتبرت مهنة التمريض والطب من أكثر المهن تعريضا للضغط، ومع دراسة ليلي الشريف (2003) على أطباء الجراحة القلبية والعصبية والعامية التي أفضت إلى تأكيد شعور الباحثين بضغط متوسط في العمل، كما توصلت دراسة أيمن عودة المعاني وعبد الحكيم عقلة أخوارشيدة (2005) حول مصادر ضغوط العمل في المستشفى الجامعي الأردني إلى نتائج مماثلة.

بينما هناك دراسات لا توافق نتائج البحث الحالي مثل دراسة روجرز، (1989) Rogers، حول الضغوط الوظيفية لدى فئة المهنيين الذين يتعاملون مع الآخرين بشكل مكثف كموظفي الاستقبال، المحاسبين، المحامين، المرضى، رجال الشرطة، والعمال الاجتماعيين ودراسة ليرت وآخرون، Lert et al., (2001) حول الضغوط النفسية بين أطباء المستشفيات القائمين برعاية مرضى الإيدز اللتان كشفنا عن وجود ضغط مهني مرتفع، ونفس النتيجة توصلت إليها دراسة خميس (2012)، التي أجريت على عينة من عمال القطاع الصحي العام بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، التي كشفت عن معاناة العينة من مستوى ضغط مرتفع. ونرى أن هذا المستوى المتوسط للضغط الذي سجله أفراد مجموعة البحث، وإن دلّ في ظاهره على أن العاملين بقطاع الصحة العمومية، يعاني نصفهم تقريبا من

مستوى ضغط متوسط عام، إلا أنه آيل إلى الارتفاع لكون نسبة الضغط المتوسط المقدرة بـ 58.72%، هي نسبة قريبة من نسبة بداية الضغط المرتفع المتمثلة في 60% حسب ما جاء به المقياس، وعليه، وانطلاقاً من باب الوقاية، يجب توجيه الاهتمام والعناية لهذه الفئة التي تعاني من ضغط مهني متوسط لوقايتها من أخطار الوقوع في المعاناة من الضغط المهني المرتفع. وما يدعم هذا الطرح، هو ما أبرزه أفراد مجموعة البحث من حيث النسبة المرتفعة لمستوى الضغط الشديد التي قدرت بـ 37.75%، مقارنة بالمستوى الضعيف للضغط الذي قدرت نسبته بـ 9.50%. وتفسر هذه النتيجة أننا ننتظر ارتفاعاً لنسبة الضغط لديهم إن لم تتخذ التدابير اللازمة للوقاية من ذلك.

وتعزو الباحثة هذا المستوى الآيل إلى الارتفاع من الضغط المهني لدى مجموعة البحث إلى الظروف المزرية التي تعمل في ظلها، وانعدام الأمن من المخاطر النفسية المهنية (Les risques psychosociaux)، علماً أن العاملين بالقطاع الصحي العمومي هم من أكثر الفئات المهنية عرضة للعدوى، ناهيك عن سوء النظام المعمول به في التعويضات الاجتماعية، من بيروقراطية وضعف مبلغ التعويضات، مع العلم، وحسب ما تبينه بحوث ميدانية عديدة، أنه " عند تعرض العامل للضغوطات في محيطه المهني، يجره هذا (...) إلى الوقوع في حوادث قد ترجع عليه سلباً، كما قد تؤثر على المنظمة (...)، فعند وصول الضغط إلى الدرجة الحادة يحدث التأثير على كيان العامل ككل، إذ يعتبر الضغط هو العامل الرئيسي في كثير من المشاكل التنظيمية، وخاصة مشاكل الأداء المنخفض، ودوران العمل، والتغيب، والتسرب الوظيفي " (جمعة سيد يوسف، 2004: 2) نقلاً عن: (فرشان، 2011: 191).

## 2- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثانية

توقعنا ارتفاعاً في مستوى الضغط المهني لدى الأفراد العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) أكثر من المؤسسات الأخرى، وهذا التوقع مبني على أساس أن المؤسسات الصحية الاستشفائية (EPH) تعتبر الهيئة الثانية التي من المفروض أن يتوجه إليها المواطن بعد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) لذا فهي الأولى التي تتلقى الطلبات العلاجية.

ولكن ما اتضح لنا من خلال الجدول (21) الذي بين وجود فروق جوهرية في نسب أفراد مجموعة البحث المتعلقة بشدة مصادر الضغط بالنظر إلى نوع المؤسسة الصحية التي يعملون بها، إذ تجدر الإشارة أن فئة العاملين بالمؤسسات التي تضم عملية الاستشفاء مثل (CHU)، (EPH) أبرزت مستوى ضغط مرتفع مقارنة بالمؤسسات الأخرى، كالعيادات المتعددة الخدمات والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، وتعزو الباحثة هذا التباين في الضغط إلى أن عملية الاستشفاء

(L'hospitalisation) تُخضع العاملين بالطب والتمريض لمسؤولية إضافية تقع على عاتقهم، لما لها من تبعات من علاج وتمرير، بالإضافة إلى مسؤولية التشخيص والمداومة الليلية، لكن مع هذا كشفت النتائج أن العاملين في هاتين المؤسساتين تنعدم لديهم نسبة مستوى الضغط المنخفض تقريبا، وهذا ما يدعم أن عاملها أكثر عرضة للضغط المهني. كما يمكن إيعاز هذا الارتفاع في الضغط لدى العاملين ب EPH إلى أن هذه المؤسسة تأتي في الترتيب الثاني في ارتياد المرضى وهكذا نوع من المؤسسات الصحية. ويدعم هذا الطرح دراسة (عدمان، 2010: 11) حول التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، الذي يرى أن تكريس القطاع الصحي لأهم موارده لصالح المستشفى، أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية، الذي نجمت عنه سلبيات تتمثل في توجه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام، الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة متعددة الخدمات.

في حين نجد المؤسسة الصحية الاستشفائية المتخصصة (EHS)، أخذت الترتيب الثاني من حيث المستوى المرتفع من الضغط، رغم أن لها نفس المسؤوليات في العلاج والتمرير، بل أيضا تهتم باستقبال المرضى ذوي إصابات أو أمراض معينة، كالمؤسسات المتخصصة في الحروق أو في الأمراض الصدرية إلخ... وهذا التخصص الباثولوجي يزيد من عبء المهام لدى العاملين بال (EHS)، وما يؤكد هذا الطرح هو إبراز انعدام قيم الضغط المنخفض لهذه الفئة حيث أشارت النسبة 0% إلى ذلك. وتجدر الإشارة، وفي حدود علم الباحثة، ورغم الجهد المبذول، إلى عدم العثور على دراسة جزائرية تناولت أوجه الاختلاف في مستويات الضغط بين مختلف أنماط المؤسسات الصحية بالجزائر، الوضع الذي قد يجعل هذا البحث الأول في تناول هذا المتغير بالبحث.

### 3- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثالثة

لقد توقعنا ارتفاعا في مستوى الضغط المهني لدى شبه الطبيين أكثر منه لدى الأطباء، وقد تحققت هذه الفرضية بصفة كاملة، حيث أبرز العاملون بالسلك شبه الطبي مستوى ضغط عام مرتفع أكبر مما سجله العاملون بالسلك الطبي، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة الهنداوي (1994) التي توصلت إلى أن الأطباء يواجهون درجة أقل من الضغوط مقارنة بزملائهم العاملين بوظائف التمريض، كما تتوافق مع النتيجة التي توصلت إليها دراسة رمويلد حول ظروف العمل المدركة لدى العاملين بالمؤسسات الصحية (6: Romuald Le Lan, 2004).

بينما لا تتوافق نتيجة البحث مع ما توصلت إليه دراسة (خميس، 2011-2012) الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الضغوط

النفسية لدى عمال القطاع الصحي تعزى إلى متغير الفئة الوظيفية. ونفس النتيجة أظهرتها دراسة عودة المعاني وعقلة أخوارشيدة (2005) حول مصادر ضغوط العمل في المستشفى الجامعي الأردني. ويمكن تفسير هذه النتيجة المتوقعة، بالقول أن مهنة الطب تتميز بأنها مهنة تشمل الكثير من الضغط نظرا لما تحمله من مسؤولية عن حياة الآخرين، وزيادة المترددين على المستشفيات، والمشاحنات التي تنشأ من قبل مرافقي المريض وزملاء العمل (المشعان، 2004: 142)، إلا أن الممرض بحسب طبيعة عمله يكون على احتكاك مباشر مع المرضى والمصابين، فهو المسؤول عن تطبيق البرنامج العلاجي، وبالتالي فهو يشعر بضغوط أشد من الضغوط التي يشعر بها العاملون في المهن الأخرى، كما أن مفاهيم العمل بالنسبة للممرض التي تتعلق بالصحة والمرض تتأثر بعدد من العوامل، منها العمل الزائد، وضغوطات العمل وتأثيرها على حياة الأفراد، والنقص الحاد في أعداد الممرضين وقلة الوقت لتزويد المرضى بالدعم العاطفي (Firth & Britton.1989) نقلا عن (الخصري، 2008: 3).

#### 4- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الرابعة

توصلت النتائج في ضوء ما نصت عليه الفرضية الرابعة، التي تحققت بصفة كلية، إلى أن أهم المصادر المهنية الضاغطة لدى أفراد مجموعة البحث بصفة عامة، تتمثل في العلاقات الاجتماعية في العمل، التي أخذت الترتيب الأول في التأثير، بحيث شكلت العلاقة مع المرضى وأهليهم المصدر الضاغط الأول، وقد دعمت هذه النتيجة كل من دراسة كوب (Cobb, 1976)، ودراسة (منصور والبلاوي، 1989)، اللتين كشفتنا أنه عندما يكون العمل الزائد والأحداث الضاغطة متعلقة بالأفراد، يكون التأثير أشد على العاملين مقارنة بالضغوطات التي تتعلق بالمنتجات والمواد، وهو نفس ما أشارت إليه دراسة هلتون مايو وفريقه في الثلاثينيات، من أن العوامل المادية تؤثر على إنتاجية الفرد بدرجة أقل من عوامل أخرى كجماعة العمل مثلا. لأنه حسب بروشن وآخرون (Bruchon et al, 1997) تعتبر بعض المهن التي تفترض المسؤولية على الأرواح البشرية، مسببة لضغط نفسي خاص يسمى الإنهاك المهني. كما تتفق نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات الحديثة عن أن العلاقات الاجتماعية في العمل هي أحد المصادر الضاغطة، مثل دراسة ليرت وآخرون (Lert et al., 2001)، ودراسة تريشو وبورتيرو D. Truchot, X. Borteyrou في (1990)، ودراسة Olivier Sende, J., Jbeili, C., Schvahn, S. et al. Ann. (2004)، ودراسة Roques, Alain Roger في (2004)، ودراسة Fr. Med في (2012).

هذا وتشير دراسة لانفورد (Longford) إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغط، هي تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس، والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين، فالممرضون والأطباء، والمعلمون، والمشرفون الاجتماعيون معرضون أكثر من غيرهم للضغط، لكون رغبتهم في مساعدة الآخرين تتعارض مع حجم المشاكل التي يصادفونها، عندها يصيبهم الإنهاك فيشعرون بالاحتراق لشعورهم بعدم الفائدة (Langford, 1987: 32).

وتلى العلاقات الاجتماعية في الترتيب الثاني العلاقة مع الإدارة ثم العلاقة مع الزملاء، حيث تعتبر العلاقات الشخصية الحسنة داخل فريق العمل عاملا أساسيا في صحة الفرد والمنظمة، لأن العلاقات مع الآخرين تقوم على الأخذ والعطاء، والتبادل في الأفعال وردود الأفعال، خاصة لما تحكمهم طبيعة العمل الجماعي، كما هو حال العمل في الفرق الطبية وشبه الطبية، التي ينجم عنه الاحتكاك المباشر مع المرضى وأهاليهم، والاحتكاك اليومي مع الزملاء، الذي يتطلب انفعالا وتفاعلا كما يقول (الباز، 2002: 73) مما يجعل المحيط المهني في حد ذاته مصدرا ضاغطا.

وقد أكدت أغلب الدراسات أن غياب العلاقات الاجتماعية الحسنة بين العمال تجعل الفرد في موضع يستحيل أو يصعب معه تحقيق التوافق المهني، ويترتب عن علاقات العمل الجيدة حسب فونتانا (1989) توثيق العلاقات بين الأفراد، وتعميق الثقة وزيادة تقدير الفرد لذاته، والاعتراف بقيمة العمال كأفراد لهم شخصيتهم وكرامتهم، ورفع مستوى الإنتاجية والرضا الوظيفي (السيد أبو النيل، 1985، وعبد الرحمن هيجان، 1998).

كما أظهرت نتائج البحث أن المصادر المتعلقة بطبيعة العمل هي أيضا ضاغطة في الميدان المهني، وهذا ما أكده الاقتصادي والوزير الجزائري السابق عبد اللطيف بن أشنهو، إذ اعتبر أن المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية لازالت بعيدة عن مستويات الأداء، خاصة فيما يتعلق بالظروف غير الجيدة لاستقبال وإقامة المرضى، وندرة الأدوية، والارتفاع في معدل الانتظار، إضافة إلى قلة النظافة والتأخر في معالجة المرضى (بومعراف عماري و عمار الياس، 2009-2010: 27). وبوجه عام تعتبر ظروف العمل السيئة من العوامل المحبطة للفرد التي تؤثر سلبا على إنتاجه، مما يجعله أكثر توترا، كما توصلت كل من مغولي وكروي (1984) إلى أن هناك علاقة وطيدة بين عبء المهام (الكمية والنوعية) والضغط عند الأفراد.

ونرى أن العلاقة بين المصادر التالية: (ظروف العمل، العلاقة مع المرضى وذويهم، والعلاقة مع الزملاء) حسب ما يشير إليه الجدول (24) منطقية جدا، فعندما يرى المهني من جهة أن دوره يلزمه بالقيام بالتشخيص (بالنسبة للطبيب) وتطبيق البرنامج العلاجي المسطر (بالنسبة للممرض) في ظروف

سيئة تمنعه حتما من أداء مهامه العلاجية والتمريضية على أكمل وجه، ويرى من جهة أخرى أنه في مواجهة مباشرة مع المريض الذي يطالبه بتلبية احتياجاته العلاجية، فإنه، ونتيجة النقص أو غياب وسائل العمل للقيام بالمهام اللازمة، فإن المهني يجد نفسه في حالة تنافر (Dissonance) التي تؤكد هذه الحلقة المقفلة بين (ظروف العمل - العلاقة مع المرضى - العلاقة مع الزملاء) وتجعل من الشعور بالضغط حتمية لا مفر منها.

## 5- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الخامسة

نصت الفرضية الخامسة، التي تبحث في الفروق الموجودة في تأثير مصادر الضغط المهني لبعض المتغيرات، بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في تعامل أفراد مجموعة البحث مع مصادر الضغط المهني بالقطاع الصحي العمومي بالنظر إلى متغيرات الخصائص الشخصية (الجنس، السن، الأقدمية المهنية والحالة المدنية)، ومتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي)، ومتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPS) (CHU) (EHS)، ومتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب)، التي لم تتحقق في عمومها مع بعض المتغيرات.

وستتم مناقشة النتائج في ضوء هذه الفرضية من خلال مناقشة كل متغير على حده التالية:

### • متغير الخصائص الشخصية

نصت الفرضية على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (الجنس، السن، الأقدمية المهنية والحالة المدنية).

### - متغير الجنس

فحسب الفرضية، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعامل أفراد مجموعة البحث مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الجنس، حيث يوضح الجدول (25) بأنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مقياس مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الجنس ماعدا غموض الدور والمناوبة الليلية، وهذا يعني تحقق الفرضية بصفة جزئية والتي مفادها أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث لمصادر الضغط المهني التي تعزى لمتغير الجنس".

فقد عبرت النتائج في الجدول (26) عن وجود ضغط مرتفع لدى الإناث مقابل الذكور وهذا ما يعكس تدمر أفراد العينة (الإناث) من المناوبة الليلية التي تشكل مصدر ضغط لهن.



ونعزو هذه الفروق إلى طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه، وإلى المهام الأساسية المسندة للمرأة، كترتيبة الأبناء، المهام المنزلية... إلخ، وكذلك إلى التمثلات الاجتماعية حول وجود المرأة خارج البيت ليلا، وهذا ما يعيقها ويجعل من المناوبة الليلية مصدرا ضاغطا عليها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى وبالإضافة إلى المهام الأسرية، نجد الذكور والإناث في المستشفى يتكفلون بنفس المهام والأعمال أثناء العناية بالمريض، فكلاهما يهتم بجسم وآلام المريض، وذلك هو ما يؤدي إلى الإحساس بالضغط المتعلق بغموض الدور، خاصة وأن هذه النتيجة تتفق مع "نظرية الدور" التي ترى بأن تعدد الأدوار يعد مصدرا للضغوط النفسية للأفراد، نظرا لاحتمال تعارض متطلبات الأدوار مع بعضها البعض، كما تشير بعض الدراسات إلى التعارض بين الدور التقليدي والدور المهني كمصدر للضغط، وخاصة لدى النساء، إذ يصعب عليهن الموازنة بين الدور التقليدي كزوجات وأمهات مع دورهن المهني، ويعتبر نجاحهن في كلا الدورين تحديا في ذاته (الأحمدي، 2002: 118).

كما يعتبر العمل الليلي في حد ذاته ضاغطا، فحسب دراسة شاراليت (Chazalette، 1973) أن الإحساس بعدم الارتياح والعزلة موجود لدى معظم عمال الليل. ويمكن إيعاز ذلك إلى أن المناوبة الليلية قد تتعارض مع الالتزامات العائلية والاجتماعية للمرأة، التي يظهر أثرها في إرباك التناغم بين الحياة العملية والاجتماعية، والشعور بالضيق عند ترك البيت والتوجه إلى العمل ليلا، والتضايق عند مصادفة المناسبات الاحتفالية أيام العمل بالمناوبة، والشعور بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل. كما تتفق نتائج هذا البحث مع دراسة (عويدات، 1995) التي أشارت إلى أن المرأة العاملة تتعرض لأنواع من الضغوط تنعكس آثارها على الناحية النفسية والجسدية (...)، ومهنة الطب تتميز بأنها مهنة تحمل الكثير من الضغط نظرا لما تفترضه من مسؤولية عن حياة الآخرين، وزيادة المترددين على المستشفيات، والمشاحنات التي تنشأ من قبل مرافقي المريض وزملاء العمل نقلا عن: (المشعان، 2004: 142).

### - متغير السن

نصت الفرضية بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتعامل أفراد مجموعة البحث مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير السن، حيث وضع الجدول (28) بأنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مقياس مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير السن ماعدا غموض الدور، وهذا يعني تحقق الفرضية بصفة جزئية.

وبين الجدول (29) الفروق في المصدر الضاغط الخاص بغموض الدور التي تعزى لمتغير السن أو الفئات العمرية، حيث احتلت الفئة العمرية الصغرى (20-35 سنة) الترتيب الأول في تضررها من الضغط المرتفع مقارنة بالفئة العمرية الوسطى (36-50 سنة)، بينما احتلت الفئة العمرية (الأكثر من 50 سنة) الترتيب الأخير. ويمكن تفسير هذه النتيجة باعتبار أن أفراد الفئة العمرية الصغرى التي ربما تعبر نتيجة تأثرهم بغموض الدور عن حداثة عهدهم بالممارسة المهنية، وعدم إلمامهم بكل حيثيات المهام المسندة إليهم، خاصة عند انعدام وصول المعلومات الكافية إليهم فيما يتعلق بالدور المطلوب منهم في العمل، أو عدم وضوح السلوكيات التي تمكن الفرد من أداء الدور المتوقع منه. وما يدعم هذا الطرح الترتيب الأخير الذي أخذه أفراد الفئة الأكبر سنا (الأكثر من 50 سنة)، إذ أن تقدمهم في السن يرتبط في غالب الأحيان بالتمكن من أداء المهام المسندة إليهم، وبالتقدم الوظيفي، واستقرار الحالة الاجتماعية.

### - متغير الحالة المدنية

الجدير بالتنويه في هذا المقام أنه سيقع الاعتماد في مناقشة نتائج البحث الخاصة بمتغير الحالة المدنية في ضوء الفرضية الخامسة على أثر حالي الزواج والعزوبة فقط، بحيث سيقع إهمال حالي الطلاق والترمل كأثر ضاغط إضافي محتمل على الفرد.

فحسب الفرضية التي تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية لمصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الحالة المدنية، بينت النتائج فعلا أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة المدنية، ماعدا غموض الدور، ويدل هذا على تحقق الفرضية بصفة كلية تقريبا. وهذا يعني أن كل أفراد مجموعة البحث من المتزوجين أو غير المتزوجين لا تختلف آراؤهم بالنسبة لأي مستوى من مستويات الضغط المهني عدا ما تعلق بغموض الدور. وتتفق نتائج هذا البحث مع ما توصلت إليه دراسة (موساوي، 2001)، التي بينت عدم وجود فروق دالة في الشعور بالضغط سواء عند المتزوجين أو العزاب، ويمكن تفسير ذلك بأن المتزوجين والعزاب، على السواء، يواجهون تحديات في حياتهم الاجتماعية.

بينما بينت نتائج الجدول (31) (أنظر الصفحة 146) أن الأفراد العزاب هم الفئة الأكثر ضغطا فيما يتعلق ببعده غموض الدور مقارنة بالمتزوجين، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة ماسلاش وجاكسون وليتر Maslach & Jackson, & Leiter (1996) التي تتفق مع غالبية البحوث التي اهتمت بهذه العلاقة، التي كشفت أن العزاب يعانون من مستويات مرتفعة من الضغط مقارنة بالمتزوجين، لذلك يرى

تريكو Tricho (2004) أن الحياة الزوجية ووجود الأطفال لا يشكلان عبئا إضافيا بقدر ما يعملان على حماية الأفراد (خاصة الرجال) من الضغط.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المتزوجين اعتادوا على تقلد الأدوار الاجتماعية، وبالتالي لديهم الخبرة في التحكم عند تقلد أي دور آخر، على عكس الأفراد العزاب الذين لم يتدربوا على تقلد الأدوار الاجتماعية، وتعزو الباحثة أيضا هذه النتيجة المتمثلة في وجود فروق دالة بين الفئتين، إلى حدّة المعاش المهني الضاغط على العزاب الذين أغلبهم من الفئات العمرية الصغيرة أو المتوسطة. كما تتفق نتائج هذا البحث فيما يخص متغير الحالة المدنية مع ما توصلت إليه دراسة ملحم، (2008) التي وجدت بأن هناك فروقا بين المتزوجين وغير المتزوجين.

### - متغير الأقدمية المهنية

حسب الفرضية التي تنص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى مجموعة البحث تعزى لسنوات الخبرة المهنية، فقد عبرت نتائج الجدول (32) على أنه ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد مجموعة البحث في التعرض لمصادر الضغط المهني تعزى لمتغير الأقدمية المهنية المتعلقة بالأبعاد التالية: (ظروف العمل، عبء العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقات مع الإدارة، العلاقات مع الزملاء والعلاقات مع المرضى وذويهم)، بينما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لبعدهم غموض الدور فقط، وهذا يعني تحقق الفرضية تقريبا بصفة كلية.

ومن خلال الجدول (33) نسجل أن الأفراد الذين امتدت فترة خبرتهم المهنية بين 6-15 سنة احتلوا الترتيب الأول في الشعور بضغط غموض الدور، ويليهما الأفراد الذين تقل فترة ممارستهم عن 5 سنوات، وفي الأخير يأتي الأفراد الذين تجاوزت فترة ممارستهم للمهنة أكثر من 15 سنة، فهم أقل تعرضا للضغط الناجم عن غموض الدور، لأن خبرتهم مكنتهم من معرفة متطلبات مهامهم. والملاحظ هنا أنه كلما ارتفعت سنوات الخبرة في العمل في هذا القطاع كلما قلّ الشعور بالضغط المرتبط بغموض الدور، والشيء ذاته يقال عن الأفراد الذين قلت خبرتهم المهنية عن 5 سنوات، لأنهم حديثو عهد بالمهنة، بحيث لا يعرفون كل مهامها ومتطلباتها. وهذه النتيجة تتفق مع الدراسة الميدانية لرؤى ملحم (2008) حول الضغوط النفسية لدى العاملين في مستشفى نفسي عام والعاملين في مستشفى نفسي خاص حيث توصلت إلى أن درجة الضغط النفسي لديهم لها علاقة بالعمر المهني.

ويمكن تفسير ذلك أيضا بأن العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي الذين فترة خبرتهم المهنية متوسطة تواجههم عدّة تحديات، تتعلق سواء بمسارهم المهني، كما هو الحال في موضوع الترقية، لذا تجدهم يحاولون القيام بأية مهام حتى ينالوا أحسن تنقيط من طرف المسؤول، ضف إلى ذلك أنهم يتحاشون الوقوع في صدامات مع الإدارة حتى لا تتسخ ملفاتهم الإدارية، وبالتالي لا تؤثر على ترقيتهم، ممّا يدفعهم إلى القيام بأية مهام توكل إليهم، فيقعون في فخ غموض الدور الذي يشكل أحد مصادر الضغط المهني.

كما يمكن تفسير ذلك بأن الذين مضت عليهم سنوات طويلة قد تعاملوا مع كثير من الحالات المرضية، وبالتالي يعرفون جيدا أدوارهم، وطغت على عملهم صفة الروتين، لذا يعتبر عامل الخبرة من العوامل الرئيسية التي تعمل على تقليل حدّة الضغط لدى الفرد، وتساعد على تطوير وسائل مواجهة المشاكل المهنية اليومية، كما أن العاملين الحديثي العهد بالميدان المهني الصحي يشعرون بضغط أقل أيضا مقارنة بالفئة الوسطى، ونرى أن عدم تأثر أفراد هذه الفئة بالضغط يرجع لقلة خبرتهم بالميدان وعدم درايتهم بتحدياته، لذا تجدهم يسعون لإثبات أنفسهم في العمل متخذين نفس نهج الذين سبقوهم في الميدان، ويؤكد (عسكر) هذا الطرح إذ يعتبر أن غموض الدور يمس الكثير من العاملين، خاصة في حالات مثل بداية استلام عمل جديد، الترقية، النقل، تعيين رئيس جديد، مسؤولية الإشراف لأول مرة، والتغيير في البيئة التنظيمية (عسكر، 2003: 106).

كما توصلت دراسة أجريت بجامعة ميشغان Michigan أن هناك علاقة وطيدة بين غموض الدور لدى العاملين وعدم الرضى المهني، وزيادة التوترات المهنية، إضافة إلى فقدان تقدير الذات، كذلك فإن الحيرة والغموض قد تنشأ لدى الفرد وتكون مصدرا للضغوط لديه، وذلك عندما يكون محروما من التغذية الرجعية Feed Back التي تبين له نتائج الأداء وما يترتب عليه (حمداش، 2003: 29).

### • متغير السلك المهني

فحسب الفرضية فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتعامل أفراد العينة مع مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي).

تشير النتائج من خلال الجدول (34) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الإدارة والعلاقة مع المرضى وذويهم، ماعدا بُعدي غموض الدور وعبء العمل.

كما تشير النتائج المتعلقة بدلالة الفروق المبينة في الجدول رقم (35) إلى أن حدة تأثير عبء العمل شديدة لدى السلك شبه الطبي أكثر منه لدى السلك الطبي، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة الهنداوي (1994)، التي توصلت إلى أن الأطباء يواجهون درجة أقل من الضغوط مقارنة بزملائهم العاملين بوظائف التمريض، كما تتوافق مع النتيجة التي توصلت إليها دراسة Romuald Le Lan et al., (2004) حول ظروف العمل المدركة لدى العاملين بالمؤسسات الصحية.

بينما لا تتوافق نتيجة البحث مع ما توصلت إليه دراسة (خميس، 2011-2012) الميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي يعزى متغير الفئة الوظيفية.

ويمكن إيعاز هذه الفروق في عبء المهام وغموض الدور إلى ضعف التكوين الأكاديمي لدى العاملين بالشبه الطبي حسب مختلف التخصصات في المصالح الطبية، إضافة إلى نقص اليد العاملة في المؤسسات الصحية، وبالتالي عندما يقوم العامل بالسلك شبه الطبي بعدة مهام مختلفة، ينجم عن ذلك غموض في أداء مهامه التي تؤدي حتما إلى الشعور بضغط العبء المهني.

#### • متغير نمط المؤسسة

فحسب الفرضية فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تعامل أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي مع مصادر الضغط المهني تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EHS) (EPS) (CHU).

ومن الجدول (37) الذي تشير نتائجه إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، غموض الدور، عبء العمل، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الإدارة والعلاقة مع المرضى وذويهم، ماعدا بُعد المناوبة الليلية.

وعليه فإن النتائج المتعلقة بدلالة الفروق المبينة في الجدول رقم (38) تشير إلى أن نصف أفراد مجموعة البحث العاملة بكل من الـ CHU والـ EPH تعاني من مستوى ضغط شديد تحت تأثير حدة

المناوبة الليلية، ويمكن إيعاز ذلك إلى ما يحمله العمل التناوبي وهكذا مؤسسات من مفاجآت، ناهيك عن الظروف المزرية التي يعمل فيها الفريق الصحي، بينما ثلث العاملين بكل من الـ EHS و EPSP يعانون من ضغط شديد لكنه أقل من العاملين المؤسستين السابقتين. وتشير إحدى الدراسات إلى أن فترة العمل مصدر لا يستهان بأثره على صحة الفرد وشعوره بالضغط، (...) فعمل الأفراد في ورديات على مدار اليوم الكامل لا يتماشى والتغيرات البيولوجية والنفسية للعامل، ومن هنا يبدأ الشعور بالضغط، فتصبح أوقات النوم والراحة وأماكنهما متغيرة بشكل غير منتظم، وغالبا ما تكون غير كافية، وهو ما يؤدي إلى شعور العامل بالضغط النفسي نتيجة عدم ملاءمة أوقات العمل. (حمداش، 2003: 23).

### • متغير نوع الإقليم

فحسب الفرضية فإنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

ومن الجدول (39) الذي أشارت نتائجه إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الإدارة والعلاقة مع المرضى وذويهم، ماعدا بُعدي عبء العمل والمناوبة الليلية.

كما أشارت النتائج المتعلقة بدلالة الفروق المبينة في الجدول رقم (40) أن حدة تأثير عبء العمل شديد لدى أفراد مجموعة البحث، حيث أظهر العاملون بالإقليم الشمالي تضررا أكثر، ثم تلاهم العاملون بالإقليم الجنوبي واحتل الترتيب الأخير العاملون في إقليم الهضاب العليا. ويمكن تفسير هذه النتائج بأن تصدّر العاملين بالإقليم الشمالي في المستوى الأول من الضغط المهني راجع إلى قدوم المرضى من شتى أنحاء الوطن إلى التداوي والعلاج بالشمال، ويرجع ذلك إلى إمكانية العلاج بتوفر الأطباء المختصين والتخصصات الطبية بالشمال، وكذا معظم المستشفيات الجامعية متواجدة بالشمال، مما يسبب ضغطا على العاملين بها، كما يمكن تفسير احتلال الترتيب الثاني من حيث الشعور بالضغط المهني المتعلق تأثير بعد المناوبة الليلية لدى فئة الإقليم الجنوبي إلى غياب التكفل الجيد بالمرضى القاطنين به، وأيضا لقلة الطاقم العلاجي، وغياب وسائل العمل التي تساعد الطبيب والمرضى على أداء مهامه كما يجب.

وفي دراسة جزائرية حديثة (Belarif, 2004) كشفت عن عدم التوازن في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث تستحوذ الجزائر العاصمة على نسبة 55% من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة 22%، والغرب على نسبة 20%. في حين أن منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيهما المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي 2% و 1% على التوالي. والجدير بالإشارة أن عدم التوازن لم يقتصر فقط على اللامساواة في توزيع المؤسسات العمومية للصحة، بل تشمل أيضا عدم التوازن في توزيع الكفاءات الوطنية، حيث أن معظمها متمركز في الشمال وبالخصوص في وسط البلاد بنسبة 55%، تاركة المناطق الأخرى منكوبة خاصة الجنوبية منها (عدممان، 2010: 13).

## 6- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السادسة

الحري بالتنويه في هذا المقام أنه سيقع التركيز في مناقشة نتائج البحث الخاصة باستراتيجيات المواجهة في ضوء الفرضية السادسة على مختلف الاستراتيجيات الشديدة الاستعمال والضعيفة الاستعمال فقط التي لجأ إليها أفراد مجموعة البحث حتى تتسنى فرصة المقارنة بوضوح بين الاستعمالين الشديد والضعيف.

نصت الفرضية السادسة على أن أبرز استراتيجيات المواجهة المتوقعة التي يستعملها عمال قطاع الصحة العمومية هي استعمال استراتيجية المواجهة المتمركزة على الدعم الروحي بصورة أكبر.

وقد توصلت النتائج في ضوء ما نصت عليه الفرضية السادسة، التي تحققت بصفة كلية، إلى أن أهم استراتيجيات المواجهة المرنة التي لجأ إليها العاملون بقطاع الصحة العمومية بشدة هي استراتيجية الدعم الروحي بالدرجة الأولى، إذ وصلت النسبة إلى أكثر من 63%، وقد يفسر ذلك بأهمية هذه الاستراتيجية وفعاليتها مقارنة بالاستراتيجيات الأخرى في مواجهة المصادر المهنية الضاغطة، وهذا يؤكد أنه كلما كان مستوى الضغط المهني مرتفعا كلما كان اللجوء إلى استعمال هذه الاستراتيجية المتمركزة على الدعم الروحي الانفعالي.

ويمكن تفسير ذلك انطلاقا من النظرية المعرفية للضغط واستراتيجية مواجهته، باعتبار أن المواجهة هي عملية معدلة للعلاقة "حدث ضاغط-ضيق انفعالي" (Déstresse émotionnelle)، بحيث تنتج الاستجابة للضغط عن فقدان التوازن ما بين متطلبات الموقف المهني ومصادر الفرد في مواجهته، بمعنى أن للفرد تجاربا سابقة من الضواغط متأثر بها، وبالتالي عندما يكون أمام هكذا وضع تتدخل الآليات

الدفاعية لأنه بصورة غير واعية، ليقوم بعد ذلك ببذل مجهودات شعورية بوضع خطة عمل أو اللجوء إلى تقنيات مختلفة (الاسترخاء البني، تناول الأدوية، الشرود المعرفي) (Arthur & Rahe, 1991)، وهذا ما يفسر حسب نتائج البحث الحالي احتلال استراتيجية التخطيط الترتيب الثاني، وبعدها استراتيجية البحث عن الحلول والتقدير الإيجابي رغم استعمالها المتوسط، ويمكن اعتبار ذلك منطقيا جدا، لأن المهنة التي يمارسها أفراد مجتمع البحث حساسة، وتتعلق بمصير حياة المرضى التي بين أيديهم، ولا يمكنهم الخنوع والهروب إلى الوراء بل يتحتم عليهم اللجوء إلى التخطيط والبحث عن الحلول، وعليه يجد الأطباء وشبه الطبيين أنفسهم دوماً أمام تحديات الواقع المهني الضاغط، الذي يحتم عليهم المواجهة الفعالة التي قد تتعارض مع مصادره الشخصية فيقعون فريسة للضغط المهني، ويتضح جليا هذا التراجع في استعمال كلا النوعين من الاستراتيجيات، تارة المتمركزة على الانفعال وتارة المتمركزة على المشكل، ويمكن اعتبار هذا الوضع بأنه مواجهة جماعية. وهذا ما يظهر بوضوح من تدهور وراءة للوضع العام للقطاع الصحي العمومي. بينما الاستراتيجيات الأخرى مثل اللجوء إلى الدعم الاجتماعي والذاتي فكان استعمالها متوسطا على العموم.

وهكذا يتبين أن توقعنا أن تكون أبرز استراتيجيات المواجهة التي يستعملها عمال قطاع الصحة العمومية بصورة أكبر هي استراتيجية المواجهة المتمركزة على الدعم الروحي قد تحقق وبالتالي تحققت الفرضية بصورة كلية.

## 7- مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية السابعة

لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى: لمتغير الخصائص الشخصية (الجنس، السن، الحالة المدنية والأقدمية المهنية)، و لمتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي)، و لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب) و لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EHS) (EPSP) (CHU).

وفيما يلي سيقع استعراض هذه المتغيرات تباعا لتسليط الضوء على مختلف النتائج المتعلقة بها.

### • متغير الخصائص الشخصية

نصت الفرضية السابعة بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الخصائص الشخصية (الجنس، السن (الفئات العمرية)، الحالة المدنية، والأقدمية المهنية) ولمناقشتها سنأخذ كل متغير شخصي على حده.



## - متغير الجنس

دلت النتائج على تحقق الفرضية السابعة في شقها الخاص بمتغير الجنس بصفة كلية تقريبا، إذ لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس، عدا البند الخاص باستراتيجية الدعم الذاتي (تجميع الطاقة عن طريق الاهتمام بمجالات أخرى كالاهتمام بأفراد الأسرة، واللعب مع الأبناء، ومشاركة الأقارب والعائلة في أفراحهم وأفراحهم)، التي كان اللجوء إليها بشدة من طرف الإناث أكثر من الذكور، وهذه النتيجة منطقية جدا، بحكم المسؤولية العائلية للمرأة، لأنها بمجرد مغادرتها لميدان العمل تجد نفسها أمام دور آخر مختلف، متمثل في الاهتمام بأفراد عائلتها، والالتزامات الاجتماعية، التي تعتبر مصدر تنفيس تنسى به المشاكل المهنية اليومية الضاغطة.

وانتهت بعض الدراسات، مثل دراسة رجاء مريم (2007)، إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي تتعلق باستعمالهن الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال، مفسرة ذلك في ضوء القيم الاجتماعية السائدة التي تشجع الذكور على تعويض الخسائر والأزمات الحياتية، بتغيير الأنشطة وتأمين مصادر جديدة للإشباع، حيث يمارس الذكور نشاطات أكثر من الإناث لامتلاكهم حرية أكثر منهم.

ورغم إجماع بعض الدراسات على وجود فروق بين الجنسين، إلا أن البحث الحالي يوعز غياب الفروق (عدا استراتيجية الدعم الذاتي)، إلى تأثير المحيط المهني الضاغط بنفس الشدة على الذكور والإناث، بحيث يتكافأ الجنسان، خاصة وأن أهم مصدر ضاغط، كما بينته النتائج المتعلقة بمستويات الضغط الخاصة بمختلف المصادر المهنية الضاغطة، تلك المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية (مع المرضى، مع الإدارة ومع الزملاء) وبالتالي يمكن تفسير لجوء الإناث إلى نفس الاستراتيجيات تمكينا لهن من فرض فكرة الندية والتكافؤ مع الذكور، الأمر الذي يكسبهن حضورا اجتماعيا ويخفض لديهن تأثير تكوينهن النفسي والبيولوجي كإناث، كما يخلق هذا التقارب في الاهتمامات والاتجاهات تأثيرا متبادلا، علما أن ما يميز المسار المهني، وجود مواقف التنافس بين الجنسين مما يجعلهن أكثر استثارة بنديّة.

## - متغير السن

دلت النتائج على تحقق الفرضية السابعة في شقها المتعلق بمتغير السن (الفئات العمرية) بصفة كلية بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة، وهذا يعني أن كل أفراد مجموعة البحث يستعملون نفس استراتيجيات المواجهة مهما تغيرت فتراتهم العمرية.

ومن بين الدراسات التي توافقت نتائجها مع نتائج البحث الحالي دراسة موس وبيلينجس (Moos & Billings، 1981)، التي ترى بأنه لا يوجد اختلاف دال في استراتيجيات المواجهة المستعملة في مراحل عمرية مختلفة، فكل مرحلة عمرية تتميز باستعمال استراتيجيات مختلفة غير متناسقة. بينما توصلت دراسة كورنيليوس وكاسبي (Cornelius & Caspi، 1987) على عينة من 126 رجلا وامرأة إلى نتائج مغايرة لنتائج البحث الحالي على أن استعمال استراتيجيات حل المشكل تزداد طرديا مع تقدم السن، بمعنى كلما تقدم الفرد في العمر كلما مال إلى استخدام استراتيجيات حل المشكل.

#### • متغير الحالة المدنية

دلت النتائج على عدم تحقق الفرضية السابعة في شقها المتعلق بمتغير الحالة المدنية بصفة كلية تقريبا إذ وجدت فروق دالة إحصائية فقط في استراتيجيات المواجهة التي تعزى لمتغير الحالة المدنية الخاصة بكل من استراتيجيات الدعم الذاتي، تجنب المشكل، البحث عن الحلول المهدئة والمल्पفة. وعند التدقيق في النتائج نلاحظ أن الفروق تظهر جليا في عدم استعمال لاستراتيجيات الدعم الذاتي، البحث عن الحلول المهدئة والمल्पفة لدى المتزوجين أكثر منه لدى العزاب بينما نجد عدم اللجوء لاستعمال استراتيجيات تجنب المشكل أكثر لدى العزاب منه لدى المتزوجين. ويمكن تفسير هذا العزوف عن استعمال المتزوجين للاستراتيجيتين الأوليتين مقارنة بالعزاب كونهما تتنافى ومسؤولياتهما الأسرية فرب(ة) الأسرة لا يمكنه اللجوء إلى شرب المشروبات الروحية أو المهدئات النفسية أو حتى الصراخ لأن ذلك يتنافى ومسؤوليتهم كأرباب أو ربات أسر في حين أن العزاب وضعيتهم المدنية (العزوبية) تسمح لهم باستعمال هذه الاستراتيجيات لأن ليس هناك من يتأثر بتابعات المهدئات وغيرها إلا على أنفسهم.

#### • متغير الأقدمية المهنية

دلت النتائج على تحقق السابعة في شقها المتعلق بمتغير الأقدمية المهنية بصفة كلية بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة وهذا يعني أن كل أفراد مجموعة البحث يستعملون نفس استراتيجيات المواجهة مهما تغيرت فترات خبرتهم المهنية. والجدير بالإشارة هنا، أن سنوات الأقدمية المهنية تتماشى طرديا مع الفترات العمرية التي أظهر البحث نفس النتائج المتعلقة بكلا المتغيرين وهذا ما يؤكد صدق نتائج البحث.

ويمكن تفسير ذلك بأن العاملين بالقطاع سواء كانوا حديثي عهد بالمهنة أو قدامى فيها، فهم في نفس المستوى في مواجهة الضغط، ويدل هذا على أن تبني العاملين لاستراتيجيات غير فعالة لمواجهة

المصادر المهنية الضاغطة منذ البدء بالممارسة في المهنة، مؤشر خطير يعكس مآل المهنيين نحو استنفاد صحتهم الجسمية والنفسية لاحقا.

### • متغير السلوك المهني

نصت الفرضية السابعة في شقها المتعلق بمتغير السلوك المهني بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السلوك المهني (الطبي وشبه الطبي) فلم تتحقق الفرضية بصفة كلية، لأن هناك فروقا شملت كل من استراتيجية الدعم الروحي، استراتيجية وضع انقطاعات، استراتيجية إيجاد الحلول واستراتيجية التفكير الإيجابي.

وقد اتضحت الفروق التي شملت استعمال استراتيجية الدعم الروحي ووضع انقطاعات، فأنها شديدة الاستعمال لدى السلوك شبه الطبي أكثر من العاملين بالسلوك الطبي، ويعتبر هذان النوعان من الاستراتيجيات غير فعال لتمركزهما على الانفعال، بحيث قد يكون لهما على المدى القريب أو البعيد آثار خلال مواجهة الأحداث الضاغطة، تتمثل في اختلال الجهاز المناعي للفرد الذي يجعله أكثر عرضة للمرض وزيادة معاناته النفسية والجسمية ريس (1978) Rees، ويمكن إيعاز ذلك إلى أن العاملين بالسلوك شبه الطبي هم الذين يكونون دوما على احتكاك مباشر مع المرضى ومع آلامهم، وشكاوى المرتفقين، وكذا مع نقص وسائل العمل، كما أنهم هم من يطبقون البرنامج العلاجي، وبالتالي تعتبر هذه النتيجة منطقية في استثارة الجانب الانفعالي لديهم.

كما نجد الفروق واضحة في شدة استعمال استراتيجية التفكير الإيجابي لدى العاملين بالسلوك الطبي أكثر منه لدى العاملين بالسلوك شبه الطبي، ويمكن تفسير ذلك بكون التكوين العلمي الأكاديمي الذي يتمتع به الأطباء يسمح لهم بتوظيفه على الصعيد الشخصي، وما يدعم هذا الطرح هو طبيعة الاستراتيجيات المستعملة (التفكير الإيجابي) التي تعتبر من الاستراتيجيات الفعالة. بينما يميل العاملون بالسلوك شبه الطبي إلى الاستعمال الشديد للاستراتيجيات غير الفعالة، كالدعم الروحي، ووضع انقطاعات، التي تصنف ضمن استراتيجيات التجنب، وما يدعم طرحنا هو ما أبرزته نتائج الفروق فيما يخص عدم استعمال استراتيجية تجنب المشكل من طرف العاملين بالسلوك الطبي، التي تعتبر هي أيضا من الاستراتيجيات غير الفعالة مقارنة بالعاملين بالسلوك شبه الطبي (لاحظ الجدول 51). وهذا يتماشى مع نتائج الدراسة التي قام بها أكير (2008) Acker على المرضى والمرضات المتخصصين الذين تحصلوا على شهادات عليا، يستعملون استراتيجية المواجهة المتمركزة على المشكل أكثر من المواجهة

المتمركزة على الانفعال. مما يؤكد على وجود فروق بين السلكين فيما يخص استعمالهما لاستراتيجيات  
المواجهة السالفة الذكر.

### • متغير نمط المؤسسة الصحية

نصت الفرضية السابعة في شقها المتعلق بنمط المؤسسة بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في  
استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS) وهي  
فرضية لم تتحقق بصفة كلية، لأن هناك فروقا شملت كلا من استراتيجية الدعم الذاتي، استراتيجية الدعم  
الروحي، استراتيجية إيجاد الحلول واستراتيجية التخطيط.

ويتضح لنا للوهلة الأولى من خلال النتائج المتوصل إليها، أن الفروق شملت الاستراتيجيات الفعالة  
بدرجة أكبر، حيث نلاحظ أن شدة استعمال استراتيجية الدعم الذاتي كان أشد لدى العاملين بـ CHU  
و EPSP، ويمكن إيعاز ذلك إلى أن العاملين بهذين النمطين من المؤسسات، يكمل بعضهم بعضا من  
ناحية التبعية المؤسساتية، بمعنى أن المستوصفات EPSP هي تابعة أصلا للمركز الاستشفائي الجامعي  
CHU وبالتالي هناك ترابط بين مهامهما.

وتتمثل الفروق التي شملت استعمال استراتيجية الدعم الروحي واستراتيجية إيجاد الحلول  
واستراتيجية التخطيط بأنها شديدة الاستعمال لدى العاملون بالـ EPH و EPSP مقارنة بالمؤسستين  
الأخرين، ويمكن تفسير ذلك أن في هاتين المؤسستين يكون المهني أمام وضع يحتم عليه إما التقبل  
المدعن للظروف الضاغطة وذلك بالدعاء أو الاستغفار، أو السعي للتخطيط والبحث عن حلول  
للمشكل، لأن النظام المعمول به الذي ينظم سير مثل هذه المؤسسات لا يسمح له بإعادة توجيه المريض  
إلى المراكز الاستشفائية الجامعية التي تتكفل بعدة مجالات كالصحة والتكوين والبحث، بينما تتكفل  
المؤسسات EPH بالحالات الاستشفائية البسيطة، وما يؤكد هذا الطرح ما أظهرته المؤسستين السابقتين  
في الفروق الظاهرة في ضعف استعمال لاستراتيجية تجنب المشكل.

### • متغير الأقاليم الجغرافية

نصت الفرضية السابعة في شقها المتعلق بمتغير الأقاليم الجغرافية بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية  
في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب) وبالتالي لم  
تتحقق بصفة كلية، لأن هناك فروقا واضحة شملت كل من استراتيجية الدعم الروحي، استراتيجية  
التفكير الإيجابي، استراتيجية التخطيط، واستراتيجية البحث عن الحلول المهدئة والمملطفة.

وقد تبين من الجداول المتعلقة بالفروق أن اللجوء إلى استعمال هاته الاستراتيجيات المذكورة سابقا شديد في الإقليم الجنوبي، ثم يليه إقليم الهضاب العليا وأخيرا الإقليم الشمالي، ما عدا استراتيجية البحث عن الحلول المهدئة والملطفة، التي كانت نسب ضعف اللجوء إليها كبيرة، ويمكن إيعاز هذه النتيجة إلى كون الإقليم الجنوبي متأثر بنقص المعدات الطبية، والكفاءات الصحية من أطباء وممرضين، تحتم على المرضى القاطنين بهذا الإقليم التوجه إلى المستشفيات والمؤسسات الصحية الموجودة في الإقليم الشمالي، لذا نجد العاملين بهذا الإقليم واقعين تحت وطأة ضغط العدد الهائل من المرضى، وضعف القدرة الاستيعابية للمراكز الصحية التي تجعلهم أمام هكذا وضعيات، فيميلون إلى استعمال استراتيجيات التخطيط، ولكن مع الوضع الضاغط الذي يتجاوز قدرتهم، فهم يلجؤون إلى عقلنته بالتفكير الإيجابي أحيانا، إلا أنه عندما تتجاوز الأوضاع قدراتهم، يسلمون بالأمر ويحاولون الاستعانة بوسائل مهدئة وملطفة، كما يسعون إلى اللجوء للدعم الروحي بالدعاء تارة وبالاستغفار تارة أخرى، وهذا ما يؤكد ما وصل إليه القطاع الصحي العمومي من تدهور محتوم. ومن هنا يمكن التنبؤ باحتمال تعرض هؤلاء العاملين يوما ما إلى آثار هذا الضغط المهني الوخيمة، لكون الاستراتيجيات المستعملة من طرفهم متمركزة في أغلبها على الانفعال.

## 8 - مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية الثامنة

لقد كشف الجدول (67) عن نتائج في ضوء الفرضية الثامنة على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجيات المواجهة (البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الدعم الروحي، وضع انقطاعات، التفكير الإيجابي، البحث عن الحلول للمشاكل واللجوء إلى الحلول المهدئة والملطفة) لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية، باستثناء استراتيجية الدعم الذاتي واستراتيجية التفكير الإيجابي، واستنادا لما سبق يمكن القول أن الفرضية الثامنة قد تحققت ما عدا العلاقة بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجية الدعم الذاتي واستراتيجية التفكير الإيجابي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أفراد مجموعة البحث تكيف مع مختلف المصادر المهنية الضاغطة باللجوء لمختلف استراتيجيات المواجهة، باستثناء استراتيجية الدعم الذاتي واستراتيجية التفكير الإيجابي، لكونهما استراتيجيتان تتطلبان جهدا عقليا، الأمر الذي يتنافى وطبيعة العمل الإنساني العلاجي للعاملين بالصحة، التي تتطلب منهم استثمارا انفعاليا أكثر وأكبر.

## 9 - مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الفرضية التاسعة

نصت الفرضية التاسعة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، وكان الهدف من وضع الجدول (68) هو معرفة العلاقة بين مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، وهكذا تمكنا من معرفة نوعية الاستراتيجية التي يميل إلى استعمالها العامل في قطاع الصحة العمومية أمام نوع المصدر الضاغظ في الميدان المهني.

والجدير بالذكر حسب فلكرمان ولازاروس نقلاً عن: (جمعة س.، 2004) أن كلا من التوافق والتقدير، يتأثران بالفوارق الفردية، وبالإمكانات السيكلولوجية، وبمختلف المصادر الشخصية من قيم والتزامات اجتماعية، بمعنى أن خصائص الفرد وقدراته، وامتلاكه لمهارات التوافق، يؤثر في الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة. لذا كان البحث عن العلاقة بين مصادر الضغط المهني ومختلف الاستراتيجيات التي يلجأ إليها أفراد مجموعة البحث لمواجهتها، وقد بين الجدول (68) أن أفراد مجموعة البحث العاملة في قطاع الصحة العمومية تسعى دوماً إلى استعمال الاستراتيجيات المهدئة والملطفة، واستراتيجية تجنب المشكل بصفة غالبية، مع جميع مصادر الضغط المهني، ويعتبر هذا مؤشراً خطيراً لأن في استعمال هكذا استراتيجيات التي تصنف ضمن الاستراتيجيات غير الفعالة والمتمركزة على الانفعال، لما لها من آثار سلبية على صحة الفرد في حد ذاته على المدى القصير أو الطويل، وعلى مردوديته المهنية. وهذا ما تؤكدته دراسة (جمعة س.، 2004) بأن هناك علاقة بين استخدام المواجهة المتمركزة على الانفعال والاضطراب النفسي، وبعكس استعمال مثل هذه المواجهة على التوافق السيء مع المشكلات. كما تؤكد دراسة

(Revenson & Aldwin, 1987) على أن هناك علاقة ارتباطية بين الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال والصحة النفسية السيئة.

كما يبين لنا الجدول نفسه أن أفراد مجموعة البحث عندما تكون أمام ضغط الإدارة تلجأ إلى استعمال استراتيجية الدعم الذاتي للتنفيس، فاللجوء إلى النشاطات الخارجية يعمل على خفض التوتر الناجم عنها، أو العمل على استعمال استراتيجية التخطيط، والتقدير الإيجابي والبحث عن الحلول، لأن الأمر متعلق بمصلحتهم الخاصة، ومنها العمل على الاحتفاظ بالعلاقة الحسنة مع الهيئة المستخدمة. في حين إذا تعذر على العامل فض نزاعاته مع الإدارة يلجأ إلى تجنب المشكل، أو استعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة التي تأخذ شكل الصراخ، العراك الكلامي أو ما شابه ذلك، الأمر الذي يؤثر على المستوى المرتفع من الضغط.

بينما إذا تعلق الأمر بالمسار المهني وما له من أهمية في حياة الموظف، يلجأ الأفراد إلى استعمال جميع استراتيجيات المواجهة عدا استراتيجية الدعم الذاتي لأن التطور الوظيفي يعد " من الأمور الهامة لكثير من العاملين، وذلك ليس لأنهم يجنون من خلاله دخلا ماديا أكثر فحسب، بل لأنهم يحققون مكانة أفضل ويواجهون تحديات جديدة. ففي السنوات الأولى من العمل يكون التطور المهني كبيرا وسريعا، في حين تقل فرص التقدم والترقية في المهنة في السنوات التي تسبق مرحلة التقاعد، وبالتالي ينمو الشعور بالخوف من فقدان العمل أو المكانة الاجتماعية خلال هذه الفترة، وبخاصة مع دخول عمال جدد للمؤسسة وظهور تهديد منافسة الأصغر سنا والأحدث خبرة، وتضاف إلى هذا العامل العوامل المرتبطة بانعدام الأمن والراحة في المهنة، وتقويم الأداء الوظيفي". (الأحمدي، 2002: 45).

كما يلجأ الأفراد إلى استعمال كل الاستراتيجيات، ماعدا استراتيجية الدعم الذاتي واستراتيجية التقدير الإيجابي، عندما يتعلق الأمر بالضغط الناجم عن العلاقة مع آلام المرضى، والتعامل مع المرتفقين، فهذه حتمة منطقية لأن الفرد العامل لا يمكنه اللجوء إلى ما هو إيجابي أمام المرض، وفي غياب ظروف العمل المواتية لأداء مهامه وتقديم الرعاية للمرضى، ذلك أن هذا الأسلوب لضبط الاستجابات الانفعالية من خلال تضخيم الجوانب الإيجابية للمصدر الضاغط وتحويل التهديد إلى تحدي، لأن النشاط المعرفي الخاص بإعادة تقييم الوضعية من الناحية الإيجابية يبدو فعالا في تقليص المستوى الانفعالي، عندما لا يتعدى عتبة معينة. ويشير لازاروس إلى أن فعالية النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الانفعالي وتقليصه يتوقف على مستوى الضغط وشدته (Lazarus & Folkman, 1984).

لهذا يمكن الحكم على أن استعمال أفراد مجموعة البحث لمختلف استراتيجيات المواجهة تجاه ضغط العلاقة مع المرضى والمرتفقين يؤدي حتما إلى زيادة مستوى الضغط لديهم، كما يمكن تفسير ذلك بأن عدم وجود حلول لمختلف المشاكل الأخرى، يجعل الفرد يميل إلى استعمال مختلف الاستراتيجيات للتخفيف من حدة الضغط، خاصة وأن المواقف الضاغطة تختلف من فئة إلى أخرى، ومن فرد إلى آخر، وحالة الضغط هي عبارة عن حالة انفعالية ذاتية موقفيه أقرب ما تكون إلى حالة خوف طبيعي، يشعر بها الأفراد في مواقف التهديد، مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي وبهئتهم لمواجهة مصادر التهديد. والملاحظ هنا، وأمام ضغط المرضى، أن الإطار المرجعي الاجتماعي والديني للعامل هو الذي يحدد طريقة استجابته لهذا المصدر، وأسلوب تكيفه مع البيئة المهنية حسب تقييمه المعرفي للوضعية الضاغطة.

ونلمح أنه عندما يكون العمل تحت ضغط عبء الدور، أو غموض الدور، أو المناوبة الليلية، يلجأ العمال إلى طلب السند الاجتماعي المتمثل في مساعدة زملاء العمل لتخفيف الضغط عنهم، ويعتبر لجوء الأفراد إلى مثل هذه الاستراتيجيات مؤشرا جيدا يحميهم من الوقوع في فخ الضغط المهني، لأن عدم اللجوء إليها حسب موس (MOSS) وزملائه هو بمثابة مؤشر على حالة من الاكتئاب. ويبين الجدول (68) نفسه أنه في حالة تعذر الحصول على السند من الزملاء، يكون اللجوء مباشرة إلى استراتيجية وضع انقطاعات بإيداع طلبات عطل مرضية، أو التغيب بدون عذر، أو استعمال استراتيجيات مهدئة وملطفة، كتناول الأدوية المهدئة أو شرب المشروبات الروحية، لأن شعور الفرد بالأمان في محيط عمله يتوقف على مدى وجود الدعم والمساندة الاجتماعية، فالعامل يشعر بالأمن حينما يجد بجواره صديقا أو قريبا يستطيع اللجوء إليه حينما يواجه صعوبة أو مشكلة أو يحتاج إلى مشورة.



## ثانيا: الاستنتاج العام

هدف هذا البحث إلى التعرف على مصادر الضغط المهني في قطاع الصحة العمومية بالجزائر واستراتيجيات مواجهتها لدى العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي، من خلال تحديد مصادر الضغط المهني وكذا مختلف الاستراتيجيات المستعملة لمواجهتها، كما شمل هذا البحث قياس تأثير عدد من المتغيرات التنظيمية والفردية التي كان لها التأثير المباشر على تحديد مستويات الضغط المهني، وقد تمّ التوصل إلى عدد من النتائج الهامة نستعرضها فيما يلي:

### 1- نتائج خاصة بمستويات ومصادر الضغط المهني

#### 1.1- مستوى الضغط لدى كل مجموعة البحث

كشفت النتائج العامة لهذا البحث أن مستوى الضغط لمختلف المصادر التي يصادفها أفراد مجموعة البحث في ميدان عملهم يتراوح بين المرتفع والمتوسط والمنخفض. وكان المعدل العام لمستوى الضغط متوسطا قدر بـ 58,72% ولكنه مستوى آيل للارتفاع. ولإبراز ما إذا كان الأفراد يعانون من مستوى ضغط مرتفع أو متوسط أو منخفض وقع الاعتماد على طريقة حساب المستويات، التي تحدد بدقة أكثر نسب المستويات الثلاث (المرتفع، المتوسط، المنخفض)، وقد تمّ تسجيل أكبر نسبة لمستويات الضغط لدى الفئة التي أبرزت ضغطا متوسطا بنسبة قدرت بـ 52.43%، أي تقريبا نصف أفراد مجموعة البحث. إلا أن الأفراد الذين يعانون من مستوى ضغط مرتفع قد قدرت نسبتهم بـ 37.75%، وهي أعلى من نسبة مستوى الضغط المنخفض التي قدرت قيمتها بـ 9.50%.

#### 2.1- مستوى الضغط حسب متغير نمط المؤسسة الصحية

عمد البحث إلى محاولة معرفة مدى اختلاف مستوى الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث حسب نمط المؤسسة الصحية التي ينتمون إليها (EPSP, CHU, EHS, EPH)، وتوصلت النتائج إلى إبراز ترتيب كل مؤسسة من حيث الضغط المرتفع فقط حيث:

- احتلت المؤسسة العمومية الاستشفائية للصحة EPH الترتيب الأول.
- تلتها المؤسسة الاستشفائية الصحية EHS في الترتيب الثاني.
- جاءت المراكز الاستشفائية الجامعية CHU في الترتيب الثالث.
- احتلت المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP الترتيب الأخير.

### 3.1- مستوى الضغط حسب متغير السلك المهني

تم تسجيل مستوى الضغط العام لدى العاملين بالسلك شبه الطبي بنسبة 59,40، وهم أكثر معاناة من الضغط مقارنة بالعاملين في السلك الطبي، الذين تحصلوا على نسبة 57,72%.

### 4.1- أهم مصادر الضغط المهني لدى كل مجموعة البحث

أظهرت النتائج أن أفراد مجموعة البحث يعانون من مصادر مختلفة للضغط المهني، حيث سجلت نسبة التأثير الشديدة بما كما يلي:

- **العلاقة مع الإدارة:** تمثل مصدرا هاما من مصادر الضغط المهني إذ سجلت نسبة مرتفعة قدرت بـ 61.4%، وقد كشفت عن عدم الاعتراف بالعمل المنجز وتعطيل فرص الترقية.
- **المسار المهني:** عبرت نسبة 45% من أفراد مجموعة البحث عن تأخر في الترقية الوظيفية، وافتقار إلى فرص تقلد مناصب أعلى، وكذا الشعور بعدم الأمن الوظيفي، واعتبر مصدرا ثانيا من مصادر ضغوط العمل.
- **ظروف العمل:** شكلت نسبة 42.6% من أفراد مجموعة البحث، وتمثلت في الظروف المادية كنقص الإضاءة، قلة التهوية، الضوضاء، مكان العمل غير مريح.
- **المنوبة الليلية:** أشارت النتائج إلى أن نسبة 41.3% من الباحثين يعانون من المناوبة الليلية كمصدر مهني ضاغط.
- **عبء العمل:** لقد سجلت النتائج المتعلقة به نسبة 31.1%، وقد احتل عبء العمل المرتبة الخامسة بعد ظروف العمل،.
- **العلاقة مع الزملاء:** سجلت نسبة 30.8%، وتمثلت في غياب مساعدة الزملاء لبعضهم البعض، وطبيعة التفاعل بين أفراد جماعة العمل، فهم غير متعاونين، ولا يتشاركون في المعلومات.
- **غموض الدور:** سجلت النتائج نسبة 26.6% من الباحثين الذين يعانون من هذا المصدر الضاغط، الذي من مؤشرات افتقاد المعلومات اللازمة للتمكن من أداء المهام بصورة سليمة والخوف من ارتكاب أخطاء.
- **العلاقة مع المرضى وذويهم:** تشير النتائج إلى أن العمل في بيئة مهنية تطغى عليها آلام المرضى، وتكثر فيها المشاعر الكثيفة المصرح بها من طرف المريض، وصعوبة إدارتها من طرف المعالجين، وقد أثرت هذه العلاقة مع المرضى وذويهم بنسبة قدرت بـ 24.1%، وهي آخر مصدر من مصادر الشعور بالضغط المهنية.

## 5.1- مستوى الضغط المهني وفق المتغيرات التالية: (متغير الخصائص الشخصية، السلك المهني، نمط المؤسسة الصحية ومتغير الأقاليم الجغرافية).

هدف البحث إلى محاولة معرفة الفروق الدالة إحصائياً في مستوى تأثير مصادر الضغط المهني لدى أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي التي تعزى: لمتغير الخصائص الشخصية (الجنس، السن، الأقدمية المهنية والحالة المدنية)، وبتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي)، وبتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS)، وبتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

وتوصل البحث إلى النتائج التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، المناوبة الليلية، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير الجنس، ماعدا غموض الدور والمناوبة الليلية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير السن، ماعدا غموض الدور.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مصادر الضغط المهني الناجمة عن عبء العمل، المناوبة الليلية، المسار المهني، العلاقات مع الإدارة، ظروف العمل، والعلاقة مع المرضى وذويهم لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير الأقدمية المهنية وبتغير الحالة المدنية ماعدا غموض الدور.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، المناوبة الليلية، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير السلك المهني، ماعدا غموض الدور والمناوبة الليلية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية، ماعدا المناوبة الليلية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض مجموعة البحث للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي ماعدا المناوبة الليلية.

## 2- استراتيجيات المواجهة

أشارت النتائج المتحصل عليها من خلال هذا البحث إلى أن مجموعة البحث تستعمل استراتيجيات مختلفة تمثلت فيما يلي:

- **استراتيجية الدعم الروحي:** احتلت الترتيب الأول حيث أثرت بشدة بنسبة 64.7%، والتي تعني مختلف الطرق الدينية التي يلجأ إليها العامل في أوقات الضغط، مثل الإكثار من الصلوات، والاستغفار والعبادات، واللجوء إلى قراءة القرآن وتفويض الأمر لله.
- **استراتيجية التخطيط:** سجلت النتائج نسبة 61.1% من أفراد مجموعة البحث يلجؤون بشدة إلى هذه الاستراتيجية، إذ يستعملون أنماطاً من التفكير العقلاني والمنطقي أمام الموقف الضاغط، بحثاً عن طرق مواجهة إيجابية لتنظيم العمل، القيام بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية، التنسيق مع زملاء العمل.
- **استراتيجية البحث عن حلول للمشاكل:** تشير نسبة 52.9% من أفراد مجموعة البحث يلجؤون إلى مختلف الطرق المعرفية وأنماط التفكير العقلانية والمنطقية لمحاولة استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغط المهني.
- **استراتيجية التقدير الإيجابي:** تشير النتائج إلى أن نسبة 43.9% من أفراد مجموعة البحث يلجؤون إلى تصرفات معينة لمحاولة إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف، كالتريث، واكتساب خبرة مما حدث بالرجوع خطوة للوراء، التحلي بالإيجابية والنظر إلى جوانب أخرى.
- **استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي:** تشير نسبة 26.9% من أفراد مجموعة البحث، إلى السعي للحصول على الدعم الاجتماعي من طرف الآخرين (أفراد الأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) بطلب العون والنصيحة والمساعدة، كالاستماع إلى المشاكل المهنية للمرضين أو تقاسمها معهم. وهي نسبة ضئيلة نوعاً ما، رغم أن هذه الاستراتيجية تعتبر من بين أهم استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني.
- **استراتيجية الدعم الذاتي:** تشير نسبة 20.9% من أفراد مجموعة البحث إلى الرجوع إلى الحياة الأسرية، الاجتماعية والرياضية، وهي استراتيجية يلجأ إليها المهني بهدف تجميع طاقته وتجاوز الضغط المهني اليومي.

- **استراتيجية وضع انقطاعات:** تشير نسبة 14.7% من أفراد مجموعة البحث إلى أن الممرضين يلجؤون إلى إجراءات مختلفة لتفادي الدخول في مواجهة الضغط المهني كأخذ عطلة مرضية، أخذ فترة استراحة، النوم، التغيب.
- **استراتيجيات مهدئة وملطفة:** تتضمن طرق التعامل مع الضغط بروح من المرح والدعابة أو الصراخ والتعنيف، أو تعاطي المهدئات النفسية كالتدخين أو الإفراط في الأكل والشرب. وتشير النتائج المتحصل عليها بخصوص هذه الاستراتيجية إلى نسبة 2.8%.
- **استراتيجية تجنب المشاكل:** يلجأ أفراد مجموعة البحث بنسبة 2.8% أيضا إلى استعمال سلوكيات ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط عن طريق الانشغال بوضعيات ونشاطات أخرى، أو التفكير في أشياء أخرى غير العمل، والتغيرات السلوكية التي تظهر على الممرض (ة) توحى بتجنب المواقف الضاغطة كالانعزال، الصمت، الحياء.

### 3 - الفروق في استراتيجيات المواجهة وفق متغيرات البحث

هدف البحث أيضا إلى محاولة معرفة الفروق الدالة إحصائيا في شدة اللجوء لمختلف استراتيجيات المواجهة من طرف أفراد مجموعة البحث العاملة بالقطاع الصحي العمومي تعزى: لمتغير الخصائص الشخصية (الجنس، السن، الأقدمية المهنية والحالة المدنية)، ومتغير السلك المهني (الطبي وشبه الطبي)، ومتغير نمط المؤسسة الصحية (EPH) (EPSP) (CHU) (EHS) ومتغير الأقاليم الجغرافية (الشمال، الهضاب العليا والجنوب).

بينت النتائج ما يلي:

- لا توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير الجنس في كل أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة التالية: (التقدير الإيجابي، وضع انقطاعات، الدعم الروحي، التخطيط، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الحلول للمشاكل) ما عدا الدعم الذاتي، تجنب المشاكل والحلول المهدئة والملطفة.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير السن (الفئات العمرية) ومتغير الأقدمية المهنية في كل أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة التالية: (التقدير الإيجابي، تجنب المشاكل، وضع انقطاعات، الدعم الروحي، الدعم الذاتي، التخطيط، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الحلول للمشاكل، الحلول المهدئة والملطفة).

- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير الحالة المدنية في أغلب أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة التالية: (التقدير الإيجابي، الحلول المهدئة والملمطة، تجنب المشاكل، وضع انقطاعات، الدعم الروحي، التخطيط، البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الحلول للمشاكل ما عدا الدعم الذاتي).
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير السلك المهني في أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة التالية: (الدعم الذاتي، التخطيط، البحث عن الدعم الاجتماعي، تجنب المشاكل، الحلول المهدئة والملمطة)، بينما هناك فروق دالة إحصائية في الأبعاد التالية: (الدعم الروحي، وضع انقطاعات، البحث عن الحلول للمشاكل، التقدير الإيجابي).
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير الإقليم الجغرافي في أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة التالية: (البحث عن الحلول للمشاكل، الدعم الذاتي، تجنب المشاكل، وضع انقطاعات والبحث عن الدعم الاجتماعي)، بينما هناك فروق دالة إحصائية للأبعاد التالية: (الدعم الروحي، التقدير الإيجابي، الحلول المهدئة والملمطة والتخطيط).
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى مجموعة البحث تعزى لمتغير نمط المؤسسة الصحية في أبعاد مقياس استراتيجية المواجهة التالية: (تجنب المشاكل، وضع انقطاعات، البحث عن الدعم الاجتماعي، الحلول المهدئة والملمطة، التقدير الإيجابي). بينما هناك فروق دالة إحصائية في الأبعاد التالية: (الدعم الروحي، الدعم الذاتي، البحث عن الحلول للمشاكل، التخطيط).

#### 4- العلاقة الارتباطية بين مستوى الضغط العام واستراتيجيات المواجهة

دلت النتائج المتعلقة بالعلاقة الارتباطية بين مستوى الضغط العام واستراتيجيات المواجهة ما يلي:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى الضغط المهني العام لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية واستراتيجيات المواجهة (البحث عن الدعم الاجتماعي، البحث عن الدعم الروحي، وضع انقطاعات، البحث عن الحلول واللجوء إلى الحلول المهدئة والملمطة)، وبعبارة أخرى كلما كان مستوى الضغط مرتفعا كلما كان اللجوء إلى تلك الاستراتيجيات.
- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى الضغط المهني العام واستراتيجيات المواجهة المتمثلة في (استراتيجية الدعم الذاتي واستراتيجية التقدير الإيجابي).

## 5 - العلاقة الارتباطية بين مصادر الضغط واستراتيجيات المواجهة

بينما دلت النتائج المتعلقة بالعلاقة بين مختلف المصادر الضاغطة لدى أفراد مجموعة البحث ومختلف الاستراتيجيات التي يلجؤون إلى استعمالها لمواجهةها على ما يلي:

- ليست هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجية البحث عن الدعم الذاتي وكل مصادر الضغط المهني ما عدا مصدر العلاقة مع الإدارة، وبعبارة أخرى يكون اللجوء إلى استراتيجية الدعم الذاتي عندما يكون هناك ضغط ناجم عن كل المصادر الضاغطة الأخرى ما عدا مصدر ضغط الإدارة.
- هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجية الدعم الاجتماعي وضغط المصادر التالية (العلاقة مع المرضى وذويهم، عبء العمل، غموض الدور، المناوبة الليلية والمسار المهني) أي يكون اللجوء أكثر لهذه الاستراتيجية المتمثلة في طلب الدعم الاجتماعي لما يتعلق بالضغط بهذه المصادر، بينما لا توجد علاقة ارتباطية مع المصادر الأخرى (العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الإدارة، ظروف العمل).
- لا توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية الدعم الروحي وضغط (ظروف العمل، عبء العمل غموض الدور، المناوبة الليلية، العلاقة مع الزملاء، العلاقة مع الإدارة)، بينما هناك علاقة ارتباطية مع مصادر ضغط المسار المهني، العلاقة مع المرضى وذويهم).
- ليست هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجية وضع انقطاعات وكل من ضغط (ظروف العمل، عبء العمل، العلاقة مع الزملاء والعلاقة مع الإدارة)، بينما توجد علاقة ارتباطية مع (غموض الدور، المناوبة الليلية، المسار المهني والعلاقة مع المرضى وذويهم).
- لا توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية تجنب المشكل والاستراتيجيات المهدئة والملطفة مع كل مصادر الضغط المهني.
- توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية التقدير الإيجابي وضغط المصادر التالية: (ظروف العمل، عبء العمل، المناوبة الليلية)، بينما لا توجد علاقة ارتباطية مع غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الإدارة والعلاقة مع الزملاء).
- لا توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية البحث عن الحلول ومصادر الضغط التالية: (ظروف العمل، عبء الدور، غموض الدور، المناوبة الليلية، العلاقة مع الزملاء) بينما توجد علاقة بين استعمال استراتيجية البحث عن الحلول وضغط (المسار المهني، العلاقة مع الإدارة والعلاقة مع المرضى).
- هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجية التخطيط وضغط كل من (المسار المهني، العلاقة مع الإدارة، العلاقة مع الزملاء والعلاقة مع المرضى وذويهم).

## خاتمة

يعتبر البحث في الضغط المهني لدى العاملين في قطاع الصحة العمومية في الجزائر ضمن المقاربة النفسية-العيادية محاولة من خلال عيادة الأفراد في مكان العمل « Clinique au travail » استهدفت إبراز أهمية تأثير الإطار البيئي المتمثل في المجال المهني المادي أو البشري على صحة الفرد الجسمية والنفسية على حد سواء، بالتعرف على مختلف المصادر الضاغطة وتحديد مستواها، وأهم استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف العاملين في القطاع تجاه هذه المصادر الضاغطة.

وبناء على ما سبق تناوله، تبرز أهمية هذا البحث في كونه بحث وصفي تحليلي يمثل استمرارا للبحوث التي سبقته، وكذا وصفا لمعاناة العاملين في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر من الضغوط المهنية، التي تنعكس على المدى القصير أو البعيد على صحتهم الجسدية والنفسية، ولقد حاول البحث تسليط الأضواء على بعض المصادر المفترضة التي تسبب الضغط في العمل، بينما يوجد العديد من المصادر الأخرى لم يتطرق إليها البحث لصعوبة الإحاطة بها كلها في بحث واحد، خاصة وأن هناك عدة نماذج نظرية مختلفة يتم على أساسها تصنيفها. كما أن اقتصار البحث على 756 مبحوثا لتحديد مختلف استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني بالجزائر يعتبر غير كاف تماما، كونه موضوع واسع وحساس إلى حد ما.

تمّ في البداية تقديم تصور عن الضغط بإدراج مختلف النماذج والنظريات التي تناولت الضغوط النفسية بصفة عامة والمهنية بصفة خاصة، وكذا محاولة تقديم تصور عن استراتيجيات المواجهة باستثمار ما ورد في التراث السيكلوجي، بهدف إبراز أهمية استراتيجيات المواجهة في الحفاظ على صحة الفرد النفسية والجسدية، والعمل على وقايتها من الضغط المهني. كما تمّ إدراج حالات عيادية للتقرب أكثر من الظاهرة.

وعليه كانت تساؤلات البحث التي تبعثها فرضيات مبنية على اطلاع الباحثة على الأدب السيكلوجي في الموضوع قيد البحث، وكذا على التجربة المهنية، حيث تمّت معرفة مدى مساهمة بعض المتغيرات (الشخصية ونمط المؤسسة وطبيعة الإقليم الجغرافي ونوع السلك المهني) في بروز هذه الظاهرة، بالاستعانة بإعداد وتطبيق مقياسين تمّ بناؤهما لهذا الغرض، وطُبقا على المبحوثين، بالإضافة إلى الاستعانة بالمقابلة العيادية للغوص أكثر في صلب الموضوع.

وبعد القيام بالمعالجة الإحصائية تمّ عرض نتائج البحث، وتبين أن البعض من فرضياته قد تحقق والبعض الآخر لم يتحقق.



ويمكن تلخيص نتائج البحث في كون أن قطاع الصحة العمومية قطاعا حساسا يقصده الأفراد لأجل الرعاية والعلاج، وبالتالي العاملين على تقديم هكذا خدمات يجب أن يكونوا مؤهلين جسميا ونفسيا لأداء هذه المهام، غير أن ما تعكسه النتائج الحالية لهذا البحث يؤكد عكس ذلك على ما يتلقاه المرتفقون من خدمات علاجية في هذه المؤسسات الصحية العمومية.

يمثل تسجيل مستوى ضغط عام متوسط آيل للارتفاع ومعاناة أفراد مجموعة البحث من مصادر مختلفة للضغط المهني إضافة إلى استعمال مجموعة البحث استراتيجيات أهمها استراتيجية الدعم الروحي التي تعتبر من الاستراتيجيات غير الفعالة، له الأثر السلبي على المدى القريب والمتمثل في تكريس الرداءة في القطاع الصحي العمومي، بينما سيظهر أثرها على المدى البعيد في الآثار السلبية على صحة العاملين بالقطاع.

في الختام، يمكن القول إن هذا البحث، يبقى مجرد محاولة للمساهمة في تحديد مستوى الضغط المهني، وأهم مصادره لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية بالجزائر، فضلا عن الوقوف على أهم الاستراتيجيات التي يتبناها العاملون لمواجهة، وهي المواضيع التي ستتبع ببحوث لاحقة أخرى متى سمحت الفرص.

لما اقتصر هذا البحث على محاولة تسليط الضوء على مختلف مصادر الضغط المهني واستراتيجيات مواجهته لدى العاملين بالسلك الطبي وشبه الطبي، فإن الآفاق التي لم يستطع أن يتطوع إليها البحث الحالي ولم يتناولها رغم أهميتها مثل الضغط المهني بين مختلف التخصصات الطبية الذي يكون فيها متباين.

1. أبوبكر، نشوة كرم. (2007). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
2. الخضري، باسل مهدي. (2008). استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الممرضين تحت الضغوط في مكان العمل " دراسة مقارنة ". رسالة ماجستير غير منشورة. غزة.
3. الأحمدى، حنان عبد الرحيم. (2002). ضغوط العمل لدى الأطباء: المصادر والأعراض: الرياض.
4. الروقي، سعد بن معتاد عايد. (2003). الضغوط الإدارية وعلاقتها بالأداء والرضا الوظيفي. رسالة ماجستير غير منشورة. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض.
5. الباز، علي. (2002). العلاقات العامة والعلاقات الانسانية مع دراسات تطبيقية للعلاقات العامة بأجهزة الشرطة. الاسكندرية، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
6. البعلبكي، منير. (1989). المورد: قاموس إنجليزي عربي. بيروت: دار العلم للملايين.
7. الجريدة الرسمية. (1997/12/10). المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 1997/12/10.
8. الجريدة الرسمية. (2010/10/21). القانون رقم 10-02 المؤرخ في 2010-06-29 المتضمن المصادقة على المخطط الوطني لتهيئة الإقليم.
9. الخضري، باسل مهدي. (2008). استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الممرضين تحت الضغوط في مكان العمل " دراسة مقارنة ". رسالة ماجستير غير منشورة. غزة.

10. السيد، محمد أبو هاشم. (2010). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. مجلة الطلاب، 20(81).
11. المنظمة العالمية للصحة. (Septembre, 2010). تم الاسترداد من: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ar>
12. المنظمة العالمية للصحة. (06 - 10 - 2013). تم الاسترداد من: <http://www.alsharq.net.sa/2013/10/06/963084>
13. الزبود، نادر محمد. (2008). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى طلبة جامعة قطر وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة رسالة الخليج العربي (99).
14. العبودي، فاتح. (2007-2008). الضغط النفسي وعلاقته بالرضى الوظيفي. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة منتوري قسنطينة.
15. القبلان، نجاح. (2004). مصادر الضغوط المهنية في المكتبات الأكاديمية في المملكة العربية السعودية. الرياض: مكتبة الملك فهد للطباعة.
16. العميان، محمود سلمان. (2005). السلوك التنظيمي في منظمات الاعمال. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
17. السهيلي، عبد الله بن حميد. (2008). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من مرضى المتريدين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى. رسالة ماجستير غير منشورة: جامعة الرياض.
18. المشعان، عويد. (2004). الضغوط النفسية، النماذج التطبيقية ومهارات المواجهة من أجل النجاح. الكويت: مكتبة دار النشر والتوزيع.
19. السيد، عثمان فاروق. (2001). القلق و إدارة الضغوط النفسية (ط: 1). القاهرة: دار الفكر العربي.

20. الشريف، ليلي. (2002). أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ، ب) لدى أطباء الجراحة. جامعة دمشق، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية.
21. الطيرري، عبد الرحمن بن سليمان. (1984). المؤشرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط النفسي من خلال بعض المتغيرات: الرياض.
22. الطيرري، عبد الرحمن بن سليمان. (1994). الضغط النفسي : مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته: الرياض.
23. الضريبي، عبد الله. (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. "دراسة ميدانية على عينة من العاملين بمصنع الزجاج القديم بدمشق". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دمشق.
24. الوهبان، علي حسن. (2007-2008). ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية (اليمن - الجزائر). رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر-2.
25. أبو مسعود، مسلم إياد سماهر. (2010). ظاهرة الإحترق الوظيفي لدى الموظفين العاملين في وزارة التربية والتعليم العالي بقطاع غزة" أسبابها وكيفية علاجها". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة غزة.
26. أنجرس، موريس. (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. ترجمة صحراوي، بوشرف وسبعون، الجزائر: دار القصبه للنشر.
27. آيت حمودة، حكيمة. (2012). أساليب المواجهة في التعامل مع قلق الامتحان وأثرها في النجاح والرسوب في شهادة الثانوية العامة. مجلة إتحاد الجامعات العربية وعلم النفس، 10(1)، 99-130.
28. بن زروال، فتيحة. (2008). أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر واستراتيجيات المواجهة). رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة قسنطينة، الجزائر.

29. بوزازوة، مصطفى. (ديسمبر، 2007). ضوابط العمل المدركة واستراتيجيات مواجهتها. رسالة دكتوراه غير منشورة: جامعة الجزائر.
30. بوفاتح، محمد. (2012-2013). الضغوط النفسية وعلاقتها بدافعية الإنجاز ومستوى الطموح لدى الأساتذة الجامعيين . رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الجزائر-2.
31. بن لوصيف، زين الدين. (10 02, 2015). سير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة. تم الاسترداد من الصفحة ستار تايمز: <http://www.startimes.com>
32. بدو، أكرم محمود حسين. (2003). المسؤولية المدنية للمستشفيات الخاصة، دراسة مقارنة. عمان: دار حامد.
33. برزوان، حسبية. (2012-2013). فعالية علاج سلوكي معرفي للتخفيف من الضغط المهني وتنمية استراتيجيات مواجهتها. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
34. بزازة، عمر خروبي. (2010-2011). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة : المؤسسة العمومية الإستشفائية الإخوة خليف بالشلف. رسالة ماجستير غير منشورة : جامعة الجزائر-3.
35. بوعانة، عبد المهدي. (2004). إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية- مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية. عمان: دار حامد للنشر والتوزيع. تم الاسترداد من: <http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/1197/1/Atik-Aicha.mag.pdf>
36. بومعراف، عماري وعمار، الياس. (2009-2010). من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. مجلة الباحث.
37. بوعلي، نورالدين وبغول، زهير. (2008). محددات الضغط المهني في اطار نموذج Mattesson & Ivancevich. الملتقى الدولي للضغوط في العمل. جامعة سطيف.

38. تغليت، صلاح الدين ولونيس، علي. (9-8 أبريل، 2008). الضغوط النفسية في البيئة الجزائرية: أية استراتيجية وأية مقاومة. الملتقى الوطني حول الضغوط النفسية. جامعة عمار ثليجي، الأغواط.
39. تواتي نجية. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين بمصالح الأورام وعلاقتها ببعض المتغيرات الفردية: دراسة ميدانية ببعض المؤسسات الاستشفائية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر 2.
40. جدو، عبد الحفيظ. (2013-2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة سطيف.
41. جمعة، سيد يوسف. (2008). إدارة الضغوط (ط:1). القاهرة: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية.
42. جودة، يحي ودرويش، عبد الجواد. (2002). مصادر ضغوط العمل لدى الممرضين والمرضات العاملين في مستشفيات شمال الضفة الغربية. رسالة ماجستير غير منشورة: جامعة عمان.
43. حريستاني، حسان محمد نذير. (1990). إدارة المستشفيات. الرياض: معهد الإدارة العامة.
44. حمداش، نوال. (2003). الإجهاد المهني لدى الزوجة العاملة الجزائرية واستراتيجيات تعاملها معه. رسالة دكتوراه غير منشورة: جامعة قسنطينة.
45. حمدي، علي وشاذلي، عبد الحميد محمد. (2000). سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل (ط1). مصر.
46. خميس، محمد سليم. (2011-2012). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي (دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة). رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة ورقلة.

47. داود، راضية. (2013-2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة سطييف.
48. رجينالد، دونالد وايلد، وليارو. (2001). موسوعة علم النفس الشامل (المجلد 9): بيروت.
49. زاير، مصطفى. (1998-1999). تسيير المواد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالجزائر: دراسة حالة الصيدلة المركزية لمستشفى تلمسان. رسالة ماجستير غير منشورة: جامعة تلمسان.
50. عويدات، عبد الله. (1995). مظاهر الإغتراب عند معلمي المرحلة الثانوية في الأردن. دراسات (6)، صفحة 335.
51. عبد العظيم حسين سلامة. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية (ط: 1). عمان: دار الفكر.
52. عدمان، مريزق. (2010). التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجاً.
53. عرب، هاني. (2009). مهارات التفكير والبحث العلمي. تاريخ الاسترداد في 17 مارس 2014، من ملتقى البحث العلمي: مسترجع من موقع: <http://www.rsscra.gov.lb/downloads/info.php>
54. علي، أنور جميل. القلق المهني وعلاقته بسمات الشخصية وتقدير الذات: دراسة ميدانية لدى العاملين في مؤسسة الطيران العربية السورية. رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة دمشق.
55. عسكر، سمير أحمد. (1988). متغيرات ضغوط العمل : دراسة تطبيقية في قطاع المصارف بدولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة الإدارة العامة (60)، الصفحات 7-58.
56. عسكر، علي. (2003). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها: الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق. عمان: دار الكتاب الحديث.

57. عماري، عمار وبومعراف، الياس. (2010/2009). من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. مجلة الباحث.
58. ستورا، جان بنجامين. (1997). الكرب (الضغط النفسي) (ط: 1). (لمترجمون: وجيه أسعد وآخرون): دار البشائر.
59. شارف خوجة، مليكة. (2010-2011). مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين: دراسة مقارنة في المراحل التعليمية الثلاث (إبتدائي، متوسط وثانوي). رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر-2.
60. شاذلي، علي وحدي، عبد الحميد. (2000). سيكولوجية الاتصال وضغوط العمل (ط: 1). مصر: دار الفكر.
61. صحراوي، وافية. (2012-2013). الثقافة التنظيمية وعلاقتها بالضغط المهني والولاء التنظيمي وفعالية الذات لدى إطارات الجامعة الجزائرية. دراسة ميدانية على جامعة الجزائر. رسالة دكتوراه غير منشورة.
62. ضبع، مريم. (2011-2012). الضغط المهني وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية. دراسة ميدانية بمؤسسات سونلغاز الجلفة. أطروحة دكتوراه غير منشورة.
63. فرشان، لويزة. (ديسمبر، 2011). أثر الضغط المهني على حوادث العمل. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، الصفحات 186-198.
64. فونتانا، دافيد. (1993). الضغوط النفسية. ترجمة حمدي الفرماوي ورضا سريع. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
65. كشرود، عمار الطيب. (2001). علم النفس الصناعي والتنظيمي. بنغازي: دار الكتاب الوطنية.



66. لعجايلية، يوسف. (2015/2014). مصادر الضغوط لدى عمال الصحة وسبل مواجهتها في المصالح الاستعجالية: دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي بعنابة، رسالة ماجستير غير منشورة.
67. معمري، بشير. (2013). أسس ومبادئ استعمال الرقم في القياس النفسي. اشكالية القياس في علم النفس. الجزائر: طباعة الرشاد للطباعة والنشر.
68. محروس، محمد وعبد الرحمن محمد، السيد الشناوي. (1998). العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار قباء للنشر.
69. محمود محمد مصطفى. (22 جويلية، 2013). استشارات موارد بشرية وتدريب. تم الاسترداد من: [http://hrandtraining.blogspot.com/2012/07/blog-post\\_7817.html](http://hrandtraining.blogspot.com/2012/07/blog-post_7817.html)
70. مريم، رجاء. (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض: دراسة ميدانية في مستشفيات دمشق. جامعة دمشق.
71. مزلق، وفاء. (2013-2014). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان. رسالة ماجستير غير منشورة: جامعة سطيف 2.
72. مسلم، أحمد عبد القادر. (2007). مصادر الضغوط المهنية وآثارها في الكليات التقنية في محافظات غزة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة غزة.
73. معمري، نورية. (1998). استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالصداع النصفي وعلاقته بالقلق. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر.
74. موساوي، ليندة. (2000-2001). علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند الممرضين: دراسة ميدانية ببعض مستشفيات مدينة الجزائر. رسالة ماجستير غير منشورة: جامعة الجزائر.

75. ميهوبي، فوزي. (2008). المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين: دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصحية بالعاصمة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة البليدة.
76. هيجان، عبد الرحمن بن أحمد محمد. (1998). ضغوط العمل. الرياض: معهد الإدارة العامة.
77. واكلي، بديعة. (2013-2012). استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة سطيف 2.
78. وليامس، جون. (2005). الأخلاقيات الطبية. باريس: جمعية الطب العالمية.
79. ياغي، شاهر يوسف. (2006). الضغوط النفسية لدى العمال في قطاع غزة وعلاقتها بالصلابة النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية: غزة.

80. Andrew G & Rudolf H. Billings & Moos .(1981) .**The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events** . Journal of Behavioral Medicine.157-139 ،(2) 4 .
81. Organisation mondiale de la santé .(2016 ,09 20) .Phac-Aspc.gc .  
Récupéré sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/mphp-mhpp04-fra.php>
82. Rahe RJ. & Arthur.RH .Novembre, 1991 . **(Life change and illness studies: past history and future directions** . Naval Health Center ،(44). -3
83. Abid Zineddine & Ayar Lamine. (2015, Avril). **Burn-out du soignant aux urgences**. European Scientific Journal, 11(12). Consulté le 1 10, 2015, sur [www.eujournal.org](http://www.eujournal.org):  
<http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/view/5462>
84. Aldwin, C & Revenson, T .(1987) .**Does Coping Help? A Reexamination of the Relation between Coping and Mental Health** . Personality and Social Psychology.348-337 .
85. Anderson, B. N. (2004). **Encyclopedia of health - behavior** (éd. Chief, Vol. 2). USA: Sage publications.
86. Andrea Dinca .(25 dec, 2008) .**Stratégies de coping , mecanismes de defense et leur influence sur le bien- etre et les performances d'athletes de haut niveau** .Thèse Doctorale . Université de reims champagne-Ardenne.
87. Andrée. Chazalotte . (1973) . **Étude sur les conséquences du travail en équipes alternantes et leurs facteurs explicatifs** .Comité d'organisation des recherches appliquées sur le développement économique et social.
88. Anne-Marie, P. T. (1977, mars). **Usure professionnelle et formation en soins palliatifs**. les cahiers Internationaux de psychologie sociale (33), p. 80.
89. Annie David, I. P. (2014 02 23). **Coping et stratégies d'adaptation**. Récupéré sur <http://recherche.univ-lyon2.fr/lab-psd/IMG/pdf/coping-strategiesM1.pdf>.

90. Ayari. L & Abid. Z. ( s d ) .**(Burn-out du soignant aux urgences .** ESJ European Scientific Journal, Récupéré le 10,1,2015 sur [www.eujournal.org](http://www.eujournal.org):  
<http://www.eujournal.org/index.php/esj/article/view/5462>
91. Belarif, E. (2004, juin). **Facteurs de stress en milieu hospitalier: Cas des infirmiers du centre hospitalier Provia de Beni Mellal.** Thèse de Doctorat non publiée.
92. Benmessaoud, H. (2008). **Syndrome d'épuisement professionnel "burnout" chez le personnel Infirmier de deux établissements hospitaliers: le centre hospitalo-universitaire d'Alger et le centre Pierre et Marie Curie.** Alger.
93. Borteyrou Xavier et al .(Decembre, 2009) .**Le stress chez le personnel travaillant en oncologie: tentative de classification des strategies de coping .**Special Sante au Travail ,(4)15 ,pp .398-380 Récupéré sur :  
<http://revue.pto.com/articles%20pdf/Decembre%202009/Volume%2015-4.pdf>
94. Boudarene, M. (2005). **Le stress entre bien être et souffrance.** Alger: Berti édition.
95. Bruchon-Schweitzer Marilou .(2001). **Concepts, Stress, Coping,** recherche en soin infirmiers . N °67 decembre :France.
96. Bruchon-Schweitzer, M. (2001). **Vulnérabilité et résistance aux maladies: le rôle des facteurs psychosociaux.** Personnalité et maladie. Stress, coping et ajustement.(4), pp. (1-22).
97. Bruchon-Schweitzer, M.. (1994). **Introduction à la psychologie de la santé.** Paris: PUF.
98. Bruno Quintard .(Decembre, 2001) . **Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation .**Concepts, stress, coping.(67)
99. Callahan, H. C. (2004). **Mécanismes de défense et coping.** Paris: Dunod.
100. Carver & Shaeir. (1994). **Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction.** Journal of Personality and Social Psychology, 66(1), 184-195.
101. Chamoux, A. (2008). **Comment mesurer le stress au travail?** Bilan de 5 années de pratique au CHU de Clermont Ferrand.

102. Cousson-Gélie, F. (2001, 12). **Stratégies de coping élaborées pour faire face à une maladie grave.** Concepts, stress, coping: Recherche en soins infirmiers(N° 67), pp. 99-106.
103. D.M. Langford .(1987) .**The relationship between stress and job satisfactions perceived by seventh-day adventist board academy teachers in southern and western union** .Unpublished doctoral dissertation , ph.D Thesis . (Tennessee State University).
104. Dantchev, N. (1989). **Stratégies de coping et pattern : A Coronarogene.** Med- Psychosom, 17, pp. 21-30.
105. David Fantana .(1990) .**Gérer le stress** . Bruxelles : Mardaga.
106. De Keyser, V. H. (1996, Mars). **Vers une perspective transactionnelle du stress au travail Pistes d'évaluations méthodologiques.** Cahiers de Médecine du Travail, pp. 133-144.
107. Decherch, P. (2017, 09 02/ 09:29). **Le concept d'himostasie.**  
Récupéré sur [www.physiologie.univ-mrs.fr/09-02-2017\\_09:29](http://www.physiologie.univ-mrs.fr/09-02-2017_09:29):  
<http://www.physiologie.univ-mrs.fr>
108. Delaunois, M. (2000-2001). **Classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise.** Memoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'études spécialisées en médecine du travail. (Faculté de médecine, Éd.).
109. Denise Jodelet, Philippe Besnard, Jean Viet .(2008) . **La psychologie sociale une discipline en mouvement** ) . Macintosh, Québec.
110. Dominique Baubeau & Romuald Le Lan . (Août, 2004) . **Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé** . Études et résultats, Dree, N. (335).
111. Françoise Acker .(2008) .**Infirmières: des pratiques en redéfinition; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ?** Recherche en soins infirmiers. 67 -61 , (93)
112. Gérard Delelis, Véronique Christophe, Sophie Berjo .(5/2011) . **Stratégies de régulation émotionnelle et de coping: Quels liens ?** Bulletin de psychologie.479-471 ,(515 )
113. Ghiglione & Matalon., R. B. (1982). **Les enquêtes sociologiques Théories et Pratiques** (éd. 2eme). Paris : Armand Colin.

114. Grebot, E. (2008). **Stress et burnout au travail: identifier, prévenir, guerir**. paris: Groupe Eyrolles.
115. Guillet, L. (2013, nov 12). Stress, modèles et application: Récupéré sur IUT de Lorient.
116. Health Systems. (2016, 12 15). Récupéré sur: [http://www.who.int/topics/health\\_systems/ar/](http://www.who.int/topics/health_systems/ar/)
117. Hubert, J. (2014, Fevrier). Récupéré sur : Infirmiers.com. <https://www.google.dz/search?q=Infirmiers> .
118. Inserm, I. n. (2011). **Stress au travail et santé – Situation chez les indépendants**. Paris: Les éditions Inserm.
119. J. Caillar .(2006) **Malaise au travail : le point de vue de la médecine du travail** .France: Amedoc.
120. Jean Benjamin Stora .(1993) **Le stress** . Paris : Editions Dahlab.
121. Jean-Benjamin Stora .(2010) **Les sources de stress** ; Récupéré sur: [www.cairn.info/le-stress--9782130582724-page-13.htm](http://www.cairn.info/le-stress--9782130582724-page-13.htm)
122. L.ABID. (2014). **Organisation actuelle du système de santé et perspectives**. Consulté le 05 12, 2014, Récupéré sur : <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache>.
123. Laurence Leruse, I. M. (2006). **Le stress au travail: Facteurs de risques, évaluation et prévention**. (T. e. SPF Emploi, Éd.)
124. Laurencine Piquemal-Vieu .(2001) **Le coping : une ressource à identifier dans le soin infirmier**: 02 Août, 2014, Recherche en soins infirmiers Récupéré sur: [http://www.serpsy.org/pisterecherche/entretien\\_infirmier/bruxelles](http://www.serpsy.org/pisterecherche/entretien_infirmier/bruxelles).
125. Lazarus & Folkman. (1988). **Ways of coping questionnaire**. U.S.A: Mind Garden, Publisher.
126. Lazaus, F. S. (1984). **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer.
127. Legeron, P. (2008, 9). **Le stress professionnel**. Cairn.info, Éd.) L'information psychiatrique, pp. 809-820.

128. M Delaunois .(2001-200) .**Classification des méthodes d'évaluation du stress en entreprise.** Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'études spécialisées en médecine du travail . Université catholique de Louvain.: Faculté de médecine.
129. M. Beaud .(1999) .**L'art de la thèse:** Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, de magister ou un mémoire de fin de licence . Alger: Casbah
130. M., Rascle, N., Quintard, B & .Al, Bruchon-Schweitzer .(1997) . **Stress professionnel et santé** .Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale.74-61 ,(3)
131. M.Aldwin, C. (1994). **Stress, coping, and development: An Integrative Perspective.** New York: Guilford press.
132. Mariage, A. (2001, 1). **Stratégies de coping et dimension de la personnalité: Etude dans un atelier de couture.** le travail humain (ISSN 0041-1868), pp. 45-59.
133. Marien, P. (2012, décembre 21). **Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence:** Etude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention. Thèse de Doctorat non publiée (217). Bordeaux.
134. Ministère de la santé. (2003). **Développement du système national de santé,** Stratégie et perspective. Alger.
135. Modèle du Stress de Karasek + Questionnaire. (2008, Mai 09). Consulté le 2013, Récupéré sur: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Mod%C3%A8le\\_de\\_Karasek](http://fr.wikipedia.org/wiki/Mod%C3%A8le_de_Karasek).
136. OMS. (2016, 09 20). **Lignes directrices visant les programmes de M.H.P. données du Canada.** Récupéré sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/mphpg-mhplg/mphp-mhpp04-fra.php>.
137. Paulhan et al .(1996) .**Stress et Coping** . 6ème ed Paris: PUF.
138. Pauline MARIEN (21.décembre, 2012), **Analyse psychopathologique et interactionniste du stress professionnel chronique dans les métiers de l'urgence: Etude des facteurs de risque et mise en place d'un programme de prévention** .Doctorat de l'université non publiée, Thèse N ° (2017 ) Bordeaux ii.

139. Peterson, N. L. (s.d.). PDF. Consulté le 10 13, 2013, Récupéré sur: URL <http://www.ulb.ac.be/soco/creatic/theorie.html>.
140. Piquemal-Vieu, L. (Dec .2001). **Concepts, stress, coping: le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier**. 67, 84-98. Consulté le 02 08, 2014, sur: [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche /entretien\\_infirmier/bruxelles](http://www.serpsy.org/piste_recherche /entretien_infirmier/bruxelles).
141. Probst, I. (s.d.). **Souffrance au travail**. Récupéré sur <http://www.academia.edu/1513713>.
142. Quintard, B. Paulhan, J. (Décembre, 1999) . **La psychologie de la santé : une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de la maladie** .Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique .(10)152
143. Rahe, R., & Arthur, R. (1978). **Life change and illness studies : Past history and future directions**. Journal of Human Stress., 4, 3-13.
144. Rial-González, T. C. (2006). **Recherche sur le stress au travail**. United Kingdom, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.
145. Ribaute, D. (2014, 01 18). **Les modèles des thérapies comportementales et cognitives du stress**. Récupéré sur <http://c:/Users/Downloads/chaitre 472504>.
146. Ruiller, C. (2008, décembre). **Le soutien social au travail**. Thèse Doctorale. Université de Rennes 1.
147. Sillamy, N. (1983). **Dictionnaire usuel de psychologie**. Paris: Bordas.
148. Steptoe, A. (1991). **Adaptation à l'environnement : Psychologie de la réaction au stress**. . Col. Scientifiques stablon 4.
149. Stora, J. B. (1994). **Le Stress des managers en France**. European Review of Applied Psychology (2), 125-133.
150. Thomas, F. (2012, 06 02). **Douleur et souffrance en soins palliatifs**. Récupéré sur <asp.toulouse@free.fr>.
151. Wassenhove, W. V. (2013, 04 15). **Modèle de Karasek**. Récupéré sur : <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes>.



## الملاحق

### ملحق رقم (1):

أسماء المحكمين الذين تمت الاستعانة بهم في بناء مقياسي مصادر الضغوط المهنية واستراتيجيات المواجهة

الرقم	الاسم	الجامعة	المؤهل العلمي
1	د/كمال الدين العقون	البليدة-2	دكتوراه العلوم
2	د/فاطمة الزهراء الزروق	البليدة-2	دكتوراه العلوم
3	د/محمد بوفاتح	الأغواط	دكتوراه العلوم
4	د/عقيلة عيسو	البليدة-2	دكتوراه العلوم
5	د/نوار تـواتي	البليدة-2	دكتوراه العلوم
6	د/فتيحة كركوش	البليدة-2	بروفيسور
7	د/مزياني فتيحة	الجزائر-2	بروفيسور
8	د/اليازيدي ف/الزهراء	البليدة-2	دكتوراه العلوم
9	د/برزوان حسيبة	الجزائر-2	دكتوراه العلوم

ملحق رقم (2):

أسماء المحكمين الذين تمت الاستعانة بهم في ترجمة مقياسي مصادر الضغوط المهنية واستراتيجيات  
المواجهة إلى اللغة الفرنسية

الرقم	الاسم	الجامعة	المؤهل العلمي
1	د/ ليلي فاسي	الجزائر-2	دكتوراه العلوم
2	د/وفاء بجاوي	الجزائر-2	دكتوراه العلوم
3	أ/د فاطمة موسى	الجزائر-2	بروفيسور
4	أ/د احسن جاب الله حورية	الجزائر-2	بروفيسور
5	أ/د يحياوي حسينة	تيزي وزو	بروفيسور
6	أ/د فاطمة الزهراء الزروق	البليدة-2	بروفيسور
7	د. عقيلة صحراوي	الجزائر-2	دكتوراه العلوم
8	د/ قهار صبرينة	الجزائر-2	دكتوراه العلوم

### ملحق رقم (3):

## الاستبيان الاستطلاعي عن استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

### استبيان استطلاعي

#### عن

### استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

هذا الاستطلاع موجه لعمال بعض القطاعات المهنية بغرض دراسة " استراتيجيات التعامل مع الضغط المهني." وليكن في علم الجميع أن الإجابات ستحظى بالسرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض علمية.  
المطلوب هو:

1-قراءة التعاريف والتعليمة وفهماهما أولاً ثم الإجابة على السؤال.

2-أن تكون الإجابة محددة تعبر عن وجهة نظركم الشخصية علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.  
ولكم من الباحثة جزيل الشكر والامتنان عن حسن التعاون.

#### بعض التعاريف:

أولاً: استراتيجيات المواجهة: نقصد بها مجموعة من التصرفات والانفعالات أو الأفكار التي يستعملها العامل(ة) للتكيف مع البيئة المهنية ومواقفها الضاغطة بغرض تحقيق التوازن وحل المشكلات اليومية.  
ثانياً: الضغط المهني: يُقصد به تلك الصعوبات المادية والمعنوية المتكررة التي تواجه العامل في مجال عمله بحيث تتجاوز قدرته على التحمل، وتعيق تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته مثل:

- شعور العامل وهو يقوم بدورين متعارضين في وقت واحد.
- شعور العامل عندما يجد نفسه مغيب عن قضايا تخص عمله وأدواره ومسؤولياته.
- عبء العمل المتمثل في الأعمال الكثيرة التي يقوم بها العامل كزيادة الحجم الساعي.
- الصعوبات التي يجدها العامل في التعامل مع الزملاء.

## البيانات الشخصية:

الجنس:.....السن.....الحالة المدنية.....المهنة.....

القطاع المهني.....سنوات الأقدمية المهنية الإجمالية.....

## التعليمة:

بصفتك موظف(ة) في قطاع مهني ما؛ في حالة تواجدك في وضعيات ضغط مهني (كما هو معرف سابقا)، ماهي الاستراتيجيات أو الطرق التي تلجأ إليها لمواجهة الوضعيات الضاغطة وللتغلب عليها أذكرها كلها إن أمكن، ورتبها حسب أهميتها في نظرك:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10 أخرى إن وجدت.....

شكرا جزيلاً

## ملحق رقم (4):

الرسالة الموجهة للسادة المحكمين لمقاييس مصادر الضغوط المهنية واستراتيجيات المواجهة  
المعروض عليهم بصورته الأولية لإبداء آرائهم حوله.

رسالة إلى المحكمين

الأستاذ (ة) الدكتور (ة) الفاضل (ة):

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أساتذتي المحترمون، إن الباحثة بصدد القيام ببحث ميداني حول: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني على ضوء متغيرات الخلفية الفردية لدى الممرضين العاملين بمصلحة الأورام، وذلك للحصول على درجة الماجستير في علم النفس الاجتماعي. لذا قامت الباحثة ببناء مقياسين أحدهما لقياس استراتيجيات المواجهة للضغط المهني، والآخر لقياس مصادر الضغوط المهنية، لدى العاملين بالتمريض في مصالحي الأورام بالمستشفيات.

وأضع بين أيديكم هاتين الأداتين وأرجو من سيادتكم تقويمهما من ناحية البناء اللغوي ومدى انتماء كل فقرة للمجال المحدد لها، وإبداء الاقتراحات والتعديلات التي ترونها مناسبة لتحقيق هدف الرسالة، علما أن بدائل الإجابة على الفقرات هي: (موافق، محايد، لا أوافق).

**- التعريف الإجرائي للضغط المهني:**

نقصد به تلك الصعوبات المادية والمعنوية المتكررة، التي تواجه الممرض في مجال عمله بحيث تتجاوز قدرته على التحمل، وتعيق تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته وذلك عن طريق قياس مصادره المتمثلة في (ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المناوبة الليلية، المسار الوظيفي، العلاقات المهنية مع الزملاء، مع الإدارة ومع المرضى وأسرتهم).

**-ظروف العمل:** ونقصد بها كل الظروف المادية المحيطة بمكان العمل من تهوية، وإضاءة، وضوء، ونظافة، وتجهيزات، ووفرة الأدوية التي تساعد الممرضين في أداء مهامهم في مكان العمل.

**-عبء العمل:** ونقصد به كثرة الأعمال الواجب إنجازها في وقت وجيز وتعدد المهام المسندة للممرض والتي تتطلب منه قدرات ومهارات أدائية يفتقدها بسبب ضعف التكوين أو تفوق مستواه مما يجعله يشعر بالعبء ويسبب له ضغطا مهنيا.

-غموض الدور: نقصد به افتقاد المعلومات اللازمة للتمكن من أداء المهام بصورة سليمة والخوف من ارتكاب أخطاء.

-المنابذة الليلية: ونقصد بها أن الممرض الذي يعمل بالنهار ملزم بالعمل ليلا مرة أو مرتين في الأسبوع ضمنا للمناوبة فالانتقال من العمل نهارا إلى العمل ليلا يؤدي إلى عدم التناغم بين الحياة العملية للممرض وحياته الاجتماعية.

- المسار الوظيفي: ونقصد به تأخر النمو الوظيفي، الافتقار إلى فرص الترقية وعدم القدرة على التطور الوظيفي. الشعور بعدم الأمن الوظيفي.

العلاقة مع الزملاء: ونقصد بها غياب المساندة الاجتماعية، مساعدة الزملاء لبعضهم البعض.

طبيعة التفاعل بين أفراد جماعة العمل: هل هم أصدقاء، متعاونون، مشتركون في نفس المعلومات.

- العلاقة مع الإدارة: ونقصد بها عدم الاعتراف بالعمل المنجز، التحرش المهني، تعطيل الترقية.

-العلاقة مع المرضى وأسرهم: ويقصد بها المشاعر الكثيفة المصرح بها من طرف المريض وصعوبة إدارتها، الاحتكاك المتكرر للممرض مع آلام المرضى. التعامل مع الموت، التعامل مع معاناة الأسر.

مع خالص الشكر والتقدير على حسن تعاونكم.

معلومات عن المحكم/ة:

الاسم واللقب: .....

المؤهل العلمي: .....

التخصص: .....

الجامعة: .....

## ملحق رقم (5)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة الجزائر - 2  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

### مقياس استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني

أخي (تي) العامل (ة) المحترم(ة):

تقوم الباحثة بإجراء بحث علمي حول الضغط المهني في قطاع الصحة العمومية بالجزائر، وذلك من أجل الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس الاكلينيكي، فيرجى منكم تحديد موقفكم من عبارات فقرات هذا المقياس الذي يتكون من قسمين. وليكن في علم الجميع أن الإجابات ستحظى بالسرية التامة ولن تُستخدم إلا لأغراض علمية.

المطلوب:

- 1- قراءة التعليم (1) والتعليم (2) وفهما.
- 2- تحديد الموقف الشخصي المناسب.

مع جزيل الشكر وعظيم الامتنان على حسن التعاون

الباحثة

## القسم الأول: مصادر الضغط المهني

### البيانات الشخصية:

السن: ..... الجنس: .....

الحالة المدنية: ..... الخبرة المهنية: .....

**التعليمة (1):** فيما يلي مجموعة من العبارات تصف مصادر مهنية ضاغطة يتعرض لها الموظف(ة) في قطاع الصحة العمومية في مكان عمله، اقرأ كل عبارة جيدا، ثم أجب عنها بوضع علامة (X) أمام كل اختيار من اختياراتك التالية: أوافق بشدة أكثر، أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق، لا أوافق نهائيا.

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات ظروف العمل	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشتمت من قدارة المكان الذي أعمل فيه.					
2	لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.					
3	أشعر بالقلق عندما لا أجد الإمكانيات للقيام بمهامي.					
4	ينتابني شعور بالإعياء عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات غموض الدور	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشعر بالضيق عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بالعلاج الملائم.					
2	أشعر بالارتباك عندما تصادفني حالة مفاجئة لإسعاف مريض.					
3	أحس بعدم الرضى لعدم توفيقني بين الموازنة بين عملي والتزاماتي الأسرية.					

ملاحظات عامة: .....



الرقم	فقرات المناوبة الليلية	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهاً(ة) إلى العمل في الليل.					
2	أتضايق عندما تصادف المناسبات الاحتفالية يوم عملي بالمناوبة.					
3	أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.					

ملاحظات عامة:.....

الرقم	فقرات المسار الوظيفي	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أنزعج لغياب فرص الارتقاء في مهنتي مقارنة مع المهن الأخرى.					
2	أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عملي بمهنتي.					
3	أعاني من عدم قدرتي على الموازنة بين عملي وتطلعاتي الخاصة.					

ملاحظات عامة:.....

الرقم	فقرات العلاقة مع الزملاء	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	يؤلمني عدم تعاون زملائي معي.					
2	أشعر بالإحباط عندما أجد نفسي أعمل بمفردي.					
3	أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.					
4	أتضايق من عدم تقدير الزملاء لمجهوداتي.					

الرقم	فقرات العلاقة مع الإدارة	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في الامتيازات العطل.					
2	ينهكني تعرضي للمضايقات الادارة وتدخلها في عملي.					
3	أشعر بالألم لعدم اعتراف الإدارة بمجهوداتي المبذولة في المصلحة.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات العلاقة مع المرضى	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أشعر بالتذمر من حدوث مواجهات مع أهالي المرضى.					
2	أشعر بالإهناك عند تقديم العلاج الكيميائي للمرضى.					
3	تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.					
4	أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.					

ملاحظات عامة: .....

### القسم الثاني: استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

#### - التعريف الإجرائي لاستراتيجيات مواجهة الضغط المهني:

نعرف استراتيجيات مواجهة الضغط المهني بأنها مجموعة من الاستجابات السلوكية، المعرفية والانفعالية التي يستخدمها الموظف في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة في ميدان العمل لتحقيق التكيف والتوازن النفسي أو تخفيف آثارها. ويتم قياس أساليب التعامل مع الضغط المهني في هذا البحث بالدرجة التي يتحصل عليها الموظف في المقياس المعد من طرف الباحثة المتمثل في البنود التالية:

- إعادة الدعم الذاتي: نقصد بها الرجوع إلى الحياة الأسرية، الاجتماعية والرياضية التي يلجأ إليها العامل بهدف تجاوز الضغط المهني اليومي.

- البحث عن الدعم الاجتماعي: نقصد به سعي الموظف(ة) للحصول على المساندة من طرف الآخرين (أفراد الأسرة، زملاء العمل، الأصدقاء) بطلب العون والنصيحة والمساعدة كالاتماع إلى مشاكلة المهنية أو تقاسمها معه.

- الدعم الروحي: بالرجوع إلى الدين، نقصد به الطرق الدينية التي يلجأ إليها الموظف(ة) في أوقات الضغط عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات كمصدر للدعم الروحي.

- ردود أفعال فيزيولوجية: نقصد بها الردود الفيزيولوجية التي تطرأ على الموظف(ة) عندما يكون في وضعيات ضاغطة (التعرق، خفقان القلب، الإعياء...).

- وضع انقطاعات: نقصد به مختلف الإجراءات التي يلجأ إليها الموظف(ة) لتفادي الدخول في مواجهة الضغط المهني كأخذ عطلة مرضية، أخذ فترة استراحة، النوم، التغيب... إلخ.

- تجنب المشكل: نقصد به مجمل النشاطات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط عن طريق الانشغال بوضعيات ونشاطات أخرى، أو التفكير في أشياء أخرى غير العمل، والتغيرات السلوكية التي تظهر على الممرض(ة) توحى بتجنب المواقف الضاغطة كالانعزال، الصمت، الحياد...

- التفكير الإيجابي: نقصد به التصرفات التي يلجأ إليها الموظف(ة) محاولاً إيجاد معنى وتفسير جديد للموقف كالترث، اكتساب خبرة مما حدث...

- إيجاد حلول للمشاكل: نقصد بها الطرق المعرفية وأنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الموظف محاولاً من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغط المهني.

- استراتيجيات مهدئة وملطفة: تتضمن طرق التعامل مع الضغوط بروح من المرح والدعابة أو الصراخ والتعنيف، أو تعاطي المهدئات النفسية كالتدخين أو الإفراط في الأكل والشرب إلخ.

- التخطيط: ونقصد به أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها العامل(ة) تجاه الموقف الضاغط بحثاً عن طرق مواجهة إيجابية لتنظيم عمله، القيام بترتيب بالأولويات وتجنب الأمور الهامشية، التنسيق مع زملاء العمل إلخ.

### مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط المهني

التعليمة (2): فيما يلي مجموعة من العبارات تصف تصرفات الممرضين عندما يتعرضون لمشكلات مهنية تسبب لهم الشعور بالضغط والألم فيلجؤون إلى أساليب لمواجهتها. اقرأ كل عبارة جيداً، ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (X) أمام كل اختيار من اختياراتك التالية: أستخدمه دائماً، أستخدمه أحياناً، لا أستخدمه.

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات إعادة تجميع الطاقة	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أستجمع قواي بالرجوع إلى الحياة الأسرية (اللعب مع الأبناء...).					
2	الرجوع إلى الحياة الاجتماعية مع الأصدقاء (الحفلات، خرجات...).					
3	أتوجه إلى ممارسة النشاطات الرياضية خارج مجال العمل (الرياضة، المشي...).					
4	أتوجه إلى نشاطات أخرى (مشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات البحث عن الدعم الاجتماعي	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أناقش المشاكل المهنية مع زملاء العمل.					
2	أتحدث عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.					
3	أناقش مشاعري مع طبيب أو نفسي.					
4	ألجأ إلى المسؤولين وأستعين بالاحتماء بأحكام القانون الداخلي.					
5	أطلب المساعدة من زملاء في العمل.					
6	أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم وتعاطفهم.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات الرجوع إلى الدين	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.					
2	ألجأ إلى قراءة القرآن.					
3	أفوض أمري لله.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات ردود الأفعال الفيزيولوجية	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أحس بالارتباك					
2	أحس بخفقان في القلب.					
3	أحس بالضعف الجسمي والذهني.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات وضع انقطاعات	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أخذ فترة استراحة للاسترخاء.					
2	أفصل بين الحياة المهنية وحياتي العائلية.					
3	أخذ أيام عطلة من عطلي السنوية.					
4	أجأ للنوم أو القيلولة.					
5	أتأخر عن العمل أو أتغيب.					
6	أخرج قبل الوقت من مكان العمل.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات تجنب المشكل	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أنعزل في ركن من مكان العمل.					
2	ألتزم الحياد أو الصمت.					
3	لا أستثمر في ميدان العمل.					
4	لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.					
5	أطلب عطلة مرضية.					
6	أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم إسقالة، أو التفكير في المستقبل.					
7	أترك مكان العمل.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات التفكير الإيجابي	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أترى وأرجع خطوة للوراء.					
2	أتحلى بالإيجابية وأنظر إلى جوانب أخرى.					
3	أستغل الوقت الراهن.					
4	أحاول أن أكتسب خبرة مما حدث.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات إيجاد حلول للمشاكل	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	الاستثمار في العمل الحالي (بتأدية ساعات إضافية، السرعة في العمل، إنجاز عمل الآخرين).					
2	أجتهد في توضيح الأمر.					
3	أبذل جهدي للاستثمار في المشاريع المطورة					
4	أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في المنتديات وجماعات العمل.					
5	أبذل جهدي كي أحل المشكل.					

ملاحظات عامة: .....

الرقم	فقرات استراتيجيات مهدئة وملطفة	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	ألجأ إلى التدخين لأقل من توتري.					
2	أكل وأشرب أكثر من المعتاد.					
3	أتناول الأدوية للإحساس بالتحسن.					
4	أعبر لفظياً عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.					
5	أتضايق وأعبر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ أو رفع الصوت.					

					أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.	6
					أجأ إلى البكاء.	7
					أسلك سلوكيات عدوانية في المنزل (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .	8

..... ملاحظات عامة:

الرقم	فقرات استراتيجية التخطيط	سهولة العبارة	سلامة اللغة	وضوح العبارة	دقة العبارة	ارتباط العبارة بالمحور
1	أقوم بتنظيم عملي.					
2	أجأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.					
3	أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.					
4	موازنة المشاكل اليومية للعمل (بالوصول المبكر للعمل، تجنب تعليقات رئيس المصلحة...).					

..... ملاحظات عامة:

## الملحق رقم (6): المقياس النهائي

### مقياس استراتيجيات مواجهة مصادر الضغط المهني

أخي (تي) الكريم(ة):

تقوم الباحثة بإجراء بحث علمي حول الضغط المهني لدى العاملين بقطاع الصحة العمومية، وذلك من أجل الحصول على درجة دكتوراه العلوم في اختصاص علم النفس العيادي، فيرجى منكم تحديد موقفكم من عبارات فقرات هذا المقياس الذي يتكون من قسمين. وليكن في علم الجميع أن الإجابات ستحظى بالسرية ولن تُستخدم إلا لأغراض علمية.

المطلوب:

1- قراءة التعليمات (1) والتعليمات (2) وفهماهما.

1- تحديد الموقف الشخصي المناسب.

مع جزيل الشكر وعظيم الامتنان على حسن التعاون

الباحثة



## مقياس مصادر الضغط المهني

البيانات الشخصية:

السن:.....الجنس:.....

الحالة المدنية:.....الأقدمية المهنية.....

التعليمة (1): فيما يلي مجموعة من العبارات تصف مصادر مهنية ضاغطة، اقرأ كل عبارة جيدا، ثم ضع علامة (x) في المكان الذي تعتقد أنه مناسب لموقفك حسب الاختيارات التالية: أوافق بشدة أكثر، أوافق بشدة، أوافق، لا أوافق، لا أوافق نهائيا.

أوافق بشدة أكثر	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق	لا أوافق نهائيا	البنود
					1. أشمئز من وسخ المكان الذي أعمل فيه.
					2. أشعر بالتيه عندما لا أجد التعليمات اللازمة للقيام بعملتي.
					3. أتضايق لعدم وجود احترام متبادل بيني وبين زملائي في العمل.
					4. أشعر بالحسرة لغياب فرص الترقية في مهنتي مقارنة بالمهن الأخرى.
					5. لا أبالي بمعاناة المرضى فقد تعودت على رؤية ذلك.
					6. أنا غير راض (يه) على عدم تعاون زملائي معي.
					7. أشعر بالتذمر عند حدوث صدمات مع أهالي المرضى
					8. لا أشعر بالراحة في المصلحة التي أعمل فيها.
					9. أرتبك عندما تصادفني حالة مريض مفاجئة تتطلب إسعافا مستعجلا.
					10. أتضايق عندما تصادف مناويتي الليلية مناسبات احتفالية.
					11. أتحسر لعدم حصولي إلى حد الآن على درجة ترقية تناسب سنوات عمل بمهنة التمريض.
					12. أتضايق من عدم استفادتي من التربصات لحد الآن.
					13. أشعر بالضيق عندما أجد نفسي أعمل بمفردتي.

					14. أشعر بالإرهاك عند تقديم العلاج للمرضى.
					15. أشعر بالقلق عندما لا أجد وسائل العمل للقيام بمهامي.
					16. مهام عملي غير محدّدة.
					17. أشعر بالإرهاك لتغير عادات النوم والأكل بسبب طبيعة العمل في الليل.
					18. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أرتقي في السلم الإداري وأحسن مكانتي الوظيفية.
					19. أشعر بعدم الرضى لعدم وجود العمل الجماعي في المصلحة.
					20. أشعر بالقلق لتدهور علاقتي ببعض زملائي في العمل.
					21. تؤلني رؤية المرضى وهم يعانون ولا أستطيع فعل أي شيء.
					22. أشعر بتعب أكثر عندما لا أجد مكانا أرتاح فيه.
					23. لا أعرف أين تبدأ مسؤوليتي وأين تنتهي.
					24. تنهكني المضايقات الإدارية.
					25. أشعر بالألم لعدم تقدير الإدارة لمجهوداتي المبذولة في المصلحة.
					26. أتضايق لعدم تقدير زملائي لمجهوداتي.
					27. أشعر بالألم عند سماع شكاوى المرضى.
					28. لم أستفد من دورات تكوينية وتدريبية تجعلني أطور مهاراتي وأحسن من معارفي.
					29. أشعر بالضيق عندما أترك البيت متوجهة إلى العمل في الليل.
					30. أتضايق عندما أرى التمييز في معاملة المستخدم بيني وبين زملائي في العمل للاستفادة من الترقية.

## مقياس استراتيجيات المواجهة

**التعليمة (2):** فيما يلي مجموعة من العبارات تصف تصرفات المرضى عندما يتعرضون لمشكلات مهنية تسبب لهم الشعور بالضغط والألم فيلجؤون إلى أساليب لمواجهتها. إليك مجموعة من العبارات اقرأها جيدا ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (x) أمام كل اختيار من اختياراتك التالية: استخدمه دائما، استخدمه أحيانا، لا استخدمه.

لا استخدمه	أستخدمه أحيانا	أستخدمه دائما	البنود
			1. أسترجع طاقتي بالاهتمام بأفراد أسرتي.
			2. أتحدث عن المشاكل المهنية مع زملائي.
			3. أصلي وأستغفر أكثر من المعتاد.
			4. أتواصل مع أصدقائي للحصول على مساندتهم.
			5. أحصل على فترة استراحة للاسترخاء.
			6. أنزوى في ركن من مكان العمل.
			7. لا أتسرع في اتخاذ القرار.
			8. ألبأ إلى التدخين لأقلل من توتري.
			9. أنظّم عملي.
			10. أنجز عمل الآخرين ببذل جهد أكثر.
			11. أتضايق وأعبّر عن انفعالاتي بالشجار أو الصراخ.
			12. أستجمع قواي بمشاركة الأصدقاء في خرجات.
			13. أنفس عن مشاكلي في العمل مع أفراد عائلتي.
			14. أضع ثقتي في الله.
			15. أغادر مكان العمل.
			16. أعمل على فصل حياتي المهنية عن حياتي العائلية.
			17. لا أستثمر في ميدان العمل.
			18. أتخلى بالعقلانية وأنظر إلى جوانب أخرى.
			19. ألبأ إلى التنسيق مع زملائي في العمل.
			20. أجتهد في توضيح المشكل.
			21. أميل إلى المزاح أو الضحك للتخفيف من أثر المشكل.
			22. أتوجه لممارسة نشاطات رياضية.

			23. أتكلم عن معاناتي المهنية مع الطبيب أو الأخصائي النفسي.
			24. أخرج قبل الوقت من مكان العمل.
			25. أطلب أيام عطلة من عطتي السنوية.
			26. لا أتحدث عن المشاكل المهنية مع الآخرين.
			27. أحاول استخلاص العبر مما حدث.
			28. أتناول أدوية مهدئة.
			29. أقوم بترتيب الأولويات وتجنب الأمور الهامشية.
			30. أسعى إلى التكوين الشخصي بالمشاركة في الملتقيات وأفواج العمل.
			31. ألبأ إلى البكاء.
			32. أتوجه إلى نشاطات أخرى (كمشاهدة التلفاز، الأنترنت، القراءة، التسوق، تغيير المظهر، القيام بالأشغال المنزلية، الصيد، سماع الموسيقى، الاستحمام، التنزه...).
			33. أستعين بأحكام القانون للمؤسسة للاحتماء بها.
			34. ألبأ إلى قراءة القرآن.
			35. ألبأ للنوم أو القيلولة.
			36. أطلب عطلة مرضية.
			37. أستغل الفرصة وأطور شخصيا نتيجة هذه الخبرة.
			38. آخذ احتياطاتي بالوصول مبكرا للعمل لتجنب تعليقات رئيس المصلحة.
			39. أبذل جهداً أكثر لأحل المشكل.
			40. أسلك سلوكيات عدوانية مع أفراد عائلتي (كتعنيف الأبناء، الزوج(ة)...) .
			41. ألبأ إلى المسؤولين لحل المشكل.
			42. أفوض أمري لله.
			43. أتأخر عن العمل أو أتغيب.
			44. أفكر في أشياء أخرى غير العمل كتغيير المصلحة، التقاعد المسبق، تقديم استقالة، أو التفكير في المستقبل.
			45. أعبر لفظيا عن استيائي للشخص المتسبب في المشكل.
			46. أطلب المساعدة من زملائي.

ملحق رقم (7): مضمون المقابلة

أسئلة موجهة لذكر المتغيرات الشخصية والفئات المهنية.

1. ماهي مهنتك

2. سنك

3. حالتك المدنية

أسئلة موجهة لإدلاء المهني بآرائه حول حالته الصحية

4. هل تعاني من مرض ما؟

5. (في حالة الإجابة بنعم) ما هو؟

6. منذ متى؟

7. قبل أو بعد توليك هذا المنصب؟

8. كيف تتعامل مع التزامات منصبك المهني وأنت بهذا المرض؟

أسئلة موجهة لإدلاء المهني بآرائه حول درجة معاناته من الضغط.

9. هل تشعر بالضغط في مهنتك؟ (في حالة الإجابة بنعم)

10. ما هي الدرجة المناسبة التي يأخذها مستوى الضغط حسبكم بين 1...5.

السؤال الموجه لإدلاء المهني بآرائه حول منابع الضغط المهني.

11. في رأيك ماهي المصادر الضاغطة في ميدان عملك؟

السؤال الموجه لإدلاء المهني بآرائه حول طريقة التعامل مع هذه المصادر الضاغطة.

12. ماهي الطرق التي تتبناها لتجاوز ضغط هذه المصادر لتحقيق الراحة والتوازن

النفسي؟

السؤال الموجه لإدلاء المهني بآرائه حول مختلف المعرقلات لتحقيق توازنه النفسي.

13. ماهي العوامل المعرقلة لتحقيق الراحة والتوازن النفسي؟

ملحق رقم (8):  
جداول الـ SPSS

1- ثبات مقياس مصادر الضغط

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	756	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	756	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
<b>0,834</b>	30

2- اختبار التجزئة النصفية لمقياس مصادر الضغط المهني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,691
		N of Items	15 <sup>a</sup>
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	,781
		N of Items	15 <sup>b</sup>
	Total N of Items		30
Correlation Between Forms			,590
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,742
	Unequal Length		,742
Guttman Split-Half Coefficient			<b>0,737</b>

a. The items are: SRC01, SRC02, SRC03, SRC04, SRC05, SRC06, SRC07, SRC08, SRC09, SRC10, SRC11, SRC12, SRC13, SRC14, SRC15.

b. The items are: SRC16, SRC17, SRC18, SRC19, SRC20, SRC21, SRC22, SRC23, SRC24, SRC25, SRC26, SRC27, SRC28, SRC29, SRC30.

### 3- ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	756	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	756	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
<b>0,721</b>	46

### 4- اختبار التجزئة النصفية لمقياس استراتيجيات المواجهة

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,552
		N of Items	23 <sup>a</sup>
	Part 2	Value	,585
		N of Items	23 <sup>b</sup>
Total N of Items			46
Correlation Between Forms			,547
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,708
	Unequal Length		,708
Guttman Split-Half Coefficient			<b>0,707</b>

a. The items are: STRT01, STRT02, STRT03, STRT04, STRT05, STRT06, STRT07, STRT08, STRT09, STRT10, STRT11, STRT12, STRT13, STRT14, STRT15, STRT16, STRT17, STRT18, STRT19, STRT20, STRT21, STRT22, STRT23.

b. The items are: STRT24, STRT25, STRT26, STRT27, STRT28, STRT29, STRT30, STRT31, STRT32, STRT33, STRT34, STRT35, STRT36, STRT37, STRT38, STRT39, STRT40, STRT41, STRT42, STRT43, STRT44, STRT45, STRT46.

### 5- وصف خصائص مجموعة البحث

#### CORPS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Corps médical	306	40,5	40,5	40,5
	Corps Paramédical	450	59,5	59,5	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

#### SEXE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HOMME	271	35,8	35,8	35,8
	FEMME	485	64,2	64,2	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

#### AGE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-35 ans	347	45,9	45,9	45,9
	36-50 ans	304	40,2	40,2	86,1
	Plus de 50 ans	105	13,9	13,9	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**EXPERIENCE**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Moins de 5 ans	249	32,9	32,9
	6-15 ans	217	28,7	61,6
	Plus de 15 ans	290	38,4	100,0
	Total	756	100,0	100,0

**ETAT CIVIL**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Marié	516	68,3	68,3
	Célibataire	214	28,3	96,6
	Divorcé	17	2,2	98,8
	Veuf	9	1,2	100,0
	Total	756	100,0	100,0

**INSTITUTION**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	EPH	318	42,1	42,1
	EHS	66	8,7	50,8
	CHU	189	25,0	75,8
	EPSP	183	24,2	100,0
	Total	756	100,0	100,0

**REGION**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nord (Tell)	659	87,2	87,2
	Haut Plateaux	9	1,2	88,4
	Sud	88	11,6	100,0
	Total	756	100,0	100,0

**6- جدول يبين متوسط الضغط المهني العام****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Variance
NIVEAU STRESS GLOBAL	756	58,7235	13,06730	170,754
Valid N (listwise)	756			

**7- جداول تبين مستويات ضغط مختلف المصادر المهنية****NIVEAUX Conditions de travail**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	52	6,9	6,9
	Moyen	382	50,5	57,4
	Fort	322	42,6	100,0
	Total	756	100,0	100,0



**NIVEAUX Charge de travail**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	88	11,6	<b>11,6</b>	11,6
	Moyen	433	57,3	<b>57,3</b>	68,9
	Fort	235	31,1	<b>31,1</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	201	26,6	<b>26,6</b>	26,6
	Moyen	434	57,4	<b>57,4</b>	84,0
	Fort	121	16,0	<b>16,0</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Permanence de nuit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	93	12,3	<b>12,3</b>	12,3
	Moyen	351	46,4	<b>46,4</b>	58,7
	Fort	312	41,3	<b>41,3</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Parcours Professionnel**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	61	8,1	<b>8,1</b>	8,1
	Moyen	355	47,0	<b>47,0</b>	55,0
	Fort	340	45,0	<b>45,0</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Relation avec les collègues**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	69	9,1	<b>9,1</b>	9,1
	Moyen	394	52,1	<b>52,1</b>	61,2
	Fort	293	38,8	<b>38,8</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Relation avec l'administration**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	35	4,6	<b>4,6</b>	4,6
	Moyen	257	34,0	<b>34,0</b>	38,6
	Fort	464	61,4	<b>61,4</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faible	58	7,7	<b>7,7</b>	7,7
	Moyen	516	68,3	<b>68,3</b>	75,9
	Fort	182	24,1	<b>24,1</b>	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

-8 جدول يبين المتوسطات الحسابية لمصادر الضغط المهنية

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Variance
Ambiguïté du role	756	<b>46,4534</b>	19,98494	399,398
Relation avec les patients et leurs familles	756	<b>55,3902</b>	14,98774	224,632
Permanance de nuit	756	<b>56,5917</b>	23,99752	575,881
Charge de travail	756	<b>56,7460</b>	19,26478	371,132
Relation avec les collegues	756	<b>60,8052</b>	20,29304	411,807
Conditions de travail	756	<b>62,0866</b>	17,92572	321,331
Parcours Professionnel	756	<b>63,7169</b>	22,28519	496,630
Relation avec l'administration	756	<b>68,7831</b>	22,80310	519,981
Valid N (listwise)	756			

-9 جداول توضح مستوى الضغط المهني العام وفق متغيرات البحث

Table 1

	CORPS	
	Corps médical	Corps Paramédical
	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	57,72	59,40

Table 1

	INSTITUTION			
	EPH	EHS	CHU	EPSP
	Mean	Mean	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	59,59	56,55	58,68	58,04

Table 1

	AGE		
	20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans
	Mean	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	58,96	58,79	57,75

Table 1

	EXPERIENCE		
	Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans
	Mean	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	58,05	59,29	58,87

Table 1

	ETAT CIVIL			
	Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf
	Mean	Mean	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	58,73	58,84	51,91	68,24

Table 1

	SEXE	
	HOMME	FEMME
	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	57,53	59,39

Table 1

	REGION		
	Nord (Tell)	Haut Plateaux	Sud
	Mean	Mean	Mean
NIVEAU STRESS GLOBAL	58,78	61,02	58,05

### 10- جداول توضح مستوى مختلف مصادر الضغط المهني وفق متغيرات البحث

#### ■ ظروف العمل

NIVEAUX Conditions de travail \* CORPS Cross tabulation -1

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Conditions de travail	Faible	17	35	52
	Moyen	159	223	382
	Fort	130	192	322
Total		306	450	756

NIVEAUX Conditions de travail \* INSTITUTION Cross tabulation

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Conditions de travail	Faible	24	7	10	11	52
	Moyen	152	33	96	101	382
	Fort	142	26	83	71	322
Total		318	66	189	183	756

NIVEAUX Conditions de travail \* AGE Cross tabulation

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Conditions de travail	Faible	22	25	5	52
	Moyen	164	163	55	382
	Fort	161	116	45	322
Total		347	304	105	756

NIVEAUX Conditions de travail \* SEXE Cross tabulation

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Conditions de travail	Faible	18	34	52
	Moyen	140	242	382
	Fort	113	209	322
Total		271	485	756

NIVEAUX Conditions de travail \* EXPERIENCE Cross tabulation

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Conditions de travail	Faible	15	18	19	52
	Moyen	131	99	152	382
	Fort	103	100	119	322
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Conditions de travail \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETATCIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Conditions de travail	Faible	36	15	1	0	52
	Moyen	261	103	13	5	382
	Fort	219	96	3	4	322
Total		516	214	17	9	756

■ عبء العمل

**NIVEAUX Charge de travail \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Charge de travail	Faible	46	42	88
	Moyen	176	257	433
	Fort	84	151	235
Total		306	450	756

**NIVEAUX Charge de travail \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Charge de travail	Faible	41	11	16	20	88
	Moyen	164	36	112	121	433
	Fort	113	19	61	42	235
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Charge de travail \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Charge de travail	Faible	40	31	17	88
	Moyen	198	182	53	433
	Fort	109	91	35	235
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Charge de travail \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Charge de travail	Faible	36	52	88
	Moyen	151	282	433
	Fort	84	151	235
Total		271	485	756

**NIVEAUX Charge de travail \* EXPERIENCE Cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Charge de travail	Faible	31	19	38	88
	Moyen	150	128	155	433
	Fort	68	70	97	235
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Charge de travail \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETATCIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Charge de travail	Faible	62	22	3	1	88
	Moyen	297	125	10	1	433
	Fort	157	67	4	7	235
Total		516	214	17	9	756

■ غموض الدور

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Faible	105	96	201
	Moyen	166	268	434
	Fort	35	86	121
Total		306	450	756

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Faible	78	25	47	51	201
	Moyen	184	32	108	110	434
	Fort	56	9	34	22	121
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Faible	75	87	39	201
	Moyen	209	171	54	434
	Fort	63	46	12	121
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Faible	93	108	201
	Moyen	151	283	434
	Fort	27	94	121
Total		271	485	756

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle \* EXPERIENCE Cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Faible	55	50	96	201
	Moyen	152	128	154	434
	Fort	42	39	40	121
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Ambiguïté du rôle \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETATCIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Faible	146	47	8	0	201
	Moyen	297	123	7	7	434
	Fort	73	44	2	2	121
Total		516	214	17	9	756

■ المناوبة الليلية

**NIVEAUX Permanence de nuit \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Permanence de nuit	Faible	39	54	93
	Moyen	132	219	351
	Fort	135	177	312
Total		306	450	756

**NIVEAUX Permanence de nuit \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Permanence de nuit	Faible	31	14	21	27	93
	Moyen	140	32	92	87	351
	Fort	147	20	76	69	312
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Permanence de nuit \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Permanence de nuit	Faible	40	30	23	93
	Moyen	155	154	42	351
	Fort	152	120	40	312
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Permanence de nuit \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Permanence de nuit	Faible	48	45	93
	Moyen	129	222	351
	Fort	94	218	312
Total		271	485	756

**NIVEAUX Permanence de nuit \* EXPERIENCE Cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Permanence de nuit	Faible	35	15	43	93
	Moyen	112	107	132	351
	Fort	102	95	115	312
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Permanence de nuit \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETATCIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Permanence de nuit	Faible	64	24	2	3	93
	Moyen	245	96	8	2	351
	Fort	207	94	7	4	312
Total		516	214	17	9	756

■ المسار المهني

**NIVEAUX Parcours Professionnel \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Parcours Professionnel	Faible	32	29	61
	Moyen	144	211	355
	Fort	130	210	340
Total		306	450	756

**NIVEAUX Parcours Professionnel \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Parcours Professionnel	Faible	23	7	14	17	61
	Moyen	138	29	102	86	355
	Fort	157	30	73	80	340
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Parcours Professionnel \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Parcours Professionnel	Faible	27	24	10	61
	Moyen	173	139	43	355
	Fort	147	141	52	340
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Parcours Professionnel \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Parcours Professionnel	Faible	20	41	61
	Moyen	127	228	355
	Fort	124	216	340
Total		271	485	756

**NIVEAUX Parcours Professionnel \* EXPERIENCE Cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Parcours Professionnel	Faible	20	16	25	61
	Moyen	129	100	126	355
	Fort	100	101	139	340
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Parcours Professionnel \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETAT CIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Parcours Professionnel	Faible	37	22	2	0	61
	Moyen	239	105	8	3	355
	Fort	240	87	7	6	340
Total		516	214	17	9	756

■ العلاقة مع الزملاء

**NIVEAUX Relation avec les collègues \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Relation avec les collègues	Faible	29	40	69
	Moyen	158	236	394
	Fort	119	174	293
Total		306	450	756

**NIVEAUX Relation avec les collègues \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Relation avec les collègues	Faible	37	7	15	10	69
	Moyen	166	33	102	93	394
	Fort	115	26	72	80	293
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Relation avec les collègues \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Relation avec les collègues	Faible	36	25	8	69
	Moyen	189	152	53	394
	Fort	122	127	44	293
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Relation avec les collègues \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Relation avec les collègues	Faible	22	47	69
	Moyen	145	249	394
	Fort	104	189	293
Total		271	485	756

**NIVEAUX Relation avec les collègues \* EXPERIENCE Cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Relation avec les collègues	Faible	26	19	24	69
	Moyen	137	114	143	394
	Fort	86	84	123	293
Total		249	217	290	756



**NIVEAUX Relation avec les collègues \* ETAT CIVIL Cross tabulation**

		ETATCIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Relation avec les collègues	Faible	43	23	3	0	69
	Moyen	265	114	11	4	394
	Fort	208	77	3	5	293
Total		516	214	17	9	756

■ العلاقة مع الإدارة

**NIVEAUX Relation avec l'administration \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Relation avec l'administration	Faible	17	18	35
	Moyen	99	158	257
	Fort	190	274	464
Total		306	450	756

**NIVEAUX Relation avec l'administration \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Relation avec l'administration	Faible	11	8	8	8	35
	Moyen	116	20	67	54	257
	Fort	191	38	114	121	464
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Relation avec l'administration \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Relation avec l'administration	Faible	15	10	10	35
	Moyen	128	105	24	257
	Fort	204	189	71	464
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Relation avec l'administration \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Relation avec l'administration	Faible	17	18	35
	Moyen	95	162	257
	Fort	159	305	464
Total		271	485	756

**NIVEAUX Relation avec l'administration \* EXPERIENCE Cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Relation avec l'administration	Faible	8	8	19	35
	Moyen	96	87	74	257
	Fort	145	122	197	464
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Relation avec l'administration \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETATCIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Relation avec l'administration	Faible	28	6	1	0	35
	Moyen	168	82	7	0	257
	Fort	320	126	9	9	464
Total		516	214	17	9	756

■ العلاقة مع المرضى وأهليهم

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles \* CORPS Cross tabulation**

		CORPS		Total
		Corps médical	Corps Paramédical	
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Faible	22	36	58
	Moyen	216	300	516
	Fort	68	114	182
Total		306	450	756

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles \* INSTITUTION Cross tabulation**

		INSTITUTION				Total
		EPH	EHS	CHU	EPSP	
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Faible	24	6	19	9	58
	Moyen	209	48	124	135	516
	Fort	85	12	46	39	182
Total		318	66	189	183	756

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles \* AGE Cross tabulation**

		AGE			Total
		20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans	
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Faible	25	21	12	58
	Moyen	232	215	69	516
	Fort	90	68	24	182
Total		347	304	105	756

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles \* SEXE Cross tabulation**

		SEXE		Total
		HOMME	FEMME	
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Faible	20	38	58
	Moyen	182	334	516
	Fort	69	113	182
Total		271	485	756

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles \* EXPERIENCE cross tabulation**

		EXPERIENCE			Total
		Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans	
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Faible	19	12	27	58
	Moyen	162	161	193	516
	Fort	68	44	70	182
Total		249	217	290	756

**NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles \* ETATCIVIL Cross tabulation**

		ETAT CIVIL				Total
		Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf	
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Faible	36	19	3	0	58
	Moyen	360	138	11	7	516
	Fort	120	57	3	2	182
Total		516	214	17	9	756

**11- تحليل التباين ANOVA One Way لمصادر الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة وفق متغيرات**

البحث

**1.11- تحليل التباين وفق متغير السلك المهني**

[Ensemble de données1] D:\Documents SPSS - Fichiers de données. SAV

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
NIVEAUX Conditions de travail	Between Groups	189,356	1	189,356	,206	,650
	Within Groups	693739,216	754	920,079		
	Total	693928,571	755			
NIVEAUX Charge de travail	Between Groups	6344,608	1	6344,608	6,556	,011
	Within Groups	729697,059	754	967,768		
	Total	736041,667	755			
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Between Groups	19424,214	1	19424,214	19,160	,000
	Within Groups	764411,765	754	1013,809		
	Total	783835,979	755			
NIVEAUX Permanence de nuit	Between Groups	742,927	1	742,927	,657	,418
	Within Groups	853155,882	754	1131,506		
	Total	853898,810	755			
NIVEAUX Parcours Professionnel	Between Groups	3058,894	1	3058,894	3,108	,078
	Within Groups	742030,392	754	984,125		
	Total	745089,286	755			
NIVEAUX Relation avec les collègues	Between Groups	6,100	1	6,100	,006	,937
	Within Groups	739067,974	754	980,196		
	Total	739074,074	755			
NIVEAUX Relation avec l'administration	Between Groups	5,672	1	5,672	,007	,935
	Within Groups	638893,137	754	847,338		
	Total	638898,810	755			
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	241,021	1	241,021	,331	,565
	Within Groups	548912,418	754	728,001		
	Total	549153,439	755			

## 2.11- تحليل التباين وفق متغير السلك الجنس

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
NIVEAUX Conditions de travail	Between Groups	189,356	1	189,356	,206	,650
	Within Groups	693739,216	754	920,079		
	Total	693928,571	755			
NIVEAUX Charge de travail	Between Groups	6344,608	1	6344,608	6,556	<b>,011</b>
	Within Groups	729697,059	754	967,768		
	Total	736041,667	755			
NIVEAUX Ambiguité du role	Between Groups	19424,214	1	19424,214	19,160	<b>,000</b>
	Within Groups	764411,765	754	1013,809		
	Total	783835,979	755			
NIVEAUX Permanance de nuit	Between Groups	742,927	1	742,927	,657	,418
	Within Groups	853155,882	754	1131,506		
	Total	853898,810	755			
NIVEAUX Parcours Professionnel	Between Groups	3058,894	1	3058,894	3,108	,078
	Within Groups	742030,392	754	984,125		
	Total	745089,286	755			
NIVEAUX Relation avec les collegues	Between Groups	6,100	1	6,100	,006	,937
	Within Groups	739067,974	754	980,196		
	Total	739074,074	755			
NIVEAUX Relation avec l'administration	Between Groups	5,672	1	5,672	,007	,935
	Within Groups	638893,137	754	847,338		
	Total	638898,810	755			
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	241,021	1	241,021	,331	,565
	Within Groups	548912,418	754	728,001		
	Total	549153,439	755			
NIVEAUX Recharge Energie	Between Groups	292,842	1	292,842	,388	,533
	Within Groups	568543,137	754	754,036		
	Total	568835,979	755			

### 3.11 – تحليل التباين وفق متغير السلك السن

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
NIVEAUX Conditions de travail	Between Groups	4324,427	2	2162,213	2,361	,095
	Within Groups	689604,145	753	915,809		
	Total	693928,571	755			
NIVEAUX Charge de travail	Between Groups	162,368	2	81,184	,083	,920
	Within Groups	735879,298	753	977,263		
	Total	736041,667	755			
NIVEAUX Ambiguité du role	Between Groups	11054,599	2	5527,299	5,386	,005
	Within Groups	772781,380	753	1026,270		
	Total	783835,979	755			
NIVEAUX Permanance de nuit	Between Groups	5266,244	2	2633,122	2,336	,097
	Within Groups	848632,566	753	1127,002		
	Total	853898,810	755			
NIVEAUX Parcours Professionnel	Between Groups	909,697	2	454,848	,460	,631
	Within Groups	744179,589	753	988,286		
	Total	745089,286	755			
NIVEAUX Relation avec les collegues	Between Groups	3775,730	2	1887,865	1,933	,145
	Within Groups	735298,344	753	976,492		
	Total	739074,074	755			
NIVEAUX Relation avec l'administration	Between Groups	845,021	2	422,511	,499	,608
	Within Groups	638053,788	753	847,349		
	Total	638898,810	755			
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	1187,610	2	593,805	,816	,443
	Within Groups	547965,829	753	727,710		
	Total	549153,439	755			

#### 4.11- تحليل التباين وفق متغير الخبرة المهنية

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
NIVEAUX Conditions de travail	Between Groups	351,910	2	175,955	,191	,826
	Within Groups	693576,662	753	921,085		
	Total	693928,571	755			
NIVEAUX Charge de travail	Between Groups	2260,705	2	1130,353	1,160	,314
	Within Groups	733780,962	753	974,477		
	Total	736041,667	755			
NIVEAUX Ambiguïté du role	Between Groups	8961,258	2	4480,629	4,354	,013
	Within Groups	774874,721	753	1029,050		
	Total	783835,979	755			
NIVEAUX Permanance de nuit	Between Groups	4891,465	2	2445,732	2,169	,115
	Within Groups	849007,345	753	1127,500		
	Total	853898,810	755			
NIVEAUX Parcours Professionnel	Between Groups	2118,124	2	1059,062	1,073	,342
	Within Groups	742971,162	753	986,681		
	Total	745089,286	755			
NIVEAUX Relation avec les collegues	Between Groups	3385,147	2	1692,573	1,732	,178
	Within Groups	735688,927	753	977,011		
	Total	739074,074	755			
NIVEAUX Relation avec l'administration	Between Groups	2704,018	2	1352,009	1,600	,203
	Within Groups	636194,792	753	844,880		
	Total	638898,810	755			
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	996,755	2	498,378	,685	,505
	Within Groups	548156,684	753	727,964		
	Total	549153,439	755			

## 5.11 - تحليل التباين وفق متغير الحالة المدنية

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
NIVEAUX Conditions de travail	Between Groups	2861,354	3	953,785	1,038	,375
	Within Groups	691067,217	752	918,972		
	Total	693928,571	755			
NIVEAUX Charge de travail	Between Groups	6071,043	3	2023,681	2,085	,101
	Within Groups	729970,624	752	970,706		
	Total	736041,667	755			
NIVEAUX Ambiguité du role	Between Groups	11165,146	3	3721,715	3,622	,013
	Within Groups	772670,833	752	1027,488		
	Total	783835,979	755			
NIVEAUX Permanance de nuit	Between Groups	1670,661	3	556,887	,491	,688
	Within Groups	852228,149	752	1133,282		
	Total	853898,810	755			
NIVEAUX Parcours Professionnel	Between Groups	5279,241	3	1759,747	1,789	,148
	Within Groups	739810,045	752	983,790		
	Total	745089,286	755			
NIVEAUX Relation avec les collegues	Between Groups	6988,009	3	2329,336	2,393	,067
	Within Groups	732086,065	752	973,519		
	Total	739074,074	755			
NIVEAUX Relation avec l'administration	Between Groups	4635,648	3	1545,216	1,832	,140
	Within Groups	634263,161	752	843,435		
	Total	638898,810	755			
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	1319,756	3	439,919	,604	,613
	Within Groups	547833,683	752	728,502		
	Total	549153,439	755			

## 6.11 - تحليل التباين وفق متغير المؤسسة الصحية

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
NIVEAUX Conditions de travail	Between Groups	1737,969	3	579,323	,629	,596
	Within Groups	692190,603	752	920,466		
	Total	693928,571	755			
NIVEAUX Charge de travail	Between Groups	5118,362	3	1706,121	1,755	,154
	Within Groups	730923,304	752	971,972		
	Total	736041,667	755			
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Between Groups	6062,501	3	2020,834	1,954	,120
	Within Groups	777773,478	752	1034,273		
	Total	783835,979	755			
NIVEAUX Permanence de nuit	Between Groups	12660,198	3	4220,066	3,772	,010
	Within Groups	841238,612	752	1118,668		
	Total	853898,810	755			
NIVEAUX Parcours Professionnel	Between Groups	4056,972	3	1352,324	1,372	,250
	Within Groups	741032,314	752	985,415		
	Total	745089,286	755			
NIVEAUX Relation avec les collègues	Between Groups	5494,586	3	1831,529	1,878	,132
	Within Groups	733579,488	752	975,505		
	Total	739074,074	755			
NIVEAUX Relation avec l'administration	Between Groups	3270,929	3	1090,310	1,290	,277
	Within Groups	635627,880	752	845,250		
	Total	638898,810	755			
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	1708,159	3	569,386	,782	,504
	Within Groups	547445,280	752	727,986		
	Total	549153,439	755			



## 8.11- تحليل التباين وفق متغير الإقليم الجغرافي

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Conditions de travail	Between Groups	654,106	2	327,053	1,018	,362
	Within Groups	241951,095	753	321,316		
	Total	242605,200	755			
Charge de travail	Between Groups	2476,750	2	1238,375	3,358	,035
	Within Groups	277727,863	753	368,829		
	Total	280204,613	755			
Ambiguïté du role	Between Groups	1468,800	2	734,400	1,843	,159
	Within Groups	300076,494	753	398,508		
	Total	301545,294	755			
Permanance de nuit	Between Groups	5057,079	2	2528,539	4,431	,012
	Within Groups	429733,118	753	570,695		
	Total	434790,197	755			
Parcours Professionnel	Between Groups	905,157	2	452,579	,911	,403
	Within Groups	374050,266	753	496,747		
	Total	374955,423	755			
Relation avec les collègues	Between Groups	83,114	2	41,557	,101	,904
	Within Groups	310831,393	753	412,791		
	Total	310914,507	755			
Relation avec l'administration	Between Groups	231,325	2	115,663	,222	,801
	Within Groups	392354,654	753	521,055		
	Total	392585,979	755			
Relation avec les patients et leurs familles	Between Groups	112,116	2	56,058	,249	,780
	Within Groups	169485,271	753	225,080		
	Total	169597,388	755			

## 9.11- جدول يبين المتوسطات الحسابية لاستعمال مختلف استراتيجيات المواجهة

Descriptive Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Variance
Eviter les problemes	756	36,2623	15,64393	244,732
Solutions calmantes et relaxantes	756	37,8968	13,28447	176,477
Faire des pauses	756	45,3704	16,28895	265,330
Recherche soutien sociale	756	51,2787	17,33803	300,607
Recharge Energie	756	54,3155	18,56221	344,556
Positivism	756	62,9960	22,18791	492,303
Planning	756	67,2399	17,87667	319,575
Trouver des solutions	756	68,9815	20,66136	426,892
Recherche soutien spirituel	756	73,9087	18,66974	348,559
Valid N (listwise)	756			

## 12- جداول تبين شدة لجوء أفراد مجموعة البحث لمختلف استراتيجيات المواجهة

NIVEAUX Recharge Energie					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Pas fréquent	78	10,3	10,3	10,3
	Fréquent	520	68,8	68,8	79,1
	Très Fréquent	158	20,9	20,9	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Recherche soutien sociale**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	73	9,7	9,7	9,7
	Fréquent	483	63,9	63,9	73,5
	Très fréquent	200	26,5	26,5	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Recherche soutien spirituel (Allah)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	21	2,8	2,8	2,8
	Fréquent	246	32,5	32,5	35,3
	Très fréquent	489	64,7	64,7	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Faire des pauses**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	120	15,9	15,9	15,9
	Fréquent	525	69,4	69,4	85,3
	Très fréquent	111	14,7	14,7	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Eviter les problèmes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	305	40,3	40,3	40,3
	Fréquent	430	56,9	56,9	97,2
	Très fréquent	21	2,8	2,8	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Positivism**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	72	9,5	9,5	9,5
	Fréquent	359	47,5	47,5	57,0
	Très fréquent	325	43,0	43,0	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Trouver des solutions**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	39	5,2	5,2	5,2
	Fréquent	317	41,9	41,9	47,1
	Très fréquent	400	52,9	52,9	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Solutions calmantes et relaxantes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pas fréquent	310	41,0	41,0	41,0
	Fréquent	425	56,2	56,2	97,2
	Très fréquent	21	2,8	2,8	100,0
	Total	756	100,0	100,0	

**NIVEAUX Planning**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pas fréquent	18	2,4	2,4	2,4
Fréquent	276	36,5	36,5	38,9
Très fréquent	462	61,1	61,1	100,0
Total	756	100,0	100,0	

**13- جداول تبين المتوسطات الحسابية لمختلف استراتيجيات المواجهة وفق متغيرات البحث**

[Ensemble\_de\_données1] D:\Documents SPSS –Fichiers de données. SAV

**Table 1**

	CORPS	
	Corps médical	Corps Paramédical
	Mean	Mean
Recharge Energie	55,15	53,75
Recherche soutien sociale	50,05	52,11
Recherche soutien spirituel (Allah)	70,22	76,42
Faire des pauses	43,95	46,33
Eviter les problemes	33,92	37,86
Positivism	66,38	60,69
Trouver des solutions	69,12	68,89
Solutions calmantes et relaxantes	37,91	37,89
Planning	69,01	66,04

**Table 1**

	SEXE	
	HOMME	FEMME
	Mean	Mean
Recharge Energie	57,98	52,27
Recherche soutien sociale	49,91	52,04
Recherche soutien spirituel	74,26	73,71
Faire des pauses	46,59	44,69
Eviter les problemes	35,93	36,45
Positivism	64,02	62,42
Trouver des solutions	69,83	68,51
Solutions calmantes et relaxantes	37,20	38,29
Planning	67,90	66,87

**Table 1**

	AGE		
	20-35 ans	36-50 ans	Plus de 50 ans
	Mean	Mean	Mean
Recharge Energie	54,47	54,03	54,64
Recherche soutien sociale	51,87	51,40	48,97
Recherche soutien spirituel	74,24	73,73	73,33
Faire des pauses	45,97	44,98	44,52
Eviter les problemes	36,27	36,63	35,17
Positivism	62,75	63,90	61,19
Trouver des solutions	67,44	70,27	70,36
Solutions calmantes et relaxantes	37,03	38,96	37,68
Planning	66,95	67,02	68,81

**Table 1**

	EXPERIENCE		
	Moins de 5 ans	6-15 ans	Plus de 15 ans
	Mean	Mean	Mean
Recharge Energie	55,27	52,88	54,57
Recherche soutien sociale	52,11	51,69	50,26
Recherche soutien spirituel	73,69	71,83	75,65
Faire des pauses	45,62	45,58	45,00
Eviter les problèmes	36,03	36,73	36,11
Positivism	65,01	61,23	62,59
Trouver des solutions	68,02	67,57	70,86
Solutions calmantes et relaxantes	37,10	38,10	38,43
Planning	67,80	65,90	67,76

**Table 1**

	ETATCIVIL			
	Marié	Célibataire	Divorcé	Veuf
	Mean	Mean	Mean	Mean
Recharge Energie	53,92	56,02	44,85	54,17
Recherche soutien sociale	51,68	51,17	43,14	46,30
Recherche soutien spirituel	74,66	72,20	75,00	69,44
Faire des pauses	45,82	44,43	43,63	45,37
Eviter les problemes	36,32	36,52	29,41	39,68
Positivism	61,89	64,89	69,12	69,44
Trouver des solutions	69,23	69,04	61,03	68,06
Solutions calmantes et relaxantes	37,15	39,81	32,72	45,14
Planning	67,09	67,13	71,08	71,30

**Table 1**

	INSTITUTION			
	EPH	EHS	CHU	EPSP
	Mean	Mean	Mean	Mean
Recharge Energie	52,79	53,41	56,08	55,46
Recherche soutien sociale	52,28	50,13	50,26	51,00
Recherche soutien spirituel	77,24	69,70	69,25	74,45
Faire des pauses	45,44	49,49	44,75	44,40
Eviter les problemes	37,47	33,23	35,68	35,87
Positivism	63,84	60,23	61,97	63,59
Trouver des solutions	70,83	65,34	64,88	71,31
Solutions calmantes et relaxantes	36,97	38,16	39,09	38,18
Planning	68,27	62,75	65,56	68,81

# 14- تحليل التباين ANOVA 1 way لاستعمال استراتيجيات المواجهة وفق متغيرات البحث

## ■ متغير السلك

### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	355,502	1	355,502	1,032	,310
	Within Groups	259784,007	754	344,541		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	770,426	1	770,426	2,568	,109
	Within Groups	226187,981	754	299,984		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	6992,717	1	6992,717	20,582	,000
	Within Groups	256169,485	754	339,747		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	1030,937	1	1030,937	3,900	,049
	Within Groups	199293,137	754	264,315		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	2827,861	1	2827,861	11,719	,001
	Within Groups	181945,111	754	241,307		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	5889,356	1	5889,356	12,139	,001
	Within Groups	365799,632	754	485,145		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	9,532	1	9,532	,022	,881
	Within Groups	322293,709	754	427,445		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	,070	1	,070	,000	,984
	Within Groups	133240,257	754	176,711		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	1608,479	1	1608,479	5,060	,025
	Within Groups	239670,915	754	317,866		
	Total	241279,394	755			

## ■ متغير الجنس

### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	5671,716	1	5671,716	16,806	,000
	Within Groups	254467,793	754	337,490		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	793,903	1	793,903	2,647	,104
	Within Groups	226164,504	754	299,953		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	52,716	1	52,716	,151	,698
	Within Groups	263109,486	754	348,952		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	624,976	1	624,976	2,360	,125
	Within Groups	199699,098	754	264,853		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	48,014	1	48,014	,196	,658
	Within Groups	184724,959	754	244,993		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	444,770	1	444,770	,903	,342
	Within Groups	371244,218	754	492,366		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	306,976	1	306,976	,719	,397
	Within Groups	321996,265	754	427,051		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	205,006	1	205,006	1,162	,281
	Within Groups	133035,321	754	176,439		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	182,239	1	182,239	,570	,451
	Within Groups	241097,155	754	319,758		
	Total	241279,394	755			

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	44,049	2	22,025	,064	,938
	Within Groups	260095,460	753	345,412		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	687,475	2	343,738	1,144	,319
	Within Groups	226270,932	753	300,493		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	83,881	2	41,941	,120	,887
	Within Groups	263078,321	753	349,374		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	243,603	2	121,802	,458	,632
	Within Groups	200080,471	753	265,711		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	166,528	2	83,264	,340	,712
	Within Groups	184606,445	753	245,161		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	610,273	2	305,136	,619	,539
	Within Groups	371078,715	753	492,800		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	1534,232	2	767,116	1,801	,166
	Within Groups	320769,009	753	425,988		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	608,143	2	304,071	1,726	,179
	Within Groups	132632,184	753	176,138		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	301,184	2	150,592	,471	,625
	Within Groups	240978,211	753	320,024		
	Total	241279,394	755			

■ متغير الخبرة المهنية

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	693,052	2	346,526	1,006	,366
	Within Groups	259446,457	753	344,550		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	509,846	2	254,923	,848	,429
	Within Groups	226448,561	753	300,729		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	1823,267	2	911,634	2,627	,073
	Within Groups	261338,935	753	347,064		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	64,656	2	32,328	,122	,886
	Within Groups	200259,418	753	265,949		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	68,752	2	34,376	,140	,869
	Within Groups	184704,221	753	245,291		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	1733,421	2	866,710	1,764	,172
	Within Groups	369955,567	753	491,309		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	1687,666	2	843,833	1,982	,139
	Within Groups	320615,574	753	425,784		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	249,555	2	124,778	,706	,494
	Within Groups	132990,772	753	176,615		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	547,811	2	273,906	,857	,425
	Within Groups	240731,583	753	319,697		
	Total	241279,394	755			

■ متغير الحالة المدنية

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	2220,381	3	740,127	2,158	,092
	Within Groups	257919,127	752	342,978		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	1435,771	3	478,590	1,596	,189
	Within Groups	225522,636	752	299,897		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	1119,074	3	373,025	1,070	,361
	Within Groups	262043,128	752	348,462		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	343,308	3	114,436	,430	,731
	Within Groups	199980,766	752	265,932		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	918,718	3	306,239	1,253	,290
	Within Groups	183854,255	752	244,487		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	2409,123	3	803,041	1,635	,180
	Within Groups	369279,865	752	491,064		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	1116,536	3	372,179	,871	,456
	Within Groups	321186,705	752	427,110		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	1997,320	3	665,773	3,815	,010
	Within Groups	131243,007	752	174,525		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	413,107	3	137,702	,430	,732
	Within Groups	240866,288	752	320,301		
	Total	241279,394	755			

■ متغير نمط المؤسسة الصحية

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	1626,546	3	542,182	1,577	,193
	Within Groups	258512,963	752	343,767		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	614,818	3	204,939	,681	,564
	Within Groups	226343,589	752	300,989		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	8864,252	3	2954,751	8,738	,000
	Within Groups	254297,951	752	338,162		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	1369,076	3	456,359	1,725	,160
	Within Groups	198954,998	752	264,568		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	1162,766	3	387,589	1,587	,191
	Within Groups	183610,207	752	244,163		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	994,390	3	331,463	,672	,569
	Within Groups	370694,598	752	492,945		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	6136,677	3	2045,559	4,865	,002
	Within Groups	316166,564	752	420,434		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	561,075	3	187,025	1,060	,365
	Within Groups	132679,252	752	176,435		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	2643,268	3	881,089	2,777	,040
	Within Groups	238636,126	752	317,335		
	Total	241279,394	755			

■ متغير الإقليم الجغرافي

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Recharge Energie	Between Groups	789,973	2	394,987	1,147	,318
	Within Groups	259349,536	753	344,422		
	Total	260139,509	755			
Recherche soutien sociale	Between Groups	1017,114	2	508,557	1,695	,184
	Within Groups	225941,293	753	300,055		
	Total	226958,407	755			
Recherche soutien spirituel	Between Groups	5111,900	2	2555,950	7,458	,001
	Within Groups	258050,303	753	342,696		
	Total	263162,202	755			
Faire des pauses	Between Groups	1190,693	2	595,346	2,251	,106
	Within Groups	199133,381	753	264,453		
	Total	200324,074	755			
Eviter les problèmes	Between Groups	312,038	2	156,019	,637	,529
	Within Groups	184460,935	753	244,968		
	Total	184772,973	755			
Positivisme	Between Groups	8977,739	2	4488,869	9,319	,000
	Within Groups	362711,249	753	481,688		
	Total	371688,988	755			
Trouver des solutions	Between Groups	1814,171	2	907,085	2,131	,119
	Within Groups	320489,070	753	425,616		
	Total	322303,241	755			
Solutions calmantes et relaxantes	Between Groups	3298,022	2	1649,011	9,556	,000
	Within Groups	129942,306	753	172,566		
	Total	133240,327	755			
Planning	Between Groups	2988,901	2	1494,450	4,722	,009
	Within Groups	238290,493	753	316,455		
	Total	241279,394	755			



15- جدول ال SPSS الخاصة بالفرضة المتعلقة بالارتباطية بين مستوى ضغط المصادر المهنية واستراتيجيات المواجهة

Cross Tabs

[Ensemble\_de\_données1] D:\Documents SPSS - Fichiers de données.sav

		Niveau recharge énergie	Niveau recherche soutien sociale	Niveau recherche soutien spirituel	Niveau faire des pauses	Niveau éviter les problèmes	Niveau positivisme	Niveau trouver des solutions	Niveau solution calmantes et relaxantes	Niveau planning
NIVEAUX Conditions de travail	Pearson Correlation	,018	-,013	,048	,021	,127**	,063	,070	,041	,038
NIVEAUX Charge de travail	Pearson Correlation	-,002	,034	-,004	,049	,135**	,069	,003	,071*	,042
NIVEAUX Ambiguïté du rôle	Pearson Correlation	-,006	,051	,029	,104**	,118**	-,061	,025	,104**	-,012
NIVEAUX Permanance de nuit	Pearson Correlation	,024	,096**	,023	,066	,103**	-,007	,031	,101**	,020
NIVEAUX Parcours Professionnel	Pearson Correlation	-,025	,033	,091*	,062	,046	,091*	,099**	,073*	,106**
NIVEAUX Relation avec les collegues	Pearson Correlation	,055	,020	,076*	,003	,087*	,102**	,032	,077*	,069
NIVEAUX Relation avec l'administration	Pearson Correlation	,114**	,086*	,069	,037	,089*	,164**	,119**	,084*	,102**
NIVEAUX Relation avec les patients et leurs familles	Pearson Correlation	,004	,094**	,074*	,042	,121**	,071	,082*	,034	,069

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).