



جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي - الجزائر -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



الشعبة: علم النفس

رقم التسجيل:

الرقم التسلسلي:

فعالية برنامج تدريبي مقترح لخفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص علم النفس وإرشاد نفسي

تحت إشراف:

د. وليد بخوش

إعداد الطالبة:

كريمة بوغازي

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة الأصلية	الرتبة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	أد. نورة قنيفة
مشرفا ومقررا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. وليد بخوش
عضوا مناقشا	جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. سليم صيفور
عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. نادية فضال
عضوا مناقشا	جامعة سطيف-2	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. لزهر خلوة
عضوا مناقشا	جامعة تبسة	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. فاطمة شتوح

السنة الجامعية : 2019-2020



جامعة العربي بن مهدي أم البواقي - الجزائر -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

الشعبة: علم النفس

رقم التسجيل:

الرقم التسلسلي:

فعالية برنامج تدريبي مقترح لخفض مستوى
الإجهاد المهني لدى الممرضين

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس تخصص علم النفس وإرشاد نفسي

تحت إشراف:

د. وليد بخوش

إعداد الطالبة:

كريمة بوغازي

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة الأصلية	الرتبة العلمية	الإسم واللقب
رئيسا	جامعة أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	أد.نورة قنيفة
مشرفا ومقررا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. وليد بخوش
عضوا مناقشا	جامعة جيجل	أستاذ محاضر قسم (أ)	د. سليم صيفور
عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي	أستاذ محاضر قسم (أ)	د.نادية فضال
عضوا مناقشا	جامعة سطيف-2	أستاذ محاضر قسم(أ)	د.لزهر لخرة
عضوا مناقشا	جامعة تبسة	أستاذ محاضر قسم(أ)	د.فاطمة شتوح

السنة الجامعية: 2019-2020

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى:

من كانا سنداً وعوناً لي في هذه الحياة إلى من تعباً لأجل راحتي ونجاحي ...

إلى من مهما فعلت لن أوفي جزءاً بسيطاً مما قدمه لي أبي وأمي.

إلى كل أساتذتي الكرام من خطوت معهم طريق العلم.

إلى متعة الحياة ورونقها إخوتي وأخواتي وأبنائهم الأعزاء.

إلى أصدقائي وزملائي وكل من ساندني.

شكر وتقدير

الحمد لله كثيرا أولا وأخيرا الذي أعانني على إتمام هذه الدراسة والصلاة والسلام على خير خلق الله سيدنا محمد الأمين أما بعد:

أتقدم بالشكر الجزيل لأستاذي ومشرفي "د. بخوش وليد" لقبوله إتمام هذا العمل معي ووقوفه معي في أصعب الأوقات، فقد كان نعم المشرف، الموجه، الناصح والمشجع، شكرا أستاذي فقد أعطني كلماتك دافعا لأستمر رغم كل الصعوبات، وشكرا على الإحترام الذي وجدته منك طوال فترة الإشراف.

كما أقدم شكري الخالص للأستاذة الدكتورة "قنيفة نورة" التي لم تبخل عليا بتوجيهاتها واهتمامها رغم كثرة انشغالاتها أدامك الله سندا لطالبي العلم أستاذتي المحترمة. كما أشكر الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذا العمل المتواضع.

وأشكر العاملين بمستشفى الحكيم عقبي "ولاية قالمه" خصوصا طاقم التمريض بمصلحة طب الأطفال الذين أعطوني من وقتهم وموافقهم على المشاركة في البرنامج دون أن أنسى المسؤولين للتسهيلات التي قاموا بها بالمؤسسة. ولا يمكنني أن أنسى فضل الأستاذ الدكتور "أحمد فاضلي" على مساعدته لي وتوجيهاته أيام لم أجد نصحا من أحد، شكرا لك أستاذي

وأقدم بشكري أيضا للأساتذة المحكمين للبرنامج من داخل الوطن وخارجه على تعيهم والملاحظات التي أبدوها جزاكم الله خيرا ووفق خطاكم.

وأشكر "د. بوصبيعة عصام" والأستاذ الدكتور "بوسالم عبد العزيز" على مساعدتهم في التحليل الإحصائي وأشكر أيضا "دعاء" على ما قدمته مساعدة في إتمام العمل. كما أشكر الدكتور "هقيلي نبيل" على تعبه من أجل التدقيق اللغوي للأطروحة.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
4	الإهداء
5	كلمة الشكر والتقدير
7	فهرس المحتويات
12	فهرس الجداول
16	فهرس المخططات
17	فهرس الأشكال
19	فهرس الملاحق
22	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
27	تمهيد
27	أولاً: إشكالية الدراسة
32	ثانياً: فرضيات الدراسة
33	ثالثاً: أهمية الدراسة
33	رابعاً: أهداف الدراسة
34	خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة
37	سادساً: منهج الدراسة
38	1- المنهج الوصفي
38	2- المنهج التجريبي
39	سابعاً: الدراسات السابقة
39	1- الدراسات العربية
49	2- الدراسات الأجنبية
54	3- التعقيب على الدراسات السابقة

56	4- إستفادة الباحثة من الدراسات السابقة
57	5- أوجه إختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة
58	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني: الأسس النظرية والمعرفية للدراسة
60	تمهيد
60	أولاً: الإجهاد المهني
60	1- تعريف الإجهاد
60	1-1- تعريف الإجهاد كمثير
61	1-2- تعريف الإجهاد كاستجابة
62	1-3- تعريف الإجهاد كتفاعل بين مثير و استجابة
64	2- علاقة الإجهاد ببعض المفاهيم
65	3- النماذج المفسرة للإجهاد
65	3-1- النموذج الحيوي الكيميائي
66	3-2- نموذج إفنسيشين وماتسن
68	3-3- النموذج الاعتمادي الشرطي للإجهاد المهني
70	3-4- نموذج تفسير ظاهرة الإجهاد واستراتيجيات مواجهتها
72	3-5- النموذج النفسي (المعرفي للإجهاد)
77	4- أنواع الإجهاد
79	5- العوامل المؤدية للإجهاد
79	5-1- عوامل متعلقة بالبيئة الشخصية
81	5-2- عوامل متعلقة بالبيئة الخارجية
82	5-3- العوامل المتعلقة بالبيئة المهنية
83	6- العوامل الوسيطة في الإجهاد
86	7- الآثار المترتبة عن الإجهاد
87	7-1- تأثيرات الإجهاد على الفرد

89	7-2- تأثيرات الإجهاد المهني على المؤسسة
91	8- إستراتيجيات خفض الإجهاد
91	8-1- إستراتيجيات خفض الإجهاد على مستوى المؤسسة
94	8-2- إستراتيجيات خفض الإجهاد على مستوى الفرد
95	ثانياً: البرامج العلاجية والعلاج المعرفي السلوكي
95	I - البرامج العلاجية
95	1- تعريف البرنامج العلاجي
97	2- أهداف البرامج العلاجية
98	3- أهمية البرامج العلاجية
99	4- أنواع البرامج العلاجية
100	5- أسس بناء البرامج العلاجية
101	6- خصائص البرنامج العلاجي الجيد
102	7- مراحل بناء البرامج العلاجية
105	II - العلاج المعرفي السلوكي
105	1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
108	2- أهداف العلاج المعرفي
110	3- أهمية العلاج المعرفي السلوكي
111	4- نماذج العلاج المعرفي السلوكي
111	4-1- نموذج Beck في العلاج المعرفي السلوكي
113	4-2- نموذج Ellis في العلاج المعرفي السلوكي
115	4-3- نموذج Meichenbaum في العلاج المعرفي السلوكي
117	5- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
125	خلاصة الفصل
	الجانب التطبيقي

	الفصل الثالث: إجراءات الدراسة الميدانية
129	تمهيد
129	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
135	1- نتائج مقابلة الدراسة الاستطلاعية
140	ثانياً: المجتمع الأصلي للدراسة
142	ثالثاً: مجالات الدراسة
142	1- المجال البشري (عينة الدراسة وخصائصها)
145	2- المجال المكاني
146	3- المجال الزمني
147	رابعاً: أدوات جمع البيانات
147	1- الوثائق الرسمية
147	2- المقابلة
148	3- مقياس الإجهاد
149	4- البرنامج التدريبي لخفض الإجهاد
163	خامساً: أساليب تحليل البيانات
163	1- أساليب الوصف
163	2- أساليب الاستدلال
164	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع: عرض البيانات ومناقشة نتائج الدراسة
166	تمهيد
166	أولاً: عرض وتحليل البيانات الميدانية
166	I. عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد المهني في القياس القبلي
166	1- حسب نتائج مقياس الإجهاد
168	2- حسب نتائج أبعاد مقياس الإجهاد (جسدية، نفسية، سلوكية)
174	II. عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس البعدي

174	1-حسب نتائج مقياس الإجهاد
175	2- حسب نتائج أبعاد مقياس الإجهاد (جسدية، نفسية، سلوكية)
180	III. عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس التتبعي
180	1-حسب نتائج مقياس الإجهاد
182	2- حسب نتائج أبعاد مقياس الإجهاد (جسدية، نفسية، سلوكية)
187	ثانيا: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
187	I. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي
187	1- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد
189	2- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض الجسدية
191	3- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض النفسية
193	4- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض السلوكية
196	II. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي
196	1- عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد
198	2- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض الجسدية
200	3- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض النفسية
202	4- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض السلوكية
204	خلاصة الفصل
206	الخاتمة
210	قائمة المراجع
222	قائمة الملاحق
276	الملخص

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	آثار الإجهاد على المؤسسة	89
2	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	130
3	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر	131
4	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الخبرة المهنية	132
5	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية	133
6	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي	133
7	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مصلحة العمل	134
8	استجابات أفراد العينة الاستطلاعية حول أسئلة المقابلة	135
9	توزيع مجتمع الدراسة حسب المصالح الطبية في مستشفى الحكيم عقبي	141
10	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	142
11	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	143
12	توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	143
13	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	144
14	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي	145
15	إقتراحات الأساتذة المحكمين حول البرنامج	161
16	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد في القياس القبلي	166
17	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد	167
18	طريقة تفسير نتائج أبعاد مقياس الإجهاد حسب الأبعاد	168
19	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس القبلي	169
20	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) القياس القبلي	169
21	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس القبلي	170

171	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية) القياس القبلي	22
172	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد في الأعراض السلوكية (القياس القبلي)	23
173	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس القبلي	24
174	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد في القياس البعدي	25
175	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد في القياس البعدي	26
176	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس البعدي	27
176	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس البعدي	28
177	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس البعدي	29
178	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس البعدي	30
179	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس البعدي	31
180	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس البعدي	32
181	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد في القياس التتبعي	33
181	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد في القياس التتبعي	34
182	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي	35
183	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي	30
184	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس	31

	التتبعي	
185	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس التتبعي	32
186	توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي	33
186	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي	34
188	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي و البعدي لمستوى الميل للإجهاد	35
188	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في الاختبار القبلي والبعدي في مستوى الميل للإجهاد	36
190	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد الجسدية	37
190	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد الجسدية بالقياس القبلي والبعدي	38
192	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية	39
192	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد النفسية في القياس القبلي والبعدي.	40
194	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد السلوكية	41
194	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد السلوكية في المقياس القبلي والبعدي	42
196	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد	43
197	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في القياس البعدي والتتبعي لمقياس الإجهاد	44

198	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية	45
199	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد الجسدية لمقياس الإجهاد	46
200	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية.	47
201	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد النفسية في القياس البعدي والتتبعي	48
202	نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية	49
203	اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد السلوكية في البعدي والتتبعي	50

فهرس المخططات

الصفحة	عنوان المخطط	الرقم
67	أفكار كل من Ivencevich & Matson	1
69	النموذج الإعتماذي الشرطي للإجهاد المهني	2
71	نموذج لطفي راشد في تفسير الضغوط	3
77	النموذج النفسي المعرفي للإجهاد	4
107	سيرورة العلاج المعرفي السلوكي	5

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
66	الأعراض العامة للتكيف SGA حسب سيلاي	1
130	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	2
131	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر	3
132	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الخبرة المهنية	4
133	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية	5
134	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي	6
135	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مصلحة العمل	7
143	توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر	8
144	توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية	9
144	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	10
145	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي	11
167	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد	12
170	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد المهني (الأعراض الجسدية) بالقياس القبلي	13
171	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية) القياس القبلي	14
173	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس القبلي	15
175	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد في القياس البعدي	16
177	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس البعدي	17
178	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية)	18

	في القياس البعدي	
180	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس البعدي	19
182	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد في القياس التتبعي	20
183	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي	21
185	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس التتبعي	22
187	توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي	23

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
1	مقياس الإجهاد المهني	222
2	دليل المقابلة	225
3	برنامج خفض الإجهاد النسخة الأولى	226
4	برنامج خفض الإجهاد النسخة النهائية	241
5	طلب تحكيم البرنامج	257
6	نموذج الواجب المنزلي لجلسة الاسترخاء	258
7	نموذج الواجب المنزلي لجلسة التحكم في الغضب	259
8	نموذج الواجب المنزلي لجلسة المساندة الاجتماعية	260
9	نموذج استمارة جلسة إدارة الوقت	261
10	نموذج الواجب منزلي لجلسة إدارة الوقت	262
11	الواجب منزلي لجلسة مهارات الاتصال	263
12	نموذج جلسة التدريب على حل المشكلة	264
13	نموذج جلسة التعامل مع النقد	265
14	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قائمة -	266
15	نتائج المعالجة الإحصائية في القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد	267
16	نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد الجسدية في القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد	268
17	نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد النفسية في القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد	269

270	نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد السلوكية في القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد	17
271	نتائج المعالجة الإحصائية في القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد	18
272	نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد الجسدية في القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد	19
273	نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد النفسية في القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد	20
274	نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد السلوكية في القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد	21

مقدمة

حين نتحدث عن مشكلة الإجهاد المهني فإننا نجد أنفسنا أمام أكبر المشاكل التي تواجه المنظمات في مختلف دول العالم حتى المتقدمة منها، فهذه الأخيرة لم تعد تمس حياة الفرد الخاصة فقط بل مست أيضا مجال العمل ونتج عنها عدة مشكلات على مستوى الفرد في مكان العمل كما زادت معدلات انتشارها بشكل سريع في السنوات الأخيرة، فقد صرحت منظمة العمل الدولية في تقرير لها أن الإجهاد هو المسؤول عن خسارة 3.5 مليون يوم عمل نتيجة لغياب العمال؛ أي ما يقدر بـ 1600 يورو خلال سنة، وأكثر من نصف العطل المرضية كانت بسبب المشكلات النفسية (Kala Retna,2011, P3).

وقد لاقت مشكلة الإجهاد اختيارا كبيرا من قبل الباحثين، حيث أنجزت فيه العديد من المؤتمرات والدراسات مثل دراسة **هدى جعفر 2006**، التي حاولت من خلالها الكشف عن العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم بالرضا الوظيفي، ودراسة **عصام الدالي 2000** التي ركزت على واقع عمل الممرضين واتجاهات الممرضات نحو مهنة التمريض، دراسة **إيمان جودة ورندة اليافي (دون سنة)** التي بحثت فيها عن العلاقة بين البيروقراطية والرضا الوظيفي وضغط العمل، دراسة **غربي صبرينة (دون سنة)** والتي أعدت فيها برنامج تدريبي معرفي سلوكي من أجل التخفيف من معاناة العامل مصادر الضغوط المهنية لدى العاملات بالقطاعات الصحي ودراسة **بومجان نادية وجابر نصر الدين 2016** التي قام فيها الباحثين ببناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، هذا بالإضافة إلى دراسات أخرى لا يسع المجال لذكرها جميعا والمتطلع على التراث الأدبي للإجهاد يجد نوعا من التدرج من حيث المواضيع؛ حيث انطلق العلماء في دراساتهم من الدراسات التي كان الهدف منها الكشف عن مشكلة الإجهاد والعوامل المؤدية له ثم انتقلوا إلى البحث في العلاقة بين الإجهاد ومختلف المشكلات النفسية الجسدية والاجتماعية وأخيرا انتقلوا إلى محاولة خفض مستوى الإجهاد لدى الأفراد.

ويعتبر الممرضين من الفئات التي تعاني من الإجهاد نتيجة للعديد من المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها مثل: العلاقات داخل العمل وصراع الدور والمعاملة السيئة من طرف المرضى المرافقين لهم وغياب المساندة ومن جهة أخرى نجد أيضا طبيعة عمل الممرضين في حد ذاتها تلزمهم القيام بمهامهم في بيئة عمل تحمل الطاقة السلبية التي تؤثر

على نفسيتهم كالحضور في حالات الوفاة ورؤية الدماء، الخوف من خطر الإصابة بالعدوى وغيرها.

وعليه فالمرضى بحاجة للتكفل النفسي من أجل مساعدتهم على تجاوز كل هذه الصعوبات وتحقيق التوافق النفسي الذي يسمح لهم بأداء مهامهم بجودة أكبر، وجعلهم قادرين على تحمل المواقف المجهدة وإيجاد حل للمشكلات التي تواجههم، سواء في مجال العمل أم في المجال الشخصي.

وانطلاقاً من هذه الفكرة جاءت الدراسة لأجل الكشف عن فعالية البرنامج المقدم من أجل خفض الإجهاد المهني للمرضى واعتمادنا في بنائه على العلاج المعرفي السلوكي واتباعنا مجموعة من الخطوات تمثلت في:

تقسيم الدراسة إلى جانبين أساسيين هما الجانب النظري والجانب التطبيقي؛ على النحو الآتي:

احتوى الجانب النظري على:

◀ **الفصل الأول:** تناولنا فيه الإطار العام للدراسة، حيث ضم أهمية وأهداف الدراسة وإشكالياتها ثم المفاهيم الأساسية للدراسة والدراسات السابقة.

◀ **الفصل الثاني:** بعنوان الأسس النظرية والمعرفية للدراسة ويضم محورين هما:

✓ الإجهاد المهني الذي احتوى على تعريف الإجهاد والنظريات المفسرة له بالإضافة إلى أنواعه ومصادره وتأثيراته.

✓ البرامج العلاجية والعلاج المعرفي السلوكي ضم مجموعة من العناصر الخاصة بالبرامج العلاجية بدءاً بالتعريف، كما تطرقنا إلى أهميتها وأسسها وخصائصها، ثم مراحل بنائها كما ألقينا نظرة على خصائص المعالج ثم انتقلنا إلى العلاج المعرفي السلوكي، الذي تناولنا فيه بعض التعريفات والأهداف، خطوات التدخل في العلاج المعرفي ثم أهم النظريات فيه كما ذكرنا بعض التقنيات التي يركز عليها هذا الأخير أثناء عملية العلاج.

الجانب التطبيقي: شمل الإجراءات المنهجية والإطار التحليلي والمناقشة وكان كما يلي:

◀ **الفصل الثالث:** خصص للخطوات المنهجية المتبعة لإجراء الدراسة والذي يضم مجالات الدراسة وأدوات جمع البيانات وأساليب تحليلها.

◀ **الفصل الرابع:** خصص لعرض البيانات الميدانية وتحليلها، وقد تضمن ثلاث أجزاء فالجزء الأول خاص بعرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس القبلي للعيينة، الجزء الثاني خصص لعرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس البعدي للعيينة والجزء الثالث قمنا بعرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس التتبعي للعيينة.

وأيضاً عرضنا فيه نتائج التحليل الإحصائي للفرضيات ومناقشة النتائج قسمناه إلى قسمين القسم الأول خاص بالفرضية الجزئية الأولى، حيث قمنا بعرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد أما القسم الثاني قمنا بعرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد .

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تمهيد

أولاً: الإشكالية

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أهمية الدراسة

رابعاً: أهداف الدراسة

خامساً: المفاهيم الأساسية للدراسة

سادساً: منهج الدراسة

سابعاً: الدراسات السابقة

خلاصة الفصل

تمهيد :

يشمل هذا الفصل على أهمية الدراسة ومبررات اختيار الموضوع وإشكالياتها وأهدافها تليها المفاهيم الأساسية للدراسة والدراسات السابقة.

أولاً: إشكالية الدراسة:

يعتبر الإجهاد المهني من أكثر المشاكل وأخطرها في مكان العمل، لذلك أخذ اهتماما كبيرا في إدارة الموارد البشرية منذ أكثر من عشرين عاما، حيث أنجزت حوله العديد من الدراسات بالإضافة إلى عقد المؤتمرات العملية والندوات (Kala Tena,2011,P3) . و الحقيقة أن الإجهاد واقع لا احد يمكن إنكاره في الحياة اليومية ولكن على الفرد التعايش معه والتكيف مع المواقف والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها ففي حال عدم قدرة الفرد على خلق التوافق و التكيف يصبح بذلك عرضة للعديد من المشكلات النفسية والصحية . فقد أظهرت نتائج دراسة أجرتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OCDE) حول المعاناة النفسية في العمل سنة 2011 أن حوالي 20% من السكان في سن العمل يعانون من اضطرابات نفسية كالإكتئاب والقلق وهم يغيبون عن العمل لأسباب صحية أكثر من الآخرين (32% مقابل 19%)، كما أن فترة غيابهم أطول (6 أيام بنسبة 4.8%) إضافة إلى أن العديد من العمال الذين يعانون من اضطرابات نفسية لا يأخذون عطل مرضية ويستمررون في العمل لكنهم يكونون أقل فعالية، حيث صرح 74% أنهم لاحظوا إنخفاض في الإنتاجية لديهم خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة (Aurélia Dejean, 2009, P1).

وعلى الرغم من أن للإجهاد آثارا إيجابية إلا أننا غالبا ما نولي الاهتمام للآثار السلبية لما ينجم عنها من مشاكل في أماكن العمل كالتغيب ، دوران العمل ، نقص الإنتاج ، سوء العلاقات وحوادث العمل ، كما يؤثر أيضا على الفرد و الذي يعتبر من المقومات الأساسية داخل المؤسسات والتي يجب التركيز عليها من أجل تحقيق التطور وتحسين خدماتها ، فقد أثبتت الدراسة التي قام بها **Mariza Maranda & Al 2013** أن هناك علاقة بين مستوى الإجهاد وكل من الرضا الوظيفي وضعف الإنتاج، حيث أنه كلما كان مستوى الإجهاد مرتفع أدى إلى زيادة المشكلات بمكان العمل وأظهرت أيضا أن هناك ارتباطا بين مستوى الإجهاد وسوء صحة العمال (Mariza & Al, 2013, P476). كما أن مشكلة الإجهاد من منظورها السلبي أضحت في تزايد مستمر نتيجة للتطورات التي شهدتها العصر الحالي في مختلف

مجالات الحياة وعدم قدرة الفرد على مسايرة هذا التطور، فقد أوردت منظمة العمل الدولية 2009 أن نسبة الإجهاد المهني كانت تمثل 4.8 % فقط من الأمراض المهنية عام 1990، أما الآن فقد تضاعفت أكثر من مرتين خلال السنوات الثلاث الأخيرة ومازالت تتزايد بإطراد (أندرودي سيزلاتي وجعفر أبو القاسم ، 1991، ص 179).

إن طبيعة المهن وخصائصها تعتبر كأحد العوامل المؤدية إلى ظهور الإجهاد فقد صنفت المهن الاجتماعية والتي تكون الأعمال فيها ذات ظروف صعبة كأكثر المهن المجهددة يندرج تحت هذا التصنيف وظائف المديرين، والأعمال ذات المناوبات الليلية، كالطب والتمريض.

وفي هذا السياق كشفت دراسة Schabraq & Cooper 2004 أن خصائص العمل يمكن أن تكون مصدرا للإجهاد المهني، فعندما يحتوي العمل على مهام قليلة أو متعددة أو عندما تكون مهام متنوعة وكثيرة لدرجة لا يمكن القيام بها، أو تكون درجة الإستقلالية قليلة أو واسعة، فإن ذلك يؤدي إلى شعور العاملين بالإجهاد، كما أن غياب التغذية العكسية وغموض وتعارض الدور تعد مصدرا من مصادر الإجهاد (شاكر إياد، 2008، ص31).

ويعد التمريض من المهن الاجتماعية المتعبة، نظرا لما يعانيه الممرضين من مواقف ضاغطة أثناء أداء مهامهم، وفي علاقاتهم مع المسؤولين والمرضى، فهم بالإضافة إلى الرعاية الصحية عليهم توفير الدعم العاطفي، وتخفيف التوتر عن المريض، ويعتبر هذا أصعب جزء في العمل. كما أن عملهم يتطلب إنفاق الكثير من الطاقة على العديد من المستويات، فعلى المستوى الجسدي يتطلب مستويات عالية من الإجهاد العضلي يؤدي إلى الكثير من الآلام، على المستوى العقلي يتطلب الاهتمام بأدوية المرضى توقيتها، الرد على أسئلتهم وأسئلة أقاربهم ، أما على المستوى العاطفي فإن الممرضين يتأثرون بحالة المرضى والتعاطف معهم، ومساندة الأقارب، بالإضافة إلى العمل في بيئة حيث يوجد الألم والحزن (Rachel Muray, 2005,P3).

وقد دعمت دراسة أحمد عباس وعلي عسكر 1988 ما جاء سابقا، حيث توصلت إلى أن العاملين في مجال التمريض يعانون من مشكلة الإجهاد، وأنهم غير راضين عن أعمالهم بسبب الإرهاق الناجم عن العبء الوظيفي ومتطلبات العمل، وعدم الشعور بالأمان

الوظيفي انخفاض العائد المادي وقلة المشاركة في اتخاذ القرار، فضلا عن الروتين وغياب الدعم والترابط الاجتماعي في العمل (جودة رندة و إيمان اليافي ، دون سنة ، ص56).

وجاءت دراسة **زهير الصباغ 1999** أيضا لتؤكد أن 87% الممرضين لديهم مستوى مرتفع من الإجهاد وأن طبيعة العمل داخل الأقسام والمتغيرات البيئية لها دور في زيادة أو إنخفاض مستوى الإجهاد (زهير الصباغ، 1999، ص 105).

وأضافت **رجاء مريم وأمل الأحمد 2008** في دراسة لهما أن ما يقارب 80% من الممرضين يعانون من الإجهاد وأن مستواه يتأثر بمجموعة من العوامل منها: الحالة الاجتماعية ، العمر، طبيعة العمل ، العلاقة مع الزملاء والعلاقة مع الإدارة (رجاء مريم وأمل الاحمد، 2008، ص476)

وفي ظل هذه الإحصائيات وغيرها حذرت منظمة العمل الدولية من آثار الإجهاد فقد أكدت على أن الإجهاد يؤثر سلبا على جودة العمل كما يؤثر على صحة الممرضين فيزيد من الأمراض النفسية ويسهم في بعض أشكال الأمراض الجسدية مع الإشارة بوجه خاص إلى المشكلات العضلية (Hingley, 1994 ,P15).

هذا ما كشفته أيضا دراسة **Frith & al 1988** التي أجريت على 200 ممرض وممرضة توصلت فيها إلى أن الاضطرابات الصحية تزداد بإرتفاع الصعوبات المهنية مما يؤدي إلى الشعور بالإكتئاب وينعكس سلبا على الفرد حيث يفقد حيويته ورغبته في العمل (غربي صبرينة، دون سنة، ص112).

كما توصلت دراسة أجراها **Tammy Lunderstron & Al 2002** إلى أن مشكلة الإجهاد لدى الممرضين تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم الانبساطي وترتبط هذه الزيادة بالخبرة حيث أن الممرضين الذين لديهم خبرة أكبر يعانون من ضغط الدم الانبساطي مقارنة بالمبتدئين كما أثبتت أن نظام العمل بالدوريات هو أحد عوامل الخطر لاحتشاء القلب والإصابة بالاكنتاب والقلق (Tammy Lunderstron & Al, 2002,P94) .

أما بالجزائر (المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي- قالمة-) وجدنا أن عدد العطل المرضية المقدمة لسنة 2017 بالمستشفى قدرت ب 898 عطلة منها 343 خاصة بالممرضين أي ما يعادل 38.19% من مجموع العطل، بالإضافة إلى 23 حادث عمل

من بينهم 18 ممرض وممرضة، كما أن هناك 27 من الممرضين قاموا بتقديم طلبات التقاعد المبكر وقبل منها 23 طلب ورفض 4 طلبات.

تعتبر هذه الأرقام تعبيراً عن واقع الممرضين ومعاناتهم داخل القطاع الصحي وتعكس ملاحظتنا من خلال الاحتكاك اليومي بهم طوال مدة عملنا كأخصائية نفسانية بالمستشفى، فالممرضين يعانون من توتر دائم تقريباً وردود فعل غير مناسبة للموقف مما يؤدي إلى مشاكل مع المرضى ومرافقيهم، كما أن العمل تحت الضغط لفترات طويلة مع انعدام الإمكانيات أدى إلى عدم القدرة على التركيز مما يفضي إلى أخطاء مهنية، والخوف الدائم من الإصابة بالأمراض المعدية والشكوى الدائمة من التعب النفسي والجسدي ومختلف الأمراض الجسدية.

لكن على الرغم من وجود جميع الممرضين في بيئة عمل واحدة والعمل تحت ظروف موحدة إلا أن لكل شخص ردة فعل مختلفة ويتعامل مع المواقف والأفراد بطريقة تختلف عن الآخر وقد يرجع هذا الاختلاف إلى الطريقة التي يقيم بها الممرض الأحداث والمواقف التي يتعرض لها؛ فما يشكّل ضغطاً بالنسبة لممرض قد لا يكون كذلك بالنسبة لآخر، كما أن للاستراتيجيات التي يعتمدها في تعامله مع المواقف الضاغطة تلعب دور مهم في مواجهة مشكلة الإجهاد وعليه فإن أي تدخل من أجل تقديم المساعدة لهم يكون من خلال برامج تدريبية وهذا ما أكدت عليه منظمة العمل الدولية أثناء تنفيذها لدورات بعدة منظمات من أجل الكشف عن الإجهاد لدى الممرضين والحد منه ومن آثاره السلبية وتوصلوا إلى أن أغلبية العاملين لديهم مستوى إجهاد مرتفع ووجدوا أن هناك نجاحاً في تحسين موقف الممرضين من عملهم وانخفاض اعتلال الصحة، وفي معدلات التغيب عن العمل بعد تطبيق برامج خفض الإجهاد (Hingley, 1994, PP15-16).

وللعمل على خفض الإجهاد لدى الممرضين بمؤسسة الحكيم عقبي قائلة أردنا التدخل بالجمع بين الاستراتيجيات التي تتم على مستوى المستشفى والاستراتيجيات الخاصة بالفرد؛ بإحداث بعض التغييرات من خلال تقديم اقتراحات تنظيمية جديدة ولكن وجدنا هذا غير ممكن لاعتبارات مختلفة؛ فتوجهنا للتركيز على التدخل الذي يعتمد على الفرد من خلال تطبيق برنامج تدريبي على الممرضين لخفض الإجهاد معتمدين فيه على تقنيات مستمدة من العلاج المعرفي السلوكي الذي يفترض أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم

للأحداث فهو لا يحدد كيف يشعر الفرد في موقف معين بل يحدد الطريقة التي يفسر بها الفرد الموقف" (جابر نصر الدين و نادية بومجان، 2013، ص206)، ويعتبر هذا النوع من العلاج من أحدث العلاجات في الفترة الأخيرة التي كان لها أثر إيجابي على مختلف الأمراض والمشكلات النفسية التي قد تصيب الفرد، وأعطت أيضا نتائج جيدة في خفض مشكلة الإجهاد وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات مثل: دراسة Charon & Al 2011 ، دراسة غربي صبرينة ، دراسة أسماء ناصر و سناء ناصر 2016، دراسة Roline 2003 ودراسة William 2005 وغيرها من الدراسات.

واستخدمنا في البرنامج التدريبي مجموعة من التقنيات المستمدة من العلاج المعرفي السلوكي ركزنا فيها على طريقة تقييم الممرضين للمواقف وعلى الاستراتيجيات المتبعة في تعاملهم معها وهذا بغرض توعيتهم بالسيرورة التي يعتمدونها في تفسير المواقف والأحداث وتدريبهم على مهارات جديدة تجعلهم قادرين على الخروج من المفهوم السلبي إلى المفهوم الإيجابي للإجهاد وقادرين على تقديم خدمات ذات جودة للمرضى والقيام بالدور والمهام الموكلة إليهم.

وعليه تصاغ مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي: ما مدى فعالية البرنامج التدريبي المقترح لخفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين؟ ونتج عن هذا تساؤلان فرعيان كآلاتي :

التساؤلات الفرعية للدراسة:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد لدى الممرضين؟
- 1-1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين؟
- 1-2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين؟
- 1-3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد السلوكية لدى الممرضين؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد لدى الممرضين .؟

2-1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين ؟

2-2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين ؟

2-3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية لدى الممرضين ؟

ثانياً: فرضيات الدراسة:

بما أن الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو معرفة إذا ما كان هناك فعالية للبرنامج المطبق على الممرضين من عدمها فقد صيغت فرضية عامة مفادها: للبرنامج التدريبي المطبق على الممرضين فعالية في خفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين. وللتفصيل أكثر في الدراسة صيغت فرضيتان جزئيتان لكل فرضية ثلاث فروع وكانت كما يلي:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

1.1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

1.2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

1.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد السلوكية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي.

- 2.1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي.
- 2.2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي.
- 2.3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي.
- ثالثا: أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في الموضوع في حد ذاته لما للإجهاد المهني من تأثير سلبي على الفرد والمؤسسة، كما تلقي نظرة على واقع المعاش النفسي للممرضين العاملين بمستشفى الحكيم عقبي قالمة وتعطي المسؤولين فكرة عنه وبالتالي العمل على مساعدتهم لتخطي الصعوبات المهنية التي يواجهونها أثناء أداء المهام الموكلة إليهم من أجل رفع كفاءتهم من خلال طرق علمية.

فعلى حد علمنا أن معظم الدراسات التي تناولت الإجهاد اهتمت بفهم الظاهرة من حيث مسبباتها والعوامل المؤدية إليها واستراتيجيات التعامل مع الإجهاد في حين تكاد تنعدم الدراسات التي تهتم بالبرامج العلاجية والإرشادية للحالات التي تعاني من الإجهاد داخل المؤسسات وهذا ما ستضيفه دراستنا هذه حيث سنقدم برنامج تدريبي لمساعدة الممرضين على تخطي مشكلة الإجهاد.

وعليه يمكن تلخيص أهمية البحث في:

- إلقاء الضوء على ظاهرة الإجهاد المهني وآثارها السلبية ومنه إثراء المفاهيم النظرية للإجهاد.
- الوصول لحلول لمشكلة الإجهاد المهني لدى الممرضين العاملين بالمستشفيات العمومية وعليه العمل على تحسين ظروف العمل.
- لفت الانتباه إلى الحالة النفسية للممرضين والتي تؤثر حتما على أدائهم الوظيفي.
- إقتراح برنامج تدريبي لخفض الإجهاد لدى الممرضين.

رابعا: أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى الإجهاد لدى الممرضين.

- التعرف على قدرة البرنامج في خفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين.
 - التعرف على قدرة البرنامج في خفض مستوى أعراض الإجهاد الجسدية ، النفسية والسلوكية لدى الممرضين.
 - التعرف على فعالية البرنامج في خفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين بعد فترة شهرين من تقديم البرنامج.
 - التعرف على فعالية البرنامج في خفض مستوى أعراض الإجهاد الجسدية ، النفسية والسلوكية لدى الممرضين بعد فترة شهرين من تقديم البرنامج.
- خامسا: المفاهيم الأساسية للدراسة:**

يكتسي تحديد المفاهيم أهمية بالغة في مجال العلوم الإنسانية وذلك لاختلاف التناولات العلمية من جهة وتعقيدها من جهة أخرى وبالنسبة لدراستنا هناك مجموعة من المفاهيم الواجب تحديدها وضبطها إجرائيا ليتضح معناها وهي :

1. الإجهاد المهني: وهو حسب **Mateson & Ivancevich** إستجابة غير متكيفة تعدها وتتوسطها خصائص الشخص وعملياته النفسية التي هي (الاستجابة) نتيجة عمل وظرف أو حادث خارجي يضع متطلبات خاصة بدنية ونفسية على الشخص (حسين مريم ، 2004، ص274).

و يعرفه **Barrine** على أنه الاستجابة للمواقف الضاغطة للمسؤوليات والتهديدات الحقيقية والتصورية التي تنشأ عن البيئة (محمد حسين، 2007، ص162).

أما **Soter 1999** يعرف الإجهاد على أنه استجابة ضارة جسدية ونفسية تظهر حين لا يتناسب متطلبات العمل مع حاجات العامل وقدراته (Onasoga Obyink,2013,P474).

ونستطيع تعريف الإجهاد إجرائيا " بأنه عدم قدرة العامل على التوافق في مجال عمله يحدث عندما يفشل هذا الأخير في إيجاد أنشطة تكيفية ومناسبة للمواقف الضاغطة التي يواجهها في محيط العمل.

2. مستوى الإجهاد: يتحدد إجرائيا في هذه الدراسة حسب سلم التصحيح بالدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في المقياس المستخدم لصاحبه **بن زروال فتيحة 2008**، وقسم إلى ثلاث مستويات هي :

- مستوى إجهاد منخفض عند الحصول على درجات ما بين : 50- 116

- مستوى إجهاد متوسط عند الحصول على درجات ما بين: 117 – 183
- مستوى إجهاد مرتفع عند الحصول على درجات ما بين: 184-250 (بن زروال فتيحة، 2008، ص10).

3. أعراض الإجهاد : تحددت اجرائياً في المقياس المعتمد في هذه الدراسة و الذي اعدته بن زروال فتيحة 2008 في:

◀ الأعراض الجسدية: يضم هذا البعد 19 بندا، تدور حول الأعراض الخاصة بالجهاز الهضمي.

◀ الأعراض النفسية: يضم 16 بندا تتمحور حول أعراض متجهة نحو الذات.

◀ الأعراض السلوكية : تضم 15 بندا تدور حول ما يظهر على الفرد المجهد من السلوكات.

4. المرضى: حسب المادة 38 بالمرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 20 مارس

2011 الذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين للأسلاك شبه الطبيين

للصحة العمومية بأن سلك المرضى للصحة العمومية يضم 5 رتب وهي :

- ممرض مؤهل.

- ممرض حاصل على شهادة دولة.

- ممرض للصحة العمومية.

- ممرض متخصص للصحة العمومية.

- ممرض ممتاز للصحة العمومية.

كما حددت المهام في المادة 42،41،40،39 ب:

- تنفيذ الوصفات الطبية والعلاجات الأساسية.

- يسهرون على حفظ الصحة والحفاظ على العتاد وترتيبه.

- المشاركة في المراقبة العيادية للمرضى وطرق المداوات المطبقة.

- تشجيع بقاء المرضى في إطار حياتهم العادية.

- المشاركة في نشاطات الوقاية في مجال الصحة الفردية والجماعية.

- إنجاز علاجات التمريض بناء على بروتوكولات استعجالية مكتوبة في الحالات

الاستعجالية القصوى.

- مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى وتقييمها ومتابعتها.
- القيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به.
- مسك وتحيين الملف العلاجي للمريض.
- تنفيذ العلاج المعقد والمتخصص.
- المشاركة في تكوين شبه الطبيين .
- إعداد الاتصال مع الفريق الطبي .
- برمجة نشاطات فريق الوحدة.
- ضمان متابعة نشاطات العلاج وتقييمها.
- مراقبة نوعية وسلامة العلاجات والنشاطات شبه الطبية.
- ضمان تسيير المعلومة المتعلقة بالعلاج والنشاطات شبه الطبية.
- استقبال المستخدمين والطلبة والمتربصين المعنيين في المصلحة وتنظيم تأطيرهم (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2011).

يعرف الممرضون **إجرائيا**: بأنهم الأفراد العاملين بمستشفى الحكيم عقبي قائمة والحاصلين على شهادة معتمدة في التمريض تؤهلهم لممارسة هذه المهنة ويقومون بتقديم الرعاية الطبية حسب ما تتطلبه الحالة الصحية للمريض.

5. البرنامج التدريبي: مجموعة من الإجراءات والأنشطة التي يتم التدريب عليها حيث يتمكن المتدرب من تنفيذ أثر التدريب وهو تغيير في سلوكيات وأفكار المتدرب في التعامل مع المواقف الضاغطة مستخدما المهارات المتضمنة في البرنامج على نحو ماهر وسريع وتلقائي مما يؤدي إلى التخفيف من درجة الإحساس بالضغط (غربي صبرية، 2011 ، ص45).

وهو تقديم مجموعة من الاستراتيجيات لخفض الإجهاد معتمدين على مجموعة من سلوكيات المواجهة المقدمة في العلاج المعرفي السلوكي. وحسب مسار الاستراتيجيات المقدمة من قبلهم، ويتم ذلك من خلال حصص متزامنة لمدة معينة وإدماج المتدربين الذين يعانون من الإجهاد في هذه الاستراتيجيات أو السلوكيات الجديدة وتطبيقها من أجل الوصول إلى التوافق في محيط العمل وتمثل المهارات المتضمنة في هذا البرنامج مايلي :

✓ **الاسترخاء:** ويعني الوصول إلى الهدوء والراحة عن طريق إرخاء العضلات بشكل متتابعي مما يسمح للعقل بإنتاج صورة واضحة كما يعمل على تهدئة الفرد كما يستغرق تطبيق التدريب حوالي 30 د.

✓ **الواجبات المنزلية:** حيث يقدم في كل جلسة واجب منزلي مثل تطبيق سلوكيات محددة من أجل العمل على تغيير سلوك العينة.

✓ **التدريب على أسلوب حل المشكلات:** وفيه يتم التدريب على خطوات حل المشكلة وتحديد الاختيارات الممكنة ونتائجها ثم اختيار الحل الأنسب.

✓ **لعب الدور:** هو أحد أساليب التعلم يتضمن تدريب العميل على أداء جوانب سلوكية معينة واكتساب المهارات اللازمة.

✓ **المساندة الاجتماعية:** إن العلاقات مع الآخرين تعمل على زيادة قدرة الفرد في مواجهة المواقف المجهدة.

6. **العلاج المعرفي السلوكي:** يرى **Jean.Cottraux 2011** أن العلاج المعرفي السلوكي يرتبط بطرق تعديل الأفكار من خلال مواجهة مباشرة للمشكلات، وأكمل البرامج تلك التي تحتوي على الاسترخاء (حسيبة بزروان، 2012، ص2).

كما يعرفه **سالم أسامة 2014** على أنه منهج علاجي محدد بوقت فعال في علاج بعض الاضطرابات النفسية يعتمد على مسلمة أن سلوك الفرد ووجدانه يحددان الطريقة التي يتعامل بها في المواقف المختلفة (سالم أسامة، 2014).

ونعرف **إجرائيا العلاج المعرفي السلوكي** على أنه طريقة علاجية للاضطرابات النفسية تقوم على تصحيح الأفكار والمعتقدات من أجل تدريب الأفراد على استراتيجيات تساعد على التعامل مع المجهدات.

7. **استراتيجيات المواجهة:** يعرفها **لظفي عبد الباسط 1994** بأنها مجموعة النشاطات أو الاستراتيجيات الدينامية السلوكية أو المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لمواجهة الموقف الضاغط أو لحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه (لظفي عبد الباسط، 1994، ص105).

ويوضح **Paulhan 1992** أن هذه الاستراتيجيات هي آنية وليست سيرورات مستقرة، ويؤكد أن هذه الاستراتيجيات تعمل على تنظيم التفاعل لعمل على تنظيم التفاعل بين الفرد

والمواقف، أما عن طريق تعديل الموقف أو تعديل الفرد خصوصا تعديل الجانب المعرفي الانفعالي (رجاء مريم و أمل الاحمد، 2007، ص 134).

ونعرف في دراستنا استراتيجيات المواجهة **إجرائيا** على أنها تلك النشاطات التي يستخدمها الفرد من أجل إيجاد حلول للمشاكل التي تواجهه وتتمثل في مجموعة من الاستراتيجيات التي سوف نقوم بتدريب الممرضين على اعتمادها أثناء التعرض للمواقف الضاغطة مثل: المساندة الاجتماعية، مهارات الاتصال، لعب الدور، الواجبات المنزلية والتدريب على حل المشكلات.

سادسا: منهج الدراسة:

يصنف الباحثون الدراسات العلمية إلى عدة أنواع منها البحوث النفسية الاجتماعية التي تنتمي إليها دراستنا هذه ولعل أول مشكلة تواجه الباحث في هذا المجال هي مشكلة إختيار منهج الدراسة ولقد استخدمنا في هذه دراستنا هذه منهجين وهما:

1. المنهج الوصفي: يعرف المنهج الوصفي أنه " يهتم بالكشف عن العلاقة بين متغيرين

أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات " (جمال أبو شنب، 2007، ص 127) ومن جهة أخرى يعرفه **الآغا 1997** أنه المنهج الذي يتناول دراسة ظواهر وأحداث وممارسات موجودة ومتاحة للدراسة والقياس كما هي دون التدخل في مجرياتها ويستطيع الباحث التفاعل معها فيصفها ويحللها (بخوش وليد، 2014، ص 31).

واعتمدنا هذا المنهج في تحديد الوضع الحالي لظاهرة الإجهاد ووصفها وجمع المعلومات حولها باستعمال أدوات مختلفة، ومن ثم قمنا بتوبيخ المعطيات التي حصلنا عليها من الممرضين وتلخيصها وأخيرا تحليلها في محاولة استخلاص تعميمات حول الإجهاد وهذا ما ساعدنا على الانطلاق إلى المرحلة الثانية في بحثنا حيث أننا اعتمدنا على أسس علمية في وصف الظاهرة من أجل بناء البرنامج التدريبي.

2. المنهج التجريبي: عرّفه محمد الطيب وآخرون 2003 نقلا عن بخوش وليد 2014

" أنه من أقرب المناهج لحل المشكلات بالطرق العلمية حيث يساعد على اختيار أفراد العينة وتوزيعهم عشوائيا على المجموعة التجريبية ومن ميزات أن الباحث يتحكم في المتغير المستقل سواء بالزيادة أو النقصان وهذا بخلاف الدراسات الشبه التجريبية التي يكون فيها المتغير المستقل موجودا قبل دراسة الظاهرة، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن الباحث

يستطيع تقديم التفسيرات المناسبة للظاهرة لموضوع الدراسة" (بخوش وليد، 2014، ص 31-32).

بعد جمع المعلومات من خلال المنهج الوصفي انتقلنا لمعرفة أثر البرنامج المقدم على خفض الإجهاد واعتمدت على المنهج التجريبي ذو التصميم الواحد بقياس قبلي وقياس بعدي للمجموعة التجريبية ، حيث قمنا بقياس مستوى الإجهاد لدى الممرضين ثم تطبيق البرنامج المقترح لخفض الإجهاد وبعدها قمنا بإعادة القياس بعد إنهاء البرنامج ثم القياس التتبعي بفترة زمنية قدرها شهرين.

قياس قبلي على العينة ← تقديم البرنامج ← قياس بعدي
على نفس العينة ← قياس تتبعي بعد فترة شهرين لنفس العينة.
وتتحدد متغيرات دراستنا كما يلي:

✓ **المتغير المستقل:** وهو العامل الذي نريد قياس مدى تأثيره على الظاهرة ويتمثل في (البرنامج التدريبي) الذي قدم بعد عملية القياس القبلي.

✓ **المتغير التابع:** وهو العامل الذي نريد معرفة مدى تأثير العامل المستقل فيه يتمثل في التغير الذي حدث في درجات الإجهاد.

سابعا: الدراسات السابقة :

شهد العصر الحالي اهتمام خاصا بمشكلة الإجهاد، حيث ظهرت الدراسات والبحوث وأيضاً الملتقيات بهدف الوصول إلى فهم علمي للظاهرة وتفسيرها، وقد هدفت دراستنا الحالية إلى معرفة فعالية برنامج تدريبي في خفض مستوى الإجهاد لدى الممرضين وهي الفئة الأكثر تعرضاً للإجهاد حسب الدراسات المقدمة وعليه قامت الباحثة بجمع عدد منها للاطلاع على الأفكار ذات الأهمية في موضوع دراستنا؛ أدوات الدراسة، المناهج المستخدمة وعينة الدراسة وطرق بناء البرامج والأساليب المستخدمة والاستفادة منها في تصميم البحث الحالي.

وفي عرض الدراسات السابقة نقتصر على تلك التي تفيدنا في إنجاز دراستنا وهي البحوث التي اهتمت ببرامج خفض الإجهاد وقسمت إلى صنفين دراسات عربية ودراسات أجنبية، لقد وجدنا العديد من الدراسات الأجنبية منها التي اهتمت بنفس فئة دراستنا (الممرضين)، أما بالنسبة للدراسات العربية فإن أغلب الدراسات مازالت تعتمد على الدراسات

الوصفية التي تهتم بربط الإجهاد بمشكلات أخرى كالرضى الوظيفي، عبء العمل، ومصادر الإجهاد، الإجهاد وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية، وسيتم عرض الدراسات التي استطاعت الباحثة الوصول إليها والتي كان الهدف منها إعداد برنامج علاجي ونقدمها فيما يلي :

1.1. الدراسات عربية:

1. دراسة ناظم شاكر ورافع إدريس (2008): "أثر استخدام التدخل السلوكي المعرفي في إدارة الضغوط النفسية لدى القافزين بالمظلات".

هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية لدى القافزين بالمظلات قبل وأثناء وبعد القفز، التعرف على الفروق في درجة الضغوط النفسية لدى القافزين بالمظلات للمجموعة التجريبية للاختبار القبلي على وفق أبعاد المقياس، التعرف على أثر البرنامج الإرشادي النفسي باستخدام التدخل السلوكي المعرفي في إدارة الضغوط النفسية لدى القافزين بالمظلات.

واستخدم الباحث المنهج التجريبي لملاءمته وطبيعة البحث، وتم تحديد مجتمع البحث من القافزين بالمظلات الهواة المشاركات بالبرنامج التدريبي لمركز ملبورن للقفز بالمظلات / أستراليا لعام 2008. وبلغ عدد أفراد عينة البحث ستة عشر قافزا وتم تقسيم عينة البحث بالطريقة الحصصية متساوية الأعداد والعشوائية على وفق نظام القرعة إلى مجموعتين متساويتين وبواقع ثمانية قافزين للمجموعة الواحدة ، الأولى تجريبية طبق عليها برنامج التدخل السلوكي المعرفي لإدارة الضغوط النفسية والثانية ضابطة لم تخضع للبرنامج المذكور، وقد تم تحقيق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات التالية: (المستوى العلمي، العمر، عدد القفزات والقلق النفسي). واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية الذي أعده Johnson & Andersen 2005 بعد تعديله ثم تم تطبيق برنامج التدخل السلوكي المعرفي على المجموعة .

واستخدم الباحث جملة من الأساليب الإحصائية (الوسط الحسابي و الانحراف المعياري، النسبة المئوية، اختبارات، معامل ألفا كرونباخ، اختبار دنكن، تحليل التباين) وتمت المعالجة باستخدام "SPSS" وتوصلت إلى النتائج التالية:

- فاعلية البرنامج الإرشادي النفسي باستخدام التدخل السلوكي المعرفي في إدارة الضغوط النفسية لدى القافزين بالمظلات والذي قام ببنائه الباحث.
- ارتفاع درجة الضغوط النفسية في مرحلة الطيران والقفز مقارنة مع بقية المراحل الأخرى في الاختبارين القبلي والبعدي .
- يؤثر البرنامج الإرشادي النفسي في إدارة الضغوط النفسية لدى القافزين بالمظلات الهواة للمجموعة التجريبية على وفق الفقرات التي تضمنها البرنامج عند تطبيقه والذي أدى إلى خفض الضغوط النفسية (ناظم شاكر و رافع إدريس، 2008).

أخذنا من هذه الدراسة فكرة عامة حول طريقة بناء البرامج إذ تشترك هذه الدراسة مع دراستنا في المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وكما تتفق أيضا في الهدف العام وهو خفض مستوى الضغط النفسي في حين اختلفت من حيث العينة التي تمثلت في القافزين بالمظلات أما في دراستنا فكانت الممرضين واختلفت أيضا من حيث التصميم التجريبي فقد استخدم الباحث التصميم التجريبي ذو المجموعتين الضابطة والتجريبية في حين استخدمنا تصميم تجريبي ذو المجموعة الواحدة.

2. دراسة سعاد منصور وناث رمضان (2011) : " فاعلية برنامج تدريبي معرفي- سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقليلة السحائية " .

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي مسند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالقليلة السحائية بالأردن. وانطلقت الباحثتان من الفرضيات التالية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح لخفض الضغوط النفسية وبين المجموعة الضابطة التي لا يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح على متغير الضغوط النفسية في القياس البعدي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية التي يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي لخفض الضغوط النفسية وبين المجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها البرنامج التدريبي المقترح على متغير الضغوط النفسية في القياس التتبعي بعد شهر. حيث تم اختيار العينة بشكل قصدي من جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية، تم توزيع المشاركات في الدراسة عشوائيا على مجموعتي الدراسة، مجموعة تجريبية اشتملت على 15

مشاركة تعرضن للبرنامج التدريبي ومجموعة ضابطة اشتملت على 15 مشاركة لم يتعرضن للبرنامج تم تطبيق مقياس ضغوط نفسية على مجموعتي الدراسة قبل التعرض وبعده ومتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المصاحب، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين متوسطي درجة مجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الدراسة لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي مما يشير إلى فعالية البرنامج التدريبي المطبق في خفض الضغوط النفسية واستمرار آثاره بعد شهر من انتهاء الدراسة، كما كشف تحليل التباين المتعدد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة على القياس البعدي والمتابعة على بعض أبعاد مقياس الضغوط النفسية (سعاد منصور و إناس رمضان ، 2011).

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي كما في الدراسة الحالية لكن الاختلاف أننا استخدمنا التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة في حين قامت الباحثتان في هذه الدراسة باستخدام مجموعتين مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية كما أن الهدف تقريبا واحد الفرق أننا ركزنا على خفض الإجهاد المهني في حين قامت الباحثتان بتطبيق برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الضغط النفسي.

3. دراسة عبد الله صالح القحطاني(2015): " فعالية برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض الضغوط النفسية لدى العاملين في مهنة التمريض في المملكة السعودية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض الضغوط النفسية لدى العاملين في مهنة التمريض، وقد أجريت الدراسة على ثمانية عشر ممرضا تم تقسيمهم إلى مجموعتين: واحدة ضابطة وأخرى تجريبية واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية لدى العاملين في مهنة التمريض من إعداد الباحث، كما طبق الباحث برنامجا إرشاديا قائما على العلاج بالواقع في خفض الضغوط النفسية عند الممرضين.

انطلق الباحث في دراسته من التساؤلات التالية: ما فعالية الإرشاد بالواقع في خفض الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات بالمملكة السعودية؟ واقترح الفرضيات التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الممرضين والممرضات في مقياس الضغوط النفسية وكانت الفروق لصالح الممرضين.

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المرضى في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية في القياس لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات مرضي المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط النفسية واستخدم الباحث المنهج الشبه التجريبي من خلال التصميم التجريبي لمجموعتين واحدة تجريبية وأخرى ضابطة بإتباع القياس القبلي والبعدي لهما ومن أجل التأكد من صحة الفرضيات استخدم الباحث جملة من الأساليب الإحصائية (اختبار "ت" تحليل التباين الأحادي ، اختبار ويلكيسون للأزواج غير المستقلة ذات الإشارة للرتب، اختبار مان ويتي) وتوصلت الدراسة إلى:
- أظهرت النتائج أن مستوى الضغوط النفسية لدى الممرضات أعلى منه عند المرضى، كما أظهرت بالنتائج وجود فروق بين متوسطي رتب المرضى بالمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي وهذا يعني فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة (عبد الله صالح، 2015).

قام الباحث في هذه الدراسة بتطبيق برنامج يعتمد على العلاج بالواقع لخفض الضغط النفسي وقد استخدم الباحث نفس الأسلوب الإحصائي المتبع في دراستنا وهو اختبار ويلكيسون كما تم اعتماد قياس قبلي وبعدي وتتبعي ولكن بمجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية في حين اعتمدنا على مجموعة تجريبية واحدة قياس قبلي وقياس بعدي.

4. دراسة بومجان نادية وجابر نصر الدين (2016) "بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة- دراسة تجريبية".

سعى الباحثان إلى إعداد برنامج إرشادي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، يستند إلى فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغط لماكينيوم والكشف عن فاعلية ومدى استمرارية أثر البرنامج بعد انتهاء جلساته وأثناء فترة المتابعة من خلال تطبيقه على عينة من الأستاذات الجامعيات المتزوجات العاملات بجامعة محمد خيضر - بسكرة -. انطلقت من الفرضيات التالية: يؤثر

البرنامج الإرشادي المقترح في إدراك الأستاذة الجامعية المتزوجة لمصادر الضغط النفسي. يؤثر البرنامج الإرشادي المقترح في استجابات الأستاذة الجامعية المتزوجة اتجاه المواقف الضاغطة. يؤثر البرنامج الإرشادي المقترح في مستوى الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة. يستمر تأثير البرنامج الإرشادي المقترح من حيث إدراك الأستاذة الجامعية المتزوجة لمصادر الضغط النفسي بعد فترة المتابعة. يستمر تأثير البرنامج الإرشادي المقترح من حيث استجابات الأستاذة الجامعية المتزوجة اتجاه المواقف الضاغطة بعد فترة المتابعة. يستمر تأثير البرنامج الإرشادي المقترح من حيث مستوى الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة بعد فترة المتابعة.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، لتصميم المجموعتين المتكافئتين باختبار قبلي وبعدي، ولمعرفة أثر المتغير التجريبي لهذه الدراسة (برنامج إرشادي معرفي سلوكي) قامت الباحثة بضبط جميع المتغيرات الخارجية التي لا تريد دراسة أثرها غير المتغير المستقل وذلك بالمزاوجة بين الأفراد على المتغيرات المراد ضبطها وهي (السن، الخبرة المهنية، الدرجة العلمية، عدد الأبناء) وتعيينهم بشكل عشوائي أحدهما إلى مجموعة ضابطة والآخر إلى مجموعة تجريبية. كما تم إجراء القياس القبلي لمقاييس الدراسة "مصادر الضغط النفسي" واستجابة الضغط النفسي"، ثم طبق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية وتم القياس البعدي عند الانتهاء من تطبيق البرنامج والقياس التتبعي بعد مرور شهر للوقوف على استمرار أثر البرنامج الإرشادي. تكونت عينة الدراسة من 74 أستاذة جامعية متزوجة، تم اختيارهن بطريقة قصدية لغرض الدراسة أما عينة التجربة فقد تكونت من جميع الأساتذات الحاصلات على درجات مرتفعة في كل من مقياس مصادر الضغط النفسي ومقياس استجابة الضغط النفسي وكان عددهن 13 أستاذة وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين؛ إحداهما تجريبية تتكون من 9 أستاذات والأخرى ضابطة تتكون من 6 أستاذات، بعد انسحاب أستاذتين من المجموعة التجريبية. استخدمت الباحثة: مقياس مصادر الضغط النفسي، قياس استجابة الضغط النفسي والبرنامج الإرشادي إعداد الباحثة.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ تعاني الأستاذة الجامعية المتزوجة ضغطا نفسيا متوسطا وفقا لمقياس مصادر الضغط النفسي، وقد احتلت المصادر المتعلقة بالدرجة العلمية، الأبناء والمصادر العائلية

والاجتماعية أعلى المراتب تليها المصادر المتعلقة بالطلبة والمصادر الإقتصادية، وفي المراتب المتدنية كل من المصادر المتعلقة بالزملاء، الإدارة والمسؤولين في المرتبة الأخيرة المصادر المتعلقة بالزوج.

✓ تعاني الأستاذة الجامعية المتزوجة ضغطا نفسيا متوسطا وفقا لمقياس استجابة الضغط النفسي وقد جاءت الاستجابات بالترتيب التالي: الاستجابة الفسيولوجية الاستجابة المعرفية، الاستجابة الانفعالية وفي الأخير الاستجابة السلوكية.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس مصادر الضغط النفسي في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية التالية (الطلبة الأبناء، العوامل العائلية والاجتماعية والعوامل الإقتصادية بينما.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس (القبلي والبعدي) على الأبعاد الفرعية التالية (الإدارة والمسؤولين، الترقية في الدرجة العلمية، العلاقة بالزملاء والزوج .

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة وعلى مقياس مصادر الضغط النفسي وأبعاده الفرعية المكونة له.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية) على القياس البعدي في الدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي وفي الأبعاد الفرعية التالية: (الإدارة والمسؤولين، المصادر العائلية والاجتماعية، الأبناء، الزوج) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي على الأبعاد الفرعية التالية: (الترقية في الدرجة العلمية، الزملاء، الطلبة والمصادر الإقتصادية).

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين (القبلي والبعدي) على مقياس استجابة الضغط النفسي وفي الدرجة الكلية، الأبعاد الفرعية التالية (الاستجابة السلوكية، الاستجابة المعرفية والاستجابة الانفعالية بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين (القبلي والبعدي) على مقياس استجابة الضغط النفسي في بعد الاستجابة الفسيولوجية.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين (القبلي والبعدي) لدى أفراد المجموعة الضابطة على مقياس استجابة الضغط النفسي في الأبعاد الكلية التالية: (السلوكية، المعرفية، الفسيولوجية)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات

القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة الضابطة في الدرجة الكلية للمقياس وفي الاستجابة الانفعالية.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في الدرجة الكلية للمقياس وفي الأبعاد الفرعية التالية: الاستجابة (السلوكية، الانفعالية والفسولوجية) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي لمقياس استجابة الضغط النفسي في بعد الاستجابة المعرفية. ✓ يؤثر البرنامج الإرشادي المقترح على الأساتذة الجامعية المتروجة وذلك بتخفيض مستوى الضغط النفسي لديها.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياس (البعدي والتتبعي) على مقياس مصادر الضغط النفسي عند الفرق الدال في البعد المرتبط بالزملاء. ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتبعي) على مقياس استجابة الضغط النفسي عدا الفرق الدال في بعد الاستجابة السلوكية. ✓ يستمر تأثير البرنامج الإرشادي في تخفيف الضغط النفسي لدى الأساتذة الجامعية المتروجة (جابر نصر الدين و نادية بومجان، 2016).

أعدت هذه الدراسة لخفض مستوى الضغط النفسي كما ركزت الدراسة على كل من البعد السلوكي، الانفعالي والجسدي، وهو نفس موضوع دراستنا إلا أننا ركزنا على الإجهاد المهني بدل الضغط النفسي كما حاولنا معرفة تأثير البرنامج المعرفي السلوكي المقدم على خفض الأعراض السلوكية، الانفعالية والجسدية واستفدنا منها أيضا في بناء البرنامج وفي تحليل النتائج المتحصل عليها، بالنسبة للعينة فقد تكونت من الأساتذات الجامعيات في دراسة جابر نصر الدين و نادية بومجان في حين عينة دراستنا تمثلت في الممرضين.

5. دراسة سناء ناصر وأسماء ناصر (2018): "فعالية برنامج علاجي في خفض الضغوط النفسية وتحسين مفهوم الذات لدى طلبة جامعة فيلادلفيا بالأردن".

سعت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي في خفض الضغوط النفسية وتحسين مفهوم الذات لدى طلبة جامعة فيلادلفيا، تكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة كلية الآداب في جامعة فيلادلفيا وقد طبقت مقياسي (الضغوط النفسية وتقدير الذات Piers haris تم تعريبه من طرف الداوود في 1988) وطبق على الطلبة الذين أبدوا رغبتهم

بالمشاركة بلغ عددهم خمسة وأربعون طالبا، ثم تم اختيار عينة من الطلبة الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية، والطلبة الذين حصلوا على درجة منخفضة في مقياس مفهوم الذات وعددهم ثلاثون طالبا وتم توزيعهم بطريقة عشوائية على مجموعتين: تجريبية عدد أفرادها خمسة عشر طالبا، والذين تلقوا برنامج علاجي والضابطة وعدد أفرادها خمسة عشر طالبا لم يتلقوا البرنامج العلاجي .

وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

- تحليل التباين المتعدد ANOVA .

- اختبار T .

أشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المجموعة التجريبية والضابطة على الاختبار القبلي والبعدى لكل من مقياس الضغوط النفسية ومفهوم الذات ترجع إلى فاعلية البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين المجموعة التجريبية والضابطة على الاختبار البعدى والتتبعي لكل من مقياس الضغوط النفسية ومفهوم الذات ترجع إلى فاعلية البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية (سواء ناصر و اسماء ناصر، 2018).

تختلف هذه الدراسة عن دراستنا في نوع التصميم التجريبي حيث أننا اعتمدنا في دراستنا على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدى أما في هذه الدراسة اعتمد على مجموعتين واحدة ضابطة وأخرى تجريبية، ولقد استفدنا أيضا في مراحل البناء التطبيقي.

6. دراسة غلا تيلانز (2018): "فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الاحتراق النفسي لدى الممرضات بمستشفى صفاقس _دراسة وصفية تجريبية_ "

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي بخفض الاحتراق النفسي لدى الممرضات بمستشفى صفاقس ، اختيرت العينة بطريقة عشوائية طبقية من إتان من مستشفيات صفاقس بلغت 433 ممرضة في المرحلة الأولى ثم المرحلة الثانية اختير بطريقة عشوائية أيضا 75 ممرضة من بين 37.4% من المشاركات ما يعادل 150 ممرضة

يعانون من الاحتراق النفسي وفقا لدرجة اختبارهم العالية في مقياس MBI واستبيان Fretadberger مقياس تقدير الذات، مقياس منزوتا (NSQ) للرضي الوظيفي، استبيان المتعدد الأبعاد لدافعية العمل (NWMS)، مقياس مركز الضبط، مقياس استراتيجيات المواجهة، مقياس الكفاءة الذاتية، ومع ذلك 60 فقط من قبلوا المشاركة في البرنامج وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية .

توصل إلى النتائج التالية :

- 34,4% من المشاركين يعانون من الاحتراق النفسي.
- 48,5% تحد من الإنجاز في العمل.
- 31% درجة منخفضة جدا من احترام تقدير الذات.
- 72,5% من المشاركين كان لديهم مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية.
- 52,9% ركزت على استراتيجيات عاطفية في حين 56,4% كانوا يبحثون عن السند الاجتماعي بينما 43,6% استخدمت استراتيجيات مواجهة مركزة على حل المشكلات.
- أما بالنسبة لفعالية البرنامج فقد وجدت فروق كبيرة بين المرضات في المجموعتين قبل وبعد الاختبار، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في الحد من الاحتراق النفسي وتحسين مؤشراتته (غلا تيلالز، 2018).

تتفق هذه الدراسة مع دراستنا في أنها اعتمدت على نفس المتغير المستقل وهو برنامج معرفي سلوكي ولكن لمعرفة تأثيره ذلك على مؤشرات الاحتراق النفسي في حين قمنا بمعرفة أثر البرنامج العلاجي على الإجهاد المهني كما اهتمت بمعرفة نوعية الاستراتيجيات المستخدمة من قبل المرضى في مواجهة الاحتراق، في حين تعمقنا في معرفة تأثير البرنامج على أعراض الإجهاد وهي الأعراض الجسدية النفسية والسلوكية .

7. دراسة غربي صبرينة (دون سنة) : "ما مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العامل مصادر الضغوط المهنية لدى العاملات بالقطاعات الصحية نموذجاً - دراسة شبه تجريبية استطلاعية-".

سعى هذا البحث إلى الكشف عن الضغوطات التي يتعرض لها المرضى والكشف عن مدى فعالية برنامج تدريبي في التحكم ومجابهة الضغوط النفسية (النتائج الأولية بالنسبة لتكرار وشدة الضغوط) وتناول بالتحليل مصادر وأعراض الضغوط المهنية التي يتعرض لها

المرضى، كما حاولت الكشف عن أهم الاستراتيجيات في التعامل مع أشكال المعاناة النفسية لدى العامل وطرق الوقاية من آثارها السلبية.

وطبقت الدراسة على 36 ممرضة وقسمت العينة إلى 18 فرد مجموعة ضابطة و18 مجموعة تجريبية وقد استخدمت الطريقة اللابارامتري مان ويتي للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية.

وتوصلت النتائج إلى أن الممرضين يعانون من الضغوط النفسية والمهنية تظهر لما يحيط به مصادر ضاغطة، كما توصلت إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية في مستوى الضغوط النفسية وقد استخدمت الباحثة عدة تقنيات الاسترخاء، التغيير عن المشاعر، الحوار الذاتي الإيجابي، طلب الدعم، التعبير الإيجابي وحل المشكلات (غربي صبرينة ، دون سنة).

استخدمت الدراسة برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الضغط النفسي لدى الممرضين وهو نفس موضوع دراستنا وعليه فقد استفادنا من هذه الدراسة في بناء الجانب النظري والتطبيقي خصوصا من حيث التقنيات التي اعتمدنا عليها وهي الإسترخاء، طلب الدعم وحل المشكلات كما استفدنا أيضا من هذه الدراسة في تفسير النتائج خصوصا أن الباحثة غربي صبرينة كانت عينتها من الممرضين وهي نفس فئة دراستنا الحالية.

2. الدراسات الأجنبية:

1. دراسة Games & AI (1984) " تحليل عوامل الضغوط المهنية بتطبيق برنامج التدريب التحصيني ضد الضغط على ممرضات العناية المركزة " .

تقييم تأثير التدريب على مهارات المواجهة والتعلم والتعرض كل واحدة على حدى، وكلها مجتمعة، كعناصر لنموذج التدريب التحصيني ضد الضغط المهني لدى الممرضات . وقد تم اختيار 60 ممرضة بطريقة عشوائية، تم توزيعهم على خمس معالجات هي:

1- التعلم (ED): نوقشت في هذه الفئة مواضيع الضغط ونظرياته لمدة 30 دقيقة للجلسة الواحدة أسبوعيا.

2- مهارات المواجهة (CS): تلقت معلومات عن الضغط ومفاهيمه بالإضافة إلى تعلم مهارات الاسترخاء، تأكيد الذات، لعب الدور وإعادة البناء المعرفي وقد استمرت جلساتهن 60 دقيقة للجلسة أسبوعيا.

3-التعرض (EX): تلقت إطارا نظريا شمل مواضيع الضغط ومفاهيمه تعرضت المشاركات لثمانية (08) مواقف ضاغطة، اشتمت من مصادر ضغوط الممرضة المهنية واستمرت الجلسات كذلك 60 دقيقة للجلسة الواحدة.

4-التعلم ومهارات المواجهة والتعرض (ST): خضعت هذه المجموعة لكل مراحل علاج تدريب تحصيلي ضد الضغط (ST) الثلاث. إذ خضعت لثلاث معالجات (EX, CS,ED) وامتدت الجلسة معهن 60 دقيقة مرتين أسبوعيا في حين لم تخضع الفئة الخامسة لأي معالجة وقد رمز لها (NT) .

تم تطبيق البرامج على مدى أربع أسابيع وأشرف على البرامج بالإضافة إلى الباحثين السنة (06) مدربين تلقوا تدريبا جماعيا قبل تطبيق البرامج.

أظهرت النتائج أن التدريب على مهارات المواجهة والتعلم والتعرض كل واحدة على حدى كانت فعالة في خفض الضغط المهني لدى الممرضات، كما أن التدريب على مهارات المواجهة والتعلم والتعرض كلها مجتمعة والذي خضعت له المجموعة الرابعة كان أكثر فعالية بالمقارنة بالمجموعات الأخرى مما يدل على أن له العديد من المزايا لتنمية مهارات المواجهة والتي أدت إلى إنخفاض الضغط (هدى طاهر، 2002، ص116).

تختلف هذه الدراسة عن دراستنا في أن الباحثة هدى طاهر قامت بتصميم ثلاث برامج علاجية لخفض الضغط اعتمدت في كل منها على طريقة من الطرق التالية وهي: التعليم ، مهارات المواجهة والتعرض ، ثم قامت بتصميم برنامج آخر جمعت فيه بين كل التقنيات السابقة الذكر(التعليم ، مهارات المواجهة و التعرض)، من جانب آخر تتفق هذه الدراسة مع دراستنا الحالية في أننا قمنا بإعداد برنامج واحد واعتمدنا فيه على جميع التقنيات كما تمثلت العينة المعتمد عليها في الدراسة بالمرضى وهي نفسها عينة دراستنا.

2. دراسة Rolin Craty & Al (2003): " تأثير برنامج الحد من الإجهاد المهني على ضغط الدم والصحة النفسية لدى الموظفين المصابين بارتفاع ضغط الدم".

هدفت الدراسة للوصول إلى تأثير برنامج الحد من الإجهاد المهني على الضغط والصحة النفسية لدى الموظفين المصابين بارتفاع ضغط الدم في شركة تكنولوجيا المعلومات وقد تم اختيار قصدية بلغت 38 موظفا ممن يعانون من ارتفاع ضغط الدم وقسمت العينة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية حيث شارك أفراد المجموعة التجريبية في برنامج

مدته 16 ساعة تضمن إرشادات حول إعادة التركيز على المشاعر الإيجابية وتقنيات إعادة البناء العاطفي التي هدفت إلى الحد من إثارة الجهاز العصبي الودي، والتأثير السلبي وزيادة التأثير الإيجابي وقد تم تعزيز التعلم والممارسة هذه التقنيات من خلال التغذية المرتدة لتقلبات معدل ضربات القلب والتي ساعدت المشاركات على تعلم كيفية التماسك الفيزيولوجي الذاتي.

واستخدم الباحث مقاييس نفسية مثل مقياس تقييم الجودة النفسية و التنظيمية (POQA) (Barrio-Choplin and Atkinson 2000) الذي يوفر تقييماً واسع النطاق حول الصحة النفسية والآداء النفسي الاجتماعي ونتائج العمل المرتبطة بالآداء مقياس (BSI) بقياس الراحة النفسية. واعتمد على الطرق الإحصائية التالية : اختبار Anova والمتوسط الحسابي. وبعد ثلاث أشهر من التدخل وجد هناك انخفاض معدل الضغط الدموي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة كما أظهرت النتائج أيضاً تحسناً في الصحة النفسية بما في ذلك انخفاض كبير في أعراض الإجهاد والاكتئاب والقلق وزيادة في الهدوء والتوقعات الإيجابية كما وجد زيادة في الرضا الوظيفي لدى الموظفين الذين لديهم ارتفاع الضغط الدموي (Rolin Craty & Al, 2003) .

اهتمت الدراسة بنفس المتغير المستقل في دراستنا وهو برنامج معرفي سلوكي لخفض الضغط النفسي ولكن تختلف معها في أنها اهتمت أيضاً بالعلاقة بين خفض الضغط النفسي والصحة النفسية (الاكتئاب ، القلق)، كما استفدنا منها في الاطلاع على التقنيات المستخدمة مثل التعزيز ، التغذية الراجعة.

3. دراسة William Fan & Al (2005): " تأثير برنامج معرفي جسدي في خفض الإجهاد على الإضطرابات النفسية".

كان الهدف من الدراسة الوصول إلى فعالية برنامجين لخفض الإجهاد على المدى القصير والطويل في الحد من الاضطرابات النفسية، البرنامج الأول يركز على الجانب المعرفي والبرنامج الثاني يركز على الجانب الجسدي (الاسترخاء)، طبقت الدراسة في شركة للاتصالات اللاسلكية بهولندا، كانت العينة تطوعية ممن وافقوا على ملء الاستمارة، ثم أختير بينهم 396 فرداً ممن يعانون من إجهاد مرتفع ولديهم اضطرابات نفسية (القلق، الإجهاد، الاكتئاب، الاحتراق النفسي والتعب)، حسب استبيان (4 DSQ)، قسمت العينة إلى

مجموعتين: 71 فردا ممن يطبق عليهم التدخلات الجسدية، و59 فردا ممن يطبق عليهم التدخلات المعرفية، في حين انسحب 266 فردا من المشاركة في البرامج. وقد قام الباحث بعدها بتطبيق البرامج التدريبية كالتالي: 71 فردا طبق عليهم تدخلات جسدية (الاسترخاء) و9 أفراد طبق عليهم التدخلات المعرفية من خلال تدريبهم على؛ الدعم الاجتماعي، التركيز على المشكلات، الواجبات، التكيف عن طريق التفكير العقلاني.

قام الباحث بالقياس القبلي والبعدي والتتبعي لكل مجموعة والمقارنة بين نتائجها، كما قام بمقارنة نتائج المجموعة الأولى التي طبق عليها برنامج جسدي (الاسترخاء) لمعرفة التباين الموجود بين البرنامجين بخفض الإجهاد وتأثيرها على الاضطرابات النفسية. وقد استخدم الباحث اختبار Anova وتوصلوا إلى النتائج التالية:

أظهرت نتائج المجموعتين اللتين طبق عليهما البرنامجين تحسنا في الصحة النفسية، وعادوا إلى العمل بشكل طبيعي حتى بعد فترة 6 أشهر (القياس التبعي)، كما أشارت الدراسة إلى أن كلا التدخلين كان متساويا في فعاليته بخفض الاضطرابات النفسية، والتعب والإجهاد (William Fan & Al, 2005).

كانت الدراسة مقارنة بين فعالية برنامجين: أحدهما برنامج جسدي مبني على الاسترخاء والثاني برنامج مبني على التدخلات المعرفية والفرق بين دراستنا وبين هذه الدراسة يكمن في أننا دمجنا التقنيات المعتمدة في البرنامجين في برنامج واحد، كما قمنا بتطبيق قياس تتبعي على المدى القصير ولم نقم بقياس تتبعي على المدى البعيد. كما إسفادنا من هذه الدراسة في بناء الجانب التطبيقي، خصوصا من حيث التقنيات وأيضا في تفسير النتائج.

4. دراسة Shohreh Ghorban & Javad hdatbari (2011): " فعالية التدريب على إدارة الوقت في خفض الضغوط المهنية للمرضين".

أعدت الدراسة من أجل معرفة العلاقة بين إدارة الوقت والإجهاد المهني لدى المرضى، وأجريت الدراسة على المستشفيات بمدينة Rashat، وبالضبط على 14 مستشفى ضمنت 97 ممرض من ذوي الإجهاد المرتفع بعد الاختبار الأولي، ثم تم اختبار 48 فردا عن طريق أخذ عينات عشوائية بسيطة، ثم أعاد الباحث تشكيلها إلى مجموعتين متكافئتين: مجموعة ضابطة تتكون من 24 فردا، ومجموعة تجريبية تتكون من 24 فردا، استخدم

الباحث المنهج التجريبي، حيث خضعت العينة لإجراء جلسات تدريبية لإدارة الوقت لفترة ستة أسابيع، امتدت كل جلسة مدة 90 دقيقة، ثم تم توزيع الاستبيانات بعد إنهاء البرنامج لكلا المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، وقام الباحث باستخدام الإحصاء الوصفي (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) الإحصاء الاستدلالي طريقة ANOVA لتحليل البيانات. وأظهرت النتائج أن التدريب على إدارة الوقت كان فعالاً في الحد من الإجهاد المهني للممرضين وقد أوصى الباحث على أهمية تدريب الممرضين على إدارة الوقت أثناء تقديم الخدمات للممرضين (Shohreh & Javad, 2011).

اعتمدت هذه الدراسة على برنامج من أجل تدريب الممرضين على إدارة الوقت من أجل خفض مستوى الإجهاد المهني، وكانت هذه التقنية جزءاً من البرنامج الذي اعتمده في دراستنا الحالية. ولكن اختلفت مع دراستنا في كونها اعتمدت على تصميم تجريبي ذو مجموعتين: واحدة ضابطة، وأخرى تجريبية، في حين اعتمدنا على تصميم ذو مجموعة واحدة بقياس قبلي وبعدي، كما أن العينة في كلتا الدراستين كانتا من الممرضين .

5. دراسة Charon Leung et Al (2011): "برنامج معرفي سلوكي لخفض الإجهاد لدى أساتذة الثانوي".

وهدفت الدراسة أيضاً إلى معرفة مستوى الإجهاد لدى أساتذة الثانوي، بالإضافة إلى ما إذا ما كان للبرنامج أثر في خفض الاكتئاب والقلق والأفكار اللامنتطقية واستخدام المقاييس التالية (DASS-21) وطبق البرنامج على عينة تطوعية بلغت 140 فرداً، قسمت إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية واعتمد على المنهج شبه التجريبي من أجل دراسة التغيرات ومن الأساليب الإحصائية المستخدمة اختبار ANOVA من أجل معرفة الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في درجة القلق والإجهاد المهني - الاكتئاب والأفكار اللامنتطقية -.

توصلت الدراسة إلى:

- انخفاض مستوى الإجهاد لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.
- أفراد المجموعة التجريبية أصبحت لديهم القدرة على التعامل مع المجهادات أكثر من المجموعة الضابطة.

- انخفاض في الأفكار اللامنطقية المرتبطة بالعمل، ومن الأساليب الإحصائية المستخدمة اختبار Anova من أجل معرفة الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في درجة القلق الإجهاد المهني- الاكتئاب والأفكار اللامنطقية -.

- كما بينت النتائج أن العينة التجريبية أقل إجهادا وقلقا واكتئابا من المجموعة الضابطة (Leung et Al, 2011).

انفتحت دراستنا الحالية مع هذه الدراسة في كوننا قمنا بتصميم برنامج معرفي سلوكي لخفض الإجهاد، لكن اختلفت معها في أننا لم نقوم بدراسة متغير الأفكار اللامنطقية والاكتئاب، ولكن ركزنا على أثر البرنامج على أعراض الإجهاد وهي: الأعراض الجسدية، النفسية والسلوكية. كما أننا اعتمدنا على تصميم تجريبي ذو عينة واحدة بقياس قبلي وبعدي في حين اعتمد الباحث في هذه الدراسة على تصميم تجريبي ذو مجموعتين (ضابطة وتجريبية) واستفدنا من هذه الدراسة أيضا في بناء الجانب النظري والتطبيقي.

3. التعقيب على الدراسات السابقة:

إن الدراسات السابقة التي اطلعنا عليها وقدمناها بينت النقاط التالية مقارنة ببحثنا:

كمن حيث موضوع الدراسة و أهدافها: تناولت كل الدراسات المقدمة فعالية برامج تدريبية لخفض الإجهاد المهني بصفة عامة وهو موضوع الدراسة الحالية إلا أن هناك بعض الاختلافات:

- من الدراسات ما ركز على خفض الإجهاد والاضطرابات النفسية والجسدية والأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالعمل، مثل: دراسة Charon & Al 2001 ودراسة Rolin 2003 ، craty ، حيث حاولت هذه الأخيرة معرفة أثر البرنامج في الحد من الإجهاد على الضغط الدموي والصحة النفسية (القلق والاكتئاب) وأيضا دراسة غلا تيلالز 2018 التي اهتمت بدراستها بمتغيرات نفسية أخرى وهي: تقدير الذات الكفاءة الذاتية ومتغير الإنجاز في العمل، كما هدفت دراسة William 2005 إلى معرفة أثر البرنامج في خفض الإجهاد على بعض الاضطرابات النفسية (القلق ، الاكتئاب، الجسدية النفسية والتعب المزمن)، أما دراسة سناء ناصر وأسماء ناصر 2018 ، فقد اهتمت بتحسين مفهوم الذات من خلال البرنامج لخفض الضغوط النفسية.

- دراسات ركزت على دور إدارة الوقت في خفض الإجهاد، دراسة **Shohler 2011** ودراسة **James 1984** اللتان ركزتا على دور تطبيق مجموعة من الاستراتيجيات في خفض الإجهاد بدل استراتيجية واحدة.

- في حين ركزت دراسة **عبد الله صالح في 2015** في الوصول إلى أثر البرنامج في خفض الإجهاد حسب متغير الجنس (ممرضين وممرضات).

- كما أنجزت دراسة **بومجان نادية وجابر نصر الدين 2016** لخفض الضغط النفسي ولكن بالتركيز على مصادره (الدرجة العلمية، الأبناء، المصادر العائلية، الاجتماعية، الاقتصادية، الزملاء، الإدارة والمسؤولين)، كما اهتمت بأثر البرنامج على استجابات الضغط النفسي (الانفعالية، السلوكية والمعرفية).

« من حيث عينة البحث: تكونت عينة البحث في الدراسات السابقة من فئات مختلفة منهم: أساتذة التعليم الثانوي والجامعي، كما في دراسة كل من **Charon & Al 2011** **جابر نصر الدين و نادية بومجان 2016** والممرضين كما في دراسة **Shohrah & Al 2011**، دراسة **Games 2000** ، دراسة **غلا تيلانز 2018** ودراسة **عبد الله صالح 2015** في حين تكونت عينة دراسة **سعاد منصور وإناس رمضان** من أمهات الأطفال المصابين بالقليلة السحائية ومن طلبة الجامعة كما في دراسة **سناء ناصر وأسماء ناصر 2018**.

- أما عينة كل من الدراستين التاليتين دراسة **william 2005** و **Roline craty 2003** فكانت العينة من العاملين المصابين باضطرابات نفسية وجسدية كارتفاع ضغط الدم.

- أما من ناحية طريقة اختيار العينة، فقد وجد اختلاف ما بين الدراسات، ففي دراسة **william 2005** و **Charon & Al 2011** كانت العينة تطوعية، أما في دراسة **غلا تيلانز 2018** و **James 1984** عينة عشوائية طبقية ودراسة **Roline craty 2003**، دراسة **سعاد منصور، إناس رمضان، دراسة عبد الله صالح ودراسة بومجان نادية وجابر نصر الدين** كانت قصدية، وكانت العينة عشوائية بسيطة كما في دراسة **shohrah & Al 2011** و**ناظم شاكر ورافع إدريس 2008**، فالعينة اختيرت بطريقتين: بالطريقة الحصصية متساوية الأعداد والعشوائية على وفق نظام القرعة.

« من حيث المنهج المتبع: استخدم الباحثون في جميع الدراسات السابقة المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين متكافئتين باختبار قبلي وبعدي، إلا أن **James 1984** اعتمد في التصميم

التجريبي ذي الثلاث مجموعات، كما استخدم Sharon & Al بالإضافة للمنهج التجريبي استخدام المنهج الوصفي أيضا.

كمن حيث أدوات الدراسة: كل الدراسات سواء الأجنبية أو العربية استخدمت مقياس الإجهاد المهني من أجل معرفة مستوى الإجهاد، كما استعمل أيضا مجموعة من المقاييس كل حسب أهداف دراسته:

- دراسة **2003 Roline craty** استخدم مقياس الجودة الشخصية والتنظيمية POQA 2000 الذي يوفر تقييما واسع النطاق حول الصحة النفسية، والأداء النفسي الاجتماعي ونتائج العمل المرتبطة بالأداء.

- دراسة **غلا تيلانز 2018** مقياس تقدير الذات، مقياس منزوتا MSQ للرضى الوظيفي، استبيان المتعدد الأبعاد لدافعية العمل MWMS، مقياس مركز الضبط، مقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس الكفاءة الذاتية.

- دراسة **william 2005** الذي طبق مقياس DSQ4 من أجل قياس القلق الاكتئاب والجسدية.

- دراسة **غربي صبرينة** استخدمت مقياسين: الأول لمعرفة مصادر الضغط والثاني لقياس مستوى الضغط .

- دراسة **بومجان نادية وجابر نصر الدين 2016** استخدمت مقياس الضغط النفسي ومقياس استجابة الضغط النفسي.

- دراسة **سناء ناصر وأسماء ناصر 2018** طبقت فيها مقياس تقدير الذات ومقياس الاضطرابات النفسية.

من جهة أخرى اعتمدت كل الدراسات على بناء برامج معرفية سلوكية لخفض الإجهاد، لأنه الهدف الأساسي فيها ولكن مع بعض الفروق حيث أنه من الدراسات:

كما اعتمد على مجموعة من الاستراتيجيات، مثل: الاسترخاء ، حل المشكلات، تغيير المعتقدات، التعبير عن المشاعر، الحوار الذاتي الإيجابي، مهارة الرفض، تأكيد الذات، لعب الأدوار وإعادة البناء المعرفي مثل: دراسة **Charon & Al 2011**، دراسة **غربي صبرينة**، دراسة **أسماء ناصر ونساء ناصر 2018**، **2003 Roline Craty**.

◀ ومنها ما اعتمدت على تقنية واحدة مثل دراسة **Shohler 2011** ، التي اعتمد فيها على استراتيجية إدارة الوقت في خفض مستوى الإجهاد.

◀ ودراسات استخدمت برنامجين مثل: دراسة **william 2005** ، الأول يعتمد على الاستراتيجيات البدنية مثل: الاسترخاء والثاني يعتمد على التدخلات المعرفية مثل: الواجبات المنزلية، التكيف عن طريق التفكير العقلاني، التركيز على حل المشكلات والدعم الاجتماعي.

من حيث النتائج: أظهرت نتائج الدراسات أن للبرامج المقدمة أثر في خفض الإجهاد، كما أن لها أثر في خفض مستوى القلق الاكتئاب والتعب، كما أن لها أثرا أيضا في تحسين مفهوم الذات وتقديرها.

4 . إستفادة الباحثة من الدراسات السابقة:

تمت الاستفادة من الدراسات السابقة في:

- ضبط مشكلة الدراسة والموضوع عموما.
- أخذ فكرة حول الإطار النظري.
- المساعدة في تحديد عينة البحث، حيث أننا اخترنا فئة الممرضين.
- التعرف على مراحل إعداد البرنامج وتطبيقه، وأيضا اختيار الأساليب العلاجية التي سنقوم بتطبيقها.

- الاطلاع على المناهج المستخدمة واختيار الأنسب منها لدراستنا.

- الاستفادة منها تفسير النتائج في الدراسة الحالية.

5. أوجه إختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

- تعتبر دراستنا على حسب ما اطلعنا عليه من مراجع أول دراسة تهتم بالجانب العلاجي للممرضين وتقدم برنامج لخفض الإجهاد، كما أنها أول دراسة تجريبية تطبق على مستوى ولاية قالمه، حيث أن أغلب الدراسات تركز على المنهج الوصفي فقط.

- استخدمنا في هذه الدراسة المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة، على عكس الدراسات السابقة التي استخدمت المنهج التجريبي ذو المجموعتين وذو الثلاث مجموعات، ذلك لصعوبة تحقيق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة. كما اعتمدنا على المنهج الوصفي في عرض النتائج ووصفها.

- استخدمنا أيضا اختبار ويلكسون لاستخراج نتائج الدراسة، ذلك بما يتلائم مع حجم عينتنا عكس الدراسات الأخرى التي استخدمت اختبار T لعينتين واختبار مانويتتي واختبار ANOVA.

- قمنا في دراستنا بمعرفة أثر البرنامج على مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين عموما كما قمنا أيضا بمعرفة الأثر على أبعاد المقياس وهي: (البعد النفسي، البعد الجسدي والبعد المعرفي) على عكس الدراسات التي حاولت معرفة أثر البرنامج على الإجهاد وعلى الاضطرابات النفسية والجسدية وعلى الفروق حسب متغير الجنس أيضا.

- عينة الدراسة كانت قصدية تماشيا مع أغراض البحث وخصائص مجتمع الدراسة، على عكس الدراسات الأخرى التي كان عينتها؛ حصصية بسيطة، عشوائية بسيطة وعينة تطوعية.

خلاصة الفصل:

قمنا في هذا الفصل بإلقاء نظرة عامة على أطر البحث ومحدداته المنهجية، فتطرقنا إلى مشكلة الدراسة والفرضيات، كما قدمنا بعض الدراسات السابقة الأجنبية والعربية لتوضيح أدبيات موضع الدراسة ووضحنا أيضا نقاط الاختلاف والاتفاق بين هذه الدراسات والدراسة الحالية.

الفصل الثاني:

الأسس النظرية والمعرفية للدراسة

تمهيد

أولاً: الإجهاد المهني

- 1- تعريف الإجهاد
 - 2- علاقة الإجهاد ببعض المفاهيم
 - 3- النماذج المفسرة للإجهاد
 - 4- أنواع الإجهاد
 - 5- العوامل المؤدية للإجهاد
 - 6- العوامل الوسيطة في الإجهاد
 - 7- الآثار المترتبة عن الإجهاد
 - 8- إستراتيجيات خفض مستوى الإجهاد
- ثانياً: البرامج العلاجية والعلاج المعرفي السلوكي

I - البرامج العلاجية

- 1- تعريف البرنامج العلاجي
- 2- أهمية البرامج العلاجية
- 3- أنواع البرامج العلاجية
- 4- أسس بناء البرامج العلاجية
- 5- خصائص البرنامج العلاجي الجيد
- 6- مراحل بناء البرامج العلاجية

II - العلاج المعرفي السلوكي

- 1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي
- 2- أهداف العلاج المعرفي
- 3- أهمية العلاج المعرفي السلوكي
- 4- نماذج العلاج المعرفي السلوكي
- 5- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الفصول النظرية لأي دراسة ذات أهمية كبرى، نظرا للدور الذي تلعبه في تزويد الباحث بالمعلومات النظرية التي يعتمدها فيما بعد كأساس لبناء الجانب التطبيقي، قسم هذا الفصل إلى محورين أساسيين هما: الإجهاد المهني الذي أولى له الباحثين أهمية كبرى منذ أكثر من عشرين سنة وأنجرت فيه البحوث من أجل إيضاحه وتفسير عوامله ومحاولة إيجاد الحلول لمواجهته لما له من تأثير على المؤسسة والفرد على حد سواء. كما تطرقنا إلى البرامج العلاجية والعلاج المعرفي السلوكي بالنسبة للبرامج العلاجية وذكرنا أهميتها وطريقة بنائها و مراحلها، ثم انتقلنا إلى العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتبر من أحدث التيارات العلاجية في وقتنا الحاضر ويهدف إلى تعديل سلوك الفرد عن طريق تعديل أفكاره وهذا ما يسمح بإحداث تغييرات على المستوى النفسي، المعرفي والانفعالي.

أولا: الإجهاد المهني :

1- تعريف الإجهاد:

يؤكد **Selye 1980** أنه لا يمكن إيجاد تعريف واضح للإجهاد المهني، ذلك أن المفهوم في حد ذاته ليس واضحا لدرجة تسمح بدراسته دراسة علمية (Louche, 2004, P65) وعلى الرغم من ذلك فقد استخدم بشكل واسع في الكثير من المجالات ، منها: الطب ،علم النفس وعلم الاجتماع. ففي علم النفس يعرف العلماء الإجهاد من منطلقات مختلفة كل حسب الخلفية النظرية التي اعتمدها ولكنها نستطيع تصنيفها إلى ثلاث اتجاهات:

1-1 تعريف الإجهاد كمثير: يركز هذا الاتجاه على ما تحمله البيئة المحيطة بالفرد من مؤثرات أمثال **Tolor** الذي يرى أن الفرد يتعرض لمواقف أو أحداث ضاغطة تتسبب في حدوث أضرار بالغة. وبذلك يرى أن سبب الإجهاد هو تعرض الفرد لمواقف تؤثر سلبيا عليه تؤدي إلى حدوث مشاكل مختلفة منها الإجهاد.

بالنسبة ل **Christopher 2010** يؤكد أن الإجهاد قد يحدث نتيجة لتغيير في متطلبات البيئة الخارجية وهذا يحدث خلل في توازن الفرد ويخلق عبئا على القدرات التكيفية لديه (Libert Anil & Christopher, 2010, P10) ، هذا العالم يركز في تفسيره للإجهاد على المتطلبات الخارجية التي تخلق خلل في توازن الفرد.

وتعرف **Shin 1984** الإجهاد على أنه ضغط بارز السلبية في محيط عمل يعتدي على الفرد (Yu-Chi Wu, 2010, P77)، من وجهة نظر **Shin** المواقف السلبية في محيط العمل تؤثر سلبا على الفرد وتؤدي إلى ظهور مشكلة الإجهاد.

1-2- تعريف الإجهاد كاستجابة: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الإجهاد استجابة داخلية تشكل رد فعل غير متكيف في بيئة العمل، والتي تؤثر سلبيًا على الأداء المهني، أمثال: "**Bardon**" الذي يعرفه على أنه الاستجابة الانفعالية والجسمية المؤلمة التي تحدث غالبًا عندما تكون متطلبات الوظيفة غير ملائمة لاحتياجات الموظف وقدراته (رجاء مريم وأمل الاحمد، 2008، ص482)، وبذلك تفسر الباحثتان الإجهاد على أنه رد فعل نفسي وجسمي يظهر عندما يكون هناك إختلال بين المهام الموكلة للفرد في عمله وقدراته.

كما عرفه **عمر مصطفى 2008** على أنه جملة الانفعالات السلبية التي قد يعانيتها الفرد عندما تكون هناك أعباء ومتطلبات تفوق مدى إمكانياته الجسمية أو العقلية، لمواجهة هذه المتطلبات، الأمر الذي يؤدي إلى إعتلال الصحة (عمر مصطفى، 2008، ص28). ينظر **عمر مصطفى** إلى الإجهاد على أنه مشكلة تظهر عندما يكون هناك عدم توافق بين إمكانيات الفرد الجسمية والعقلية والواجبات التي عليه القيام بها في العمل .

كما عرف **Selye 1956** الإجهاد على أنه استجابة الجسم لمتطلبات البيئة والهدف من الاستجابة هو "إعادة التوازن" وهذا ما أطلق عليه أعراض التكيف العام (SGA) والتي تكون من خلال ثلاث مراحل:

✓ **المرحلة الأولى:** تسمى مرحلة التنبيه من الخطر أو الإنذار وتعتبر مرحلة التعبئة الهرمونية وتعبّر عنها ردود الفعل الجسمية أين تنتج عنها عدة تغيرات فيزيولوجية مثل سرعة ضربات القلب، زيادة السكر واختلال التنفس.

✓ **المرحلة الثانية:** تعويضية وشحن الطاقة، تعتبر مرحلة مقاومة حيث يحاول الجسم تلقائياً تجاوز ردود الفعل التي نتجت عن المرحلة السابقة وإعادة شحن طاقته، فيشعر الفرد بالقلق والتعب، مما يترتب عليها بعض المظاهر أثناء محاولته للتكيف منها، قرارات خاطئة تصرفات متهورة وبعض الأمراض بسبب فقدانه السيطرة على المواقف.

✓ **المرحلة الثالثة:** يصل الفرد لهذه المرحلة إذا ما كانت الدفاعات البيولوجية النفسية غير قادرة على إحداث التوازن فتنهار مقاومته وتستنفذ طاقة الجسم ويصبح غير قادر على التكيف، فتبدأ الأمراض المرتبطة بالإجهاد تظهر على الفرد، كأمراض القلب، الصداع

قرحة المعدة. كما يظهر أيضا انخفاض مستوى الأداء في العمل وبالتالي تتأثر فاعلية المؤسسة ككل وقدرتها الإنتاجية وكفاءة أدائها بشكل عام (Laurent Guillet, Sd, P2).

في حين يركز **Flaschner 2006** على الجانب العاطفي، حيث يرى أن الإجهاد استجابة تظهر نتيجة لوجود عدة عوامل مهددة للعمال في البيئة المهنية (Davish & Akbar, 2011, P46)، نجد أن **Flaschner** لا يرجع الإجهاد إلى خلل بين متطلبات العمل وقدرات الفرد فقط بل يضيف جميع العوامل الموجودة في مجال العمل والتي قد تجعل الفرد يشعر بالخطر ويكون نتيجة ذلك استجابات نفسية تتمثل في الإجهاد .

1-3- تعريف الإجهاد كتفاعل بين مثير واستجابة: ويؤكد هذا الاتجاه على البعد المعرفي الذي يربط بين المثير والاستجابة حسبهم أن الإجهاد عبارة عن تفاعل بين شخصية الفرد والبيئة ينتج عنه تغيرات نفسية وجسدية.

ويضيف **Schafer & Enzman 1998** أن الإجهاد هو حالة عارضة من عدم التكيف الذي يحدث اختلال (عدم توازن) بين إدراك الفرد لما تفرضه عليه متطلبات البيئة وقدراته على مواجهتها، أين تظهر مجموعة من الأعراض السلوكية، النفسية والجسدية كمحاولة للتكيف غير الناجح على المدى القصير، وإذا لم يتم في هذه المرحلة تحقيق التوازن النفسي سوف يؤدي ذلك إلى الاحتراق النفسي والإرهاق (Hassan & Ali, 2011, P46)، يركز هذان العالمان في تعريفهما للإجهاد على الطريقة التي يدرك بها الفرد البيئة المحيطة به وقدراته، حيث أنه في حال إدراك الفرد متطلبات البيئة أكبر من مستوى قدراته سوف يؤدي إلى مشكلة الإجهاد.

كما ذكر **Evancevich 1982** أن الإجهاد هو نتيجة للتفاعل بين البيئة والعوامل الفردية، وبالتالي إدراك الفرد وجود اختلالات بينه وبين بيئته كلما كانت مستويات الإجهاد أعلى (Yu-Chi Wu, 2010, P79)، يقصد **Evancevich** بالتفاعل بين البيئة والعوامل الفردية الطريقة التي يدرك بها الفرد المعطيات البيئية وقدراته، حيث كلما كان هناك اختلال في طريقة الإدراك زادت مستويات الإجهاد.

ويتفق **Lazarus & Folkman** مع **Evancevich** حيث يؤكدان على عامل مهم في عملية الإجهاد وهي طريقة إدراك الفرد للمواقف المجهدة بحيث يكون إختلال بين الطريقة التي يفسر بها الفرد العلاقة بين متطلبات العمل وقدرات الفرد، وتم تحديدها في :

1- المواجهة: وهي تحديد الطرق التي تلائم التغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف

2- التقييم: وهي معرفة متطلبات والمواقف التي تسبب الإجهاد (عبد العزيز عبد المجيد، 2005، ص37). وينقسم التقييم بدوره إلى:

- ✓ التقييم الأولي: حيث يقوم الفرد بتقييم الموقف معرفياً لتحديد معناه ودلالاته.
- ✓ التقييم الثانوي: وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بتحديد الموارد الشخصية والاجتماعية التي سوف يعتمد عليها في مواجهة الموقف المجهد.
- ✓ إعادة التقييم: ويقوم الفرد بإعادة التقييم عندما تفشل أساليب المواجهة التي اعتمدها في تحقيق التوازن وتخفيف الإجهاد.

حيث تتغير الطريقة التي تم بها إدراك الموقف في المرة الأولى، وتتغير بذلك الطريقة التي تم بها التقييم الأولي والثانوي نتيجة لحصول الفرد على معلومات جديدة عن المحيط وعن نفسه (Dekayser & Hanser, 1998, P9)، وعليه فإن حالة التكيف تتدخل فيها مجموعة من العوامل ولا تتحكم فيها العوامل المثيرة المؤدية إلى استجابات نفسية وجسدية بل تعمل بعض المتغيرات الوسيطة في الوصول لمرحلة التوازن أو تطور مشكلة الإجهاد، ومن هاته المتغيرات ما يتعلق بشخصية الفرد ومنها ما يتعلق بالبيئة المحيطة به.

من خلال ما تم تقديمه حول تعاريف الإجهاد فإننا نتفق مع **Selye** إذ أن مفهوم الإجهاد مفهوم معقد تتفاعل فيه مجموعة من العوامل هذا ما إتضح من خلال التعاريف السابقة التي جاءت متباينة، منها ما ينظر للإجهاد بصورة ديناميكية على أنه تفاعل بين متطلبات بيئة العمل وقدرات الفرد والطريقة التي يدرك بها هذه العلاقة، واندرج تحت هذا التعريف **Evancevich** أما **Flaschner** أكدوا على أن الإجهاد عبارة عن استجابة الفرد للعوامل السلبية الموجودة في بيئة العمل تؤدي إلى استجابات نفسية وجسدية سلبية، أما **Christopher** و **Chin** فهما ينظران للإجهاد على أنه يظهر نتيجة لوجود الفرد في بيئة عمل سلبية تعمل على ظهور الإجهاد .

ونستطيع تعريف الإجهاد على أنه تلك الحالة التي تحدث لدى الفرد نتيجة لإدراكه الفجوة بين متطلبات العمل وقدراته، ويظهر الإجهاد من خلال أعراض جسدية، نفسية وسلوكية، وإذا لم يستطع الفرد إعادة التوازن والتعامل مع المواقف فإن المشكلة تتفاقم وتؤدي إلى اضطرابات نفسية وجسدية بالإضافة إلى مشاكل في بيئة العمل.

ومن خلال التعريفات المختلفة التي سبق عرضها يمكننا أن نميز بين ثلاث مكونات

للإجهاد:

✓ **المجهدات:** العوامل المسببة للإجهاد أو ظروف العمل التي تعرض الفرد للإجهاد مثل العمل الزائد، صراع الدور، غموض الدور، عبء العمل.

✓ **الفرد المجهد:** الفرد الذي سيقوم بردود الفعل وتكون حسب خصائص الفرد التي سيتفاعل مع المجهدات وطريقة إدراكه لها والتعامل معها.

✓ **الآثار المترتبة عن الإجهاد:** التي تتلخص على المدى القصير في توترات جسدية مختلفة أما على المدى المتوسط أو الطويل تؤثر على الفرد من جميع الجوانب سواء صحته الجسمية أو النفسية وتمتد حتى إلى المؤسسة التي يعمل بها.

2. علاقة الإجهاد ببعض المفاهيم:

◀ **الإحترق النفسي:** يقصد بالاحترق النفسي درجة الإرهاق العالية التي يتعرض لها الأفراد نتيجة للإجهاد المزمن والمستمر لفترة طويلة، ويظهر في أعراض مختلفة كالتعب والشعور بالإرهاق، فقدان الاهتمام بالآخرين، الشك في قيمة الحياة والعلاقات الاجتماعية السلبية في مفهوم الذات (Tom Gerencer, 2019).

◀ **القلق المرضي:** حسب خير الزراد 1984 هو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز المصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية ويأتي في نوبات تتكرر لدى نفس الفرد (مصطفى خير الزراد، 1984، ص24). ويمكن أن يلاحظ في شكلين:

✓ فقد يظهر من ناحية وكأنه إشارة إلى وجود خطر يهدد الشخص ويعمل في هذه الحالة على إثارة طاقته لتعمل للدفاع عن ذاته.

✓ يتجلى على شكل دليل للاضطرابات النفسية (أحمد فاضلي ورشيد مسيلي، 2004، ص68).

أكدت دراسة كل من William 2005 و Charon & Al 2011 و Craty 2003 على أن الإجهاد يعمل على ظهور اضطراب القلق، حيث أن الإجهاد يؤثر سلباً على الجانب الانفعالي للأفراد خصوصاً إذا استمر لفترات طويلة و يؤدي بدوره إلى ظهور مشكلات نفسية أخرى مثل القلق فقد أثبتت هذه الدراسات على العلاقة الطردية بين الإجهاد والقلق بتقديم فمن خلال الدراسات التي أنجرت لخفض الإجهاد تبين انخفاض لمستوى الإجهاد والقلق أيضاً.

◀ **الموت من العمل:** ظهر مصطلح "Karoshi" في اليابان سنة 2015 كنتيجة حتمية لثقافة العمل والتي تقدر بـ (18 ساعة يومياً) على الأقل فالتعب الذي ينتج عن العمل يمكن

أن يتسبب في الموت المفاجئ بسكتة دماغية أو أزمة قلبية. وتشير إحصائيات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية لعام 2019، أن اليابان لديها أقصر متوسط نوم في العالم عند 442 دقيقة يومياً، نحو 7.3 ساعات في الليلة، مقارنة بـ528 دقيقة في الولايات المتحدة. وقد تم تصميم قانون جديد نفذ في وقت سابق من هذا العام لمكافحة ثقافة العمل الشاق، من خلال قصر العمل الإضافي القانوني على 45 ساعة في الشهر و360 ساعة في السنة (إيمان عطية، 2020).

يمكننا اعتبار كل من القلق، الاحتراق النفسي والموت من العمل كاستجابات لمشكلة الإجهاد المهني، ففي حالة تعرض الفرد لمواقف مجهدة لفترة طويلة ولم يستطع الوصول للتكيف وإعادة التوازن فإن ذلك يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة وغيرها.

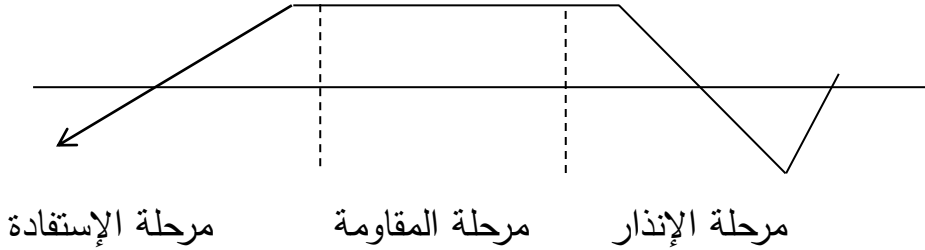
3. النماذج المفسرة للإجهاد:

في محاولة لفهم الإجهاد استخدمت العديد من النظريات محاولة تفسير كيفية حدوثه والكشف عن العلاقة بين متغيراته من أجل فهم الطريقة التي يستجيب بها الفرد للمجهادات وانطلقت محاولات تفسير الإجهاد من خلال الأعمال التي قام بها سيلاي وبعدها طور العلماء مجموعة من النماذج للوصول إلى فهم السلوكيات التي يستجيب بها الفرد إزاء المجهادات ومن أجل ضبط السلوك والتنبؤ به ثم التحكم فيه من خلال تعديله. وسنحاول تقديم مجموعة من النظريات التي حاولت تفسير الإجهاد:

3.1. النموذج الحيوي الكيميائي "Biochemical Model of stress": يعتبر "

Hans Selye من أهم رواد في الميدان البحثي حول الضغط حيث استنتج من دراساته وبحوثه (سبق ذكرها في تعريف الإجهاد ص51) في مجال الطب التجريبي في جامعة مونتريال في كندا قبل الحرب العالمية الثانية. أن أسلوب مواجهة الإنسان لهذه الأحداث الضاغطة stressors وسوء تكيفه الفسيولوجي لها قد يصبح مصدراً للضغط وتنتشأ عنه العديد من الأعراض المرضية والاستجابات الباثولوجية (يخلف عثمان، 2001، ص37)، حيث يرى أن الإجهاد وردود الفعل التي يبديها الفرد في مواجهة المواقف المجهدة من أجل تحقيق التكيف تمكنه من التعامل مع مسببات المجهادات التي يواجهها، أي أن الهدف هو "إعادة التوازن" وهو ما أطلق عليه أعراض التكيف العام (GSA) (Adaptation Generale)

(Syndrome) وتحدث هذه الردود وفقا لثلاث مراحل أساسية وهي موضحة في الشكل الموالي:



الشكل رقم (1): الأعراض العامة للتكيف لـ SGA حسب سيلاي.

المصدر: Estelle & Carolin ,2007, p147

ويرى عثمان يخلف 2001 أن مراحل الإجهاد لدى سيلاي تتمثل في :

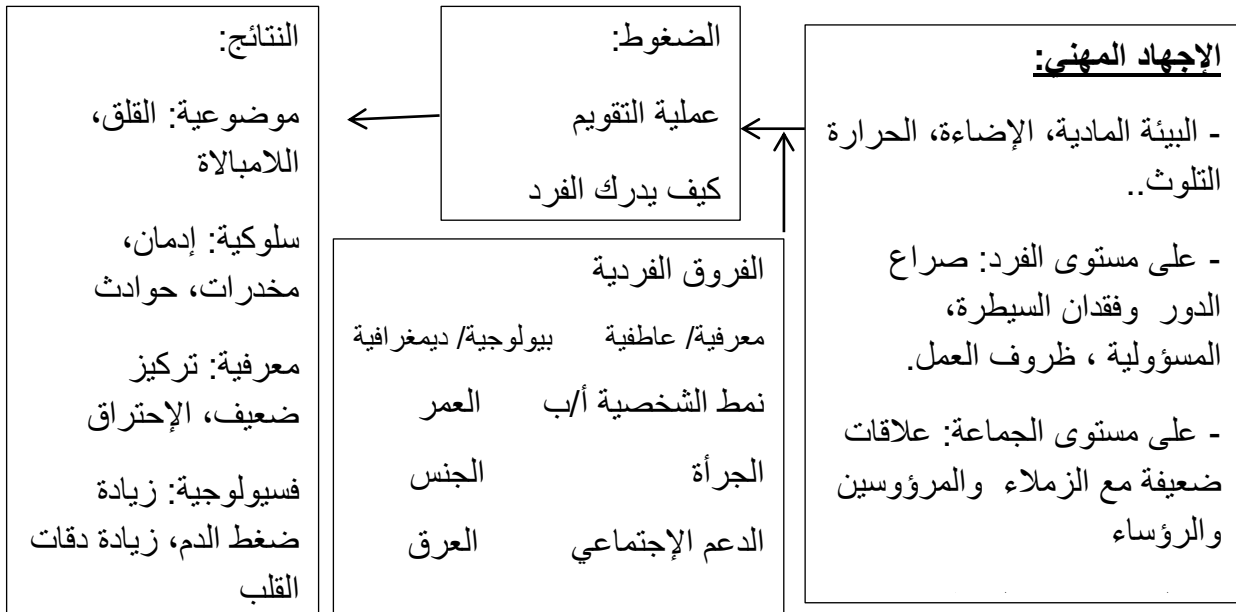
◀ **مرحلة الإنذار "Alarme Réaction stage"** : حيث يقوم الجسم ومعه الجهاز السمبثاوي بتجنيد كل طاقة الجسم من خلال إفراز الغدة الدرقية لهرمون (ActH Hormone Adrénocorticotrope) الذي يؤدي بدوره إلى إفراز هرمونات الأدرينالين والنور أدرينالين والكورتيزول في الدم، وما يميز الجسم في نهاية هذه المرحلة استئثاره فسيولوجية قصوى لمقاومة الحدث الضاغط.

◀ **مرحلة المقاومة "Résistance stage"**: فيها يحاول الفرد مقاومة مصدر التهديد بتوظيف كل الوسائل وما يملك من طاقة جسمية ونفسية، ويغلب على هذه المرحلة طابع الحفاظ على التوازن الحيوي للأنسجة والأعضاء ويحاول الجسم أن يتكيف مع الحالة الضاغطة حتى لا تتعرض أعضاؤه لتلف وتدمير من شأنه أن يعرض الفرد للإصابة بالمرض.

◀ **مرحلة الإنهاك أو الإعياء "Exhaustion stage"** : والتي يكون فيها الجهاز المناعي قد ضعف والجسم عاجز وفاقد لطاقته التوافقية ولقوته على مواجهة الإجهاد، وقد يؤدي استمرار هذه الحالة الضاغطة في هذه المرحلة إلى تدمير الأعضاء الداخلية للفرد مما قد يتسبب في موته (عثمان يخلف، 2001، ص ص 37-38).

تستند نظرية "سيلاي" للإجهاد على الاستجابات الفسيولوجية وعملية التحفيز الذي يمكن انتقاده لأنه لا يأخذ في الاعتبار الاختلافات بين الأفراد، يرى الفرد بأنه سلبي في مواجهة المواقف المجهدة ولا يتضمن مكونات نفسية أو تقييمات للبيئة الخارجية.

2.3. نموذج إفسيشين وماتسن (1984): والذي يوضح كل من مصادر الضغوط الوظيفية المختلفة وتأثير عملية إدراك " Les conceptions personologique le problème de la vulnérabilité " الفرد على مستوى الإجهاد وبالتالي على نتائجه وآثاره، ويشير النموذج إلى دور الفروق الفردية (معرفية، عاطفية، بيولوجية وديمغرافية) على طريقة إدراكه وعليه فقد ركز في تفسيرهما للظاهرة على دور خصائص الشخصية التي تجعل الفرد غير قادر على مواجهة متطلبات العمل. وأجرى Ivencevich & Matson 1984 دراسة حول الإجهاد توصلوا فيها إلى أن الإرهاق الوظيفي وصراع الدور يظهر لدى أغلب الممرضين. وحسبهما أن العوامل الشخصية يجب أن تأخذ بعين الاعتبار في اختيار المهنة، فالأفراد ذوي "النمط أ" من الشخصية عليهم البحث عن عمل يلبي احتياجاتهم من المنافسة فمثلا مهنة التعليم، التمريض، يظهر لدى "النمط أ" من الشخصية اضطرابات نفسية وجسدية وأمراض نفسية جسدية، كالعبء الوظيفي، عدم الرضا الوظيفي (Pascal Claude, 2004, PP68-69). والمخطط الموالي يوضح أفكار كل من Ivencevich & Matson .



المخطط رقم (1): أفكار كل من Ivencevich & Matson

المصدر: حسين حريم، 2003، ص 100

يشير المخطط إلى أن مصادر الضغوط تكون على عدة مستويات، منها: ما يكون على مستوى البيئة المادية، على مستوى الفرد وعلى مستوى جماعة العمل بما فيهم الزملاء والمرؤوسين ويوضح تأثير عملية الإدراك على مستوى الضغط، وعلى الدور الذي تلعبه

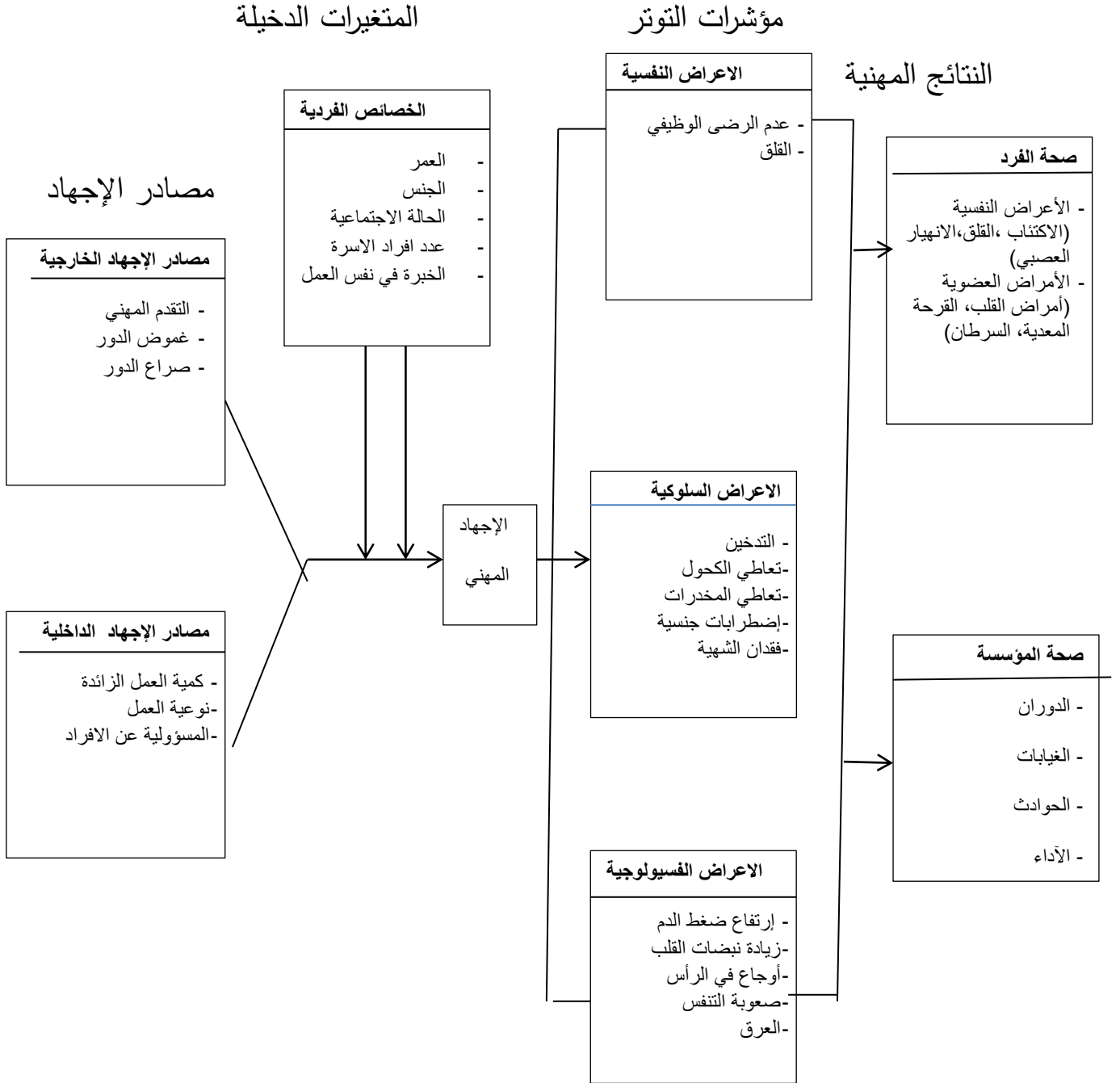
الفروق الفردية (المعرفية العاطفية والبيولوجية الديمغرافية) في إدراك هذه الضغوط، ففي حال مستوى مرتفع من الإجهاد فإن ذلك يؤدي إلى عدة مشكلات منها؛ المعرفية (تركيز ضعيف، النسيان)، الفسيولوجية (زيادة ضغط الدم، زيادة دقات القلب) وتنظيمية (إنتاجية أقل ، تغيب عن العمل).

3.3. النموذج الاعتمادي الشرطي للإجهاد المهني " The contingency Model of Occupational Stress

" : أعد عمار كشرود 1986 نموذجا حاول فيه إدماج كافة المتغيرات التي يتضمنها أي موقف، وقد صنف أسباب الإجهاد إلى:

- ✓ أسباب خارجية بيئة العمل مثل (الأسرة والمجتمع).
- ✓ أسباب داخلية مثل (غموض الدور الوظيفي).

ويرى أنه بإمكاننا دراسة الأسباب وربطها بمتغيرات مختلفة تدل على الإجهاد مثل: الرضا الوظيفي، وأشار إلى أن مصادر الإجهاد قد تكون محفزة أو مثبطة لسلوك الفرد وهذا يعتمد على خصائص الفرد مثل: العرق، العمر، الجنس ونمط الشخصية، وعلى طريقة تقييم الفرد للمواقف التي يعيشها على أنها مجهددة أم لا. كذلك يرى أن التفاعل بين أسباب الضغوط وهذه الخصائص هو المسؤول عن ظهور أو عدم ظهور مشكلة الإجهاد (عمر مصطفى، 2008، ص57). وقد وضحها في المخطط رقم (2):



المخطط رقم (2) : النموذج الاعتمادي الشرطي للإجهاد المهني

المصدر: عمر مصطفى، 2008، ص 58

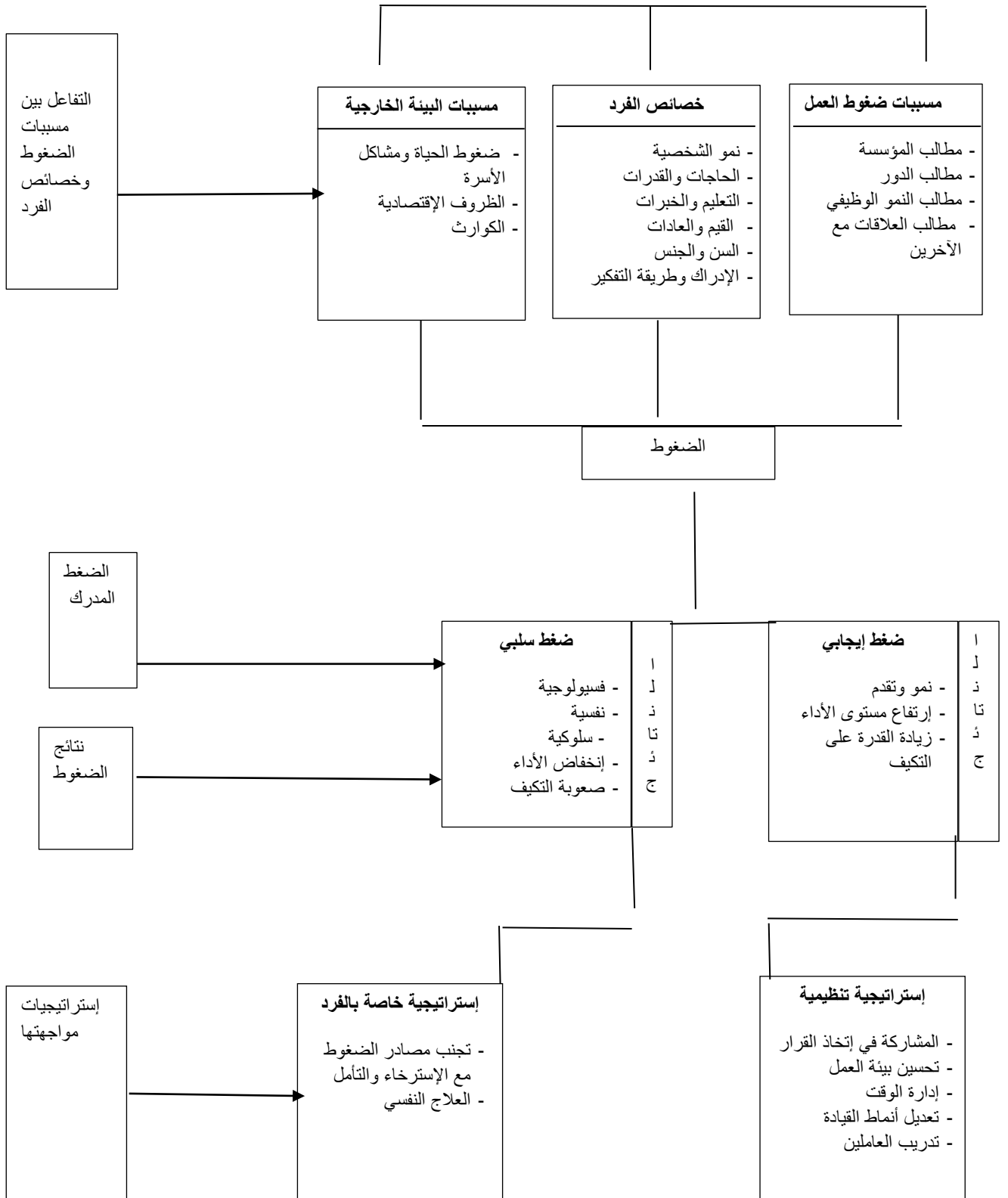
يتضح من خلال النموذج وجود نوعين من مصادر الإجهاد (مصادر خارجية ومصادر داخلية) لكن تلعب المتغيرات الدخيلة التي تتمثل في الفروق الفردية دور مهم في عملية إدراك الفرد وطريقة تفسيره للمشاكل التي يعاني منها في مكان العمل ففي لم يستطع الفرد التكيف مع المشكلات يظهر الإجهاد على شكل أعراض فسيولوجية، سلوكية ونفسية يؤدي إلى نتائج سلبية على مستوى الفرد؛ أمراض عضوية (القلب والسرطان) وأمراض نفسية؛ (اكتئاب، قلق) وعلى مستوى المؤسسة (الغياب، الحوادث والدوران).

3-4- نموذج تفسير ظاهرة الإجهاد واستراتيجيات مواجهتها: وضع لطفي راشد 1992

نموذجاً بين فيه وجهة نظره لتفسير سيرورة الإجهاد حيث ذكر أن هناك:

- ✓ مصادر تتعلق ببيئة العمل مثل: الحوافز، بيئة فيزيقية، غموض الدور.
 - ✓ مصادر تتعلق بالبيئة الخارجية: أحداث الحياة من زواج، طلاق، وفاة والظروف الإقتصادية كالدخل مثلاً. وتتفاعل هذه المصادر مع خصائص الفرد لينتج عنها إما:
 - ✓ ضغط إيجابي يساعد الفرد على النمو والتطور.
 - ✓ ضغط سلبي ينتج عنه أعراض نفسية وفسولوجية.
- ويضيف أن طريقة التعامل مع الإجهاد تكون من خلال التعرف على نوعه، حيث أن الضغوط الإيجابية يتم التعامل معها من خلال استراتيجيات تنظيمية، أما الإجهاد السلبي يتم التعامل معه بطريقتين:

- ✓ من خلال الفرد نفسه وذلك بتجنب التعرض لمصادر الضغط والتأمل والاسترخاء.
 - ✓ من خلال العلاج النفسي (عمر مصطفى، 2008، ص 59).
- وأرجع راشد الإجهاد إلى التفاعل بين ثلاث عوامل وهي بيئة العمل، البيئة الخارجية وخصائص الفرد، وأكد على ضرورة التعرف على نوع الإجهاد لاختيار الاستراتيجية الفعالة في التعامل معه؛ فإذا كان الإجهاد إيجابي نستخدم الاستراتيجيات التنظيمية مثل المشاركة في اتخاذ القرار وإدارة الوقت، أما في حال كان الإجهاد سلبي فإننا نستخدم استراتيجيات خاصة بالفرد تتمثل في تجنب مصادر الضغوط، الاسترخاء، التأمل والعلاج النفسي. والمخطط رقم (3) يوضح نموذج لطفي راشد في تفسير الضغوط:



المخطط رقم (3) : نموذج لطفي راشد في تفسير الضغوط

المصدر: عريس نصر الدين، 2017، ص79

يتضح من خلال المخطط أن الإجهاد يحدث نتيجة للتفاعل بين مسببات الضغوط التي تتعلق بالبيئة الخارجية ومسببات ضغوط العمل مع خصائص الفرد فالطريقة التي يدرك بها الفرد الضغوط تلعب دور مهم في تحديد مستوى الإجهاد وعلى أساسه تتحد استراتيجيات التدخل المعتمدة فإذا كان هناك ضغط إيجابي نستخدم استراتيجيات تنظيمية مثل: المشاركة في اتخاذ القرار، تحسين بيئة العمل أما إذا كان الضغط سلبي فإنه علينا اعتماد استراتيجيات خاصة بالفرد والتي تتمثل في: تجنب مصادر الضغط ، الاسترخاء ، التأمل.

3-5- النموذج النفسي المعرفي للإجهاد cognitive model of stress : قام Lazarus

1966 بطرح نموذج جديد لتفسير الإجهاد، حيث ابتعد عن السبب والأثر، وأكد على دور البعد المعرفي بين المثير واستجابة الفرد للإجهاد، وفي نظره لا يكمن اختزال الإجهاد فقط في البيئة أو موارد الفرد بل ينظر له على أنه نتيجة لعلاقة دينامية بين الفرد ومتطلبات البيئة. ويمثل التقويم المعرفي بالنسبة لـ: لازاروس وفولكمان ركيزة أساسية في عملية تقييم الإجهاد، يتم عن طريق عوامل شخصية داخلية ويمر بتقييم المواقف بمرحلتين: الأولى بمثابة تصور للموقف حيث يقوم فيها بتحديد ومعرفة ان بعض الأحداث في حد ذاتها شيء يسبب الإجهاد، أما المرحلة الثانية تتمثل في طريقة إدراك الفرد للمجهادات، وبناء على التقييم الذي يتم في المرحلتين السابقتين يختار الفرد استراتيجيات تكيف معرفية وسلوكية للرد على متطلبات الموقف المجهد الذي يتم تقييمه على أنه خطر عليه، وتكمن وظيفة الاستراتيجيات التكيفية في تعديل الانفعالات وتغيير علاقة الفرد بالبيئة الخارجية وبالتالي تتغير طريقة إدراك الفرد وتفسيره للمواقف كتغذية راجعة وسنقوم بعرض مراحل التقييم بالتفصيل على النحو الآتي:

1. التقييم الأولي: يهدف من خلاله الفرد إلى تحدد خصائص الوضعية وطبيعة الموقف وهنا نميز ثلاثة أنواع :

- ✓ مواقف الفقدان: تكون أما بخسارة جسدية كالمرض وموت المقربين، خسارة اجتماعية فقدان الوظيفة، تغيير المكان، خسارة مادية بخسارة الأموال والمشاريع.
- ✓ إمكانية الفقدان أو الضرر: إن مجرد إمكانية حدوث خسارة لموضوع ما يجعله يشعر بأنه في موقف تهديد.

✓ التحدي قصد الوصول إلى موضوع معين يجعل الفرد قادر على مواجهة المواقف بطريقة أفضل.

فحسب لازاروس وفولكمان فإن هذه التقييمات تساهم في تحديد نوعية الانفعال الناتج فتقديرات فقدان والتهديد ينتج عنها انفعالات سلبية مثل: الغضب، الخوف والاستياء. في حين تمتاز تقديرات التحدي بانفعالات الرضى، الاستثارة والفرح. ويضيف العالمان بأن التقدير المعرفي الأولي يحدث خلال التفاعل بين الفرد والمحيط ويختلف بذلك من صنف لآخر (الفروق الفردية) ومن وضعية إلى أخرى (ساعد شفيق، 2010، ص80) لذلك فإن عملية التقدير تخضع لتأثير مجموعة من العوامل منها:

❖ **العوامل المتعلقة بالوضعية:** تشمل عددا من المتغيرات المتصلة بطبيعة الوضعية ومنها

✓ طبيعة التهديد أو الخطر الذي تشكله الوضعية للفرد.

✓ شدة الموقف وكذلك الوقت الذي يحدث فيه.

❖ **العوامل الخاصة بالفرد:** من أهم الخصائص الفردية التي تؤثر في عملية التقدير الأولى نجد:

• **المعتقدات:** هي مجموعة الأفكار التي يحملها الفرد حول الواقع وتلعب دورا أساسيا في معالجته له، ونميز نوعين من المعتقدات:

▪ **المعتقدات العامة:** وهي معتقدات تخص مجموعة من الأفراد وتشمل:

✓ **المعتقدات الدينية:** بشكل عام تعرف على أنها الثوابت التي يعتنقها الإنسان ويعيش حياته وفقا لمبادئها، بغض النظر عن نوع الديانة التي يدين بها (محمد شودب، 2019).

✓ **المعتقدات الوطنية:** ونقصد بها القيم والمفاهيم المهمة والدائمة التي يتقاسمها الأفراد الذين تجمعهم ثقافة واحدة، حيث يستطيعون من خلالها التمييز بين ما هو مرغوب وما هو غير مرغوب، وتعد ذات تأثير كبير على سلوك الشخص وردود أفعاله تجاه مواقفه الحياتية (ابتهال أبو حسان، 2019).

▪ **المعتقدات الشخصية:** التي تكون أكثر خصوصية وتشير إلى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم، وقد أطلق عليها **Roter 1966** مركز التحكم وينقسم إلى:

✓ **مركز التحكم الداخلي:** الذي يعني أن الفرد ينسب الأحداث التي تقع له والوضعية التي يواجهها إلى سلوكاته الخاصة وأسباب داخلية.

✓ مركز التحكم الخارجي: الذي يعني اعتقاد الفرد بتدخل قوى خارجية فيما يحدث معه من مواقف مثل: الحظ، القدر، الصدفة وهذه الأخيرة لا يستطيع التحكم فيها. وتعتبر الاعتقادات الخاصة بمركز التحكم من العوامل التي تلعب دوراً هاماً في التعامل مع المواقف، ومن أهم العوامل الوسيطة أيضاً؛ **الالتزامات** ويقصد بها مدى التزام الفرد في حياته وطريقة تعامله مع المحيطين به والمشاركة الإيجابية مع الآخرين. **والتحدي** ويشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع الخبرات الجديدة بطريقة واقعية وناضجة بحيث يكون الفرد قادراً على اكتساب هذه الخبرات ومواجهة الأحداث الضاغطة إيجاد حلول مناسبة للمواقف.

2. التقييم الثانوي: يتحدد بما يمكن للفرد القيام به في مواجهة الوضعي الجديدة ويأتي ذلك مباشرة بعد التقييم الأولي حيث أنه عندما يقيم الفرد طبيعة التهديد يتجه نحو تحديد مصادره الشخصية والإمكانات التي يملكها للمواجهة، للوقاية من التهديد أو الاستفادة من الموقف وهذا التقييم يقدم احتمالات مختلفة من أنماط المواجهة (تغير الوضعية، التقبل، البحث عن معلومات أكثر، الهروب و السلوكات الاندفاعية)، ويعتمد التقييم الثانوي حسب **Mac Crae 1984** على ثلاث خطوات أساسية هي:

- ✓ يقوم الفرد بتحديد إمكاناته ومعرفة ما يمكنه عمله في مواجهة الموقف.
- ✓ ينتج عما سبق تصور أنماط المواجهة الممكنة.
- ✓ يحدد الفرد الاستراتيجية الأكثر ملاءمة حسب إدراكه للموقف (ساعد شفيق، 2010، ص80).

فعملية التقييم الثانوي هي عملية معقدة تتداخل فيها اعتقادات الفرد وأفكاره مع خصائص ومطالب الموقف قصد اختيار أسلوب المواجهة الأمثل والأكثر فعالية وينتج عن هذا التداخل العديد من الانفعالات السلبية والإيجابية ومع استمرار مصدر الإجهاد تتوالى التقديرات المعرفية واستراتيجيات المواجهة بشكل حلقة متعاقبة، فإذا نتج عن التقييم إدراك الفرد لوجود موارد تسمح له بالتحكم في المواقف فإنه يعمل على توجيه استراتيجيات تمكنه من مواجهة الموقف أو حل المشكل، أما إن كان التقييم عكس ذلك فإن الفرد يلجأ إلى أساليب المواجهة تهدف إلى تغيير المعنى الذاتي للتجربة أو الانفعال الناتج عنها. ونلاحظ من خلال ما تم عرضه فإن **لازاروس وفولكمان** يقسمان أساليب المواجهة إلى نوعين:

1. أساليب مواجهة مركزة على المشكلة: ترى بشرى إسماعيل 2004 أنه في هذا النوع من الاستراتيجيات يحاول الفرد وضع خطط واقعية متماسكة للتفاعل ويحاول التحكم في

المشكلة قدر المستطاع وهذه الاستراتيجيات تساعد الفرد في الحصول على المعلومات لحل المشكلة واتخاذ القرار المبني على أسس معرفية (بشرى إسماعيل، 2004، ص121) ومن أنواعها نجد:

← **استراتيجيات المواجهة المركزة على حل المشكلة:** تشير إلى المجهودات المدروسة المركزة على المشكلة بهدف تغيير الوضعية و يصاحبها تناول تحليلي عميق لحل المشكلة في محاولة يقوم بها الفرد للخروج من موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد ويستحضرون فيها معرفتهم السابقة. ومن خصائصها حسب **حسن عبد المعطي 2006** يوجه الفرد نحو الهدف وإدراك العلاقات الأساسية في الموقف ويحقق التكامل والتنظيم.

← **إستراتيجيات المواجهة المركزة على التصدي:** هو أسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط يلجأ إليه بعض الأفراد وفقا لنمط الشخصية ويهدف هذا الأسلوب إلى تخفيف العقات التي تحول بينه وبين التكيف والاتزان أو تحقيق الأهداف الآنية ويكون واضحا جدا في حالات الأزمات والكوارث.

← **استراتيجيات المواجهة المركزة على إعادة التقدير الإيجابي:** تشير لمجهودات الفرد في إعطاء معني إيجابي للوضعية بالتركيز على التصور الفردي .

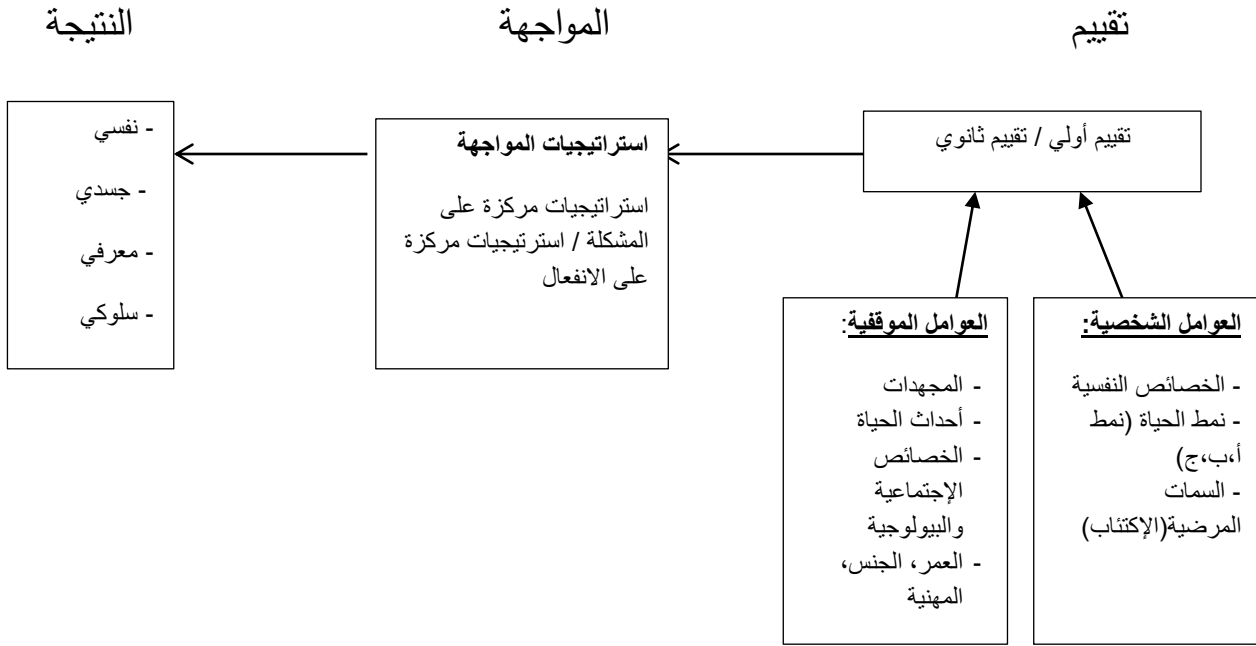
← **استراتيجيات المواجهة المركزة على تحمل المسؤولية:** إدراك الفرد والتصريح بدوره في المشكلة ومحاولة جمع المعلومات المناسبة من أجل إيجاد حل مناسب لها (أحمد فاضلي، 2009، ص137).

2. **أساليب مواجهة مركزة على الانفعال:** فيها يحاول الفرد التحكم في مشاعره السلبية مثل الخوف، الغضب، القلق، الحزن. التي تسببها المواقف المجهدة، وتهدف للتحكم في التوتر الانفعالي عن طريق : الإنكار وتجنب التفكير في المجهودات، الهروب، كثرة التدخين والأكل (بشرى إسماعيل، 2004، ص121) ومن أنواعها نجد:

← **استراتيجيات المواجهة المركزة عن السند الاجتماعي:** المساندة الاجتماعية هي جميع الإمدادات التي يقدمها الآخرون للفرد لمساعدته في مواجهة المجهودات، فالمساندة الاجتماعية تنقل الإحساس بأن الفرد ليس لوحده في مواجهة التهديد وتنقسم المساندة الاجتماعية إلى:

✓ **المساندة الانفعالية:** تعطي الإحساس بالحب والتفهم، الاهتمام والاشتراك مع الآخرين في علاقات والتزامات.

- ✓ **المساندة المادية:** يمنحها فرد لفرد آخر بحاجة للمساعدة تتمثل في: في المال، وسائل الإتصال، السكن، شراء الملابس... الخ.
- ✓ **المساندة المعرفية:** تتمثل في تقديم فرد ذو خبرة لفرد آخر النصيح، التغذية الراجعة والمعلومات من أجل مساعدته على تخطي مشكلة معينة.
- ◀ **استراتيجيات المواجهة المركزة على التجنب والتهرب:** عندما يدرك الفرد أن إمكانياته غير كافية للتعامل مع المواقف الضاغطة فيأمكنه في بعض الأحيان تجنب التعامل لحين استجماع الفرد قواه ثانية أو التهيؤ له، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط ولم يستطع مقاومته فإنه يلجأ إلى العقاقير لذا يعتبر الانسحاب استجابة للتهديد عند بعض الأفراد. ويختار البعض هذا الأسلوب على حسب نمط شخصيته، فهم لا يفعلون شيئاً لحل المشكلة وغالبا ما يصاحب هذا السلوك لشعور بالاكنتئاب (أسماء عبد الله، 2008، ص 65).
- ◀ **استراتيجيات المواجهة المركزة على ضبط الذات:** هو ضبط يمارسه الفرد على مشاعره وتصرفاته، كما يعتبر القدرة على توجيه سلوك الفرد ومقدرته على كبح اندفاعته. ويؤكد سكينر على أن الضبط الذاتي وقيام الفرد بالتحكم في المؤثرات البيئية وفقا لخطوات معينة بهدف استبدال سلوك معين بسلوك آخر وأنه تنظيم الارتباطات الفعالة التي تؤثر في السلوك بطريقة تجعله يعيش فوائد بعيدة المدى في القوت الذي عليه أن يقلع عن بعض الإشاعات أو يتحمل بعض المتاعب في البداية (جودت عزت، 2005، ص 188).
- ◀ **استراتيجيات المواجهة المركزة على اتخاذ مسافة:** تشير للمجهودات المعرفية لتقدير الذات والتي تجعل من المواقف الضاغطة ذات أهمية أقل بالنسبة للفرد (أحمد فاضلي، 2009، ص 137) ومن أجل التوضيح أكثر لنظرية لازاروس وفولكمان أنظر المخطط الموالي رقم (4).



المخطط رقم(4): النموذج النفسي المعرفي للإجهاد

المصدر Laurent Guillet, Sd ,p8 بتصرف

حسب المخطط يتضح أن للطريقة التي يدرك ويقيم بها الفرد المواقف أهمية في ردود فعله وتتأثر عملية التقييم بعاملين هما العوامل الشخصية التي تضم (الخصائص النفسية ، نمط الحياة، السمات المرضية) والعوامل الموقفية التي تضم(العمر، الجنس، الخصائص الاجتماعية و أحداث الحياة)، وتتم عملية التقييم عن طريق التقييم الأولي والتقييم الثانوي كما يتضمن التقييم الثانوي اختيار أسلوب المواجهة المناسب للتغلب على الموقف من خلال نوعين من الاستراتيجيات؛ استراتيجيات مركزة على المشكلة واستراتيجيات مركزة على الانفعال، تنتهي هذه السيرورة بظهور أعراض على عدة جوانب مثل: الجانب النفسي، الجانب المعرفي، الجانب السلوكي والجانب الجسدي.

4. أنواع الإجهاد:

يذكر Sely في إحدى كتاباته أن " التحرير الكامل من الإجهاد هو الموت" بنجمان و أنطون، (1997، ص7). واتفق معه بنجمان 1998 ففرق بين نوعين من الإجهاد من خلال التمييز بين آثاره وهما:

➤ **الضغط الإيجابي Eustress:** وهذا الضغط يعد دافعا أو حافزا يدفع الفرد نحو الأداء الأفضل ويساعده على الإبداع وتنمية الثقة بالنفس وهو بذلك مفيد وغير مؤذي.

◀ **الضغط السلبي:** وهو ما يطلق عليه **Distress** وهو صورة مدمرة للضغوط يؤدي إلى اختلال وظيفي في تكيف الكائن، وكذلك اختلال الاستجابة المعرفية السلوكية والنفسية الأمر الذي يؤدي إلى ضعف الأداء وهو بذلك إجهاد ضار وسيء (Mann, 2001, P14-15) وقد ذهب كل من **Turpin & Bauman** إلى أن الإجهاد شرط من شروط الإبداع والإنجاز الجيد للفرد ويضيف أيضا **عبد الرحمن الطيرري 1994** أن الإجهاد والمستوى العالي من الضغط يتسبب في حالة الإخفاق التام بل والفشل الذريع في إنجاز المهمة الموكلة للفرد.

كما قسم **محمد حسن 2007** الإجهاد حسب مسبباته إلى:

- ✓ الضغوط الأسرية (التناحر الأسري، الانفصال، وفاة، فقر).
- ✓ ضغوط النقص (نقص الممتلكات، نقص الأصدقاء).
- ✓ ضغوط العدوان (سوء المعاملة من العائلة، سوء المعاملة من الأقران والأصدقاء).
- ✓ ضغوط السيطرة (التأديب، العقاب القاسي).
- ✓ ضغوط الجنس (الإغراء والعرض).
- ✓ ضغوط البدنية (القصور البدني، العقلي أو الاجتماعي) (محمد حسن، 2007، ص 128).

وقسمت مجموعة أخرى من الباحثين ومنهم **Higan Magrath** الإجهاد وفقا لمصادره

إلى:

✓ **الضغوط الناتجة عن البيئة المادية:** ويتعرض لها الفرد داخل مكان العمل أثناء ممارسة مسؤولياته ومهام وظيفته وتتضمن مصادر متنوعة قد تكون نفسية أو اجتماعية أو تقنية.

✓ **الضغوط الناتجة عن البيئة الاجتماعية:** تظهر لدى الأفراد الذين يتفاعلون معا في مجالات العمل مع الزملاء.

✓ **الضغوط الناتجة عن النظام الشخصي للفرد:** وتعزى إلى الخصائص الشخصية المتوازنة أو المكتسبة (فاروق عبلة والسيد محمد، 2005، ص 308).

كما تطرق **فاروق و السيد 2005** إلى الدور الإيجابي للإجهاد في حياة الفرد، فالإجهاد بمستوى معتدل يوفر الإثارة اللازمة لقيام الفرد بالمهام المطلوبة منه بجودة وقد لخصها في:

✓ تزويد الفرد بالدافعية للقيام بالعمل والسعي من أجل الوصول إلى أهدافه وتحقيق ذاته.

✓ تساعد على بناء العلاقات الاجتماعية داخل المؤسسات ، إذ يتطلب تجاوز مشكلة ما أو الوقاية منها تعاون العاملين و تواصل مستمر فيما بينهم.

✓ يساعد على استقرار العاملين من خلال رفع الروح المعنوية و إحساس العاملين بالرضا وهذا ينعكس إيجابا على جودة الإنتاج لديهم.

✓ يعمل على زيادة إصرار الفرد على تحسين جوانب القصور لديه ورفع كفاءته.

✓ يصبح لدى الفرد دافع لتجاوز المشكلات التي تواجهه في مجال العمل وإنجاز المهام الموكلة إليه في الوقت المحدد وبكفاءة أكبر.

✓ الكشف عن الأفراد المتميزين الذين لديهم القدرة على العمل تحت الضغط من بين العاملين الآخرين(فاروق عبلة والسيد محمد ، 2005، ص309). وأشارت **Lozan jean & Al 2001** في دراسة أجرتها على 1146 أستاذة في محاولة منها لمعرفة مدى تأثير الإجهاد على الأداء واختلاف مستوى الإجهاد حسب الجنس وقد بينت الدراسة وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين مستوى الإجهاد والأداء الوظيفي وفعالية الأستاذ، وهذا ما أكدته أيضا دراسة كل من **عماد الدين نصير 1993 ، سامي عبد القوي 1994** و **Rotler 1976** على أن الضغوط حتى مستوى معين يكون لها مردود إيجابي ولكن إذا زادت عن ذلك أدت إلى إنخفاض في الأداء.

5.العوامل المؤدية للإجهاد:

يرى **Schermerhorn & Al 2009** أن مصادر الإجهاد الوظيفي تتراوح بين:

- ✓ **مصادر المتعلقة بالعمل:** تتضمن متطلبات الوظيفة، دينامية الدور، العلاقات مع الآخرين النمو والتطور، غموض الدور والظروف المادية للعمل.
- ✓ **مصادر الفردية:** تتمثل في حاجات وقدرات وشخصية الفرد.
- ✓ **مصادر خارج نطاق العمل:** تتضمن المشاكل العائلية والصعوبات الإقتصادية والأمور الشخصية التي يعاني منها الفرد.

ومنه تتداخل عدة عوامل في حدوث الإجهاد المهني حيث أن الفرد لا يتأثر فقط ببيئة العمل، وإنما يتأثر أيضا بالحياة الخاصة والبيئة الخارجية وسنتطرق بالتفصيل لكل عنصر.

5-1-عوامل متعلقة بالبيئة الشخصية: ترى **Gerber 1999** نقلا عن **حمدان محمد 2008** أن العوامل الشخصية المؤدية للإجهاد تشمل:

◀ **الأعضاء الحيوية:** وتشمل هذه العوامل ما يسمى بدورات الطاقة الحيوية والتركيب الجيني الوراثي.

◀ **دورات الطاقة الحيوية:** وهي الفترة التي تزداد فيها الإنتاجية لدى بعض الأفراد ، حيث هناك أفراد يفضلون الاستيقاظ باكرا قبل الفجر ليبدووا في العمل مبكرا والبعض الآخر يصل إلى ذروة الإنتاج في ساعات الظهيرة أو في الساعات المتأخرة من الليل، ويبدو أن دورات الطاقة تلعب دورا في إحساسنا بالضغط وحاليا أصبحت أغلب المؤسسات تترك للفرد قرار أي نوبة عمل تناسبه ويفضلها ويثبت بها إلى أن يطلب هو التغيير.

◀ **التركيب الجيني الوراثي:** يعد البعض عرضة للإصابة بالأوبئة أو أمراض الحساسية أو العجز مما قد يرجع إلى طبيعة الجينات الوراثية. وتعتبر الجينات الوراثية مجموعة من التعليمات تحدد ماهية الكائن ومظهره وكيف ينجو ويتصرف في بيئته، ومثل هذه الأمراض تؤدي إلى اختلال التوازن واستنفاد الطاقة والقوة، كما تزيد من صعوبة العمل على المستوى المرغوب فيه (حمدان محمد، 2008).

◀ **النسق القيمي:** يرى **محمد حسن 2007** أن من أسباب الإجهاد وجود الفجوة التي تفصل بين مطالب العامل وقدرته على إشباعها وهو ما أكدته دراسة **1990 Transition** بأن أهم مصادر الإجهاد المهني لفرد وعوامل عدم تكيفه مع بيئته المهنية، وكذا توتره وعدم رضاه، هو تعارض مع ما يحمله من قيم (احترام الكبير، عدم تجاوز حرية الآخرين، السرية، الأمانة في العمل، العدل... الخ) مع المؤسسة التي يعمل بها (محمد حسن، 2007، ص، 120). كما أن حياة الفرد الشخصية لا يمكن عزلها عن الحياة المهنية لذلك قد تكون سببا في حدوث التوتر في بيئة العمل، فأحداث الحياة الخاصة التي يعيشها الفرد تساهم بدرجة كبيرة في مستويات العمل، هذا ما أكدته دراسات كل من **1983Levi & Franc** ، **Martin 1983** ، **1986 Gardel** و **1986 Schearman**، **1986 Martin**، **1983 Frankanhauser**، بالذكر هنا الأحداث السلبية مثل وفاة الزوج أو شخص عزيز، الإصابة بمرض عضال، حدوث طلاق أو انفصال، مشكلات مالية ومشكلات اقتصادية. بالإضافة إلى الأحداث المهمة الإيجابية مثل الزواج، ولادة طفل. وأكد **رونالد ريجو 2013** أن لهذه الأخيرة أهمية فائقة لأنها قد تؤدي إلى ظهور أمراض جسدية مرتبطة بالضغط وتؤثر سلبيا على الأداء المهني للفرد (رونالد وفارس ، 2013 ، ص 296). وفي دراسة قامت بها **Holmez worahi** حيث قدمت لمجموعة من الأفراد العاملين مقياس تقدير التوافق الاجتماعي للإجابة عليه وقد

طلبت منهم أن يحددوا الأحداث التي وقعت معهم خلال 12 شهرا الأخيرة ، ومن خلال إجاباتهم قامت الباحثة بتحديد وزن لكل حدث أو واقعة وفق وحدات التغيير التي حدثت في حياتهم والتي تتراوح بين 11 و 100 من خلال إجابات الأفراد خلصت إلى أنه إذا بلغت وحدات التغيير في حياتهم أقل من 150 نقطة سيكونون في حالة صحية جيدة في العام الذي يليه أما إذا تجاوز مجموع الوحدات 150 نقطة يصل احتمال إصابة أحدهم بمرض خطير في العام المقبل بنسبة 50%، فيما تبلغ نسبة إمكانية إصابة بعض الأشخاص الذين يتجاوز عدد وحداتهم 300 بأمراض خطيرة 80% (أندرودي سيزلاتي و جعفر أبو القاسم ، 1991، ص184).

5-2- عوامل متعلقة بالبيئة الخارجية: أكد **Miler 1979** على أن هناك عوامل بيئية خارجية تتسبب في الضغوط مثل ضغوط القيم والمعتقدات والمبادئ والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع مما يسبب له ضغوطا عالية وتتحدد الضغوط بالموقف الذي يسبب الصراع بين القيم والواقع (عمر مصطفى، 2008، ص33).

وعليه فالتغيرات البيئية تشمل جميع المستويات سواء كانت فردية عائلية وطنية، من ناحية الظروف الاقتصادية الاجتماعية وحتى الثقافية لأنها تمثل أي موقف صراع يكون سببه خارجي، كذلك فترات الحروب والمشاكل السياسية وتعقيدات الحياة العصرية أحد العوامل المؤدية للإجهاد ولا تؤثر على الفرد فقط بل تؤثر على الشعوب بكاملها مثلها في ذلك مثل الأحداث الكبرى في الحياة الخاصة. فبالنسبة للتغيير الاقتصادي يمكن أن يتسبب في القلق نتيجة لتذبذب الذي يمكن أن يحدث فيه فيغير سبل العيش والعمل. ويشير **بنجمان 1997** أن انتقال الأفراد من منطقة لأخرى والهجرة تعتبر عامل إرهاب يسبب أمراض عقلية وجسدية، حيث أظهرت دراسة **Murphy 1999** و دراسة **Fransoise Lindar 2007** أن معدل الحالات الاستشفائية للمصابين بالأمراض النفسية هو بين الشعوب المهاجرة أعلى مما هو بين فئات الشعوب الأخرى، كما بينت دراسة أجريت على الإيرلنديين النازحين إلى الولايات المتحدة الكبرى في القرن التاسع عشر أن هؤلاء النازحين على الرغم من أن أوضاعهم المادية أفضل من مواطنيهم إلا أن الإصابة بمرض السل كانت تفوق بكثير ما هي عليه في دبلن في الفترة ذاتها.

ومن نتائج التقدم التكنولوجي تغيرات اجتماعية واقتصادية واضحة وسريعة تؤدي بدورها إلى حدوث الإجهاد لدى الأفراد، وتؤكد دراسات عن الأجيال الأولى من القرويين أو الجبليين

الذين إنخرطوا في الصناعة أن هؤلاء أصبحوا يعانون من اضطرابات جسدية أكثر من غيرهم. كما تلعب الكوارث والحروب لما تحدثه من فوضى اجتماعية وتفكك، وتخلص جميع الأبحاث إلى إبراز زيادة حالات الاضطرابات العقلية والسل والسكتة القلبية وارتفاع ضغط الدم التي ترافق هذه الأحداث (بنجمان ستورا وأنطوان هاشم ، 1997 ، ص 28).

3-5- العوامل المتعلقة بالبيئة المهنية: يرى Cooper 2001 الإجهاد المهني ناتج عن عوامل منها:

- ✓ ما يخص العمل ذاته: مثل عبء العمل، تعقيد المهام.
- ✓ ما يخص الأدوار التنظيمية: مثل صراع الدور وغموض الدور.
- ✓ ما يخص العلاقات العمل: مثل الصراع ، المهنة والترقية نظام (Estelle & Caroline, 2008, P155) ، ويرى فوزي شعبان 2008 أن من أهم العوامل المؤدية للإجهاد هما فريق العمل و مؤسسة العمل:

• **فريق العمل:** فالفرد يؤدي عمله داخل جماعة، وكما نعلم أن هذا الأخيرة يؤثر ويتأثر من خلال تفاعله معها، وتعد العلاقات الناجمة بين العامل وزملائه من العوامل المهمة المؤدية للإجهاد ومن أهم الضغوط التي يتعرض لها الفرد: الافتقار إلى تماسك الجماعة، افتقار الفرد إلى دعم الجماعة ومؤازرتها، التنزع والصراع بين أفراد الجماعة (فوزي شعبان، 2008، ص 10). كما أكد محمد حسن 2007 أنه يمكن أن يكون للمدراء أو المشرفين

دور في حدوث الإجهاد من خلال:

- ✓ القيام بأنماط سلوكية متناقضة.
- ✓ عدم توفير الدعم والمؤازرة للفرد.
- ✓ عدم إظهار الاهتمام بالفرد.
- ✓ ممارسة إشراف وتوجيه غير مناسب.

✓ التركيز على السلبيات وفي نفس الوقت إغفال الأداء الجيد للمرؤوسين وتشجيعهم عليه (محمد حسن، 2007، ص 123). ففي دراسة أجراها أونيس 1995 حول تأثير العلاقات الاجتماعية على إنتاجية العامل في المنظمات، طلب من العينة أن ترتب حاجاتهم حسب أولوياتها وأهميتها كانت النتائج كما يلي: الانتماء للجماعة، الاحترام والتقدير، إثبات الذات، الأجر المرتفع، الترقية في العمل، المشاركة في تحقيق أهداف المؤسسة، المكانة الاجتماعية والاحترام، الشعور بالأمن والاستقرار (أحمد مطيع، 2010، ص 28).

• **مؤسسة العمل** : وتنقسم إلى ضغوط تتعلق بالهيكل التنظيمي للمنظمة وأخرى تتعلق بثقافة السائدة في مكان العمل والبعض الآخر يتعلق بعمليات الاتصال وأنماط القيادة واتخاذ القرارات.

ولقد خلص **Gowan 2001** إلى أن المصدر الأساسي للضغوط يتمثل في متغيرات العمل كنقص الموارد وعدم توفر الوقت الكافي لإنجاز المهام، التعامل مع أفراد عدوانيين، عدم المشاركة في صنع القرار. وقدم **رونالد ريجيو 2013** مجموعة من النقاط تعتبر فيها مكان العمل مسببا أساسيا في الإجهاد منها كثرة العمل وشدته، كبح استخدام مهارات الفرد وقدراته وطاقته، ظروف العمل الخطيرة جدا، واجبات صعبة ومعقدة، ظروف عمل رديئة، صراعات شخصية، إصدار قرارات عمودية، غياب التعاون بين الزملاء والمشرفين، فقدان التحكم والتأثير في ظروف العمل وواجباته (رونالد ريجيو و فارس حلمي ، 2013 ، ص 29) وهذا ما أكدته دراسة **لوندروسكي 2003** التي هدفت إلى تحديد العوامل التنظيمية التي تساهم في حدوث الإجهاد لدى العاملين في مجال الصحة النفسية والخدمة الاجتماعية وتوصلت إلى أن العوامل التنظيمية المتمثلة في نوع خدمات الدعم الاجتماعي في مكان العمل وصدمة العمل، الاستقلال المهني، العزلة في مكان العمل والشعور بالعجز أو الضعف يؤدي ظهور الإجهاد (أحمد شحاتة، 2010، ص ص 29-30).

6. العوامل الوسيطة في الإجهاد: فعلى سبيل المثال إذا تعرض عدة أشخاص لنفس الموقف، من المتوقع ألا يشعر هؤلاء الأشخاص بنفس الدرجة من الضغوط وأن تختلف أعراض الضغط ونتائجه من شخص لآخر، ذلك لأن الناس يتفاوتون من حيث أنماط الشخصية والسلوك والإدراك، والدوافع والخبرة والالتزام والقدرة على التكيف، بالإضافة إلى اختلاف العمر والجنس وغيرها، وهذه العوامل تمثل عوامل وسيطة معدلة تعمل على تقوية العلاقات فيما بين الظروف الضاغطة والضغوط وأعراضها ونتائجها لبعض الناس وعلى إضعافها عند أناس آخرين (حسين حريم، 2003، ص 102). وتلعب في هذا العوامل الفردية من حيث الفروق الفردية المتمثلة في (الجنس، العمر، طريقة الإدراك، نوع الشخصية، طريقة التفكير والدوافع الخبرة) وغيرها دورا في تحديد استجابات الأفراد اتجاه المواقف المجهدة، ولأهميتها تم شرح بعضها:

◀ **مفهوم إدراك الذات**: قد يرجع الكثير مما نتعرض له من المجهدات إلى طبيعة إدراك الفرد لذاته، فالصورة الكلية التي يحملها الفرد عن نفسه تساعد على التغلب على المجهدات

التي يتعرض لها الفرد ومفهوم الذات لدى الفرد هو الذي يحدد سلوكه، لهذا قد يكون سبب الضغوط هو شعور الفرد بالعجز من أحداث التوافق مع متغيرات البيئة وما حوله، ويركز بروكس **Broukis** أن الأفراد ذوي مفهوم ذات منخفض أكثر تجاوبا مع الأحداث الخارجية وأكثر تأثرا بالعائد الراجع السلبي لسلوكهم (عمر مصطفى، 2008، ص 47).

﴿ **مركز التحكم في الأحداث**: يعرف مركز التحكم بأنه اعتقاد الفرد بأن ما يحدث له من أحداث سيئة أو جيدة محكومة بتصرفاته وإرادته (التحكم الداخلي) أو أنها محكومة بعوامل خارجة عن إرادته كالحظ والصدفة (التحكم الخارجي) ويذكر **Lazarus** أنه كلما زادت درجة إدراك الفرد لذاته وبأنه قادر على التحكم بالمواقف، قلت درجة تعرضه للضغوط النفسية والعكس صحيح، وتوصل **Lakane & Al 1984** في دراستهم حول مركز الضبط وعلاقتها بالإجهاد لدى المرضى أن هناك علاقة بين الكفاءة الذاتية المبنية على أساس الشعور بالقدرة على التحكم وبين التعامل مع المجهودات كما وجدوا أن جزءا من عدم التكيف يعود إلى شعور الفرد بعدم قدرته على التحكم في الأحداث الخارجية وأكدت دراسة **حمودة وآخرون 2008** في دراسة أجريت على المعلمين بالمرحلة الثانوية أن لمركز الضبط أهمية في ظهور الإجهاد إذ ينتج عن الضبط الداخلي شعور منخفض بالإجهاد في حين أن الضبط الخارجي ينتج عنه مستوى أعلى من الإجهاد.

﴿ **نمط الشخصية**: بالنسبة للعوامل الشخصية هناك الكثير من الأدلة التي بينت أن خصائص الموظفين تزيد من حساسيتهم للإجهاد تؤثر على عملهم وطريقة تعاملهم مع المجهودات (**Adarvich & akbar, 2012, P4**)، بدأت الدراسات بالبحث عن العلاقة بين نمط السلوك "أ" / "ب" من الشخصية و الإجهاد في 1970 حين قام أخصائي القلب **Rosenman & Fredman** باستقصاء حول ما كتب حول أمراض القلب والشريان التاجي بحثا عن أسبابها وطرق علاجها. ومن خلال الملاحظات التي جمعها العالمان كشفا عن مجموعة الأنماط السلوكية التي اتضح أنها مرتبطة بأمراض القلب، ثم زاد الاهتمام بدراسات الأنماط السلوكية لفت الانتباه إلى دور كل نمط في مقاومة المجهودات التي يصادفها الفرد في حياته.

و يعد نمط شخصية الفرد مؤشرا على مدى قابليته للتعرض للضغوط النفسية وبخاصة نمط الشخصية أ، فهذا النمط يسبب في شعور الفرد بالإجهاد، عكس النمط "ب". ففي دراسة قام بها **Dembroski & Macdougall** بينت أن الأفراد ذوي النمط "أ" من الشخصية

يظهروا استجابة أشد قوة اتجاه المثيرات الضغوطات النفسية في مواقف متعددة، تكون استجاباتهم مصحوبة بمجموعة من التغيرات الفسيولوجية الضارة بالجسم مقارنة بالأفراد ذوي نمط "ب" (أحمد شحاتة، 2010، ص31).

ومن الخصائص التي يتميز بها النمط السلوكي "أ" من الرغبة الشديدة في التنافس والإنجاز والشعور بضغط الوقت وضرورة ضبط البيئة بأن هذا النمط يعيش في حالة توتر دائم، هذا يجعله دائما في انفعال نفسي شديد وهو ما يعبر عنه بالإجهاد النفسي. هذا الانفعال النفسي الشديد يلعب دوره من خلال تهيج الجهاز العصبي الودي، مما يزيد من طرح هرموني الأدرينالين والنورأدرينالين الذي يؤدي إلى تنشيط عمل الجهاز القلبي بصورة مفاجئة، ويزيد إفراز هذه الهرمونات من شدة انقباضات القلب وتواترها وهذا يتطلب زيادة توريد الأكسجين إلى القلب وتؤدي هذه التغيرات الهرمونية إلى حدوث نوبة قلبية (خالد عسل ، 2008 ، ص ص33-34)، هذا ما أكدته دراسة **جينكيز وزملائه** والتي أجريت على 2750 رجلا غير مصابين بمرض الشريان الإكليلي وقد تمت متابعتهم بعد أربع سنوات، وتبين أن الأشخاص الذين كانت نتائجهم عالية في اختبار النمط السلوكي "أ" بلغت نسبة إصابتهم بمرض الشريان الإكليلي ضعف الأفراد الذين حصلوا على نتائج منخفضة على مقياس النمط السلوكي "أ" (أحمد عبد الخالق، 1996، ص24).

◀ **الإدراك:** تعتبر الطريقة التي ندرك بها الأحداث من أهم العناصر التي تتدخل في تفسيرها، فما يدرك على أنه موقف مثير للإجهاد لدى شخص قد لا يعني ذلك لشخص آخر. ويرى **روبنز** أن إدراك الفرد للمثيرات يؤدي دورا كبيرا في التخفيف أو الزيادة من الشعور بضغط العمل فخوف شخص ما من فقدان عمله قد يرى فيه شخص آخر فرصة للحصول على تعويضات نهاية الخدمة، فكيفية إدراك الأفراد واستعدادهم للتعامل مع المواقف تشكل أساس حدوث الإجهاد (جودة رنده و إيمان اليافي ، 2012، ص38). هذا ما أكده أيضا كل من **لازاروس وفولكمان 1984** أن إدراك الفرد الإيجابي أو السلبي لأحداث الضغوط من المحددات الهامة للصحة النفسية، فالأحداث التي يتعرض لها الفرد تزيد من ثقته ومهارته في التعامل مع الأحداث بالنسبة لشخص ما وتكون ضاغطة وذات تحد بالنسبة لآخر (عمر مصطفى، 2008، ص46).

◀ **السن:** يرى كل من **علي عسكر 1998** ، **محمد الهداوي 1994** و **رنده جودة و إيمان اليافي دون سنة** أن إرتفاع مستوى الإجهاد لدى الشباب مقارنة بكبار السن يعود إلى

نقص المعرفة وكيفية التأقلم مع متطلبات الأعمال، نقص السلطات والصلاحيات المعطاة لهم غموض الدور، قلة الخبرة، ضعف التحكم في مجريات الأعمال ونوع الجنس. حين نتحدث عن الجنس نشير إلى الاختلافات بين النساء والرجال في الشعور بالإجهاد، وقد أجريت بعض الدراسات حول ذلك و أغلبها خلصت إلى أن النساء أكثر عرضة للإجهاد من الرجال منها دراسة **هدى طاهر 1991** على 400 موظف هدفت إلى التعرف على مدى إدراك العاملين في المصارف لمستوى الضغط وعلاقته ببعض بالمتغيرات الديمغرافية (الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية وعدد سنوات الخبرة أكدت النتائج على أن أنثى أكثر شعورا بالضغط من الذكور وهذا ما توصلت إليه أيضا دراسة **الدبيش 1994** على المعلمين التي أكدت على وجود فروق بين المعلمين والمعلمات في مستوى الإجهاد لصالح المعلمات، وأشار **Conway 2000** أن الأفراد الذين يملكون ذكورة عالية يتأثرون أقل عند تعاملهم مع المواقف والأحداث المجهدة مقارنة بالأفراد الذين يمتلكون أنوثة عالية وأن الأفراد الذين يمتلكون ذكورة عالية أقل اكتئابا وقلقا في حال مواجهة مشكلات مقارنة بالأفراد الذين يمتلكون أنوثة عالية. (Yu-Chi-Wu& Keng-Yu, 2010, P83)

◀ **المساندة الاجتماعية:** ترتبط المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين بمدى تعرضه للإجهاد، وقد أشار التراث السيكولوجي أن للمساندة الاجتماعية وظيفتين؛ الأولى وقائية ضد التأثيرات السلبية والثانية علاجية حينما يقع الفرد تحت المجهودات (عمر مصطفى، 2008، ص43)، وفي نفس السياق أظهرت دراسات **تيلو وإلسون 1999** أن هناك علاقة إيجابية بين الإجهاد والمساندة الاجتماعية حيث أن الإجهاد يزداد عند فقدان أو قلة المساندة الاجتماعية وأنه في حالة إيجاد الفرد مساندة من الزملاء والأصدقاء فإن هذا المساعدة من شأنها أن تخفف الشعور بالتوتر والقلق والإحباط فهي بمثابة عملية تفريغ الفرد لشحناته السلبية مما يساهم في استبصاره بمشاكله وإيجاد حلول لها.

7. تأثيرات الإجهاد:

غالبا ما يؤدي الإجهاد الذي يشعر به الأفراد أثناء أداء مهامهم إلى نتائج وآثار سلبية على الصحة النفسية والجسدية لهم ، كما أن له آثار سلبية على المؤسسة أيضا وهذا ما يفسر اهتمام الباحثين بهذه المشكلة ومحاولتهم إيجاد حلول للتخفيف منها.

ونستطيع أن نقسم تأثيرات الإجهاد إلى تأثيرات تخص الفرد و تأثيرات تخص المؤسسة

ونوردها فيما يلي:

7. 1. تأثيرات الإجهاد على الفرد: وتتمثل في جملة من الاستجابات هي:

✓ استجابات سيكوسوماتية: في العادة تعرف ب "الأمراض النفسية الجسمية" وهي أمراض ذات منشأ نفسي تكون فيها الإصابة فعلية في العضو المصاب وتلعب العوامل المجهدة السبب الأساسي نتيجة للتنبية المفرط للجهاز المناعي، بالإضافة إلى تدخل كل من تركيز الفرد على العضو المصاب والضعف التكويني للعضو في حد ذاته. وتشمل على مجموعة واسعة من الأمراض نذكر منها:

◀ **أمراض القلب:** لاقت فكرة العلاقة بين الإجهاد وأمراض القلب اختيار لدى الباحثين في مجال الطب السلوكي حيث أصبح يتوفر هذا المجال البحثي على عدد كبير من الدراسات العلمية منها دراسة بروميت وزملائه 1992 ودراسة كوهين وزملائه 1991 إذ تشير الإحصائيات إلى أن نسبة الأشخاص الذين يموتون بأمراض القلب تصل إلى 55% من إجمالي الوفيات. ويشير مصطلح مرض الشريان التاجي إلى أن المشكلة تنتج عن سوء تزويد عضلة القلب بالدم وتصاحبها مضاعفات صحية منها الموت المفاجئ والذبحة الصدرية والأزمة القلبية. ويرى **karasak&Theorel 1965** أن الإجهاد المهني والمجهدات بميدان العمل نستطيع التنبؤ من خلالها؛ بمرض الشريان التاجي للقلب حيث يزداد بمطالب العمل وانخفاض الذاتية والتلقائية في العمل (عويد المشعان، 2000، ص ص 71-72).

◀ **القرحة المعدية:** تحدث القرحة المعدية نتيجة لزيادة إفراز الأحماض التي تعمل على تحليل الطعام و ينتج عنه تآكل في الغشاء المخاطي لجدار المعدة وللوقوف على أسباب المشكلة أجريت بعض الدراسات على الفئران حيث وضعت في صراع مزمن بين الرغبة في الحصول على الطعام وتفادي الصدمة الكهربائية. حيث تشير الدراسات الإكلينيكية التي أجريت في العديد من البلدان في العقدين الماضيين والتي قارنت بين المرضى المصابين بحالات قرحة معدية والأصحاء من حيث تعرضهم للمجهدات إلى أن ظهور القرحة المعدية مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمجهدات في حياة المريض (عثمان يخلف، 2001، ص 22).

◀ **الربو:** هو اضطراب في التنفس علامته الانقباض المؤقت في القصبة الهوائية، أي المنفذ الهوائية المتفرعة من الرغامى (القصبة الهوائية) إلى الرئتين، حيث تتسبب النوبات عادة من رد فعل الحساسى اتجاه من بعض الأشياء مثل العشب، طلع الشجر، بعض الأطعمة، والمثيرات الكيميائية...إلخ . ويعمل الإجهاد على خفض فعالية الغدة الكظرية وإفرازاتها

للهرمونات المضادة هذا يؤدي إلى إثارة نوبات التنفس التشنجي (الربو) وأكدت الدراسة التي أجرتها جامعة هنري فورد الأمريكية على 38 مريضاً بالربو تتراوح أعمارهم ما بين 14 لـ 17 عاماً، أظهرت ارتفاع بمستويات التوتر والقلق لدى المراهقين المصابين بالربو عن غيرهم . وأشار الباحثون إلى أن نتائج الدراسة مهمة جداً للأطباء في التحكم في مرض الربو عن طريق التحكم في الإجهاد والتوتر (آلاء الفقي، 2016).

◀ **أمراض جهاز المناعة:** مرض المناعة هو من الأمراض التي تحدث لجسم الإنسان نتيجة خلل في جهاز المناعة، حيث أنه يفقد قدرته في التعرف على البعض من أنسجة الجسم، فيتعامل جهاز المناعة معها على أنها جسم غريب أي بأنها ميكروب يهاجم جسم الإنسان، وبالتالي فإنه يهاجمها ويفرز أجسام مضادة ضدها ويتسبب بحدوث التهاب بأعضاء الجسم وأنسجته (دينا مصطفى، 2018) وتؤكد دراسة **بارون وكارين بير 1990** أن الإجهاد يعمل على إضعاف المناعة عند الفرد عن طريق إتلاف الغدد الصغرى (غدد صغيرة صماء قرب قاعدة العنق) ويقلل من قدرته على مقاومة الكثير من الأمراض الخطيرة .

✓ **استجابات نفسية:** يرى **ولف، 1986** إن الإجهاد يؤثر سلباً على الناحية النفسية للعاملين إذ ترتبط مستويات الإجهاد العالية بالاكتئاب، القلق والتعب المزمن. وهذا ما كشفت عليه نتائج دراسة **Part & Kyriacou** على عينة مكونة من 127 معلماً بمراحل التعليم المختلفة كشفت ان ارتفاع مستوى الإجهاد يصاحبه ارتفاع في مستوى التوتر والإجهاد الانفعالي والبدني (عويد المشعان، 2000، ص73).

وفي هذا الخصوص، تشير العديد من الدراسات حول العلاقة بين العوامل النفسية و بين الجهاز المناعي والمرض أو ما يسميه البعض علم المناعة النفسية العصبية إلى أن الضغوط النفسية والحالة الوجدانية قد تؤثر سلبياً مباشرة أو من خلال الجهاز العصبي المركزي أو الهرمونات التي من المعروف أن الجسم يطلقها عندما يكون تحت وطأة الضغوط النفسية المختلفة، على جهاز المناعة لدى الإنسان، الأمر الذي يجعله عرضة للإصابة بالأمراض التي يستطيع جهاز المناعة عندما يكون سليماً وقاية الجسم منها (يوسف عدوان و لبنى أحمان، 2012).

3. استجابات سلوكية: تضم درجة ميل مرتفعة للوقوع في حوادث العمل، كشراب الكحوليات وتعاطي المخدرات، صعوبة النوم، الشراهة في الأكل، السلوك الاندفاعي والتدخين (صادق

حسن، 2010، ص9). وأضافت **Aurélia Dejean 2009** عدم الثقة بالآخرين ولومهم النسيان، التوجه الاندفاعي في العلاقات مع الآخرين وبرودة التعامل معهم. وقسم **Dejean 2009** الاستجابات السلوكية إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

✓ السلوكيات الاستهلاكية التعويضية: زيادة التدخين، اضطرابات الأكل، الكحول، الحبوب المنومة.

✓ السلوكيات الانسحابية: مثل العزلة الاجتماعية، صعوبة التعاون أو طلب تغيير الموقف السلوكي الخطر: التهيج أو حدوث السلوك العنيف وعدوانية اتجاه الزملاء والرؤساء (Dejean, 2009, p8)، هذا ما أثبتته دراسة **كيلي وكوري 1981** أن ظروف العمل السيئة تؤدي إلى العزلة وسوء العلاقات بين العاملين وكثرة المشاكل فيما بينهم.

✓ استجابات معرفية: تتمثل في عدم القدرة على اتخاذ القرارات السليمة، ضعف التركيز، انتباه قصير لمدى، و حساسية زائدة اتجاه النقد (حسين حريم، 2004، ص 293).

✓ الاستجابة الفيزيولوجية: عندما يصل الفرد إلى مرحلة الإجهاد، يستجيب الجسم تلقائياً بإفراز هرموني أطلق عليه **بنجمان ستورا** مصطلح "هرمونات الإجهاد" وهي نورادرينالين، والأدرينالين ويرتكز عمل الإجهاد في الجهاز العصبي المركزي والمحيطي وينشط كلما تجاوزت الضغوطات قدرة الفرد على تحملها ويلعب دور المنسق الرئيسي في إعادة إنشاء التوازن من خلال إجبارهم على استجابة سلوكية جسدية تكيفية معقدة (بنجمان ستورا وأنطوان هاشم ، 1997).

7. 2. تأثيرات الإجهاد المهني على مكان العمل: عادة ما تظهر آثار الإجهاد في مكان العمل من خلال آثاره على الفرد، حيث أن المشاكل التي تحدث للفرد تنعكس بشكل سلبي على أداءه وتكيفه في العمل، وهذا يخلق عدة مشكلات منها ما تكون مباشر وغير مباشرة نوضحها في الجدول رقم (1) التالي:

الجدول رقم(1): آثار الإجهاد في مكان العمل

المصدر: فوزي شعبان، 2006، ص 19

آثار غير مباشرة	آثار مباشرة
فقدان الحيوية	المشاركة والعضوية
- روح معنوية منخفضة	- الغياب

- التأخر	- دوافع منخفضة
- توقف العمل	- عدم رضا
- أداء العمل	- تدهور في الاتصال
- جودة الإنتاجية	- انخفاض في الاتصال المتكرر
- كمية الانتاج	- انخفاض في الرسائل
- شكوى (تظلم)	- عيب في اتخاذ القرار
- حوادث	- جودة علاقات العمل
- الآت غير مجدولة (توقف، إصلاح)	- عدم الثقة
- مواد و عروض	- عدم تقدير واهتمام
- انكماش الوقاية	- حقد و عدا

كما قد تظهر أيضا مشكلات أخرى مثل :

1. الآداء: يذهب **Gerber 1999** إلى أن الإجهاد يؤثر على مستوى الآداء في الكثير من

مهام العمل وتكون العلاقة بين الضغط ومستوى الإجهاد كما يلي:

◀ عند مستوى الإجهاد منخفض يحافظ الفرد على مستوى الإجهاد الحالي، وفي هذا المستوى فإن الفرد لا يعاني من أي ضغط ومن المحتمل أن الفرد يرى عدم وجود أي سبب لتغيير مستوى الآداء وغياب الضغط في أي موقف، لا يسبب غالبا حدوث أي تغيير إذ ما انخفض الضغط إلى مستوى منخفض جدا فذلك يؤدي إلى ظهور مشكلات قلة الإجهاد.

◀ عند مستويات الضغط المتوسط، تبين أن الفرد ينشط بدرجة كافية لتحفيزه على زيادة مستوى الإجهاد.

◀ عند المستويات العالية من الضغط، تبدأ التأثيرات السلبية في الظهور (الإجهاد الشعور بعدم الرضا) وتكون النتيجة أن الآداء يبدأ في الانخفاض ، فحدة الإجهاد تستهلك انتباه و طاقة الفرد في محاولته تركيز جهوده على تخفيض مسببات الإجهاد و يتبقى بعد ذلك طاقة الفرد ضئيلة لآداء الوظيفة (محمد حسن، 2007، ص ص 181-182).

2. الرضا الوظيفي: لقد وجد كل من **Yativi & Gonez** أن هناك علاقة إيجابية بين الإجهاد

وعدم الرضا الوظيفي وتبين **Nobelt Folkes & Lissanderz** أن الشراكة في العمل بين الموظفين ومديرهم أدت إلى انخفاض إدراك العاملين بالإجهاد وإلى ارتفاع الرضا الوظيفي و انخفاض معدلات الغياب. وفي دراسة أخرى قام بها **Feber 1998** على المدرسين توصل

إلى أن أغلب المدرسين بمختلف تخصصاتهم يشعرون بعدم الرضا الوظيفي والإجهاد، وهذا يؤثر في قدرتهم على مواجهة تحديات المهنة الأمر الذي يؤدي إلى التفكير في الاستقالة (عويد الشمعان، 2000، ص 66).

3. الغياب والتأخر: بالنسبة للعلاقة بين الغياب عن العمل والإجهاد لا تزال نتائج الدراسات متناقضة إذ تشير دراسة كل من **1992 Ramathan** و **1992 Tang & Hammontre**، **1981 Traivedi** إلى وجود علاقة موجبة بين هذين الأخيرتين في حين بينت دراسة **1985 Taylor & Melamed** و **1985 Hendrix** إلى عدم وجود أية علاقة تربط بين الغياب ومستوى الإجهاد.

ويكلف الغياب عن العمل خسائر جسيمة بالأفراد والمنظمات حيث كشف تقرير لأحدى شركات التأمين صدر في الولايات المتحدة عام 1984 أن هناك مليون عامل يتغيبون عن العمل بسبب الضغوط بتكلفة تقدر بـ 150 بليون دولار ويشمل هذا الرقم تكاليف الغياب، ترك العمل، مستوى الإنتاجية، طلبات التعويض ونفقات العلاج الصحي (آدم العتيبي، 1997، ص 179).

4. حوادث العمل: من بين أسباب حوادث العمل الإجهاد حيث يعتقد الباحثون في إدارة الأفراد ان الإجهاد وحده يمثل أهم أسباب الحوادث و الأخطار الصناعية، ففي دراسة قام بها **2010 Mohamed Iraj** حول تقييم العلاقة بين الإجهاد المهني وحوادث العمل لدى العاملين بمصنع السيارات بإيران تكونت العينة من 195 موظف وتوصلت الدراسة إلى أن 88 من العمال يعانون من الإجهاد، وأن هناك علاقة موجبة بين الإجهاد والأفعال غير الآمنة لدى العمال والتي تزيد من معدل حدوث الحوادث (Iraj Mohamed & Al, 2010, P85).

8. إستراتيجيات خفض الإجهاد:

وهي الإجراءات والأساليب التي تعتمد من أجل خفض مستوى الإجهاد وتنقسم إلى قسمين استراتيجيات خاصة بالفردية واستراتيجيات خاصة بالمؤسسة ويكون التدخل عادة حسب العوامل التي أدت إلى ظهور المشكلة، سنتطرق إلى الطريقتين بالتفصيل فيما يلي:

8.1. إستراتيجيات خفض الإجهاد على مستوى المؤسسة: حين يتم الحديث عن الإجهاد المهني علينا أن نتجاوز فكرة معرفة مفهومه ومعالمه ونتعدى ذلك إلى التفكير كيف يتم التخفيف أو الحد من الإجهاد المهني؟ وكيف يمكن لأي منظمة تحسين بيئة العمل من أجل

مساعدة العمال على تخطي هذه الصعوبات؟ وما الدور الذي تلعبه المؤسسة في ذلك؟ من أجل تدخل ناجح في مكان العمل نتبع أربع مراحل متتالية وهي:

◀ **التعرف بأن هناك مشكلة الإجهاد:** بحيث تعترف المؤسسة بوجود مشكلة يجب القضاء عليها.

◀ **الكشف عن مسببات الإجهاد:** من خلال العمل على الوصول إلى الأسباب التي أدت إلى ظهور المشكلة.

◀ **وضع حلول لمشكلة الإجهاد:** وتعد هذه المرحلة من أهم المراحل لأنها تتعلق بوضع خطة فاعلة لحل المشكلة ويكون من الأفضل تحديد المجالات التي سيتم التركيز عليها في بناء الحلول.

◀ **التنفيذ والمتابعة:** في هذه المرحلة يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ البرنامج المقترح لخفض الضغوط (حوالف فاطمة، 2010، ص36).

وحسب رونالد وفارس 2013 الاستراتيجيات التي تعتمدها المؤسسة لخفض الإجهاد تتمثل في:

1. **تحسين المواءمة المهنية:** كثيرا ما يظهر الإجهاد لأن الأفراد يقومون بأعمال يكرهونها أو وظائف لا يصلحون لها، ولتفادي الضغط على العاملين برفع ملاءمة الفرد لمهنته من خلال استخدام أساليب أفضل للاختيار والانتقاء والتعيين. نقصد بملاءمة الفرد بالمهنة مدى تكيف قدراته مع المهام المطلوب منه إنجازها أثناء أداء مهامه ويساعد هذا في رفع إنتاجية المؤسسة وشعور الفرد بالرضا الوظيفي.

2. **القضاء على أسلوب الإدارة باستخدام العقاب:** من المعروف أن رد فعل الفرد للعقاب يكون قويا، خاصة إذا كان غير عادل، وهذا يجعل العامل يشعر بتوتر شديد، لذلك إذا ما أزالنا المؤسسات اللوائح العقابية والمهددة سيختفي جزء كبير من عوامل الضغط على العمال.

3. **تحسين الاتصال داخل المؤسسة:** كثير من الإجهاد ناتج عن وجود صعوبات في الاتصال بين الفرد ورئيسه وكلما كانت العلاقات متبادلة وأساليب الاتصال أفضل انخفضت معدلات الإجهاد لهذا من الأفضل إنشاء نظام اتصال داخل المؤسسة وتدعيمه بجانب العاملين الشعور بالإجهاد.

4. إزالة الظروف البيئية الخطرة في العمل: ينتج الإجهاد عادة من تعرض العاملين للأخطار كالأخطار الكيماوية، ميكانيكية، الحرارة الشديدة ولهذا فإن تنحية مثل هذه الظروف هو طريقة جيدة لخفض الإجهاد (رونالد ريجيو و فارس حلمي، 2013).

5. البرامج التدريبية للأفراد: اعتمدت الكثير من المنظمات حالياً نهج جديد للحد من مشكلة الإجهاد يعتمد على الإجراءات التنظيمية السابقة الذكر بالإضافة إلى إدماج الموظفين في البرامج التدريبية قد تكون برامج فردية أو جماعية يطبقها أخصائي النفساني العامل بالمؤسسة. وقد أنجزت بعض البحوث في هذا المجال أمثال دراسة **Barbara Escobedo** 2000 ، دراسة **Wiliam van Rhenen** 2005 ، **Liza Vavgori et Christina** 2011 و أظهرت فعالية هذه البرامج التدريبية الموجه للموظفين الذين يعانون من الإجهاد كما بينت دراسة **Rhene Wiliam** 2005 أن البرامج التي تتمركز على البعد الجسدي والتي تقوم على الاسترخاء ممارسة الرياضة لديها نفس التأثير على الإجهاد مقارنة بالبرامج التي تبنى على الأسس المعرفية من خلال تغيير إدراك الأفراد وتعزيز المهارات السلوكية من خلال تدريبهم على مجموعة من الاستراتيجيات حسب متطلبات الوضع ومن بين الاستراتيجيات لديهم. تحتاج هذه الاستراتيجيات إلى شخص مؤهل علمياً و متخصص من أجل مساعدة الأفراد الذين يعانون من الإجهاد في التدريب على مهارات معينة و اكتسابها، إذا لا يستطيع الأفراد تطبيقها بشكل عشوائي نذكر منها: إعادة البناء المعرفي ، التغذية البيولوجية ، الاسترخاء، ضبط السلوك ذاتياً ، حل المشكلات و إدارة الوقت...إلخ وما يعيب هذه البرامج أن العاملين لا يلتزمون بطريقة منتظمة بالتوجيهات المقدمة لهم فهذه الأخيرة تتطلب الكثير من التقاني والممارسة، كما أن البرامج تدوم عدة ساعات قد لا تكون كافية لاكتساب المشاركات المهارات اللازمة. وسيتم التطرق إلى البرامج العلاجية بصورة مفصلة و تطبيقية في الفصول اللاحقة لأن الهدف الرئيسي من بحثنا هو تطبيق برنامج لخفض مستوى الإجهاد لدى فئة الممرضين.

ويلخص سليمان العميان 2009 نقلاً عن أحمد ماهر 2002 أن الاستراتيجيات التنظيمية التي يمكن للمنظمة اتخاذها لتفادي الإجهاد ما يلي:

✓ التطبيق الجيد لمبادئ الإدارة والتنظيم ليكون هناك الانضباط الإداري والتنظيمي بين المستويات الإدارية السفلى.

✓ تحليل الوظائف مما يمكن من إسناد المهام المختلفة للأفراد المناسبين وبالتالي تفادي ظهور مشكلة الإجهاد.

✓ التدريب المهني، حيث يساعد الفرد على اكتساب مهارات جديدة تمكنه من ممارسة وظيفته بصورة أكثر فعالية ومستويات أقل من الإجهاد.

✓ مشاركة العامل في اتخاذ القرارات حيث يؤدي هذا إلى خفض مستويات الإجهاد لدى العاملين من خلال إزالة غموض الدور وصراع الدور مما يعزز الأمان.

✓ إعادة تقييم الهيكل التنظيمي من خلال إضافة مستوى تنظيمي جديد أو تخفيض مستوى الاعتراف أو دمج الوظائف يضاف إلى ذلك إمكانية توظيف العلاقات التنظيمية بين الإدارات والأقسام (أحمد ماهر، 2002، ص ص 320-321).

8. 2. استراتيجيات خفض الإجهاد على مستوى الفرد: يقصد بها الاستراتيجيات التي يقوم بها الفرد لكي يسيطر ويتخلص من القلق ولا بد على الفرد أن يأخذ في ذلك مجموعة من الاعتبارات:

✓ صلابة نمط الشخصية.

✓ تحقيق التوافق العقلي والذهني مع مصادر الضغوط.

✓ الفعالية الذاتية في كثافة العمل وتقليل مستوى الضغط والحد من مسبباته.

✓ الدعم الاجتماعي من الأصدقاء و الأسرة وإعطاء فرصة المشاركة في تنفيذ المهام (فاروق عبلة والسيد محمد ، 2005).

وتتمثل الطرق الفردية في:

1. التمارين الرياضية: حيث أثبتت الدراسات أن الأشخاص الذين يمارسون التمارين الرياضية مثل المشي، السباحة، كرة السلة و كمال الأجسام، يكونون أقل عرضة للتوتر من غيرهم للإجهاد.

2. التأمل: ويعتبر اليوجا أحد طرق التأمل بالإضافة إلى قراءة القرآن، استماع الموسيقى ويتم ذلك عن طريق تركيز كل الانتباه على كلمة واحدة، أو فكرة أو موضوع. أظهرت إحدى الدراسات التأثير القوي لليوجا على الإجهاد من خلال دراسة حالة 24 امرأة اعتبرن مصابات بالحزن العاطفي، و بعد إتباع برنامج اليوجا لمدة ثلاثة أشهر، كان لدى النساء مستويات أقل بكثير من الكورتيزول ومستويات منخفضة من التوتر والقلق و التعب والاكتئاب. كما

أثبتت **Liza & Christina 2011** في دراسة أجروها من أجل التوصل إلى العلاقة بين التأمل والإجهاد إلى أن للتأمل له دور إيجابي في خفض مستوى الإجهاد.

3. عمل برنامج يومي : يعتبر تنظيم الوقت من خلال إعداد برنامج يومي مفيد لعدم شعور الفرد بالإجهاد خصوصاً بالنسبة للأفراد الذين لديهم التزامات كثيرة. فهو يساعد على ترتيب أعمالهم من الأقل أهمية إلى الأكثر أهمية ، ومن المستعجل إلى غير المستعجل، وهذا يساعد الفرد على تنظيم يومه وبالتالي خفض الإجهاد الذي يمكن أن يصيبه في حال وجود فوضى في برامجه اليومي، ومن الدراسات التي اهتمت بمعرفة أثر تدريب الأفراد على نجد دراسة **Shohreh & Javad 2011** التي طبقت على 48 ممرض وأظهرت النتائج أن التدريب على إدارة الوقت كان فعالاً في الحد من الإجهاد المهني للمرضين، وقد أوصى الباحث على أهمية تدريب الممرضين على إدارة الوقت أثناء تقديم الخدمات للمرضى.

4. البحث عن مساندة اجتماعية: الانخراط في أنشطة اجتماعية وتكوين صداقات جديدة.

5. الإيمان بالقضاء و القدر: الالتجاء إلى الله تعالى في الشدائد و التقرب منه جل وعلا بالصلاة و الصوم و الصبر على القضاء.

ثانياً: البرامج العلاجية والعلاج المعرفي السلوكي:

1 . البرامج العلاجية:

للبرامج العلاجية أهمية في سيرورة العلاج حيث يتم من خلاله تقديم الخدمات للعميل بطريقة منظمة تسمح بالتركيز على المشكلة ومعرفة أي تغيير يطرأ وبالتالي الوصول إلى فعالية أكبر في عملية العلاج .

وبدأ الاهتمام بالتخطيط العلاجي في مجال الصحة النفسية في السبعينات ثم احتل مكانة أكبر بعد ظهور نظم الرعاية الموجهة في الثمانينات، إذ تشترط تلك النظم انتقال المعالج من تقييم المشكلة إلى شرحها ثم تنفيذ الخطة العلاجية، ويشترط أن تتناول المشاكل والتدخلات بصورة مفصلة مع مراعاة الحاجات والأهداف الخاصة للعميل.(نائل العاسمي، 2015، ص15).

1. تعريف البرنامج العلاجي :

نقوم في هذا العنصر بذكر مجموعة من التعاريف التي قدمها الباحثين حول مفهوم البرامج العلاجية وهي:

ويعرفه **حامد زهران** على أنه برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات فرديا أو جماعيا مباشرة أو غير مباشرة بهدف مساعدتهم على تحقيق النمو السوي وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي التربوي والاجتماعي بشكل سليم (حامد زهران، 1986، ص439)، يركز **حامد زهران** على أهمية التنظيم و التخطيط مع التركيز على نوع الخدمات وذكر أنها تكون بطريقة فردية/جماعية أو بطريقة مباشرة/غير مباشرة من أجل مساعدة الأفراد على حل مشاكلهم.

كما يرى **عبد الله ناصر وآخرون 2018** بأنها خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من الأنشطة والمواقف والخبرات المترابطة والأنشطة بهدف تنمية الأفراد الذين أعد البرنامج من أجلهم، وإكسابهم مهارات معينة تتناسب وطبيعة نموهم الجسمي، والعقلي، والانفعالي، الاجتماعي والنفسي وتشمل هذه الخطة أسلوب التنفيذ ، أدوات التقييم والمدة الزمنية اللازمة للتطبيق (عبد الله ناصر وآخرون، 2018، ص11)، ذكر **عبد الله ناصر وآخرون** عنصرين مهمين في تعريفه للبرامج: أولها أن البرامج يجب أن تتناسب خصائص الأفراد ، ثانيا أن الأنشطة المقدمة في البرنامج يجب أن تشمل على أسلوب التنفيذ وأدوات التقييم والمدة اللازمة للتطبيق.

في حين يعرفه **رياض العاسمي 2008** أنه مجموعة من الاستراتيجيات التي يقوم المعالج بإعدادها ذلك لتقديم العون والدعم للأفراد الذين يعانون من صعوبات ومشكلات تعوق توافقهم النفسي، ذلك من خلال طرح مجموعة من الأسئلة تتعلق بالحاجة إلى هذا البرنامج وهي: ماذا، لماذا؟ كيف؟ لمن نقدم الخدمة؟ وأين نقدمها ومتى نقدمها؟ (رياض العاسمي، 2008، ص3)، يرى الباحث أن البرامج تقوم على استراتيجيات تحدد مسبقا حسب الصعوبات والمشاكل التي يعاني منها الأفراد.

وتضيف **يحياوي وردة 2014** مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة، التي تسير وفق تسلسل منطقي ، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض، وتتحدد خطوات أي برنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج (يحياوي وردة، 2014، ص195)، تذكر **يحياوي وردة** أن خطوات البرامج تكون من خلال إطار نظري للمدرسة التي يختارها المعالج كما تركز على أهمية التسلسل المنطقي لهذه الخطوات.

ونعرف البرامج العلاجية على أنها مجموعة من التقنيات التي تقدم للعميل بطريقة متسلسلة ومنظمة وتختلف البرامج حسب نوع مشكلة العميل وخصائصه بهدف الوصول لفعالية أكبر في عملية العلاج.

نستخلص من التعاريف السابقة للبرامج العلاجية مجموعة من النقاط وهي :

- البرنامج العلاجي مرتبط بفترة زمنية محددة.
- ضرورة التخطيط والإعداد المسبق للبرنامج.
- أن يراعي الخصائص النمائية والفئة العمرية التي سيعدها لها البرنامج.
- التركيز على مشكلة معينة.

2. أهداف البرامج العلاجية :

سنقوم بعرض أهداف البرامج العلاجية حسب عبد الله الرشيد وآخرون 2018

وسيتم تقديم الشرح لكل عنصر من قبل الباحثة:

﴿ **تسهيل عملية تغيير السلوك المستهدف** : إن الهدف الأساسي من البرامج العلاجية هو حل مشكلة معينة وعليه فإن عملية التدخل تكون من أجل أحداث تغيير في السلوك المسبب للمشكلة، وهذا ما يسمح للفرد باكتساب سلوكيات ومهارات جديدة تجعله أكثر تكفياً. وقد أثبتت البرامج العلاجية فعاليتها في تعديل الكثير من السلوكيات مثل: دراسة سمية أبو الحسن وآخرون 2016 التي أثبتت فعالية البرنامج المقدم لخفض السلوك العدواني لدى عينة من المعاقين عقليا و القابلين للتعلم، دراسة عيادة أحمد 2015 التي توصلت فيها لفعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق، دراسة زينب يحيوي 2018 التي توصلت فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض لقلق الامتحان.

﴿ **زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة** : يواجه الفرد في حياته اليومية العديد من المشكلات والتعامل مع هذه المواقف يتطلب مجموعة من المهارات منها ما يكون فعالا يساعد على حل المشكلة والتكيف و منها ما يؤدي إلى فشل في تجاوز المشكلات، وتهتم البرامج العلاجية بإكساب الأفراد المهارات الفعالة لمواجهة المواقف المختلفة. فقد أثبتت الدراسات فعالية البرامج التي تركز على استراتيجيات المواجهة في التخلص من العديد من المشكلات التي يعاني منها الأفراد، ففي دراسة مفتود سارة 2016 حول برنامج معرفي سلوكي لخفض العدوانية على عينة قدرت ب 40 مراهقا توصلت إلى فعالية البرنامج المقترح ، كما أظهرت دراسة بن شيخ رزقية 2017 التي أجريت من أجل خفض الضغط النفسي

لدى المرأة العاملة واستعملت فيها مجموعة من استراتيجيات المواجهة مثل: وقف الأفكار، حل المشكلات، المحاضرات والمناقشات وخلصت إلى فعالية البرنامج المقترح من قبلها.

◀ النهوض بعملية اتخاذ القرارات : تركز عملية العلاج في جانب منها على تزويد الفرد بمهارة حل المشكلات التي تساعد الفرد على اتخاذ القرارات المهمة في حياته لتحسين علاقاته الشخصية وقد أكد عادل عبد الله 2016 على أن عملية حل المشكلات و اتخاذ القرار تعتبر واحدة لأن الهدف منها هو اتخاذ قرار مناسب للموقف. وقد أثبتت دراسة عربي صبرينة على فعالية برنامج لخفض الضغط اعتمدت فيه على مجموعة من التقنيات من بينها تقنية حل المشكلات (عربي صبرينة، دون سنة).

◀ تحسين العلاقات الشخصية: يؤدي نقص المهارات الاجتماعية إلى سوء علاقة الفرد بالآخرين سواء كان في إطار العمل، المدرسة أو الأسرة، وتهدف البرامج إلى إكساب الفرد المهارات الاجتماعية التي تساعد على تحسين تفاعله مع الآخرين فقد أثبتت دراسة الهاشمي ومنصور على عينة قدرت ب 52 طفل وطبق فيها برنامج في الألعاب التربوية على أطفال التربية التحضيرية على فعالية البرنامج المقترح حيث تحسنت المهارات الاجتماعية للأطفال (الهاشمي القوي ومنصور الزاهي ، 2016، ص161) كما أثبتت نيفين و تركي 2018 في دراسة حاولا فيها الكشف عن علاقة المهارات الاجتماعية بالوحدة النفسية لدى الأطفال ذوي اضطراب إسبرجر حيث تكونت عينة الدراسة من 164 طفل من الذكور وأنثى ، وتوصلت إلى وجود ارتباط عكسي دال إحصائياً بين الوحدة النفسية والمهارات الاجتماعية (نفين محمد و تركي محمد ، 2018).

◀ المساعدة على تنمية طاقات الفرد: تهدف البرامج إلى مساعدة الفرد على الوصول إلى أقصى طاقاته من خلال توفير فرص النمو والتطور لذلك فإنها تعمل على تحسين الفاعلية الشخصية للأفراد (عبد الله الرشيود وآخرون، 2018).

3. أهمية البرامج العلاجية :

تتمثل أهمية البرامج العلاجية حسب بويكر دباغ 2013 في :

- تحديد المهام المطلوبة من المشاركات في كل جلسة و طرق تنفيذها.
- تكوين صورة عن الخطوات التي سوف يتبعها مع الحالة.
- ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت محدد.

- تعمل على التعرف على مدى تحقيق الأهداف المرحلية والأهداف النهائية (بوبكر دبابي، 2013، ص15).

ويضيف رياض العاسمي 2015 على ما قدمه بوبكر دباغ 2013 مجموعة من النقاط نوردها فيما يلي :

-إن تخطيط البرامج يعد الدليل الموجه لكل من المعالج والعميل، خلال تطبيق البرنامج قد تظهر مشكلات جديدة لذلك يجب أن تكون الخطة مرنة يغير فيها المعالج حسب حاجات العميل والمستجدات.

-يعد البرنامج العلاجي أمر ضروري ومهم للعميل للتعرف على مدى التحقق من الأهداف في كل مرحلة والأهداف النهائية للخطة .

- يعد البرنامج العلاجي مفيدا لكل من العميل و المعالج وذلك لتبيين فعاليته بعد الانتهاء من تطبيقه ومعرفة الأثر الفكري، النفسي و الاجتماعي الذي أحدثه في سلوك العميل.

-يساعد البرنامج على تحليل آليات عمل التدخل بمختلف أشكالها وتقييمها باستمرار و تعديلها إذا استلزم الأمر حتى تتوافق مع الأهداف المرحلية و النهائية بصورة أفضل.

- يسهل البرنامج المعد بإتقان في توضيح المشكلات التي يعاني منها العميل وأساليب التدخل التي يقوم بتنفيذها المعالج خلال الجلسات.

ونشير إلى أن الهدف العام من البرامج العلاجية هو تحسين الصحة النفسية للأفراد خلال فترة نموهم عبر المراحل العمرية المختلفة والوصول بهم إلى التكيف وإكسابهم السلوكيات الفعالة والإيجابية التي تساعدهم في التعامل مع مشكلات الحياة.

4. أنواع البرامج العلاجية:

تنقسم البرامج العلاجية إلى عدة أنواع ويجب على المعالج اختيار النوع المناسب الذي يخدم الأفراد ويساعد على تحقيق الأهداف المطلوبة من عملية العلاج من أجل الوصول إلى تغيير السلوكيات المستهدفة تنقسم إلى:

1. حسب طريقة التقديم:

✓ **البرامج الفردية** : وهي برامج تقدم لفرد واحد وجها لوجه تستخدم في المشكلات الشخصية الخاصة جدا مثل المشكلات الزوجية والنفسية.

✓ البرامج الجماعية: وهي برامج تقدم لعدد من الأفراد في جماعة صغيرة بشرط أن تتشابه مشكلاتهم تستخدم فيها أساليب علاجية متنوعة منها السيكودراما، التمثيل ، الندوات والمناقشات... إلخ (حامد زهران، 1994، ص188).

2. حسب الأسلوب المستخدم:

✓ البرامج المباشرة: ويقوم فيه المعالج بدور نشط وإيجابي بتأثيره المباشر في شخصية وسلوك الفرد ويستخدم هذا النوع من البرامج مع الأفراد الذين لا يملكون معلومات حول موضوع المشكلة، وذوي المشكلات الواضحة وهو يقدم نصحا مباشرا، ويستخدم فيه أيضا الاختبارات والمقاييس لجمع المعلومات وتحليلها.

✓ البرامج غير المباشرة : حيث يوضع الفرد في دائرة الاهتمام وتتم علاقته في جو نفسي يساعده على تحقيق أفضل نمو، ودور المعالج هنا بمثابة مرآة لوضوح الرؤية وأن يجعل المريض في جو خال أي ضغوط أو تهدي (عبد الله الرشيود وآخرون، 2018، ص18-19).

3. حسب المدة الزمنية :

✓ البرامج المختصرة : تعد هذه البرامج قصيرة المدة الزمنية وعادة ما تقدم لمعالجة الأفراد الذين يعانون من مشكلات بسيطة تتطلب مساعدة ليصبح سلوكهم فعالا ومن ميزات هذه البرامج أنها لا تزيد عن سبع جلسات ولا تتعدى المدة الزمنية لكل جلسة 45 د.

✓ البرامج الطويلة: يتناول هذا النوع من من البرامج المشكلات النفسية الشديدة وتتطلب جهد مكثف لإعادة بناء الشخصية كما في حالات الاكتئاب الشديد ويتراوح عدد الجلسات من 20 إلى 40 جلسة والمدة الفاصلة بين جلسة وأخرى لا تزيد عن ثلاث أيام وقد يزيد زمن الجلسة عن ساعة (رياض العاسمي، 2013، ص75).

5. أسس بناء البرامج العلاجية:

إن عملية التخطيط للبرامج تعتمد على مجموعة من الأسس النفسية، الاجتماعية، الفلسفية والدينية وهي كما يلي:

1- الأسس العامة للمسلمات والمبادئ:

تتمثل الأسس العامة في المسلمات والمبادئ التي تتعلق بالسلوك البشري والعميل وعملية الإرشاد ، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- إن السلوك الإنساني ثابت نسبيا مع قابلية للتعديل.

- تقبل العميل كما هو دون شروط أو قيود.

2. **الأسس النفسية التربوية:** أثناء وضع البرامج العلاجية يجب الأخذ بعين الاعتبار الفروقات الفردية بين الأشخاص سواء من الناحية الجسدية، النفسية، الاجتماعية والعقلية بالإضافة إلى مراعاة خصائص النمو حسب كل مرحلة عمرية.

3. **الأسس الاجتماعية :** تتعلق الأسس الاجتماعية بالفرد والجماعة ومصادر المجتمع، وهي كما يلي:

- الاهتمام بالفرد كعضو في جماعة يتأثر بها ويؤثر فيها .

- تعريف الفرد بالحياة الاجتماعية المحيطة به، وكيف يتعامل معها (حامد زهران، 1994 ، ص304).

4. **الأسس الفيزيولوجية:**

تتعلق بالجهاز العصبي والحواس وأجهزة الجسم الأخرى وهي:

- مراعاة التأثير المتبادل بين الناحية الجسمية والناحية النفسية، عن طريق تأكد المرشد من قيام الجسم بجميع وظائفه ، والخلو من الأمراض الجسمية والعضوية التي تؤثر على الناحية النفسية ، باعتبار الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية (محمود فرج ، 1998 ، ص163).

ويلخص طه عبد العظيم 2014 أن البرامج العلاجية تقوم على:

- الأخذ بعين الاعتبار العمر الزمني والخصائص النمائية للمرحلة العمرية للمشاركين.

- الأخذ بعين الاعتبار مطالب لنمو للمشاركين.

- مراعاة لفروق بين الجنسين.

- مراعاة نوع وطبيعة المشكلة .

- أن يكون البرنامج واقعياً.

- أن يراعي الإطار النظري للبرنامج (طه عبد العظيم، 2014 ، ص283).

6. **خصائص البرنامج العلاجي الجيد:**

ليكون البرنامج جيداً يجب أن يأخذ المعالج بعين الاعتبار بمجموعة من الخصائص

وهي:

◀ **الشمول:** نقصد بالشمول أن يتم التعامل مع المشكلة من خلال جميع جوانبها النفسية، الاجتماعية والجسدية (عبد الله بن ناصر، 2018 ، ص17).

◀ **الوضوح:** لا بد أن يكون البرنامج واضح من حيث الصياغة وطرق التنفيذ.
 ◀ **التحديد:** تحدد الهدف العام من البرنامج تحديدا إجرائيا ليتمكن من قياس مدى نجاح التدخلات التي قدمها، كما يحدد الفترة الزمنية للبرنامج ويصوغ الأهداف العلاجية لكل جلسة بطريقة إجرائية وتحديد التدخلات المناسبة وشرح كيفية استخدامها (يحياوي وردة، 2014، ص197).

◀ **المرونة:** بحيث يكون البرنامج قابل للتعديل والتغيير على حسب ما يظهر من مستجدات أثناء التطبيق (نصيرة عنبر و رجاء بوروبي ، 2016، ص1).

◀ **التكامل:** بمعنى أن تتكامل عناصر البرنامج مع المعطيات التي تمّ جمعها، حيث ينبغي أن تنتظم وتتكامل ضمن الشخصية برمتها في وحدتها التاريخية والدينامية والحالية (عبد الله بن ناصر، 2018، ص17).

◀ **الموضوعية:** أن يكون البرنامج موضوعيا من حيث الأرضية النظرية التي يستند إليها نظرة المعالج للمشكلة من حيث:

-الأدوات المقاييس الخاصة بالفحص والتقييم.

-الفنيات الإرشادية المستخدمة.

◀ **إمكانية التعميم:** أي إمكانية تطبيق البرنامج إذا توافرت الشروط اللازمة له على أفراد يعانون من نفس المشكلة (نائل العاسمي ،2008).

7. مراحل بناء البرامج العلاجية:

يقسم البرنامج بشكل عام إلى أربع مراحل:

◀ **المرحلة الأولى (التمهيدية):** ويتم فيها التعارف، بناء العلاقات الإنسانية، الاستبصار بالمشكلة، عقد اتفاقية المشاركة في البرنامج حيث يوضح فيها المعالج أهمية الالتزام بالمواعيد وإعطاء المعلومات والعمل الجماعي كما يوضح أيضا كلا من دوره ودور المشاركات.

◀ **المرحلة الثانية (الرئيسية):** ويتم فيها تنفيذ محتوى البرنامج باستخدام مجموعة من الاستراتيجيات التي يتم تحديدها بحسب أهداف ونشاط في كل جلسة.

◀ **المرحلة الثالثة (الختامية):** ويتم في هذه المرحلة إنهاء الجلسات العلاجية وإعادة تطبيق القياس لمعرفة مدى أثر البرنامج على المشاركات.

◀ **المرحلة الرابعة (التتبعية):** ويتم فيها معرفة فعالية البرنامج و نقصد بها استمرارية أثر البرنامج بعد فترة زمنية معينة وقد حددها الباحثون بفترة شهرين أو ثلاثة اشهر على المدى القريب وستة اشهر على المدى البعيد.

و تطبق هذه المراحل من خلال :

◀ **اختيار موضوع البرنامج :** يتم اختيار موضوع معين من أجل دراسته وتكون هذه أول خطوة في بناء البرنامج.

◀ **تحديد الأهداف:** أهم خطوة في بناء البرامج حيث يتم وضع الأهداف العامة والأهداف الجزئية فهذه الأخيرة تعتبر أهداف تطبيقية وملموسة يستطيع المعالج ملاحظتها و قياسها.

◀ **تحديد الاستراتيجيات العلاجية:** من أجل تحقيق الأهداف يتم وضع الاستراتيجيات العلاجية في ضوء نظرية أو أكثر و تتكون الاستراتيجية من بعض الفنيات العلاجية والوسائل و الإجراءات اللازمة لتنفيذها. ومن المهم عند اختيار عينة من العلاج أن يحدد المعالج مبررات اختياره للاستراتيجيات المستخدمة في ضوء :

- مدى التوافق بين البرنامج والأهداف التي تحققها الاستراتيجيات المستخدمة.

- مدى ارتباط السلوك المستهدف في البرنامج بالأنشطة والعمليات العقلية المتضمنة في الاستراتيجية العلاجية (محمد أحمد، 2008 ، ص 96-97).

◀ **تحديد الوسائل والأدوات:** يرتبط بتحديد الفنية العلاجية تحديد الوسائل التعليمية التي تستخدم وتعرف الوسيلة بأنها المادة أو الجهاز التي تستخدم في الجلسة مثل : المجسمات، النماذج، التسجيلات الصوتية، نشرات، كتيب ... إلخ .

◀ **إعداد القياس القبلي و البعدي لتقويم البرنامج:** أسئلة القياس القبلي والبعدي الهدف منها وقوف المعالج على قيمة أو نتيجة تمثل أثر البرنامج المقدم من قبل المعالج وأثرها. فهي ليست أسئلة تشخيصية أي ليس قياس تشخيصي. ويعتمد ذلك على اختيار الأدوات المناسبة لتلائم طبيعة وموضوع كل برنامج والهدف المراد الوصول إليه، حيث أن ما يصلح لبرنامج قد لا يصلح لآخر.

◀ **المستفيدون من البرنامج:** على المعالج اختيار أفراد تخدم هدف وموضوع البرنامج ويأخذ في الاعتبار خصائص العينة قبل تطبيق البرنامج.

◀ **المدة اللازمة لتطبيق البرنامج:** تستمر جلسات العلاجية عادة ما بين 6-12 جلسة حيث أثبتت الدراسات أن التغيرات تبدأ تظهر على المشاركات ابتداء من الجلسة السادسة وتعتمد

الجلسات على طبيعة المشكلة وهنا ينبغي على المعالج تحديد المدة الزمنية اللازمة لتطبيقه والمدة الفاصلة بين الجلسة والأخرى وتختلف مدة البرنامج أيضا حسب الخلفية النظرية المعتمد عليها في بناء البرنامج.

أما بالنسبة لمدة الجلسة فإنها تتراوح ما بين 60 إلى 90 دقيقة ذلك لإتاحة الوقت الكافي للمعالج بإدارة الجلسة وتحقيق الأهداف وتطبيق النشاطات الخاصة بالجلسة، وبضيف **رياض العاسمي 2008** أن مدة الجلسة تعتمد على:

- الأساس النظري الذي يستند إليه البرنامج الإرشادي أو العلاجي.
- نوع المشكلة أو الاضطراب النفسي.

- شدة المشكلة وخطورتها على المستوى الشخصي والاجتماعي.

- زمن الجلسة يتغير بتغير الفئات العمرية التي يتعامل معها البرنامج.

- ارتباط زمن الجلسة الإرشادية بنوعها (تمهيدية، رئيسية، ختامية أو جلسة متابعة).

- إن زمن الجلسات الفردية يختلف عن زمن الجلسات الجماعية حيث أن هذه الأخيرة تكون مدتها أطول لتمكين المشاركين من المناقشة وإبداء الرأي (رياض العاسمي، 2008).

﴿ **تحكيم البرنامج و تقويمه:** بعد الانتهاء من إعداد البرنامج في صورته الأولية ترسل نسخة منه إلى عدة مختصين للتأكد من مصداقيته وقدرته على أحداث التغيير المطلوب ومناسبته للفئة المستفيدة منه والمقاييس المستخدمة وإجراءات تنفيذه ومناسبة الجلسات للأهداف المرجوة.

ويشترط أن يتحلى المحكمين بما يلي:

- الابتعاد عن الذاتية في الحكم على البرنامج.

- أن تكون نظرتهم شمولية في تقويم البرنامج.

- أن تكون لديهم خبرة ومستوى يؤهلهم للحكم على البرنامج.

﴿ **تحديد مكان تطبيق البرنامج:** يتم اختيار مكان تطبيق البرنامج بحسب طبيعة الموضوع والفئة المستهدفة بالبرنامج وخصائصها فقد يقدم البرنامج في مؤسسة صناعية أو مدرسة، جامعة أو مركز إعادة التأهيل إلخ

ويجب أن يتوفر في المكان:

- أن تكون الغرفة هادئة وذات إضاءة وتهوية جيدة.

- تنظيم الكراسي بطريقة تسمح للجميع رؤية بعضهم والتحدث (محمد أحمد، 2006، ص120)

﴿ تنفيذ البرنامج العلاجي: يتم فيها اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ كل ما تم التخطيط له والاتفاق عليه و لكي يتم ذلك فهناك مسؤوليات على المعالج الالتزام بها :

- إقامة العلاقات الجيدة بين المعالج والمشاركات في البرنامج وبين المشاركات فيما بينهم .
- من المهم أن يكون المعالج مستعدا للمشاركة في الجلسة وليس مجرد مراقب وممارس للسلطة.

- جعل التعلم داخل الجلسة له مغزى ومعنى.

- استخدام الفنيات العلاجية بطريقة سليمة وهادفة حيث يكون مدركا لإجراءاتها وطريقة تطبيقها.

- المرونة أثناء الجلسات بحيث يقوم بتقييم الجلسة وإدخال التعديلات إذا ما تطلب الأمر .
(محمد أحمد، 2008)

﴿ كتابة التقرير النهائي: يتم كتابته بعد تنفيذ البرنامج حيث يتضمن هذا التقرير: خطوات البحث ونتائجه، العقبات التي وجدت عند تنفيذه والمقترحات للتغلب عليها.

II. العلاج المعرفي السلوكي:

ظهر العلاج المعرفي السلوكي 1952 على يد Beck نتيجة للنقد الذي وجه للعلاج السلوكي الذي أهمل الجانب المعرفي لأفكار الفرد ومعتقداته، وعليه يرى هذا الاتجاه أن الاضطرابات النفسية تكون بسبب الأفكار والمعتقدات اللامنطقية التي تدفع الفرد لسلوكات لا تكيفية، كما يهتم أيضا بالمشكلة في الوقت الراهن وكما يعاني منها الفرد، فالمعالج لا يبحث في ذكريات الطفولة أثناء مساعدة الفرد على التخلص من مشكلته بل يركز على مبدأ؛ هذا ، هنا والآن.

1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

و قبل التطرق لتعريف مصطلح العلاج المعرفي السلوكي فإننا نتفق مع المنطلق الذي يرى أن العلاج هو نفسه الإرشاد ، وينتمي لهذا التيار مجموعة من العلماء أمثال روجرس الذي رفض التفريق التقليدي بين المصطلحين و صالح حسن الداھري 2005 الذي اعتبر أن العلاج والإرشاد هما وجهان لعملة واحدة و Nelson 2006 الذي أكد أن التمييز بين

المصطلحين تفريق اصطناعي حيث نستطيع استخدام المصطلحين بالتداول دون تمييز علمي بينهما.

وسنعمد في هذه الدراسة على منطلق أنه لا يوجد اختلاف بين المصطلحين لأن كل من الإرشاد والعلاج يستخدمان نفس الأطر النظرية والخلفيات العلمية، طريقة جمع البيانات، الاستراتيجيات المعتمدة، والمراحل المتبعة لحل المشكلة.

ومن بين التعريفات المقدمة للعلاج المعرفي السلوكي نجد:

يعرفه **Kendal** بأنه " محاولة دمج التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي التي ثبتت نجاعتها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه " (إبراهيم باجس، 2000، ص1)، يربط **Kendal** في تعريفه بين السلوك و الجوانب المعرفية هذا يوضح فكرته القائمة على أن للجوانب المعرفية لها تأثير في الطريقة التي تصرف بها الفرد في المواقف المختلفة، وأن عملية تغيير السلوك تقوم على اختيار تقنيات المدرسة المعرفية السلوكية .

كما تعرفه **زينب شقير** 2002 على أنه أحد أنواع العلاج النفسي يتم من خلال تحديد وتقييم وتتبع السلوك ويركز على تطوير وتكيف السلوك ويتم من خلاله تعديل العديد من الاضطرابات النفسية مثل: القلق ، الاكتئاب (زينب شقير، 2002، ص215)، تولى **زينب شقير** لعملية تحديد السلوك المراد تغييره والتقييم والتتبع أهمية من أجل الوصول إلى الهدف الأساسي وهو تطوير وتكيف السلوك .

ويعرف **نيللي حسين** 2014 أن العلاج المعرفي السلوكي بأنه " منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل، ومن أساليبه التدريب على مهارات المواجهة، التدريب على حل المشكلات، التدريب على التعلم الذاتي، ووقف الأفكار (نيللي حسين 2014، ص115)، يتفق هذا التعريف مع تعريف **Kendal** ويركز أيضا على أهمية عمليات التفكير في السلوك الظاهري للفرد، كما يضيف أن عملية التغيير تكون من خلال مجموعة من الأساليب .

كما عرفه **عادل عبد الله** بأنه " نمط علاجي يتسم بالفاعلية والتنظيم ، كما يتحدد بوقت معين، فهو عملية تتسم بالتعاون بين العميل و المعالج في سبيل دراسة معتقدات العميل المرتبطة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخیلاته وتفكيره وفحصها والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فعالية " (أسماء مصطفى، محمد سعد، 2009، ص159)، يتفق

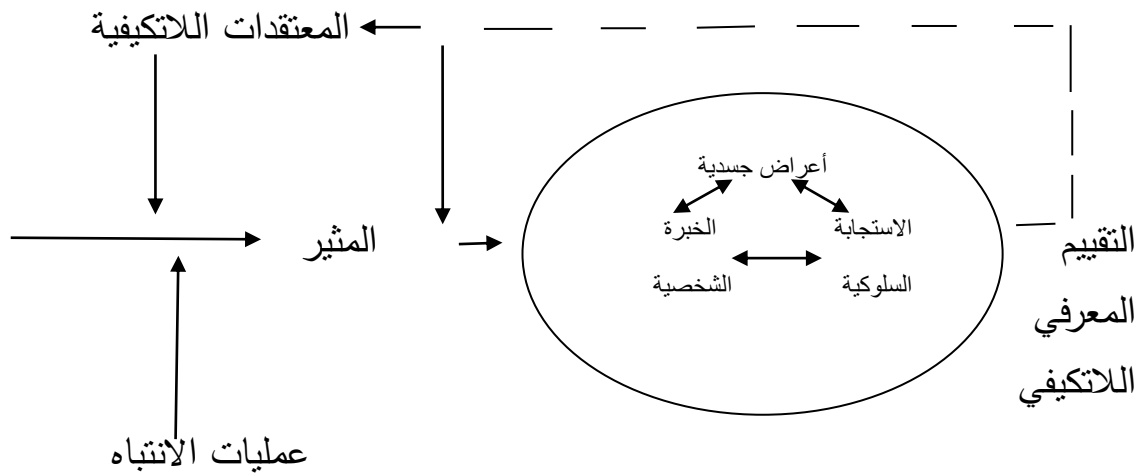
عادل عبد الله مع من سبقه من العلماء أن المعتقدات التي يحملها الفرد هي التي تؤدي به إلى التوافق أو سوء التكيف مع المواقف المختلفة ولكن ما أضافه هو أن لهذا النوع من العلاج وقت معين وضرورة التعاون بين المعالج و العميل .

تتمثل الفكرة الأساسية لهذا العلاج في أن الاستجابات الانفعالية التي يظهرها الفرد اتجاه موضوع معين أو موقف معين تتأثر بشكل كبير بطريقة إدراكنا لها، وبالتالي فإن تغيير تقييم الموضوع أو الموقف يؤدي إلى تغيير في الاستجابة. ونشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي مثله مثل باقي أنواع العلاجات النفسية إذ نستطيع استخدام العلاج الطبي الدوائي بالموازاة معه حسب ما تتطلب حالة الفرد من حيث الجرعة والمدة الزمنية أيضا.

ويعتبر الفرد في العلاج المعرفي السلوكي مشارك نشط له دور رئيسي في عملية العلاج فإن له دراية بمشكلاته النفسية لكن يجمع بين كل من المعالج والفرد علاقة تشاركية للوصول إلى حل للمشكلة ويقل دور المعالج مع كل جلسة و من المفترض أن يصبح الفرد أكثر نشاطا في العلاج بمرور الوقت.

ويشجع المعالج الفرد على تحديد الأسباب التي تجعل المشكلة لا تزال مستمرة حتى الآن من خلال تغيير أو تعديل هذه الأسباب عن طريق طرح الأفكار على أنها مجرد فروض يتم مناقشتها وتحليلها من قبل الفرد نفسه لاختبار صحتها وبذلك ينظر إلى الفرد على أنه ملاحظ و ليس كشخص يعاني من مشكلة نفسية.

وسنحاول توضيح سيرورة العلاج المعرفي السلوكي في المخطط الموالي :



المخطط رقم (5) : سيرورة العلاج المعرفي السلوكي

المصدر: هوفمان س جي و مراد علي 2012 ص38

- يورد ناصر بن إبراهيم 2000 مجموعة من المميزات للعلاج المعرفي السلوكي في كتاب العلاج الاستعرافي السلوكي قمنا باستخلاصها وتلخيصها في النقاط التالية :
- يعتمد على صياغة مشكلة المريض ويعتمد ذلك على عوامل متعددة منها : تحديد الأفكار التلقائية للمريض، محاولة التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المشكلة.
 - يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة جيدة بين المعالج والمريض يستلزم ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام والإصغاء الجيد.
 - يشدد على أهمية التعاون والمشاركة في الأنشطة وأيضاً العمل كفريق وإعداد الواجبات المنزلية.
 - يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة.
 - يركز العلاج على الحاضر حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية مع ذلك قد يتطلب الأمر الرجوع للماضي في حال رغبة المريض الشديدة في ذلك، عدم حدوث تغير في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية وعندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة ليفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير التكيفية للفرد.
 - يعتبر علاج قصير المدى حيث تتراوح الجلسات ما بين 4- 14 جلسة .
 - تتم الجلسات وفق جدول معين يحاول المعالج تنفيذه ولكن يأخذ في الحسبان أنه أن تكون مرونة في الجلسات.
 - يعلم العلاج المعرفي السلوكي الفرد كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
 - يستخدم العلاج المعرفي السلوكي تقنيات متعددة لإحداث التغيير في التفكير والسلوك والانفعالات (ناصر بن إبراهيم، 2000).

2- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف العلاج المعرفي السلوكي عموماً إلى مساعدة الأشخاص على الكشف عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والمواقف الضاغطة التي يمرون بها، وعلى هذا الأساس يقوم المعالج بمساعدة الفرد على تغيير مواقفهم اتجاه الموضوعات عن طريق تدريبهم على مهارات جديدة. وحسب صباح السقا 2009 أن العلاج السلوكي المعرفي السلوكي يهدف إلى :

- إدراك العلاقة بين المشاعر، الأفكار والسلوك وبالتالي يمكن أن التعديل في أحد أركان هذا الثلاثي يعدل الطرفان الآخران. وقد أكد **ميكنبوم** على أهمية وعي الفرد بالعبارات الذاتية التي تعمل على تحديد أفكاره، ومن بين الدراسات التي أثبتت ذلك نجد دراسة **كاظم علي 2016** على عينة من المراهقين بلغت 300 فرد ، وتوصلت الدراسة إلى فعالية أسلوب إعادة البناء المعرفي في خفض الغضب (كاظم علي، 2016).

- تعليم المتعالجين أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكات المضطربة أو المؤلمة. حيث يقوم المعالج من خلال مجموعة من التقنيات كالتخيل والتمثيل بجعل الفرد يقيم أفكاره التي ترتبط بأحداث مؤلمة والوصول إلى الكشف عن الخلل.

- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية عن طريق التبصر بسيرة تفكيرهم في المواقف لمختلفة. بعد أن طرح إليس فكرته حول الأفكار العقلانية بدأت الدراسات التي حاولت الكشف عن العلاقة بين هذه الأخيرة ومجموعة من المتغيرات ونجد منها: دراسة **شايح عبد الله وكمال يوسف 2011** التي حاولت الكشف عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والضغط النفسي متغير الجنس، طبقت الدراسة على عينة قدرت ب 300 طالب وطالبة وتوصلت إلى أن هناك فروق دالة إحصائياً بين الأفراد الذين يستعملون أفكار عقلانية وأفكار لاعقلانية في مستوى الضغط النفسي كما بينت أيضاً أن الذكور الذين يستعملون أفكار لاعقلانية أكثر عرضة للضغط النفسي من أنثى.

- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية، أين يقدم المعالج للأفراد مجموعة من الواجبات المنزلية للقيام بها والهدف هو إكساب السلوكات الجديدة حتى تصبح عادات سلوكية لدى الأفراد .

- تحسين المهارات للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات أين يقوم المعالج بتدريب الأفراد على المراحل التي يجب تتبعها من أجل الوصول إلى اتخاذ قرارات سليمة مبنية على اختيارات صحيحة.

- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.

- يحاول العلاج المعرفي السلوكي جعل الفرد واعي بطريقة تفكيره في المواقف المختلفة وإعطاء تفسيرات منطقية لما يدور حوله لتكون استجاباته حسب الموقف، حيث أنه إذا كان هذا الأخير يستدعي استجابات سلبية فإن المعالج يعمل على تدريب الفرد على مهارات جديدة تساعده على التعامل مع الموقف السلبي في حياته. (شايح عبد الله ، كمال يوسف 2011)

3. أهمية العلاج المعرفي السلوكي:

كما أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أكثر الاتجاهات فعالية في علاج مختلف الاضطرابات وأنه ذا تأثير واضح فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل درجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسه بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم استراتيجيات للمواجهة يتم تدريب العميل عليها خلال البرنامج ويتمكن بمقتضاه من مواجهة ما قد يصادفه بعد ذلك من عقبات ومشكلات، كما أنه يركز من ناحية أخرى على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي يتضمنها أي اضطراب ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج العلاجي لتشمل كل هذه المكونات معا كما أنه يركز على تغيير السلوك من جراء تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والاعتقادات الخاطئة التي تكمن خلف هذا السلوك وتعد هي المسؤولة بدرجة كبيرة على حدوث ذلك السلوك (أسماء مصطفى ومحمد سعد ، 2009).

تعتبر زينب شقير 2002 العلاج المعرفي السلوكي علاج متعدد المحاور يشمل

على:

- أساليب العلاج الذهني أو المعرفي والتي تركز على تعديل الأساليب الخاطئة من التفكير والتدرب على حل المشكلات.
- الأساليب الاجتماعية بما فيها تدريب المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية والقذوة.
- الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم عند بافلوف وسكينر بشكل خاص (زينب شقير ، 2002، ص 212).

وقد بينت العديد من الدراسات أهمية العلاج المعرفي السلوكي من خلال النتائج التي توصلت إليها دراسة كل من **Butcher ، Dobson**، ودراسة **Barlow**، كذلك تم استخدام

هذا النوع من العلاج في خفض العديد من الاضطرابات كاضطراب السلوك القهري ، الاكتئاب، العزلة الاجتماعية، التوتر (يوسف موسى، 2008، ص282).

4. نماذج العلاج المعرفي السلوكي:

على الرغم من وجود العديد من النماذج في العلاج المعرفي السلوكي والتي حاولت تحديد تعريف له وإعطاء تفسير علمي حول العلاقة بين السلوك والمعتقدات التي يتبناها الفرد إلا أننا سنذكر في هذا العنصر أهم ثلاث نماذج وهي :

1.4. نموذج Beck في العلاج المعرفي السلوكي :

يعد النموذج الأكثر شيوعاً حيث يركز على المعتقدات كسبب في اضطرابات الشخصية فإنه يستعين ببعض التقنيات السلوكية لتعلم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم و المستقبل، فالاضطرابات الشخصية على اختلاف أنواعها عادة ما ترفق بطرق تفكير خاطئة عن الذات والبيئة، لهذا يجب يعتمد تغيير مفاهيم العميل وإعادة تشكيلها ومدركاته حتى يحدث التغيير في السلوك.

كما يرى Beck أن الشخصية تتكون من أبنية معرفية تشتمل على المعلومات، المعتقدات، المفاهيم، الافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد التي يكتسبها خلال مراحل النمو يصطلح عليها بالمخططات المعرفية (محمد قاسم، 2012، ص129). وهذه الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية وتؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي قدمها للأشياء والذاكرة، ويتم إدراك الخبرات في ضوء علاقتها بالبنية المعرفية للفرد. وعليه فالأفراد ينفعلون للأحداث وفقاً لمعانيه عندهم فحين يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة، وبالتالي مشاعر تتفق معها مثل القلق، الغضب أو الحزن (أسماء مصطفى و محمد سعد، 2009).

ويؤكد أن المشاعر السالبة تكون ناتجة عن معارف محرفة وليست واقعية، فالعميل يحمل رأياً عن نفسه وعن العالم من حوله تشكل على أساس معارف ومعتقدات خاطئة ومشوهة يؤدي إلى اضطرابات نفسية متعددة. وتتمثل التحريفات المعرفية التي من شأنها أن تؤدي إلى الفشل في مواجهة المواقف الضاغطة والتوافق معها في عدة نقاط وهي كما يلي:

- التفكير بطريق الكل أو اللاشيء، أي التفكير في الحصول على كل شيء أو اللاشيء.
- التهويل والتضخيم ويعني التوصل إلى استنتاجات خاطئة دون وجود أدلة تدعمها.
- التعميم الزائد ويعني تفسير جميع الأحداث في ضوء قاعدة واحدة.

- التفكير الثنائي ويعني التفكير بشكل بعيد عن الوسطية (أبيض/ أسود).
- التجريد الانتقائي ويعني التركيز على جانب واحد من الموقف وإغفال الجوانب الأخرى فيه (جابر نصر الدين ونادية بومجان، 2013، ص222).
- وبالنسبة للعلاج عند Beck يهدف إلى التعامل مع أنماط التفكير والمعتقدات الخاطئة للتشوهات المعرفية، التعامل مع المشكلات والسعي لتخفيضها، ويرتكز على مبادئ هي: المشاركة العلاجية، توطيد المصادقية مع المريض والتقليل أو الاختزال للمشكلة أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها (خالد محمد، 2008).
- وعليه فإن العلاج يركز على مساعدة العميل على التعامل بطريقة أكثر واقعية مع خبراته السابقة وتغيير طريقة تفكيره وإدراكه للمواقف عن طريق التحقق من الواقع باستخدام مجموعة من الاستراتيجيات وهي:
 - التعرف على الأفكار التلقائية.
 - الإبعاد والتركيز؛ أي إبعاد الأفكار الأتوماتيكية والتركيز على تصحيحها وتعديلها.
 - ملء الفراغ بين المثير والاستجابة.
 - الوصول إلى دقة الاستنتاجات الواقعية.
 - التخلي عن المطالب التي تتسبب في المخاوف والقلق.
 - التحويل أي استبدال المطالب التي تتسبب بالاضطراب إلى أوجه نشاط كألعاب الرياضية و الأنشطة الفنية والاجتماعية.
- التحصين التدريجي (هشام عبد الرحمن، 2008، ص80). وقد أثبتت دراسة قامت بها صباح السقا 2006 حول مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب على عينة قدرت ب 40 مريض بالاكتئاب استخدمت فيه عدة تقنيات منها: تقنيه الحوار السقراطي، سجل الأفكار، تفحص الدليل، إيجاد البدائل وغيرها من التقنيات، وتوصلت إلى أن للبرنامج العلاجي أثر في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (صباح السقا، 2006)، كما تطرق حمزة مزياني 2013 في مقال يحمل عنوان المعتقدات الإدمانية: دراسة تحليلية لنموذج Beck في تفسير سلوك الإدمان، إلى وجود علاقة تربط المعتقدات الخاطئة التي يحملها المتعاطي وسلوك الإدمان حيث تبين من دراسة قام بها Beck & Ai أن المتعاطين لهم نوع من المعتقدات الوسطية التي ترتبط بانخفاض الشعور بالحب والقدرة، فقدان الأمل، ضعف القدرة

على تحمل الإحباط والشعور بالروتين وشكلت هذه المعتقدات المتنوعة نظام من المعتقدات غير الوظيفية ، التي دخلت في تكوين المجال الشخصي للفرد، قد ترجع في تشكلها إلى مراحل الطفولة، حيث تعمل هذه المعتقدات في تنشيط مختلف الأستاذة التوتر الإنفعالي، مثل: الاكتئاب، القلق والتشاؤم وعدم الاستقرار والضغط النفسي، بحيث تدفع هذه المعاناة النفسية الفرد للبحث عن حلول للتخلص أو تخفيف هذه الحالة عن طريق مختلف أساليب التكيف لديه(حمزة مزياني، 2013).

2.4. نموذج Ellis في العلاج المعرفي السلوكي: أشار Ellis إلى أهمية المعتقدات اللاعقلانية في ظهور السلوك المضطرب ويؤكد على أن النتائج الانفعالية تكون نتيجة للمعتقدات التي يتبناها العميل وليس نتيجة للأحداث المنشطة.

وعليه فإنه يرى الفرد يخلق إلى حد كبير العواقب أو الاضطرابات الانفعالية لذاته بنفسه وأنه يولد ولديه نزعة للقيام بذلك، فحسب Ellis أن الاضطرابات الانفعالية والنفسية تعد إلى درجة كبيرة نتاج تفكيره بطريقة غير منطقية وغير عقلانية ، وأنه يمكن أن يخلص نفسه من عدم فعاليته واضطرابه، إذا تعلم أن ينمي تفكيره العقلاني إلى أقصى درجة وأن يخفض تفكيره غير العقلاني إلى أقل درجة (هشام عبد الرحمن، 2008، ص 82).

ويقوم على مجموعة من الافتراضات وهي:

✓ **الاستعداد الفطري:** إن الإنسان لديه استعداد فطرية للتفكير المنطقي ولديه القدرة على ضبط الذات.

✓ **التأثير الثقافي :** إن الإنسان يتأثر، وبخاصة في مرحلة الكفولة المبكرة بأفراد أسرته ورفاقه ومجتمعه، وهو يتعلم التفكير اللامنطقي في مراحل الطفولة المبكرة من خلال الحرص على الفوز برضا الآخرين.

✓ **تفاعل الأفكار والمشاعر والأفعال :** إن كلا من العناصر الثلاثة هذه يؤثر بالعنصرين الآخرين وأي في تفاعل مستمر، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع العناصر الثلاث معا.

✓ **فاعلية العلاج المعرفي:** إن تغيير أنماط التفكير يترتب عليه تغيرات جوهرية في السلوك والشعور، ولهذا يعتقد Ellis أن على العلاج التركيز على تغيير الأفكار اللاعقلانية وتغيير فلسفة الإنسان في الحياة.

✓ **التفكير اللامنطقي المضطرب:** أن سبب الاضطرابات الانفعالية جميعا هو التفكير اللامنطقي.

✓ أهمية الاستبصار: إن نظرية العلاج الانفعالي العقلاني لا تعطي دورا هاما للاستبصار العلاجي، وذلك يعني عدم اهتمام النظرية بفهم المتعالج لأسباب الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه.

✓ النزعة الإنسانية: يعتقد Ellis أن الإنسان يصنع عالمه بيده وهو المسؤول عن المشكلة التي يعاني منها (عبد اللطيف دبور وعبد الحكيم الصافي، 2012، ص 127-128).

ويؤكد على وجود تفاعل بين العوامل المعرفية والانفعالية والسلوكية في نشأة الاضطرابات النفسية واختلال الوظائف الإنسانية، ويهدف العلاج لمساعدة المريض في تصحيح معتقداته اللاعقلانية التي ينشأ عنها الاضطراب الانفعالي والسلوكي واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي (سعيد عبد العظيم وآخرون، 2010).
وقد صاغ إليس الأساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة أطلق عليها ABC حيث نقصد به الحادث أو الخبرة A يقصد بها الأفكار B والمعتقدات التي تلحق بالحادث أو الخبرة ، C تعني النتيجة الانفعالية، حيث حين تتبع نتيجة مشحونة انفعاليا، C حدثا منشطا له دلالة A فإن ذلك الحدث قد يبدو أنه السبب في تلك النتيجة، ولكنه ليس كذلك في الحقيقة إنما اعتقاد الفرد B هي التي تسبب تلك النتائج الانفعالية C (أسماء مصطفى، محمد سعد ، 2009).

كما حدد Ellis إحدى عشر فكرة لاعقلانية يفترض أنها المسؤولة عن الصعوبات والاضطرابات النفسية وقسم تلك الأفكار إلى ثلاث مجموعات : الأولى تضم الأفكار التي تتعلق بالفرد، وتضم الثانية ما يتعلق بالآخرين، بينما تضم الثالثة ما يتعلق بالعالم وظروف الحياة مثل: التعميم، التجريد الانتقائي، أخطاء الحكم والاستنتاج.

ويؤكد Ellis على أن التخلص من الأفكار اللاعقلانية تعمل على تخلص الأفراد من الاضطرابات النفسية لأنه لا يمكن الفصل بين السلوك والتفكير الانفعالي لأن هناك نوع من التفاعل بينها. حيث أن الاضطراب الانفعالي من وجهة نظره ليس حالة منفصلة وإنما هو عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (الحركي) فالإنسان هو في صميمه عملية اتجاهية ومعرفية فمن الممكن نظريا ضبط الانفعال بأكثر من طريقة (أرون بيك وعادل مصطفى ، 2000، ص 288-289)، ومن الدراسات التي أثبتت أن للعلاج العقلاني الانفعالي أثر في التخلص من المشكلات النفسية نجد: دراسة قامت بها ولاء عبد الفتاح 2016 حول علاقة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالخوف من

ال فشل لدى عينة من طالبات الجامعة طبقت الدراسة على عينة 445 طالبة وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية بين الأفكار اللاعقلانية والخوف من الفشل، ووجود علاقة ارتباطية عكسية بين الخوف من الفشل والتحصيل الدراسي. كذلك أظهرت النتائج وجود فروق بين عينة الدراسة في كل من الأفكار اللاعقلانية والخوف من الفشل تعزى إلى متغير التخصص الأكاديمي. في حين لم تظهر النتائج وجود أثر لمتغير المستوى الدراسي على الخوف من الفشل لدى عينة الدراسة.

4-3- نموذج Meichenbaum في العلاج المعرفي السلوكي :

حسب Meichenbaum أن الدراسات الاجتماعية النفسية التي تناولت مواجهة الضغط النفسي لم تتعرض للتوضيحات الذاتية، إلا أنها تشير إلى أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي تتأثر إلى حد كبير بالكيفية التي يقوم بها هذا الفرد مصدر الضغط، أو تتأثر بما يشعر به من إثارة، وتتأثر بالكيفية التي يقوم بها نفسه وقدرته على الصمود والمواجهة، فالضبط الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي، والقدرة على المواجهة تؤثر في سلوك الفرد في هذا الموقف (ماجد محمد وملوح مفضي، 2012، ص6).

ومن هذا المنطلق جاء باتجاه جديد في العلاج المعرفي السلوكي الذي عرف بالتحصين التدريجي للضغوط النفسية يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للفرد ومساعدته على تعديل أنماط تفكيره السلبية واكتساب مهارات معرفية جديدة للتعامل مع المواقف.

ويعتبر هذا العلاج مزيج من العلاجات السلوكية والمعرفية إذ يولي أهمية أكبر للأحاديث الذاتية التي يقولها الفرد لنفسه حول ذاته وحول المواقف التي يتعرض لها ويؤكد Meichenbaum على أن هذه الأخيرة لها دور هام في تحديد السلوك والمشاعر التي يظهرها الفرد أثناء تعرضه لمواقف ضاغطة. ويرى أن أسلوب التعليمات الذاتية وتوجيه الذات لا يكون فعالاً دون وجود مهارات عند الفرد، وأن اللغة وحدها لا تستطيع تغيير سلوك ما لم يحدث تغيير في طريقة التفكير (محمد قاسم، 2012، ص118).

وقد صاغ Meichenbaum طريقتين حظيت بأهمية كبرى في العلاج المعرفي السلوكي وهما:

- **التدريب على التدريب الذاتي:** تتضمن التعرف على الأفكار والتعبيرات السلبية المرتبطة بالضغوط والتي تسبب الضيق ومساعدة العمل على تعديل تعبيراته الذاتية السلبية واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية.

• **التدريب على التحصين ضد الضغوط** : تشبه هذه الطريقة عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض وتستند هذه الفكرة على أن الضغوط تحدث عندما يشعر الفرد أن هناك تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات والمهارات اللازمة التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة (عبد العظيم وسلامة، 2006). وتشمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية وهي:

◀ **مرحلة تكوين المفاهيم**: هذه المرحلة تعليمية في طبيعتها وفيها يتعاون المعالج مع العملاء على إقامة علاقة تعاونية إيجابية كما يتضمن تزويد المشاركين بالمعلومات وتمثل المعلومات التعليمية أهمية كبرى في البرنامج .

كما تتضمن هذه المرحلة أيضا تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية وبلي ذلك مناقشة البرنامج وأساسه المنطقي وإقناع المشاركين بضرورة الالتزام بالبرنامج وآداء ما يطلب من واجبات ويكون الهدف من المرحلة مساعدة العميل إلى النظر إلى المشكلة بشكل منطقي وعقلاني والسيطرة على انفعالاته.

◀ **مرحلة اكتساب المهارات والتدريب**: تهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها وذلك من خلال تدريبهم على مجموعة من التقنيات مثل الاسترخاء، التخيل، حل المشكلات وفي هذه المرحلة يتم التأكيد على التقنيات المعرفية حتى يتمكن من دحض الأفكار السلبية كما يتم تدريب المشاركين أيضا على التحكم في الاستثارة الانفعالية عن طريق استخدام الفنيات السلوكية مثل التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية.

◀ **مرحلة التطبيق والمتابعة** : وهي مرحلة يتم فيها تشجيع المشاركين على تطبيق ما تعلموه من مهارات المواجهة وتنفيذها أثناء تعاملهم مع الآخرين كما تعقد جلسات دورية للتأكد من عدم عودة الفرد للمشكلة (سعيد عبد العظيم وآخرون، 2010، ص ص 121-122).

وقد استطاع Meichenbaum من خلال منهجه في تعديل التعبيرات الذاتية وأن يحدث تغييرات مقبولة في الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد وفي تخفيف الإجهاد والقلق والخوف (هشام عبد الرحمن، 2008، ص 88) وتشير **حدة يوسفى 2006** في مقال لها حول التدريب التحصيني ضد الضغوط أن هذا النوع من العلاج له فعالية في تحسين الحالة الصحية النفسية لمرضى الفصام وأيضا في خفض الضغط النفسي لأنه يقوم على أساس

التدريب على مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية والانفعالية وهذا التنوع من الاستراتيجيات والمهارات يؤدي إلى التعامل الناجح والفعال مع المواقف الضاغطة (حدة يوسف، 2006).

5. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في تعديل سلوك الأفراد على مجموعة من التقنيات التي تعمل على تغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وتساعد على استبدالها بأخرى منطقية لأجل تحقيق التوافق مع ذاته ومع الآخرين، وتنقسم التقنيات المستخدمة إلى :

- **تقنيات المعرفية:** وتعتبر تعليم نفسي، المناقشة، التعرف على الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، إعادة البنية المعرفية ، المراقبة الذاتية والتحكم الذاتي، التدريب على حل المشكلات والتعبير عن الذات بطريقة لفظية .

- **تقنيات انفعالية:** مثل النمذجة، لعب الأدوار، الحوار، المناقشة، الوعظ العاطفي.

- **تقنيات سلوكية:** الاسترخاء، القصص، الواجبات، التمثيل، الإشراف الإجرائي كالتعزيز و العقاب والتحصين التدريجي (زينب شقير 2002، ص215).

ونذكر فيما يلي بعض التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي:

1- ضبط الذات: يهدف تعليم الأفراد مواجهة المواقف المسببة للقلق والأفكار المرتبطة بها ، ومحاولة إيقافها ثم الاسترخاء وتعزيز الذات إذ أن لأفكار الفرد دور في استمرار حالة القلق والتوتر، إذ يطلب منه ملاحظة أفكاره في المواقف المتنوعة ثم تعليمه كيف يغير هذه الأفكار وإتباع أفكار جديدة، وقد اقترح **Kendel 1991** في هذا الصدد نموذجاً يشجع الفرد على سؤال نفسه على طرح أسئلة مثل : هل يمكن أن يحدث هذا ؟ هل يحدث؟ ما الدليل على ذلك؟ ويشجع نفسه ولكن قبلاً نقدم تدريبه على الاسترخاء الذي يساعد في التحكم في الأعراض النفسجسدية (خالد محمد، 2008).

يؤكد **Kanfer** على أن أسلوب الضبط الذاتي يلعب فيه العميل الدور الأساسي وهو المسؤول الأول على إحداث التغيير في سلوكه، ويشير إلى أن هذا التركيز يزيد من دافعيته للتغيير فالتدريب على ضبط الذات يسهم في نقل مركز الضبط عند الفرد من المجال الداخلي ويزيد من إدراكه لقدرته على ضبط البيئة من حوله والتأثير فيها مما يزيد من دافعيته للتحسن (عبد الفتاح الخواجة، 2010، ص59).

وترى **زينب شقير 2002** أن ذلك يتم من خلال ثلاث عمليات هي:

﴿مراقبة الذات : وهي تتطلب من الفرد إجراء ملاحظات لسلوكياته والمواقف التي تظهر فيها والأسباب التي تؤدي إليها، كذلك ملاحظة النتائج المترتبة على سلوكه وملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي.﴾

﴿تقييم الذات: ويتم من خلال مقارنة الفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير أو المحكات الداخلية أو المستوى السائد للسلوك.﴾

﴿تدعيم الذات :أي تنظيم المكافآت والعقاب التي قدمها الفرد لنفسه سواء بصورة ظاهرة أو ضمنية. هو الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى، ثم العمل على أخذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها ويتضمن مجموعة عمليات يمكن الفرد من خلالها ان يغير أو يعدل (زينب شقير، 2002، ص216).﴾

وتشير الكثير من الدراسات نجاح الأفراد في التعامل مع مشكلاتهم من خلال الضبط الذاتي مثل دراسة إبراهيم باجس 2015 حول فاعلية برنامج تدريبي في تحسين الضبط الذاتي وخفض العزلة لدى الطلبة المراهقين تألفت العينة من 60 طالبا، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ تجريبية تلقت تدريبا لتحسين الضبط الذاتي وخفض العزلة، لمدة 8 أسابيع، بمعدل جلسة كل أسبوع، بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج وتوصلت الدراسة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية تحسنت بشكل دال إحصائيا مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في تحسين الضبط الذاتي، ولم تظهر فروق بين المجموعتين في سلوك العزلة.

دراسة Rim & Fuchs 1997 تم فيها إشراك النساء اللواتي يعانين من الاكتئاب في برامج الضبط الذاتي ومجموعة تتلقى المساعدة النفسية العلاجية التي وصفت بأنها غير محددة ومجموعة أخرى لم تتلق العلاج وبعد تقييم المجموعات توصلوا إلى أن المجموعة التي تلقت التدريب على الضبط الذاتي تحسنا ملحوظا وكانوا متفوقين في نتائجهم على المجموعتين السابقتين (عبد الفتاح الخواجة، 2010، ص59).

2. لعب الأدوار: فالفرد من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل الموقف الذي يمكن أن يؤدي إلى اضطراب وسيتمكن من أن يستبق من خلال التفكير في هذه المواقف التغير في السلوك الذي سيحدث ومن ثم يستدخل المواقف الجديدة بثقة فضلا عن ذلك فإن المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليه، بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة (سعاد منصور وإناس رمضان، 2011). ويعتبر اللعب أقل رسمية من السيكودراما ولكنه ناتج عنها حيث يختار العميل موقف درامي معين وتحدد شخصيات المشاركات للقيام به

(سعيد حسن، 2007، ص318) ، ولقد اعتمدت العديد من الدراسات هذه التقنية مثل : دراسة **بن شيخ رزقية 2018** التي حاولت فيه خفض مستوى الضغط النفسي لدى المرأة العاملة وتوصلت إلى فعالية البرنامج المقدم في خفض مستوى الضغط النفسي لديهن (بن شيخ رزقية، 2018).

3- التدريب على حل المشكلات: إن هذا الأسلوب استخدم لأول مرة من قبل **Freid Gold 1984** وقد أكد هذا الأخيرة أن الهدف الرئيسي من هذا الأسلوب هو تحديد أكثر الطرق فعالية لحل المشكلة، وكذلك توفير تدريب منظم من المهارات الإدراكية والسلوكية التي تساعد العميل على التعامل اعتمادا على نفسه في التعامل مع العالم الخارجي (أسماء مصطفى، محمد سعد ، 2009، ص180). تقوم هذه التقنية على تعليم الفرد كيفية الوصول إلى حل مناسب للمشكلة عن طريق تحديدها ثم التعرف على الحلول الممكنة ودراستها ثم اقتراح الحل الفعال. وفي ذلك اقترح مجموعة من الخطوات لمهارة حل المشكلات وهي :

- ✓ شعور الفرد بالمشكلة والاعتراف بها .

- ✓ إدراك الفهم للمشكلة وتحديدها وأن يدرك أن بمقدوره التعامل معها وحلها ليس بالتسرع بل بالتخطيط المسبق المنظم .

- ✓ تحديد الفرد لعنصر المشكلة بدقة ليتم تحديد ما يمكن تحقيقه.

- ✓ وضع الفرد الحلول الممكنة لحلها وفق التفكير العلمي والمنطقي في التعامل مع الأحداث والمواقف تقويم الفرد النتائج المحتملة لتلك الحلول.

- ✓ توصل الفرد لقرار اختيار أحدها.

- ✓ يقوم الفرد بتنفيذ الخطة وتقويم النتائج (سهيلة محسن، 2005، ص356).

4. إعادة البنية المعرفية: تتمثل عملية البناء المعرفي في تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة عن طريق جعل الفرد يكتسب أطر معرفية جديدة لها علاقة بالمشكلة، بحيث يتم التعامل بها في الحياة اليومية لتحقيق التوافق. ونجد عدة أنواع وهي:

◀ **العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلانية:** يمثل هذا النموذج ما جاء به **Ellis** في نظريته حيث يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي السبب في الاضطرابات الانفعالية ، وأن ما يتحكم في سلوكنا هو طريقة التفكير التي يتبناها الفرد وعليه فإن محور العلاج يركز على تحليل أفكار المريض غير العقلانية وتفنيدها وتعليم المريض أفكار أكثر عقلانية.

العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ: ويدخل هنا النموذج الذي قدمه **Beck**

والذي يركز على أنماط التفكير المشوه الذي يتبناه المريض. وتشتمل التحريفات على استنتاجات خاطئة لا تقوم على دليل. ويرتكز العلاج عند Beck على مساعدة المريض في التغلب على النقاط العمياء والإدراكات الخاطئة، وخداعات الذات، والأحكام الخاطئة، أي تصحيح نمط تفكير المريض. ويتمثل الهدف الأساسي المتوخى من العلاج في مساعدة الشخص على التعامل بواقعية مع خبراته، وتغيير أنماط تفكيره و إدراكه للأمور. وتسمى هذه العملية بالتحقق من الواقع، واختبار الفرضيات (هشام عبد الرحمن، 2008، ص80).

«الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة على حل المشكلات ومهارات المواجهة: اقترح Dizurilla & Gold Fried التركيز على التعرف على غياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة، وعلى تعليم المرضى مهارات حل المشكلات عن طريق التعرف على المشكلة، وتوليد البدائل الخاصة بالحلول، واختبار واحد من هذه الحلول ثم اختبار كفاءة هذا الحل.

كما يشجع العميل على تقديم أكبر قدر ممكن من الحلول إمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير، عندما يتعرض لمشكلات أخرى وفي البرامج العلاجية الجماعية يقوم المعالجون كخطوة أولى في إعادة البنية المعرفية بتبويب إحدى قوائم الأفكار المشوهة أو بيان ما فيها من تشويهات معرفية، وفقا لما وضحته ويتم وصف أي تشويه معرفي أي خطأ منطقي في التفكير باختصار. ثم بعد ذلك تقوم المجموعة كلها بالتعاون في تحديد التشويه المعرفي الذي تتطوي عليه كل فكرة من الأفكار التلقائية التي تم تسجيلها كواجب منزلي.

أما الخطوة الثانية في أسلوب إعادة صياغة أو بناء الأفكار معرفيا، فهي تنفيذ أعضاء الجماعة للأفكار التلقائية وتطوير الاستجابات العقلانية أو الحجج والبراهين المنطقية ويتم إنجاز هذه المهمة العلاجية وفقا لطريقة 1984 Sahffer & Sank والمعروف بإسم " طريقة الدفع بالحجج والبيانات الصائبة " وهي عبارة عن أسئلة عامة وشاملة مثال ذلك هل لي أن أعرف كيف تأكدت أن هذه الفكرة ستحدث فعلا ؟ يمكن أن تطبق على كل الأفكار التلقائية و يقصد بهذه الأخيرة تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة، وبصورة تلقائية، وأحيانا بدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية(مفتود سارة ، 2016، ص120).

وتهدف عملية دحض الأفكار إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية

على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج ويمثل دحض الأفكار اللاعقلانية خطوة هامة في هذا الإتجاه العلاجي، وأساسا هاما في عملية إعادة البناء المعرفي، حيث يساعد المريض على فهم طبيعة اعتقاداته اللاعقلانية وأن يستبدلها باعتقادات أخرى أكثر عقلانية. كما تساعده من ناحية أخرى على أن تكون استنتاجاته عن المواقف المختلفة أكثر دقة. ولذلك يجب أن يعمل المعالج قبل أن يشرع في جعل المريض يقوم بعملية دحض تلك الأفكار على تدريب ذلك المريض وتعليمه أن يفهم العلاقة بين أفكاره وانفعالاته وسلوكياته) بلحسيني وردة، (2011).

«التخيل»: أشار Beck إلى أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف أين يطلب من المعالج من العميل أن يتخيل مشهدا أو منظرا غير سار ويلاحظ استجاباته فإذا أظهر العميل استجابات انفعالية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهدا سارا ويصف مشاعره ، كي يستطيع العميل أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره (ابتسام بنت عبد الله، 2014).

«الواجبات المنزلية»: لكي تكون المهارات والسلوكيات الجديدة التي اكتسبها الفرد في برامج تعديل سلوك ذا فعالية في حياته فمن المهم تركيز الاهتمام على الواجبات المنزلية ، فهي تتضمن تعميم ممارسته لما اكتسبه حديثا من سلوكيات ومعارف واتجاهات في أثناء تفاعله في المحيط. كما توضح هذه التقية تقييم مدى قدرة الفرد على تعميم ما تعلمه في مجالات حياته ، وتقوم فكرة الواجبات المنزلية على تكليف العميل ببعض الواجبات في ختام كل جلسة، فما يتم تعلمه من مهارات خلال الجلسات يتم التدريب عليها في مواقف الحياة (طه عبد العظيم، 2008)، وقد أشار Gelandger 1996 إلى أن إكمال بعض المهام الواجب المنزلي أحد أساليب التنفيذ السلوكي المهمة والفعالة، كما أضاف Waline 1996 أن من بين الأهداف المحددة لمهام الواجب المنزلي :

- تغيير السلوك المختل وظيفيا.
- خفض المعارف والمعتقدات اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر تكيفا (سعيد عبد العظيم وآخرون ، 2010، ص148).

« فنية العمود الثلاثي: تركز على تحديد الأخطاء في التفكير مثل: التعميم الزائد وهي عبارة عن ثلاث أعمدة يصف فيهم العميل حالته أثناء تعرضه لمثيرات تهديدية كالتالي:

✓ العمود الأول : يصف الموقف المسبب للقلق.

✓ العمود الثاني : يصف الأفكار الأوتوماتيكية.

✓ العمود الثالث : يصف أنواع الأخطاء الموجودة في الأفكار .

ويمكن إضافة عمود آخر وتستخدم هذه التقنية أثناء الجلسات أو كواجب منزلي ويقوم المعالج بتعليم العميل طريق عمل هذه التقنية وبعض الاستجابات المألوفة (سعيد عبد العظيم وآخرون ، 2010، ص208).

« النمذجة : هي طريقة يحصل فيها المعالج على معلومات من الشخص النموذج ، ويحولها إلى صور ومفاهيم معرفية ضمنية، وإلى أحاديث داخلية ليعبر عنها بسلوك خارجي وهو تقليد النموذج (محمد قاسم، 2012، ص 124).

5. التدريب على التحصين ضد القلق: وضع هذه الطريقة ميكنبوم و تتألف من ثلاث مراحل:

1. مرحلة الكشف عن القلق: وفيها يتيح المعالج للمتعالج أن يفصح عن انفعالاته في حالة القلق والخوف ، وذلك بهدف مساعدته على إدراك مشكلته بطريقة عقلانية. وتهدف الطريقة إلى مساعدة الفرد للسيطرة على انفعالاته الجسمية وتغيير هذه الكلمات السلبية التي يقولها لنفسه حول المشكلة وهناك أربع مراحل يمر بها الفرد للوصول إلى هذا الهدف وهي :

- الاستعداد لمواجهة ما يسبب الضيق لديه .

- التعامل مع الموقف الذي يسبب الضيق.

- درجة تأثر الفرد بها .

- تعزيز ذاته لإنجاح عملية التكيف مع الموقف باستعمال الكلمات الذاتية الإيجابية والتشجيعية.

2. مرحلة التدريب: وفيها يتم تعليم الفرد أساليب التكيف مع المواقف المقلقة والمشكلة من خلال تعريفه بمخاوفه والمثيرات التي تؤدي للقلق والتوتر وتدريبه على الاسترخاء لعضلي، أما طريقة التكيف المعرفي فتكون بأن يقول الفرد لنفسه أنه يستطيع أن يضع خطة للتعامل مع الموقف، وأن يسترخي وأنه قادر على السيطرة على الموقف.

3.مرحلة التطبيق: حين ينجح الفرد في التدريبات السابقة ، يقوم المعالج بتعريضه لموقف واقعي مقلق ومخيف ويثير لديه التوتر وبتيح له تطبيق التدريبات السابقة بشكل واقعي يتيح له السيطرة عليها معرفيا سلوكيا(محمد قاسم، 2012، ص125).

6.التعزيز(التدعيم): تقوم هذه التقنية على مبادئ نظرية التعزيز التي صاغها **Clark** و**Hel** ثم طورها **Miller Dollard** لاستخدامها في العلاج السلوكي وذلك انطلاقا من تحديد اللواحق والمتوقعات أو المعززات التي تحدث عقب سلوك معين وتفيد المعالج في ضبط السلوك . وعند تطبيق التعزيز نأخذ مجموعة من الأمور بعين الاعتبار وهي :

- نوع التعزيز ونمطه وطبيعته وموعده ومقدراه ومكوناته .
- الشخص المعزز والسلوك المعزز.
- جداول التعزيز (مدحت عبد المجيد، 2008، ص118).

وللإشارة أن التعزيز لا تقصد به أن يكون دائما إيجابيا إذ هناك أيضا التعزيز السلبي حيث أن التعزيز الإيجابي يكون الهدف منه هو تشجيع السلوك في حال رغبتنا في استمراره لدى الفرد، أما التعزيز السلبي فإنه يكون بالعقاب عند ظهور السلوك أو عدم تعزيره والهدف منه هو التوقف عن ممارسة السلوك غير السار. ومن ناحية أنواع المعززات فهي كما يلي :

✓ **معززات مادية:** ملموسة تكون قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية ، ويصلح هذا النوع مع الأطفال .

✓ **معززات اجتماعية:** تتمثل في تقديم الانتباه و الاهتمام من خلال سلوك موجه للطفل مثل الابتسام والإيماء ، الحب والود الذي يظهر من خلال التقبل ، الاستحسان باستخدام الألفاظ والحركات الدالة كالكلمات والتقبيل وتنفيذ رغبات الفرد.

✓ **معززات نشاطية:** تتمثل في الأنشطة المحببة للفرد (زينب شقير، 2002).

7.المساندة الاجتماعية: إن علاقتنا بالآخرين يمكن أن توفر وسائل مهمة أثناء مواجهة مواقف ضاغطة، حيث وجد العلماء أن هذه الأخيرة تجعلنا قادرين على مواجهة الضغط بشكل أفضل.

ويرى **Cob** المساندة الاجتماعية على أنها معلومات تقود الشخص إلى الاعتقاد بأنه :

- يحظى بالعناية من الآخرين ومحبتهم.
- جزء من شبكة التواصل والتزامات متبادلة .

- يحظى بتقدير الآخرين واحترامهم (ابتسام بنت عبد الله، 2014).

8.الإسترخاء: يركز الإسترخاء في العلاجات النفسية على الجسد ويعتبر نوع من العلاج الجسدي ويعتمد على فكرة شد العضلة والإرخاء بحيث يصبح الفرد قادر على التمييز بين حالتي التوتر العضلي والإسترخاء العضلي (Marie & Christian,1996, P65) تقوم على وجود علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي و بين إدراك الفرد لأية حالة وجدانية عاطفية، إذا زال التوتر العضلي فإن الفرد لم يعد يحتمل معاناة الشعور الوجداني السابق، وعند قيامه بالإسترخاء فإنه يعمل على خفض التوتر النفسي بنفس الوقت (زينب شقير، 2002، ص221). وقد أثبتت العديد من الدراسات مثل دراسة **1999 Wait** ، **1985 Benson** ، **1993 Jabaldon & al** أن الإسترخاء من أكثر التقنيات العلاجية التي تؤدي إلى نتائج جيدة في الكثير من الاضطرابات خصوصا إذا تم الاستمرار والتتابع في تطبيقها. وإذا أردنا تطبيق جلسات الإسترخاء بشكل دقيق وعملي لا بد من مراعاة بعض الشروط وهي:

- يجب أن تكون الكلمات و التعابير موحية بالإسترخاء والدفء.
- يجب تعليم الإسترخاء بإيقاع بطيء في بداية التدريب مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية تكاملية.
- علينا مراعاة الفروق الفردية في فهم تقنية الإسترخاء وسير هذه الخبرة وأهدافها وفوائدها وأيضا في الإحساسات التي قد يشعر بها الفرد عند تطبيق الإسترخاء.
- استخدام التعابير الإيجابية بدل من السلبية، مثلا : أنت مسترخ و تشعر بالثقل بدل أنت تشعر بالثقل.
- على المعالج ملاحظة علامات التوتر لدى الفرد فالسعال والتنفس غير المنتظم غالبا تكون علامات واضحة لتبديل الأسلوب.
- علينا تنبيه الفرد إلى ضرورة بقاءه واعيا يقظا خلال الإسترخاء.
- ترك الوقت الكافي للفرد ليستوعب التعليمات المعطاة له وتنفيذها (مدحت عبد الحميد، 2008، ص120).

ومن خلال ما تطلعنا عليه من دراسات وجدنا أن جميع برامج العلاج المعرفي السلوكي اعتمدت على تقنية الإسترخاء لما لها من دور كبير في خفض الضغط على المستوى الجسدي، ومن بين الدراسات نجد: دراسة **غربي صبرينة (دون سنة)** التي طبقت فيها برنامج إرشادي جمعي معرفي سلوكي في التحصين التدريجي ضد الضغوط النفسية

المهنية لدى الممرضين وتوصلت إلى أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة الضابطة (غربي صبرينة ، دون سنة) . هذا ما أكدته أيضا العديد من الدراسات مثل: دراسة **Shohler 2011**، دراسة **Charon & Al 2011** ، دراسة **أسماء ناصر ونساء ناصر و Roline Craty 2003** ، وتوصلت كل هذه الدراسات إلى فعالية البرامج التي تتضمن تقنيه الاسترخاء في خفض مستوى الضغط النفسي.

خلاصة الفصل:

جاء هذا الفصل بمختلف محاوره وعناصره من أجل الوصول إلى فهم دقيق وعلمي لمشكلة الإجهاد والعلاج المعرفي، لأن ذلك سوف يساعدنا في بناء الجانب الموالي لدراستنا وهو الجانب التطبيقي، فتطرقنا فيه إلى تعريف الإجهاد، ورأينا أنه يحدث نتيجة إدراك الفرد للخلل بين متطلبات العمل وقدراته وخصائصه، وعليه فإن العوامل المسببة للإجهاد متنوعة منها ما يتعلق بالبيئة الشخصية، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية، ومنها ما يتعلق بالبيئة المهنية، هذا وتلعب العوامل الوسيطة دورا رئيسيا في حدوث أو عدم حدوث المشكلة. ونتيجة للشعور بالإجهاد تظهر لدى الفرد عدة استجابات وهي: استجابات نفسية، معرفية، فسيولوجية، أما بالنسبة لآثاره في مكان العمل تكون على شكل غياب، ضعف الأداء، دوران العمل، حوادث العمل.

ومن أجل تحسين الصحة النفسية للأفراد وتجاوز مشكلة الإجهاد تعتمد المنظمات على نوعين من الاستراتيجيات وهي : تدخلات على مستوى المؤسسة؛ تتمثل في تحسين ظروف العمل، الاختيار الجيد للعاملين... إلخ و تدخلات على مستوى الأفراد تكون عن طريق برامج تقوم على فكرة التخطيط المسبق للعملية العلاجية التي ستقدم للمشاركين وتعتمد أغلب البرامج العلاجية في وقتنا الحالي على العلاج المعرفي السلوكي الذي من بين رواده **Beck** ، **Eliss** و **Meichenbaum** وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات في تفسيرهم للاضطرابات النفسية إلا أنهم يتفقون جميعا على أن أسباب حدوثها هي التفسيرات التي يعطيها الفرد للمواقف التي تواجهه، وبذلك فإن التغيير في السلوك حسب هذا النوع من العلاج ينطلق من تغيير مدركات الفرد.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

ثانياً: منهج الدراسة

ثالثاً: مجتمع الدراسة

رابعاً: مجالات الدراسة

خامساً: أدوات جمع البيانات

سادساً: أساليب تحليل البيانات

خلاصة الفصل

تمهيد:

نعرض في هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية بالتطرق إلى مجموعة من العناصر التي تمثل هذا الفصل وهي: الدراسة الاستطلاعية المنهج المستخدم طريقة اختيار العينة و أدوات جمع البيانات التي استخدمت من أجل الوصول إلى مدى فعالية البرنامج الذي سنقدمه.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة في البحث العلمي ويرى محمد مسلم 2002: " أنها تساعد على انضاج الفرضيات وتحديدها كما تساعد على اختيار أدوات البحث المناسبة" (محمد مسلم، 2002، ص24) وترى فاطمة محمود 2007 مرحلة التجارب الاستطلاعية من أهم المراحل قبل إجراء التجارب الأساسية لأنها تساعد على توفير الوقت والمال للباحث، كما تساعد على الوصول إلى نتائج دقيقة وعلى درجة عالية من الدقة، وتعتبر مرحلة تجريب ضبط المتغيرات والأدوات والتعرف على المجتمع الدراسي.

وتهدف الدراسة الاستطلاعية إلى:

- الوصول إلى معرفة المتغيرات الدخيلة التي تؤثر في النتائج المتحصل عليها.
- تحديد الوقت اللازم للقيام بالدراسة .
- تحديد المكان المناسب .
- اختيار الأدوات والاختبارات المناسبة لطبيعة البحث وعينته ومشكلته (فاطمة محمود، 2007، ص125).

وبالنسبة لأهداف دراستنا الاستطلاعية كانت كما يلي :

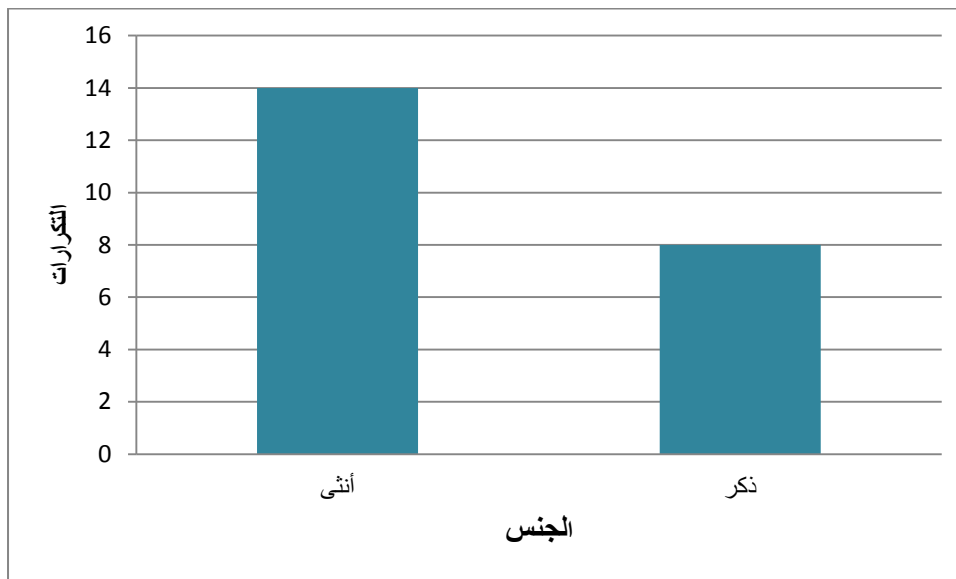
- فهم مشكلة الإجهاد.
 - التعرف على أفراد العينة ومعرفة خصائصها.
 - جمع معلومات تساعدنا على اختيار عينة الدراسة.
 - أخذ فكرة حول الأدوات المناسبة لاستخدامها في الدراسة.
- بدأنا دراستنا الاستطلاعية بشهر فيفري 2018 وبما أننا عاملين بنفس مكان العمل منذ فترة طويلة وفي احتكاك دائم مع عينة الدراسة (المرضى) فإننا على إطلاع على ما تعانيه هذه الفئة حيث كان السبب الرئيسي وراء اختيار الموضوع هو إدراكنا ما يواجهه المرضى من تعب إرهاق وجو عمل محبط يحمل طاقات سلبية للأفراد وكذلك شكاوهم

الدائمة من الإجهاد بعبارات مختلفة وطلبهم الدائم للمساعدة منا كأخصائيين نفسانيين بالمستشفى من أجل تجاوز مشكلاتهم وإيجاد الحلول المناسبة لها، ورغم ذلك أردنا تأكيد معلوماتنا من خلال إجراء مقابلات نصف موجهة مع ممرضين من أقسام مختلفة ورؤساء المصالح وتكونت العينة من 22 ممرض و ممرضة توزعت كمايلي:

◀ من حيث الجنس:

جدول رقم(2): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

أفراد العينة		الجنس
النسبة	التكرار	
63,63	14	أنثى
36.36	8	ذكر
100	22	المجموع



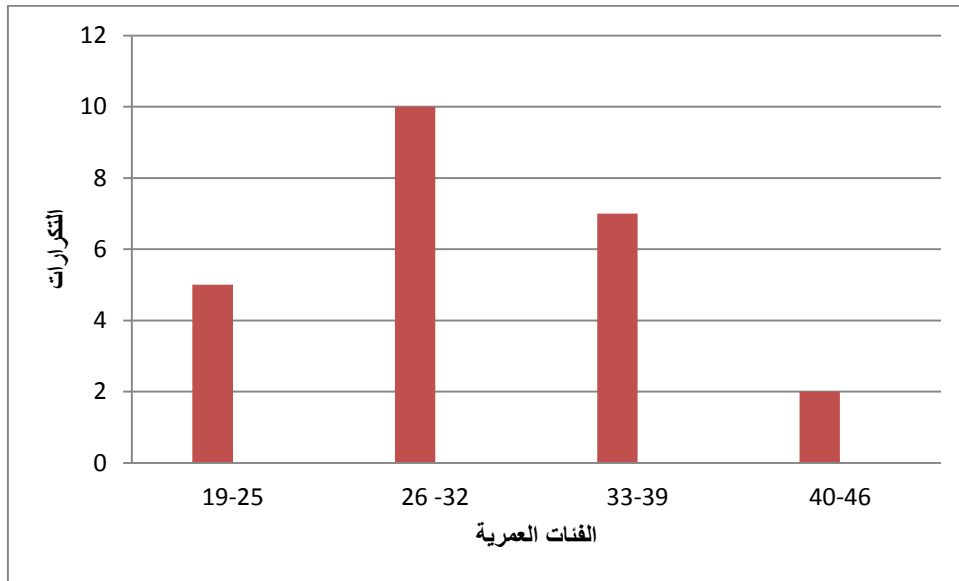
الشكل رقم (2): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

من خلال الجدول رقم (2) والشكل رقم (2) كانت عينة الدراسة الاستطلاعية اغلبيهم من الإناث بنسبة 63,63 بينما شكل الذكور نسبة 36.36، وهذا راجع إلى أن غالبية الممرضين العاملين بالقطاع الصحي من الإناث.

من حيث العمر:

جدول رقم(3): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر

أفراد العينة		الفئات العمرية
النسبة	التكرار	
22.72	5	25-19
45.54	10	32- 26
31.81	7	39-33
9.09	2	46-40
100	22	المجموع



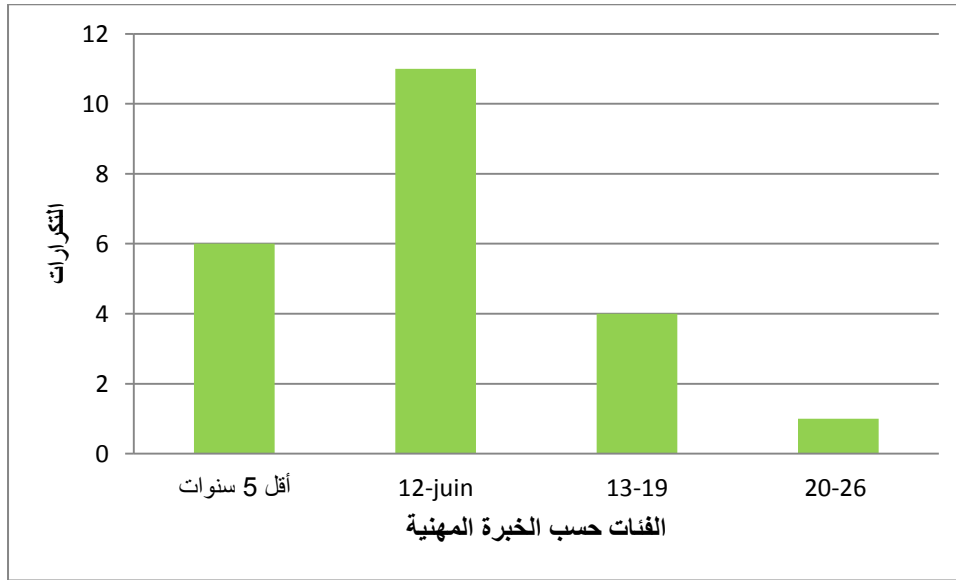
الشكل رقم (3): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر

حسب الجدول رقم (3) والشكل رقم (3) فإن الفئة العمرية الغالبة على عينة الدراسة الاستطلاعية من 26 إلى 32 سنة بمعدل 10 أفراد أي ما يقارب 45.54%، يليها فئة 33-39 سنة تمثلت في 7 أفراد بنسبة 31.81%، و فئة 25-19 سنة بنسبة 22.72 مثلها 5 افراد واخيرا من 46-40 بنسبة 9.09. وما يتوضح من خلال هذا انخفاض عدد الممرضين الكبار في العمر ذلك ان اغلبهم يقدمون على تقاعد نسبي عندما تتوفر فيهم الشروط.

من حيث الخبرة المهنية:

جدول رقم (4): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الخبرة المهنية

أفراد العينة		الخبرة المهنية
النسبة	التكرار	
27.27	6	أقل 5 سنوات
50.00	11	6-12
18.18	4	13-19
4.54	1	20-26
100	22	المجموع



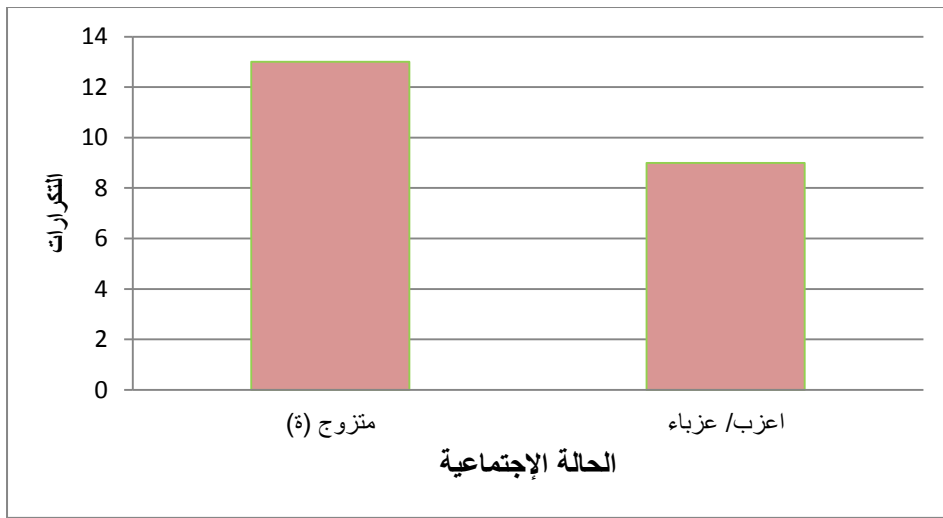
الشكل رقم (4): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الخبرة المهنية

حسب الجدول رقم (4) والشكل رقم (4) فإننا أغلبية الممرضات كانت خبرتهن ما بين 6 إلى 12 سنة، حيث مثلت نسبتهن 50.00، يليها الممرضين اقل من 5 سنوات بنسبة 27.27، ثم فئة 13 إلى 19 سنة مثلتها نسبة 18.18 في حين شكل فرد واحد فقد فئة من 20 إلى 25.

من حيث الحالة الاجتماعية :

جدول رقم(5): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية

أفراد العينة		الحالة الاجتماعية
النسبة	التكرار	
59.90	13	متزوج (ة)
40.90	9	اعزب/ عذباء
100	22	المجموع



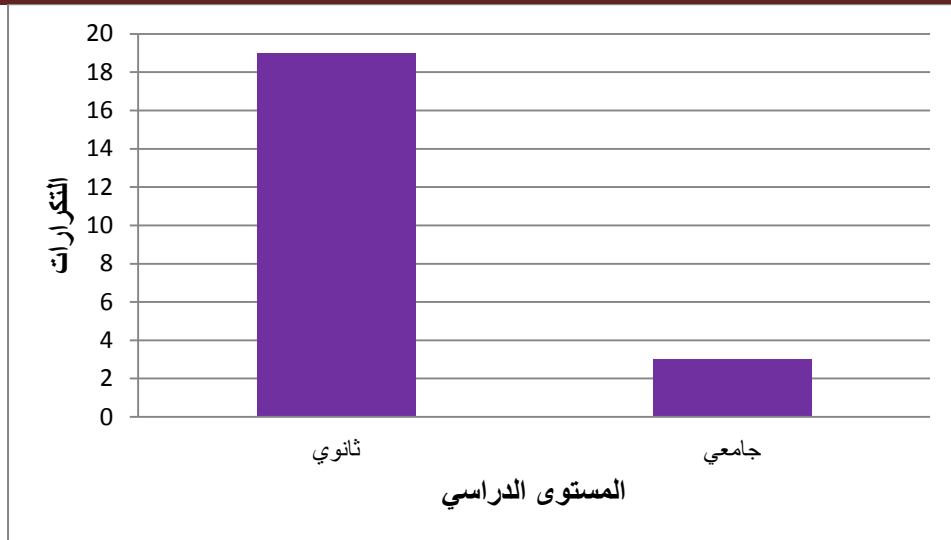
الشكل رقم (5): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية

حسب الجدول رقم (5) والشكل رقم (5) أن العينة التي بلغت 22 فردا كان من بينهم 13متزوج بلغت نسبتهم 59.90، وبالنسبة للعازبين بلغت نسبتهم 40.90 أي 9 أفراد.

من حيث المستوى الدراسي :

جدول رقم(6): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي

أفراد العينة		المستوى الدراسي
النسبة	التكرار	
86.36	19	ثانوي
13.63	3	جامعي
100	22	المجموع

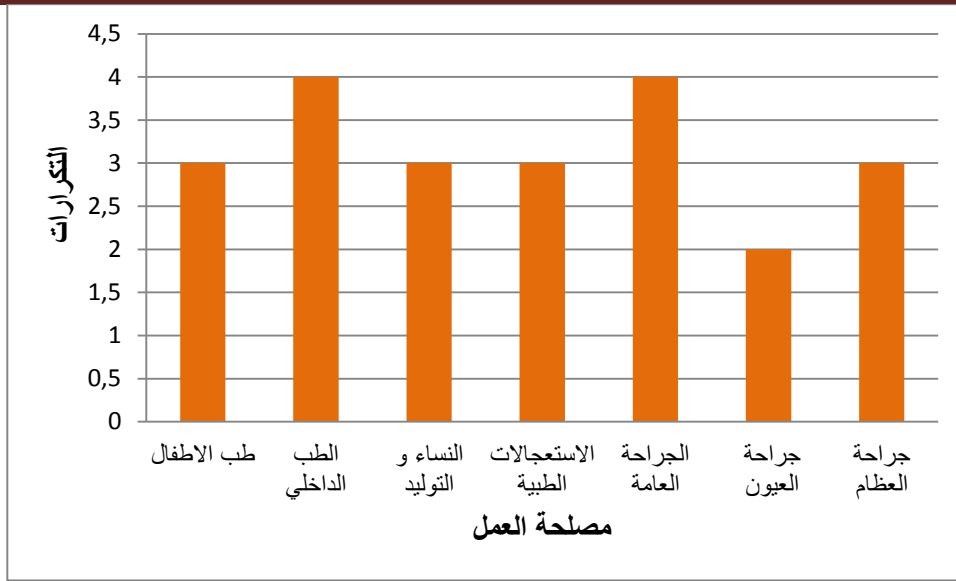


الشكل رقم (6): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى الدراسي من خلال الجدول رقم (6) و الشكل رقم (6) يتضح أن أغلب عينة الدراسة الاستطلاعية كانت ذات مستوى ثانوي حيث بلغ عددهم 19 فرد بنسبة 86.36، أما باقي العينة التي بلغت 3 أفراد بالإضافة إلى مزاوله عملهن كمرضات يزاولن دراستهن في الجامعة بلغت نسبتهن 13.63.

من حيث مصلحة العمل:

جدول رقم(7): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مصلحة العمل

أفراد العينة		مصلحة العمل
النسبة	التكرار	
13.33	3	طب الاطفال
18.18	4	الطب الداخلي
13.33	3	النساء و التوليد
13.33	3	الاستعجالات الطبية
18.18	4	الجراحة العامة
9.09	2	جراحة العيون
13.33	3	جراحة العظام
100	22	المجموع



الشكل رقم (7): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير مصلحة العمل

يتضح من خلال الجدول رقم (7) و الشكل رقم (7) أن عينة الدراسة الاستطلاعية توزعت بنسب متقاربة ذلك محاولة منا لإدراج جميع المصالح وجمع معلومات من أفراد مختلفين وجاءت النسب كما يلي : مصلحة الجراحة العامة و الطب الداخلي بنسبة 18.18 وهي اعلى نسبة ، مصلحة طب الأطفال ، النساء و التوليد ، الإستجالات الطبية و الجراحة العامة بلغت نسبتهم 13.33، وأخيرا مصلحة جراحة العيون و الأنف /الحنجرة بنسبة 9.09.

1- نتائج مقابلة الدراسة الاستطلاعية:

من خلال تحليل الإجابات على أسئلة المقابلة التي أجريت من اجل جمع معلومات حول مجتمع الدراسة حسب وجهة نظر الممرضين العاملين بالمستشفى خرجنا بمجموعة من النتائج التي ساعدتنا فيما بعد لإنجاز هذه الدراسة وهي على النحو التالي:

جدول رقم (8): استجابات افراد العينة الاستطلاعية حول أسئلة المقابلة

النسبة	التكرار	البدائل	
100	22	نعم	هل تحس بالتعب المستمر من العمل
0.00	0	لا	
9.09	2	جيدة	كيف تقيم حالتك النفسية أثناء القيام بمهامك
68.18	15	سيئة	
22.72	5	عادية	
81.81	18	نعم	هل تعاني من مشكلات صحية
18.18	4	لا	

31.81	7	جيدة	كيف تقيم علاقتك مع الزملاء
18.18	4	سيئة	
50.00	11	عادية	
22.72	5	جيدة	كيف تقيم علاقتك بالمرضى
13.63	3	سيئة	
63.63	14	عادية	
27.27	6	جيدة	كيف تقيم علاقتك بالرؤساء
18.18	4	سيئة	
54.54	12	عادية	
13.63	3	جيدة	هل علاقتك بالمرافقين للمرضى
72.72	16	سيئة	
13.63	3	عادية	
0.00	0	نعم	هل تعمل الادارة الوصية على حل انشغالاتكم
100	22	لا	
0.00	0	نعم	هل تقوم المؤسسة بتسهيل الأمور الإدارية
100	22	لا	
100	22	نعم	هل ترى ان التمريض مهنة شاقة
0.00	0	لا	
77.27	17	نعم	هل هناك تعاون و احترام في العمل
22.72	5	لا	
100	22	نعم	هل تقوم بعودة أعمال في وقت واحد
0.00	0	لا	
27.27	6	نعم	هل أنت راض عن العمل كمرض
77.27	17	لا	
40.90	9	الأهل	ممن تجد الدعم في حال تعرضك لصعوبات ومشاكل في العمل
36.36	8	الأصدقاء	
22.72	5	زملاء العمل	
100	22	نعم	هل ترى ان اختلاف في العمل داخل المصالح الطبية
0.00	0	لا	

بعد تفريغ المقابلة وتحليل استجابات الممرضين وجدنا أن :

- الممرضين يعانون من الإجهاد الذي يظهر من خلال التعب المستمر من العمل وعدم القدرة على مواصلة مهامهم، هذا ما صرح به جميع الممرضين الذين أكدوا عليه من خلال عبارات مختلفة : "تستنى غير واكتاه يفتحوا تقاعد نسبي"، "غلبت من الخدمة " " ماش قادرة نخدم " ،"تعبت حابة نقعد في الدار"، "سيبطار فيه الضغط " ، " كرهت من خدمة الليل " " ليقارد فيهم التعب".

- أغلبية الممرضين صرحوا بمعاناتهم من مشكلات صحية وبلغت نسبتهم 81.81% مثل : السكري ، الضغط ، الروماتيزم ، الصداع النصفي ولكن مالف انتباهي شكوى اغلبية الممرضين من مشكل الانزلاق الغضروفي و الدوالي وقد ارجعوا ذلك الى طبيعة العمل.

- بالنسبة للعلاقات داخل مكان العمل فقد كانت إجابات الممرضين أن العلاقات عادية بين كل من الزملاء، المرضى و الرؤساء بلغت نسبهم على التوالي ب 50.00%، 63.63% و 54.54% ، أما بالنسبة للمرافقين كانت إجابة اغلبية الممرضين أن العلاقات سيئة معهم بنسبة 72.72%.

- نسبة 100% من الممرضين أقرت بعدم توفير تسهيلات إدارية من قبل المستشفى و أيضا عدم حل المشكلات والصعوبات التي تواجههم خصوصا ببعض المصالح

- غالبية الممرضين يصرحون بعدم تلقيهم الاحترام سواء من قبل الأطباء العاملين معهم او المرافقين اذا صرح الجميع انهم " في وجه المدفع ولي يجي يجي لنا ".

- كل الممرضين صرحوا بقيامهم بعدة أعمال في آن واحد فكثرة المرضى والمهام تجعلهم يحاولون تلبية حاجات جميع المرضى، مما يؤدي الى العمل تحت الضغط وعدم القدرة على التركيز أحيانا خصوصا في نهاية الدوام.

- أن 77.27% غير راضين عن عملهم ويرغبون بتغييره وفعلا من بين الممرضين من أعاد اجتياز امتحان البكالوريا ويدرسون تخصصات أخرى بالجامعة وأن هناك تغيير في نظرتهم للعمل في البداية و الان عبرو عنها بقولهم " تجي تخدم بالنية وحاب تخدم خلاص مع الوقت تكره وتسماط" وقد تكررت هذه العبارة من جميع الممرضين و عدة مرات مما زاد انتباهي لحجم معاناتهم.

- غياب الدعم الاجتماعي من قبل زملاء العمل في حين جاء الأهل في المرتبة الأولى بنسبة 40.90% يليه الأصدقاء بنسبة 36.36%. ويرجع هذا إلى ضعف العلاقات

والروابط بين الممرضين نتيجة لمشاكل تتعلق بتوزيع المهام والمناوبات حيث لا توجد قاعدة واضحة لذلك وان هذا يتم حسب رغبة رئيس المصلحة مما يحدث إجحاف في حقهم غالبا حسب ما صرحوا به.

- أقرت نسبة 100% من الممرضين على أن هناك مصالح العمل فيها يشكل ضغطا أكثر من صالح أخرى ، وان العمل في المصالح الأقل ضغطا يشكل حلما لهم . وكان هناك اختلاف في الإجابات حيث صرح العاملين ب مصلحة طب الأطفال ، الطب العام ، الإستجالات الطبية أنهم يشعرون بضغط كبير نتيجة لكثرة المرضى ،نقص التنظيم ونقص عدد الممرضين وأما بمصلحة طب العيون و جراحة الأنف و الحنجرة مثلا وجدنا انهم مرتاحون في عملهم فحسب تصريحهم أن المصلحة صغيرة ليس فيها أعمال كثيرة وفيها الهدوء مقارنة بالمصالح الأخرى.

وقد ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية على :

- ✓ التعرف على مجتمع الدراسة والحصول على التصاريح اللازمة للعمل مع الممرضين وقد تسنى لنا ذلك نظرا للاتصالات غير الرسمية بصفتنا عاملين بنفس المكان.
- ✓ تحديد المصالح التي سيتم فيها إجراء الدراسة حيث اعتمدنا في اختيارنا على المصالح التي تكتظ بالمرضى فيها ضغط عمل وأيضا مكتب للمعاينة المستعجلة وبيئة عمل فوضوية وكثرة المهام مقارنة بعدد الممرضين بالمصالح ، وقد حددت المصالح التالية :
- مصلحة الطب العام .
- مصلحة الاستجالات.
- مصلحة تصفية الكلى (أخذنا في الاعتبار أن المرضى بهذا القسم صعب التعامل معهم ودائما تحدث مشاكل بين المرضى والممرضين).
- مصلحة طب الأطفال.
- مصلحة أمراض النساء والتوليد.

ولكن بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية وجدنا أن هناك بعض الصعوبات تقف عائقا إذا ما طبقنا البرنامج على جميع المصالح السابقة الذكر تتمثل هذه الصعوبات في :

- ✓ أن أغلب الممرضين يعانون من الإجهاد ولكن هناك من يرفض المشاركة في البرنامج
- ✓ وجود مشكلة المناوبة الليلية تؤدي إلى عدم قدرة بعض الأفراد على المشاركة.

✓ أن لكل مصلحة نظام معين منهم من يعمل بنظام مناوبة 1/1 ومنهم من يعمل بنظام 2/2 ومنهم من يعمل بنظام 3/3 لذلك من الصعب جمع نفس الأفراد كل مرة في الموعد المحدد لتطبيق البرنامج.

✓ أن الممرضين لا يستطيعون التخلي عن مكان عملهم بسبب المهام المفاجئة التي توكل إليهم وواجباتهم الدائمة نحو المرضى خصوصا بمصلحة الاستعجالات.

✓ أن نقص عدد الممرضين في بعض المصالح مقارنة بما تتطلب دراستنا في حال ما اعتمدنا على مصلحة طبية واحدة.

وبعد أخذ كل هاته الصعوبات بعين الاعتبار وبعد أخذنا فكرة أكثر عن مجتمع الدراسة فيما يتعلق ببحثنا وجدنا أن الأنسب تطبيق البرنامج في مصلحة طب الأطفال والتي تعتبر لها خصوصيتها داخل المستشفى (وجودها في الطابق الأرضي مما يؤدي إلى نقص التهوية ، نقص ضوء الشمس أثناء النهار مما يضطرهم إلى استعمال الإنارة أحيانا، أغلب الأطفال المرضى لديهم مشكلة التهاب القصبات الهوائية وأمراض معدية مما يؤدي إلى انتشار الميكروبات والفيروسات خصوصا أن أغلب الأمهات يرفضن فتح النوافذ لتهوية الغرف والمصلحة خوفا على أبنائهن ومع نقص التهوية فإن الممرضات يتعرضن لمشاكل صحية مختلفة حيث وجدنا أن أغلب الممرضات يشكين من مشكلة الحساسية منذ بدء العمل بالمصلحة وأهم مشكلة تعاني منها الممرضات بهذه المصلحة البكاء المستمر للأطفال، و الحالات المستعجلة التي تأتي غالبا مصاحبة بالأهل الذين يقومون بإعاقة عمل الممرضين وحتى الأطباء و حدوث مناوشات أثناء تقديم الإسعافات اللازمة).

✓ كما وجدنا ترحيبا من الممرضات بهذه المصلحة بالمشاركة في البرنامج وإدراكهن لما يعانين منه، حتى أن البعض ممن لم نجد لديهم مستوى إجهاد مرتفع أردن المشاركة فعرضنا عليهن التواصل معنا فيما بعد لإجراء حصص تكفل في القسم الذي نعمل فيه.

✓ رفض الممرضات الحضور إلى المستشفى خارج ساعات العمل، وبعد المناقشة تم التوصل إلى اتفاق على بدء البرنامج وقت الغداء وتنظيم العمل بحيث يتفرغن بذلك الوقت نتيجة لإنهاء دورة العناية الصحية تكون هناك تغطية للتكفل ببعض حاجات المرضى المفاجئة من طرف ممرضات أخريات .

ثانيا: المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى (ذكور وإناث) العاملين بمستشفى الحكيم عقبي سنة 2018، والبالغ عددهم الإجمالي بالمستشفى أثناء تطبيق البرنامج 471 ممرض موزعين على المصالح الآتية؛ مصلحة العمليات، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الاستجالات، مصلحة النساء والتوليد، مصلحة الإنعاش، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة الطب الداخلي، مصلحة العيون، مصلحة جراحة العظام، مصلحة أمراض الكلى ومصلحة تصفية الدم.

جدول رقم (9) : توزيع مجتمع الدراسة حسب المصالح الطبية في مستشفى الحكيم عقبي

مصحة الاشعة	مصحة العناية المركزة	مصحة العمليات	مصحة طب الاطفال		مصحة الاستعجالات		مصحة النساء التوليد		مصحة الجراحة العامة		مصحة الطب الداخلي		مصحة طب العيون		مصحة جراحة العظام		مصحة امراض الكلى		مصحة تصفية الدم		مصحة حديثي الولادة		مصحة التحاليل الطبية		مصحة امراض الانف و الحنجرة					
			%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت				
50	4	72.41	21	100	17	82.35	14	50	4	46.66	7	57.14	4	47.91	23	50	16	100	63	59.61	31	100	27	64.54	71	47.61	10	76.47	13	اتى
50	4	27.58	8	0	0	17.64	3	50	4	53.33	8	42.85	3	52.08	25	50	16	0	0	40.38	21	0	0	35.45	39	52.38	11	23.52	4	نكر
10	8	99.99	29	100	17	99.99	17	100	8	99.99	15	99.99	7	99.99	48	100	32	100	63	99.99	52	100	27	99.99	110	99.99	21	98.99	17	المجموع
471																										المجموع الكلي				

ثالثا: مجالات الدراسة:

1. المجال البشري (عينة الدراسة و خصائصها):

تم اختيار العينة بطريقة قصدية، وتكونت في البداية من 17 من الممرضين العاملين بمستشفى الحكيم عقبي قالمة (تحديدا بمصلحة طب الأطفال) ، والذين يعانون من ارتفاع في مستوى الإجهاد المهني بحسب المقياس المطبق عليهم، ثم قام 5 أفراد بالانسحاب من المجموعة نظرا لظروف المصلحة حيث أخذ فردين عطلة سنوية بينما 3 أفراد أصبحوا يعملوا مع فريق المناوبة الليلية وعليه أصبحت العينة تتكون من 12 فردا.

وقد قمنا بتطبيق المقياس (مقياس الإجهاد المعد من قبل الباحثة بن زوال فتيحة) على جميع الممرضات بمصلحة طب الأطفال ثم قمنا باختيار الأفراد الذين توفرت فيهم الاعتبارات التالية بعد الأخذ بعين الاعتبار ما تم التوصل إليه بالدراسة الاستطلاعية بالإضافة إلى المتغير الأساسي في دراستنا وهو ارتفاع مستوى الإجهاد ، تتمثل الاعتبارات في :

- أن تكون الممرضات المشاركات يعملن بنفس فريق العمل.
 - أن تكون المشاركات بنفس المصلحة (مصلحة طب الأطفال) لاستحالة تركهم مكان العمل لأكثر من ساعة من أجل حضور الجلسات التدريبية.
 - أن يتم تحديد موعد الجلسات أيام عمل الممرضات.
- وبالنسبة لخصائص العينة فقد كانت كما يلي :

◀ من حيث الجنس:

جدول رقم(10): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

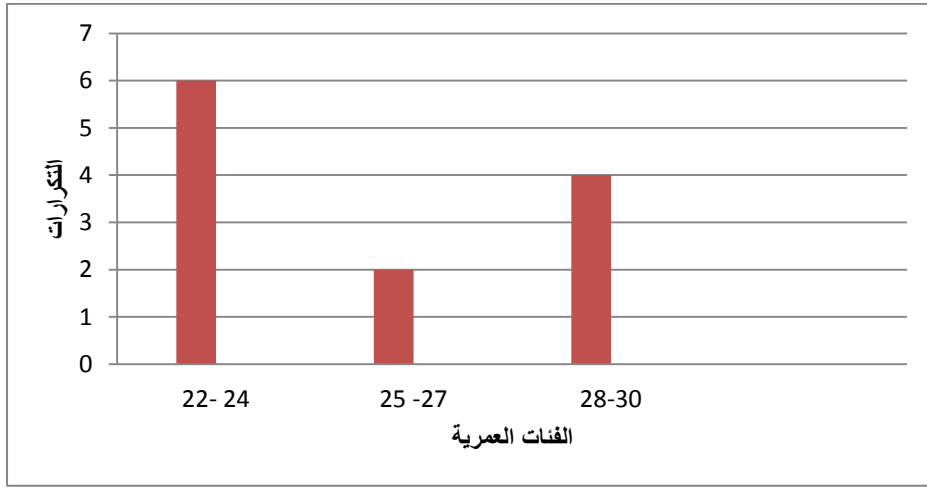
أفراد العينة		الجنس
النسبة	التكرار	
100	12	أنثى
0	0	ذكر
100	12	المجموع

تكونت عينة الدراسة من أنثى حيث بلغت نسبتها 100% ما يعادل 12 فردا من العينة. ذلك راجع إلى عدم وجود فئة ذكور بالمصلحة التي قمنا فيها بإجراء الدراسة.

◀ من حيث العمر:

جدول رقم(11): توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

أفراد العينة		الفئات العمرية
النسبة	التكرار	
50	6	24-22
16,66	2	27- 25
33.33	4	30-28
100	12	المجموع



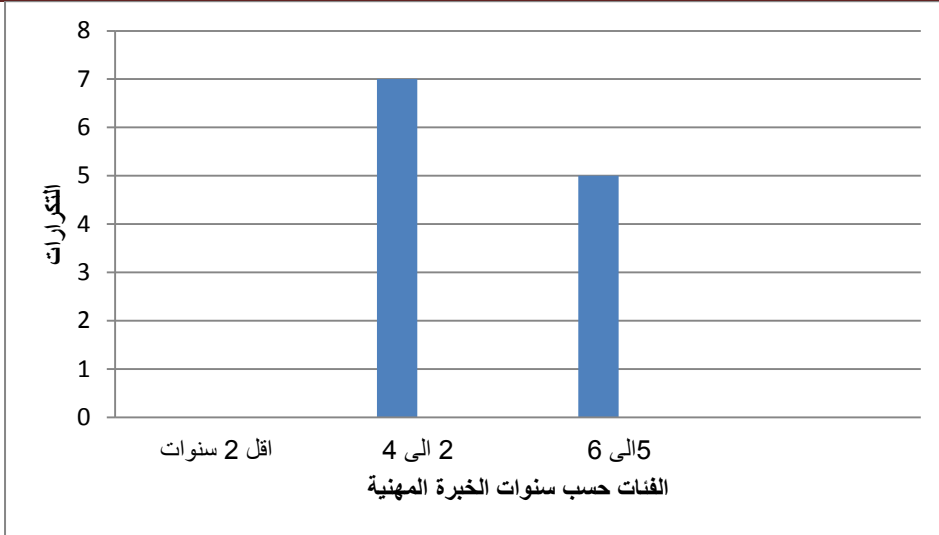
الشكل رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر

حسب الجدول رقم (11) والشكل رقم (8) فإن الفئة العمرية الغالبة على العينة من 22 إلى 24 سنة بمعدل 6 أفراد أي ما يقارب 50%، يليها فئة 28 إلى 30 سنة تمثلت في 4 أفراد بنسبة 33.33%، وأخيرا فئة 25 إلى 27 سنة بنسبة 16.66% مثلها فردين.

◀ من حيث الخبرة المهنية:

جدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية

أفراد العينة		الخبرة المهنية
النسبة	التكرار	
0	0	أقل 2 سنوات
58,33	7	4 - 2
41.66	5	6 - 5
100	12	المجموع



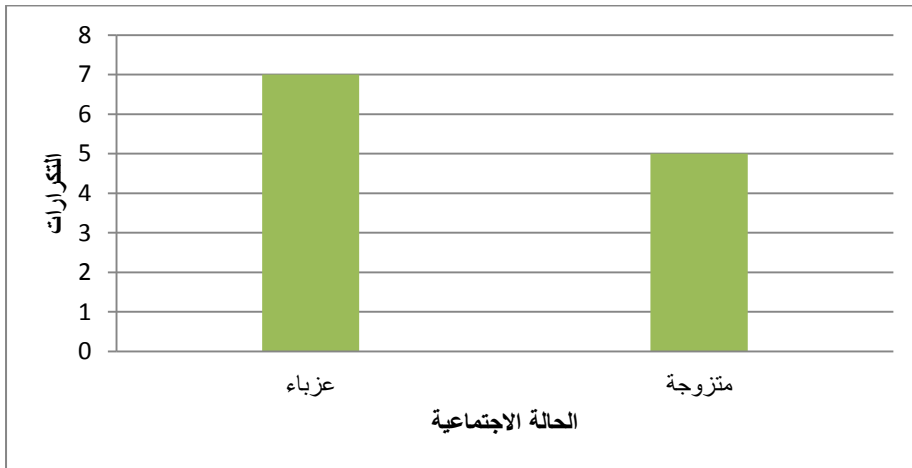
الشكل رقم (9): توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة المهنية

حسب الجدول رقم (12) والشكل رقم (9) فإننا وجدنا أنه لا يوجد بين الممرضات من أقل من سنتين خبرة وأغلبية الممرضات كانت خبرتهن ما بين 2 إلى 4 سنوات، حيث مثلت نسبتهن 58%، يليها نسبة 42% بمعدل 5 أفراد.

من حيث الحالة الاجتماعية :

جدول رقم (13): توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

أفراد العينة		الحالة الاجتماعية
النسبة	التكرار	
41.66	5	متزوجة
58.33	7	عزباء
100	12	المجموع



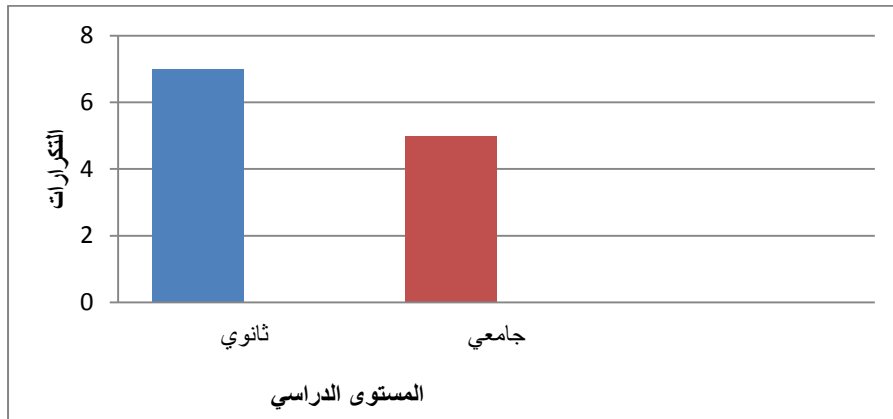
الشكل رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

حسب الجدول رقم (13) والشكل رقم (10) أن العينة التي بلغت 12 فردا كان من بينهم 7 متزوجات بلغت نسبتهن 58.33%، وبالنسبة للعازبات بلغت نسبتهن 61.66% أي 5 أفراد.

◀ من حيث المستوى الدراسي :

جدول رقم(14): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي

أفراد العينة		المستوى الدراسي
النسبة	التكرار	
66.66	8	ثانوي
33.33	4	جامعي
100	12	المجموع



الشكل رقم (11): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الدراسي

من خلال الجدول رقم (14) و الشكل رقم (11) يتضح أن أغلب العينة كانت ذات مستوى ثانوي حيث بلغ عددهم 8 أفراد بنسبة 66.66%، أما باقي العينة التي بلغت 4 أفراد فهن بالإضافة إلى مزاوله عملهن كمرضات فإنهن يزاولن دراستهن في الجامعة بلغت نسبتهن 33.33%.

2. المجال المكاني:

أجريت دراستنا الميدانية بمدينة قالمة التي تضم مستشفياتين مستشفى الحكيم " ابن زهر " ومستشفى " الحكيم عقبي " وقد تم اختيار هذا الأخيرة لكوننا عاملين به مما يسهل الإجراءات الإدارية و يساعدنا أيضا على إقناع الممرضين بالمشاركة في البرنامج.

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة من أهم المرافق الحيوية في الولاية والتي شهدت نشأتها عدن مراحل أولها كانت في بداية فيفري 1985 تاريخ انطلاق العمل بها ، وهي قطاع تابع لوزارة الصحة والسكان، يتربع على مساحة إجمالية قدرها 32095 م². كما استحوذت على موقع جغرافي استراتيجي جعلها همزة وصل لقاطني قالمة، حيث تتوسط العديد من الدوائر والبلديات التابعة لها ، وكانت تبلغ قدرة استيعابها 240 سرير في بداية تشغيلها.

أما الآن وبعد عدة إصلاحات وتعديلات أصبحت سعتها 309 سرير (إحصائيات 2017) موزعة على المصالح والوحدات الداخلية، وأهم ما يميز هذه المصالح عن غيرها في الجانب الإنساني النبيل المتمثل في استمرارية أنشطتها لتعلقها بحياة الإنسان، وللسرير على راحة المواطنين، وتتكون من هيكل للتشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان وتتوالى على الخصوص في المهام الآتية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم وتطبيق الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

3. المجال الزمني: أجريت دراستنا الميدانية في الفترة الممتدة من فيفري 2018 إلى غاية

أوت 2018 حيث قسمت هذه الفترة إلى ثلاث مراحل :

- **مرحلة الدراسة الاستطلاعية :** امتدت هذه الفترة من شهر فيفري إلى غاية شهر أفريل 2018 قمنا فيها بجمع المعلومات عن مجتمع الدراسة.

- **مرحلة تطبيق البرنامج :** دامت فترة تطبيق البرنامج شهر ونصف من أواخر شهر ماي حتى 30 جوان بدأت بقياس مستوى الإجهاد ثم قمنا بتطبيق البرنامج المكون من عدة جلسات مع الممرضات المشاركات وانتهت بإعادة قياس مستوى الإجهاد.

- **مرحلة المتابعة :** كانت بأواخر شهر أوت حيث قمنا بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج بإعادة قياس مستوى الإجهاد للتأكد من مدى فعالية البرنامج.

رابعاً: أدوات جمع البيانات:

تعتبر مرحلة جمع المعلومات خطوة هامة من خطوات الدراسة العلمية مهما كان المنهج المتبع في الدراسة، وعلى الباحث أن يحدد الطريقة التي تمكنه من جمع البيانات والأدوات الضرورية لاختبار فرضياته على نحو أفضل، ويفحص الأدوات المتوفرة، ويختار تلك التي تناسب هدفه وفي حالة ما إذا وجد أنها لا تتناسب واحتياجاته فإنه يكملها أو يعدلها أو يضع أداة أخرى جديدة.

وكلمة آداء من الناحية المنهجية للبحث العلمي تعني الوسيلة التي تستخدم لجمع البيانات وتتعدد أدوات البحث وتنوع واختلاف المواضيع والأهداف المراد تحقيقها، ولكن يجب أن تتوفر الموضوعية والاتساق الداخلي وأن تقيس الآداة ما أعدت لقياسه وأن تكون سهلة الاستخدام وتتطابق و خصائص المجتمع التي ستطبق عليه (محمود المنسي، 2000، ص87). وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على الأدوات التالية: الوثائق الرسمية، المقابلة، مقياس وبرنامج التدريبي، ونبين ذلك بتفصيل:

1. **الوثائق الرسمية:** لقد تم في الدراسة الحالية الاعتماد على عدة وثائق إدارية ومصادر رسمية مثل: إدارة المؤسسة ورؤساء المصالح من أجل الحصول على قوائم المرضى ونظام عملهم والعدد الإجمالي لهم وتوزيعهم على المؤسسة حسب المصالح.

2. **المقابلة:** هي وسيلة من وسائل جمع البيانات تقوم على حوار هادف بين الباحث وشخص آخر أو أشخاص آخرين بهدف الوصول إلى معرفة معلومات عن موقف معين، وقد قمنا بطرح مجموعة من الأسئلة من أجل الوصول إلى معلومات حول مشكلة الإجهاد أثناء قيامنا بالدراسة الاستطلاعية، بهدف جمع المعلومات التي تفيدنا في تحقيق أهداف الدراسة .

وقد أجريت مقابلات فردية وجماعية مع المرضى ورؤساء المصالح لأخذ صورة أوسع عما يعانيه المرضى في المصالح والسماح لهم بالتعبير عن مشاكلهم ومعاناتهم.

وقد عرف **طه عبد العظيم 2014** المقابلة بأنها عبارة عن محادثة موجهة يجريها فرد مع فرد آخر، يكون الهدف منها استثارة أنواع معينة من المعلومات لاستخدامها في بحث أو من أجل التشخيص والعلاج (طه عبد العظيم، 2014، ص181).

وتفيدنا في هذه الدراسة المقابلة نصف الموجهة وقد اختير هذا النوع من المقابلة لأنه يسمح للفرد بالتعبير وإعطاء معلومات أكثر عما نريد دراسته دون الخروج عن الموضوع ومن الشروط التي أخذناها بعين الاعتبار أثناء القيام بالمقابلة:

- توطيد العلاقة مع المشاركين.

- أن تكون لغة الحوار أثناء إجراء المقابلة سهلة ومبسطة.

- طرح أسئلة واضحة وعامة حول الموضوع .

وقد قسمت إلى محاور وهي : نظام العمل، العلاقات في مكان العمل ، طبيعة العمل، المساندة الاجتماعية، عوامل تنظيمية، الترقيات والاجور. وتجدون بالملحق رقم (2) نموذج دليل المقابلة.

3. مقياس الإجهاد: يهدف هذا الأخير إلى قياس مستوى الإجهاد من خلال مدى ظهور أعراضه المختلفة ، حيث تم اعتماد مقياس الإجهاد للباحثة بن زروال فتيحة 2008 ، ص 221-228 تكونت الآداة في صورتها النهائية من جزأين، خصص للمعلومات العامة التي تتعلق بالجنس، والعمر، والمهنة وسنوات الأقدمية. والجزء الثاني خصص لأبعاد أعراض الإجهاد وهي:

◀ **الأعراض الجسدية:** يضم هذا البعد 19 بندا، تدور حول الأعراض الخاصة بالجهاز الهضمي.

◀ **الأعراض النفسية:** يضم 16 بندا تتمحور حول أعراض متجهة نحو الذات.

◀ **الأعراض السلوكية :** تضم 15 بندا تدور حول ما يظهر على الفرد المجهد من السلوكات، تم تصميم هذا المقياس وفق (سلم ليكارت) ويحمل خمسة بدائل: أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما.

✓ **خصائصه السيكومترية:** تم حساب صدق المقياس وثباته بعدة طرق كما يلي:

✓ **الصدق:** اعتمد على صدق التكوين، الذي يعتبر بالنسبة للاختبار إجابة على تساؤل مفاده: إلى أي حد يمكن أن يعد الاختبار مقياسا لتكوين نظري أو سمة معينة؟ ولحساب هذا النوع من الصدق، هناك عدة طرق أهمها: تحليل البنود، التحليل العاملي، والارتباطات مع مقاييس أخرى.

1. التحليل العاملي: كانت معاملات الارتباط المتبادلة بين بنود الاستبيان، وحلت عامليا بطريقة المكونات الأساسية لـ " هويتلنج"، واعتمد محك **Guttman** " الحدود الدنيا" لتحديد

عدد العوامل، حيث يعد جوهريا إذا كانت قيمة الجذر الكامن ≤ 1.0 ، واعتمد المحك ≤ 0.35 للدلالة على تشبع البند جوهريا بالعامل، على أن تكون هناك ثلاثة تشبعات جوهرية على الأقل لكل عامل، ثم أديرت العوامل المستخرجة تدويرا متعامدا بطريقة **Varimax** من وضع **Kaizer**.

وعليه تم استخراج عشرة عوامل تسعة منها أحادية القطب، استوعبت قدرا مقبولا من التباين يقدر بـ 58.01%، وتراوحت قيم الجذر الكامن بين 1.51 و 9.34 أما البنود فقد تشبعت جميعها تشبعا جوهريا بأحد العوامل على الأقل، ماعدا رقم 09، 40، 42، 43، 48، 49 التي سيتوجب استبعادها إذا لم تكن معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس مقبولة، كما أن بعض البنود قد تشبع بأكثر من عامل، الأمر الذي يمكن أن يعزى إلى تداخل أعراض الإجهاد بصفة عامة، وافتراض وجود عامل عام يستوعبها.

2. تحليل البنود: اتضح أن معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية مقبولة ما عدا الخاصة بالبنود رقم (9-39-41-42-49) وذلك لأنها تقل عن 0.30، وعليه فقد تم إستبعادها.

3. الصدق التقاربي والاختلافي: وتبين أن معاملات الارتباط بين أداة البحث والمقاييس المتفرعة من استبيان الحالات الثمانية جميعها جوهرية، منها الموجب كالخاصة بالقلق والانعصاب، والاكنتاب، والإرهاق، ومنها السلبية كالخاصة بالانبساط، الأمر الذي يشكل دليلا على مستوى مقبول من الصدق لأداة البحث.

✓ **الثبات:** تم حساب معامل الثبات بالاعتماد على طريقتي: التجزئة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان وبراون، ومعامل ألفا كرونباخ، وذلك بعد تطبيق واحد لصيغة واحدة على العينة سابقة الذكر. انطلاقا من أن معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد عن 0.70 يعتبر مقبولا في مقاييس الشخصية (بن زروال فتيحة، 2018، ص ص 221-228).

4 . البرنامج التدريبي لخفض الإجهاد من إعداد الباحثة:

يعتبر البرنامج التدريبي الذي نحن بصدد تقديمه من أهم الأدوات المستخدمة في تحقيق أهداف الدراسة الحالية، ويمثل البرنامج المقترح خطة مصممة من أجل مساعدة المرضين للتخفيف من مشكلة الإجهاد الذي يؤثر سلبا على حالتهم النفسية وعلى حياتهم كريات بيوت لديهم أدوار متعددة عليهم إنجازها، حيث قدم في شكل مجموعة من الاستراتيجيات لأجل خفض مستوى الإجهاد عموما وجاءت هذه الأخيرة بالتركيز على استراتيجيات معرفية و

فيزيولوجية للوصول إلى إحداث تغييرات نفسية سلوكية ومعرفية عن طريق جلسات محددة بمدة زمنية ومنتابعة، تتضمن كل جلسة مجموعة من الأنشطة بحسب هدف كل جلسة وكل نشاط نستخدم فيه مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات التي تساعد المشاركات على تعلم مهارات جديدة من أجل تحسين تكيفهم في بيئة العمل.

قبل إعداد البرنامج قمنا بالاطلاع على التراث الأدبي لبرامج خفض الإجهاد والضغط النفسي والاستراتيجيات المتبعة ، وأيضا الأطر النظرية وحسب أغلب الدراسات المطع عليها وجدنا أن للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية عالية في خفض الإجهاد وأيضا بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة به والتخفيف أيضا من الآثار السلبية للإجهاد على المؤسسة مثل ضعف الإنتاجية ، الغيابات.

وقد استفدنا منها في التخطيط للبرنامج وتحديد الاستراتيجيات وطريقة التنظيم، من هذه الدراسات نذكر:

✓ دراسات اجنبية : 2001Charon& Al ، 2003 Roline craty ، 2005 william ، shohrah & Al 2011

✓ دراسات عربية : دراسة سناء ناصر وأسماء ناصر 2018، بومجان نادية وجابر نصر الدين 2016، بن الشيخ رزقية 2018، مفتود سارة ، غربي صبرينة.

للإشارة فقد نفذ البرنامج بقاعة الألعاب بالمصلحة نظرا لكبر مساحتها ولأنها مجهزة بطاولة كبيرة وكراسي تتسع لجميع المشاركات.

1.4. أهمية البرنامج:

تتمحور أهمية البرنامج الحالي في فعاليته على خفض مستوى الإجهاد من خلال الاستراتيجيات والتقنيات المقدمة في الجلسات التدريبية، وبالتالي فإننا سنقوم بجلسات علاجية بهدف التدخل من أجل تقديم المساعدة للمرضين للوصول لتحقيق الراحة النفسية، وذلك بمساعدتهم على اكتشاف التشوهات المعرفية وأساليب التفكير اللامنطقية من خلال التقنيات المستخدمة في الجلسات وهذا يسمح لهم بتبني معلومات علمية صحيحة متعلقة بالإجهاد وإكسابهم مهارات سلوكية جديدة تبني أنماط تفكير إيجابية والابتعاد عن التفكير السلبي الذي يؤدي إلى سلوكيات غير مناسبة للمواقف تنتج عنها مشاكل مع المرضى وذويهم وتدريبهم أيضا على الاتصال الجيد مع فريق العمل وتعزيزها بالواجبات المنزلية.

2.4. أهداف البرنامج:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

✓ إعداد برنامج تدريبي لتخفيض الإجهاد المهني للممرضين الذين يعانون من مستوى إجهاد مرتفع.

✓ معرفة الأثر الذي يتركه البرنامج في خفض مستوى الإجهاد بعد تطبيقه (من خلال القياس البعدي والتتبعي).

✓ معرفة إذا ما كان البرنامج المقدم للممرضين فعال في خفض مستوى الإجهاد فيما يخص الأعراض الجسدية (من خلال القياس البعدي والتتبعي).

✓ معرفة إذا ما كان البرنامج المقدم للممرضين فعال في خفض مستوى الإجهاد فيما يخص الأعراض النفسية (من خلال القياس البعدي والتتبعي).

✓ معرفة إذا ما كان البرنامج المقدم للممرضين فعال في خفض مستوى الإجهاد فيما يخص الأعراض السلوكية (من خلال القياس البعدي والتتبعي).

و عليه فقد تم إعداد برنامج من أجل تحقيق أهداف البحث وكان كما يلي :

◀ الأهداف العامة:

يهدف البرنامج إلى خفض مستوى الإجهاد لدى الممرضين ويأتي ذلك من خلال:

- تدريبهم على التعرف على الأفكار اللامنطقية والسلبية، ومحاولة تعديلها وتغييرها بأفكار إيجابية.

- تزويدهم بالمعلومات العلمية التي تخص مشكلة الإجهاد.

- حثهم على ممارسة المهارات المكتسبة أثناء الجلسات العلاجية بالحياة اليومية و المواقف المشابهة التي يعيشونها في الواقع من خلال إعطاءهم واجبات منزلية.

- تدريبهم على إدارة الغضب والتحكم في الذات.

- تدريبهم على تطبيق الاسترخاء.

◀ الأهداف الإجرائية:

تحدد الأهداف الإجرائية للبرنامج بما يمكن قياسه وهي:

- خفض مستوى الإجهاد لدى الممرضين.

كما قمنا بالتفصيل في الأبعاد التي يتمحور حولها مقياس الإجهاد المهني المطبق في

البحث الحالي وهي:

- خفض مستوى الأعراض الجسدية للإجهاد.
- خفض مستوى الأعراض النفسية للإجهاد.
- خفض مستوى الأعراض السلوكية للإجهاد.

وقد سعينا في تطبيق الجلسات إلى:

- إعطاء أهمية كبرى لبناء علاقة جيدة مع الممرضات المشاركات في البرنامج وفتح مجال لتوطيد العلاقات فيما بينهم لأن هذا يساعدنا على خلق جو من الثقة، التقبل والتعاطف بشكل يساعد على التفريغ الانفعالي والتعامل فيما بينهم دون حواجز أو خوف.
- الإنصات الجيد أثناء الجلسات لما تقوله الممرضات والانتباه إلى طريقة التعبير سواء بالكلام أو بالإيماءات.
- تشجيع المشاركات على التحدث عن المواقف الضاغطة التي واجهتهن وإتاحة الفرصة لهن للتعبير عن مشاعرهم.
- مساعدتهن على التبصر الذاتي من خلال استعمال تقنية " إعادة الصياغة " لعبارات وأفكار المشاركات، هذا يساعد على إدراك حقيقة الموقف وكيفية تفسيرهن له.
- تشجيع المشاركات على التفاعل والتعاون فيما بينهم من خلال طرح مواضيع للنقاش تهم الجميع.

3.4. الحدود الزمانية للبرنامج:

يتحدد البرنامج بخمسة أسابيع تتضمن جلسات علاجية بمعدل جلستين أسبوعياً وإعادة قياس بعد شهرين لمعرفة مدى فعالية البرنامج ، تتراوح كل جلسة 90 دقيقة. تبعت بـ جلسة من أجل القياس التبعي بعد شهرين من إنهاء البرنامج.

◀ **الحدود المكانية للبرنامج:** تم تطبيق البرنامج بمستشفى الحكيم عقبي بقالمة تحديداً بمصلحة طب الأطفال وقد تم اختيار هذه المصلحة اعتماداً على نتائج الدراسة الاستطلاعية كما ذكرنا سابقاً.

◀ **الحدود البشرية:** تتضمن عينة الدراسة 12 فرداً من الممرضين الذين تم تشخيصهم أن لديهم مستوى إجهاد مرتفع وهم الأفراد الذين سوف يتم تطبيق البرنامج عليهم.

5. مراحل البرنامج التدريبي:

مر البرنامج التدريبي بأربع مراحل، وهي:

◀ **المرحلة الأولى (مرحلة تمهيدية):** لا يقدم فيها في هذه الجلسة، قمنا فيها بالتعرف على المشاركات والتعرف فيما بينهن، وتعريفهن بالبرنامج الذي سنقوم بتقديمه والاستراتيجيات التي سوف نعتمد عليها بطريقة مختصرة وبدون تعمق لتفادي بعض الملاحظات التي يمكن أن تحدث ، كما تطرقنا أيضا إلى القوانين التي نعمل بها عند بداية الجلسات وشروط الالتزام وتقديم بعض التوجيهات من أجل السير الحسن للبرنامج.

◀ **المرحلة الثانية (مرحلة رئيسية):** وفيها قمنا بتقديم أنشطة البرنامج التدريبي للمشاركات من أجل خفض مستوى الإجهاد ، وفي هذه المرحلة أيضا تقوم أفراد المجموعة بالإضافة إلى تصحيح المفاهيم حول المشكلة بالتدرب على مواجهة المواقف المجهدة من خلال مجموعة من الاستراتيجيات مثل الاسترخاء، حل المشكلات، الواجبات المنزلية وتشمل عدد من الجلسات من 2 إلى 9.

◀ **المرحلة الثالثة (مرحلة ختامية):** قمنا فيها بتقييم و متابعة وضعية المشاركات في البرنامج ومعرفة التغيرات (الجسدية، النفسية، السلوكية) التي حدثت لهم، كما قمنا بتطبيق مقياس الإجهاد (تطبيق بعدي) من أجل المقارنة بين نتائج القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) والقياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) وتمثلت في الجلسة رقم 10.

◀ **المرحلة الرابعة (مرحلة المتابعة):** حيث قمنا في هذه المرحلة بتطبيق المقياس بعد مدة شهرين من انتهاء البرنامج و بعد القياس البعدي الذي قمنا به سابقا وهذا ما يصطلح عليه بالقياس التتبعي، حيث تعطينا نتائج هذا الأخير صورة إذا ما كان هناك تغيير في فعالية البرنامج بعد هذه الفترة أم لا ، وفضلنا هنا إعادة الالتقاء بنفس المجموعة لسهولة التواصل معهم وكانت المشاركات مسرورات بذلك حيث قمنا بتوزيع مقياس الإجهاد وجمع الأوراق بنفس الجلسة كما قمنا بتقديم المشروبات والحلويات كشكر لهن على مجهوداتهم معنا.

6. عدد الجلسات:

قدر عدد الجلسات العلاجية بإحدى عشر جلسة زمن كل جلسة حوالي 90 د، حيث بدأنا كل جلسة بمراجعة الواجب المنزلي وبعدها تطبيق الاسترخاء، ثم قمنا بتنفيذ التدخل العلاجي الخاص بكل جلسة وختمنا بتقديم الواجب المنزلي، مع العلم أن هذا التقسيم للجلسات ليس نهائي قد يتغير حسب سيرورة الجلسات وحاجة المشاركات.

7. جلسات البرنامج العلاجي:

◀ الجلسة الأولى (جلسة تمهيدية): أهداف الجلسة:

- تهيئة المشاركات للبدء بالجلسات العلاجية وتحفيزهم على المشاركة.
 - الاتفاق على نظام العمل ومبادئه وطريقة سير الجلسات وأهمية القيام بالواجبات المنزلية وحضور الجلسات.
 - بناء علاقة جيدة بين الطالبة والمشاركات فيما بينهم.
 - توضيح كل من دور المشاركات والطالبة في الجلسات العلاجية.
 - تقديم فكرة حول هدف البرنامج المقدم وأهميته وبعض الأنشطة بطريقة مختصرة.
- ✓ الإجراءات :

قمنا بالترحيب بالمشاركات والتعرف عليهن ثم إعطاءهن فكرة حول البرنامج المقدم وأهميته بالنسبة لهن ثم الاتفاق على نظام العمل ومبادئه وطريقة سير الجلسات كما وضحنا أهمية التركيز أثناء الجلسات التدريبية والإنصات للمتحدثات واحترام المشاركات الأخريات والإشارة إلى ضرورة وأهمية أداء الواجب المنزلي.

◀ الجلسة الثانية (جلسة رئيسية): أهداف الجلسة:

- تنمية الوعي بالآثار السلبية للإجهاد.
 - تصحيح الأفكار الخاطئة حول الإجهاد والتعريف بمفهوم الإجهاد الإيجابي الذي نريد الوصول إليه من خلال البرنامج المقدم.
 - استبصار المشاركات بحالتهم النفسية.
 - التفريغ الانفعالي من خلال التعبير عن المشكلات التي يعانون منها في ميدان العمل.
- ✓ الإجراءات:

قمنا بتقديم محاضرة حول الإجهاد من أجل إعطاء تفسيرات علمية عن الظاهرة للمشاركين والإجابة عن استفساراتهن. ومن ثم فتح المجال لكل شخص بوصف حالته النفسية بطرح السؤال: كيف تقيموا حالتكم النفسية؟ هذا من أجل توعية المشاركات بما يخلفه الإجهاد من آثار سلبية عليهن وأيضاً من أجل مساعدتهن على التعبير عن المشاكل التي يعانون منها وهذا يعتبر أيضاً فرصة لعملية التفريغ الانفعالي.

◀ الجلسة الثالثة (جلسة رئيسية): حاولنا في هذه الجلسة تدريب المشاركات على :

- طريقة التنفس البطيء.
- التفريق بين الشد والإرخاء في العضلات.

- الوصول إلى الاسترخاء.

✓ الإجراءات:

قمنا بالترحيب بالمشاركات والاطلاع على مدى استفادة المشاركات من الجلسة السابقة، ثم قدمنا شرح مختصر لمعنى الاسترخاء، وأهميته في خفض مستوى الإجهاد ، بعدها تطرقنا إلى أن أولى خطوات تعلم الاسترخاء هو طريقة التنفس الصحيحة والتفريق بين الشد والاسترخاء وشرحها ثم تطبيقها، حيث تكون الطالبة نموذجاً لهن.

ثم طلبت من كل فرد القيام بعملية التنفس ثم الجميع معاً، بعدها ننقل إلى تطبيق طريقة الشد وإرخاء العضلات ذلك لجعل الممرضات يشعرون بالفرق بين العضلة المتشنجة أثناء الإجهاد والعضلة في حالة راحة، كما أن هذا يجعلهم يقومون بالتبصر لاستجاباتهم الفسيولوجية ويكونوا واعين بها، وقد لاحظنا أن جميع المشاركات استعربن من التغير الفسيولوجي الحاصل بعد تطبيق عملية التنفس البطيء وإرخاء العضلات. ثم قمنا بوضع موسيقى هادئة وتدريبهن على الاسترخاء بعد تجهيزهن للعملية بالنشاط الأول و الثاني. أنهينا الجلسة بتقديم واجب منزلي يتمثل في تكرار عملية الاسترخاء وتسجيل التغيرات الحاصلة في الورقة المقدمة لهم. أنظر النموذج رقم (5).

◀ الجلسة الرابعة: (جلسة رئيسية) : نقوم فيها ب:

- مراجعة الواجب المنزلي ومناقشته.
- تدريبهن على القدرة على التحكم في الغضب.
- تدريبهن على التنبه للأفكار التلقائية.
- تدريبهن على الوعي بسبب الغضب والتدريب على ردود الفعل المناسبة.
- تدريبهن تنمية إدراك الفرد بالمواقف المجهدة.
- محاولة إيجاد حل وسط للمشكلة.
- اعتماد طرق تفكير إيجابية.
- تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة.

✓ الإجراءات:

بدأنا الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي ومناقشته من قبل الجميع، قدم كل فرد ما سجله من تغيرات بعد تطبيق الاسترخاء. ثم قمنا بتطبيق هذا الأخير على المشاركات.

ثم ننتقل إلى الخطوة الثانية أين طلبنا من فردين تمثيل مشهد بشرط أن يعبر عن موقف يؤدي إلى الغضب، قامت المشاركات الأخريات بتدوين ملاحظات دون تدخلهم أثناء أداء المشهد، بعد انتهاء الجميع من تدوين ملاحظاتهم تم مناقشة التصرفات والإيماءات لمن قامتا بتمثيل المشهد وتحديد الانفعالات في الكراسة الخاصة بهن.

بعدها انتقلنا للنشاط الثاني الهدف منه إعادة تصحيح الأفكار الخاطئة والتنبه لردود الفعل ونطلب هنا من المشاركات إعادة تمثيل نفس الأدوار ولكن مع تعديل ردود الفعل حسب ما تم مناقشته. في نهاية الجلسة قمنا بإعطاء الواجب المنزلي (أنظر الملحق رقم 6) نطلب منهم تخيل موقف يشعروهم بالغضب ثم يقدموا حكماً على الموقف مع كتابة جميع الأفكار والمشاعر ومن ثم إعادة تقييم الموقف والإجابة على الأسئلة:

- هل ما زلت تشعر بالغضب؟
 - هل تغيرت وجهة نظرك للموقف؟
 - هل تلاحظ أن هناك فرق بين ردة فعلك الأولى والثانية أم لا ولماذا؟
- ◀ **الجلسة الخامسة (جلسة رئيسية):** تتضمن الجلسة ما يلي :

- المساعدة في الحصول على دعم اجتماعي.
- أن يدرك المشاركات أهمية المساندة الاجتماعية.
- التعرف على أهمية التفريغ الانفعالي.
- الاستعداد لتقديم المساعدة للآخرين.
- التعرف على شبكة العلاقات الاجتماعية.
- تعزيز الثقة بالنفس.

✓ **الإجراءات:**

قمنا بمراجعة الواجب المنزلي المقدم ومناقشته وتقييم ما تم التدرب عليه في الجلسة السابقة بعدها قمنا بشرح ماهية المساندة الاجتماعية وأهميتها والإجابة على الأسئلة المطروحة من قبل المشاركات ثم طلبنا من كل مشاركة التحدث بدون قيود عن المشاكل التي تواجهها ثم طرحنا سؤال من لديه نفس المشكل أو مشكل مشابه، وناقشنا كل مشكلة من قبل الجميع.

انتقلنا إلى النشاط الثاني بعد تهيئة المشاركات للتعبير عن مشاكلهن حيث نطلب من كل شخصين الوقوف متقابلين مع ترك مسافة بينهما، ويبدأ كل منهما بالتحدث عن مشكلة

مع التقدم خطوة تلو الأخرى من زميله مع وصف مشاعره وأحاسيسه. وبعد الانتهاء طلبنا من كل مشاركة ذكر مدى شعورها بعدما قمنا به في الجلسة.

في النهاية طلبنا من كل واحدة تحديد شبكة علاقاتها الاجتماعية حسب نموذج مقدمه (نموذج رقم 7)، بدءاً من أكثر شخص يرتاحون معه إلى الأصدقاء المقربين ثم الجيدون والعاديون ثم المعارف والأصدقاء في مواقف معينة، وطلبنا منهم التحدث حول المشاكل التي تحدث معهم لأقرب شخص إليهن.

ملاحظة: لقد قمنا بتغيير بسيط في سيرورة الجلسة بطلب من المشاركات فقد اقترحن أن نقوم في بعملية الاسترخاء في آخر الجلسة أفضل ابتداء من هذه الجلسة.

◀ **الجلسة السادسة (جلسة رئيسية):** يتم تدريب الممرضات على:

- القدرة على تفهم الطرف الآخر.
- تقديم الرأي بطريقة مقبولة.
- التعرف على الأسباب وراء الرأي ومحاولة الوصول إلى حل وسط للمشكلة.

✓ **الإجراءات:**

بدأنا الجلسة بمراجعة الواجب المنزلي المقدم للمشاركات ومناقشتهم من أجل تقييم الجلسة الماضية، وطلبنا من كل ممرضتين تكوين مجموعة ثم انضمت ممرضة أخرى لهن للعب دور المراقبة ثم ناقش الطرفين موضوع معين وراقبت الممرضة الثالثة طريقة سير المناقشة مع ملاً نموذج قدم لهن مسبقاً (نموذج رقم 12)، تسجل المراقبة ملاحظاته ويناقش معهما طريقة سير المناقشة فيما بينهن والطريقة التي حاول كل منهم توضيح أفكاره بها لإيجاد حل وسط للمشكلة بمشاركة الطالبة و الممرضات الأخريات. وفي نهاية الجلسة قمنا بتطبيق الاسترخاء.

◀ **الجلسة السابعة (جلسة رئيسية):** قمنا في هذه الجلسة ب:

- تدريب المشاركات على تنظيم الوقت.
- توعية المشاركات بأهمية الوقت وتنظيمه.
- إدراك أسباب إضاعة الوقت.
- تدريب المشاركات على تخطيط برنامج لحياتهم اليومية.

✓ **الإجراءات:**

قمنا في بداية الجلسة بإلقاء محاضرة حول الوقت وأهميته وكيفية إدارته، ثم قدمنا استبيان لكل شخص يقوم بملاؤه (أنظر الملحق رقم 8) الهدف منه التعرف على أهمية الوقت، والطريقة المثلى للاستفادة من الوقت معوقات الوقت، وقام كل فرد من المشاركات بقراءة أجوبته ومناقشتها من قبل المشاركات والطالبة.

في ختام الجلسة طلبنا من كل مشاركة عمل برنامج لليوم الموالي وتقديم ملاحظة إذا ما تم تنفيذه مع ذكر النشاط الذي لم يتم تطبيقه والأسباب أيضا (أنظر الملحق رقم 9). كما قمنا بتطبيق الاسترخاء مع المشاركات.

◀ الجلسة الثامنة (مرحلة رئيسية) تتمثل الأهداف في :

- تنمية مهارات الاتصال الإيجابي.
- اكتساب القدرة على الإصغاء والحوار الفعال.
- التعرف على أهمية الاتصال اللفظي وغير اللفظي في التعامل مع الآخرين و في بناء العلاقات في مكان العمل.

✓ الإجراءات:

بدأنا بمناقشة الواجب المنزلي المقدم للمشاركين في الجلسة السابقة ، ثم انتقلنا إلى نشاط الجلسة الجديدة حيث قدمنا محاضرة حول الاتصال وعناصره وأهميته في مجال العمل سواء مع المرضى أو الزملاء، ومناقشة الموضوع مع الإجابة على تساؤلات المشاركات وتوضيح أي غموض ثم طلبنا منهم واجب منزلي وهو محاولة تطبيق ما تم اكتسابه من خلال المحاضرة والمناقشة في الجلسة وذكر التغييرات التي وجدها في محيطه (أنظر الملحق رقم 10). أنهينا الجلسة بتطبيق الاسترخاء.

◀ الجلسة التاسعة (جلسة رئيسية) الأهداف كانت كما يلي:

- التدريب على حل المشكلات.
- التدريب على تحليل الموقف.
- التدريب على تقديم حلول للمشكلة وتقييمها عن طريق تقديم كل من إيجابيات وسلبيات والحلول المقترحة .
- التبصر الذاتي والوصول إلى الأسباب المؤدية للسلوك.
- تدريبهم على التفضيل بين الاختيارات لكن بعد معرفة القيم المرتبطة بكل اختيار.

- إعلام المشاركات بأن الجلسة القادمة ستكون آخر جلسة ولكن ستبرمج جلسة أخرى بعد شهرين.

✓ الإجراءات:

ككل جلسة بدأنا بمراجعة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية و مناقشته من طرف المجموعة. بعدها قمنا بتقسيم المشاركات إلى مجموعات تطرح كل مجموعة مشكلة مختلفة عن الأخرى وطلبنا منهن إيجاد حل لها وتدوينه حسب النموذج المقدم (نموذج رقم 11). ثم قامت واحدة من المجموعة بتقديم حل المشكلة متبعة المراحل المحددة في النموذج، ثم قامت المشاركات والطالبة بمناقشة الخطوات والبدائل والحل المقدم من قبلهم. وفي نهاية الجلسة قمنا بتطبيق الاسترخاء.

◀ الجلسة العاشرة (الجلسة الختامية) عملنا في هذه الجلسة على :

- إختتام الجلسات بإجراء الاختبار البعدي لقياس مستوى الإجهاد.
- شكر الممرضات المشاركات في البرنامج وتقديم الحلوى والمشروبات.
- تحديد موعد جلسة أخرى بعد شهرين.

✓ الإجراءات :

قمنا بشكر المشاركات وإعلامهم بأنها آخر جلسة علاجية ولكن سنقوم ببرمجة جلسة أخرى بعد شهرين، وطلبنا منهم الحديث عن أهم ما اكتسبوه من البرنامج وتركنا المجال لهم للتعبير ثم سألنا إذا ما كان هناك ما يريدون الاستفسار عنه. ثم قمنا بتوزيع مقياس الإجهاد للمشاركات. كما قمنا بتطبيق الاسترخاء، وفي النهاية قدمنا الحلوى والمشروبات كشكر لهم.

◀ **الجلسة الحادية عشر (جلسة تتبعية):** نظمنا الجلسة بعد شهرين من إجراء الجلسة الختامية وتطبيق القياس البعدي، وقمنا بها من أجل معرفة مدى محافظة الممرضات على المهارات و المعارف المكتسبة في الجلسات السابقة التي قمنا بإجرائها من أجل مساعدتهم على خفض مستوى الإجهاد، حيث قدمنا في هذه الجلسة نفس المقياس (مقياس الإجهاد المهني) ، ثم نقوم بشكر المشاركات وتقديم الحلوى لهم.

8. الأمور التي يجب الانتباه إليها أثناء سير الجلسات:

أثناء القيام بالجلسات العلاجية يجب الأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- أثناء مراجعة الواجبات المنزلية لا يجب أن نركز جودة العمل المنجز لتفادي خلق حساسية بين المشاركات والابتعاد عن الشكر بل نقوم بتشجيع جميع المشاركات ليستمروا الذين

قاموا بالواجبات على مواظبتهم واستثارة رغبة الذين لم يقوموا عن طريق إعطاءهم فرصة أثناء المناقشة حتى بطريقة غير مباشرة .

- قبل بداية كل جلسة يجب تقييم الجلسة السابقة مع المشاركات وإعطاءهن فرصة توضيح أمور لم يتم فهمها أو بحاجة لتوضيح أكثر.

- أن يتم مراعاة احتياجات المشاركات قبل بداية نشاط جديد، فأثناء تطبيق البرنامج وجدنا ان المشاركات يرغبن في إعادة تطبيق الاسترخاء في كل جلسة مع أننا كنا قد برمجتنا جلسة واحدة للقيام بالاسترخاء وهي الجلسة رقم 3، وقد تجاوزنا لطلبهم.

- يجب أن تكون الجلسات مرنة بحيث تكون هناك إمكانية لإيضاح أمور تخص الجلسات السابقة.

- إعطاءنا فرصة للمشاركات في تقييم الجلسات من خلال تبيان وجهة نظرهن في بعض الأمور ليكون هناك تغذية راجعة، وهذا يساعد على تحسين سير الحصة بطريقة أكثر فعالية.

9. صدق البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة :

تعتمد هذه الطريقة على فكرة الصدق الظاهري ، يرى مقدم عبد الحفيظ أنه "يقصد بصدق الاختبار مدى صلاحية الاختبار لقياس ما وضع لقياسه"(مقدم عبد الحفيظ، 1993 ، ص146)، وحسب طه عبد العظيم 2014 أنه ينبغي عرض البرنامج في صورته الأولية قبل استخدامه على مجموعة من المحكمين في مجال التخصص و ذلك بهدف التأكد من مدى صلاحية البنود و المواقف التي يتكون منها البرنامج (طه عبد العظيم، 2014، ص287).

و للتأكد من الصدق الظاهري للبرنامج المقترح تم عرض الصورة الأولية على مجموعة من المختصين، حيث تم استرجاع اثني عشر استبياناً من أصل خمسة عشر، وكان الغرض من التحكيم أبداء المختصين في المجال آراءهم حول البرنامج من ناحية:

✓ أهداف البرنامج التدريبي المقترح.

✓ مراحل البرنامج.

✓ مدة البرنامج.

✓ عدد الجلسات.

✓ الزمن المقترح للجلسة الواحدة.

✓ مواعاة هدف الجلسة مع هدف البرنامج.

✓ ترتيب الجلسات.

✓ مواعاة الأنشطة والتقنيات المستخدمة مع أهداف الجلسات.

✓ تقييم البرنامج.

ونتيجة لما أبداه الأساتذة المحكمين من آراء و اقتراحات تم إعادة صياغة البرنامج ، من خلال إضافة أو حذف أو التعديل فيه حتى يتناسب مع أهداف الدراسة. ونوضح فيما يلي ملاحظات الأساتذة المحكمين والتعديلات التي أجريت على البرنامج أنظر الجدول الموالي:

الجدول رقم (15) : اقتراحات الأساتذة المحكمين حول البرنامج

الرقم	الأستاذ(ة)	الجامعة	الملاحظة
1	إغمين نديرة	جامعة قالمه	برنامج جيد.
2	عبد القادر بهتان	جامعة قالمه	برنامج جيد يخدم فرضيات الدراسة.
3	بن صغير كريمة	جامعة قالمه	برنامج جيد.
5	عصام قمر	مدير المركز القومي للدراسات و البحوث بمصر	إعادة صياغة أهداف الجلسة من: التعرف على الممرضين المشاركات في البرنامج وبناء علاقة مع الأخصائية إلى: -- التعرف على الممرضين المشاركات في البرنامج وبناء علاقة ثقة مع الأخصائية. - ذكر التقنية المستخدمة في الجلسة رقم 1 - الهدف الإجرائي الأول غير واضح يطلب إعادة الصياغة. - دمج الأهداف الإجرائية الثلاث في هدف واحد. - الهدف الإجرائي الأخيرة بالجلسة رقم 1 ينقل إلى النشاطات. - تغيير هدف الجلسة رقم 3 من إتقان تطبيق الاسترخاء إلى التدريب على تقنية الاسترخاء. - تغيير هدف الجلسة رقم 5 من التعرف على الانفعالات وإدارتها إلى التعرف على الانفعالات

			السلبية و إدارتها. - تغيير هدف الجلسة من حل المشكلات إلى التدريب على حل المشكلات.
6	جاسم أحمد	جامعة مصراتة ليبيا	برنامج جيد
7	أحمد يوسف مرواني	أستاذ سابق جامعة صفاقس	برنامج جيد
8	مفتود سارة	جامعة قسنطينة	- حذف الجلسة رقم (9) لتفادي الحساسية مع المرضى . - دمج الجلسات (4) و (5) في جلسة واحدة لأنها تصب في نفس السياق.
9	رزقية بن شيخ	جامعة قالمة	برنامج جيد
10	فاضلي أحمد	جامعة البليدة	- المرونة في تطبيق الجلسات حسب ما يستجد على المجموعة. - زيادة زمن الجلسات من 60 د إلى 90 د لأننا نتعامل مع مجموعة وليس فرد.
11	بحري صابر	جامعة سطيف	برنامج جيد.
12	سميرة براهيمية	جامعة قالمة	برنامج جيد.

وقد تم إعادة النظر في البرنامج وإجراء التعديلات حسب توجيهات الأساتذة ليظهر في نسخته النهائية (أنظر الملحق رقم 5).

10. الفنيات المستخدمة في البرنامج:

من أجل تحقيق هدف البرنامج اعتمدنا على مجموعة من التقنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد على إعادة البناء المعرفي للمشاركين وإكسابهم مهارات جديدة ليصبحوا أكثر قدرة على التعامل مع المواقف المجهدة، والملاحظ أننا ركزنا في تصميم البرنامج على تقنية لعب الدور والمناقشة لأنهما تعلمان على تبصير المشاركات بحقيقة مشكلاتهم خصوصا أن جميعهم في مرحلة من الوعي تسمح لهم بذلك، كما فضلنا اعتماد بعض النشاطات التي طبقت داخل المجموعة لأن الأفراد يقومون باكتساب المهارات بطريقة أسرع أثناء التفاعل مع

الآخرين، وأيضاً لأنها تسمح بالتفريغ الانفعالي للمشاعر السلبية وتعطي نوع من الإحساس بعمومية المشكلة وهذا يؤدي إلى الإحساس بنوع من الأمان، كما ركزنا أيضاً على عملية الاسترخاء نظراً لأهميتها في خفض التوتر الجسدي. وتتجسد التقنيات في: الاسترخاء، التفريغ الانفعالي، المناقشة، المحاضرة، لعب الأدوار، التغذية الراجعة، التعزيز، الواجب المنزلي، النمذجة، حل المشكلات وإعادة البناء المعرفي.

خامساً: أساليب تحليل البيانات:

بناء على البيانات التي تضمنتها الدراسة، والفروض التي صيغت استخدمت الأساليب الإحصائية التي تساعد على تحليلها وتفسير نتائجها، حيث نتمكن من خلالها قبول أو رفض فرضيات البحث وكانت الأساليب المستعملة كالتالي مع العلم أننا قد استخدمنا في ذلك البرنامج الإحصائي SPSS 18:

1. أساليب الوصف:

◀ **التكرارات:** هي عد الإجابات المتجانسة بالنسبة لأفراد عينة البحث والتي تسمح باستخراج النسب المئوية التي تعطي مؤشرات عن مختلف المتغيرات.

◀ **النسب المئوية:** هي حساب المعطيات بالمقارنة مع وحدات أفراد عينة البحث وهذا من خلال إجابات المبحوثين، واعتمدت (%) لدراسة البيانات المتعلقة بخصائص العينة.

◀ **المتوسط الحسابي:** يعد من أكثر مقاييس النزعة المركزية استخداماً ويتم حسابه من خلال جمع الدرجات، ومن ثم تقسم على عددها، ومن خلاله يتضح المستوى المتوسط لهذه الدرجات .

$$\text{المتوسط الحسابي} = \frac{\text{مجموع الدرجات}}{\text{عدد الأفراد}} = \frac{م}{ن} = \text{مج س}$$

◀ **الانحراف المعياري:** هو الجذر التربيعي لمتوسط مربعات الانحراف يستخدم في تحديد الدرجات المعيارية في نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للعينة وذلك لتبيين مدى انتشار وتشتت النتائج المتحصل عليها.

2- أساليب الاستدلال:

◀ **اختبار ويلكيسون لعينة واحدة:** يسمح بمقارنة متوسطي نفس العينة وذلك بتحويل الفرق بين متوسطين إلى قيمة معيارية Z استعملت من أجل معرفة الفرق بين القياس القبلي والبعدي والتتبعي للعينة. يعتبر من الطرق الإحصائية اللابرامترية وتستخدم في حالة:

- العينة صغيرة أين لا نستطيع فيها استخدام اختبار ت.
- أن العينة تكون مرتبطة؛ حين نقوم بالتطبيق وإعادة التطبيق على نفس العينة.

خلاصة الفصل:

تميز هذا الفصل بعرض مجتمع الدراسة والعينة كما وضحنا الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية والأساليب الإحصائية التي سنعتمدها في تحليل البيانات المتحصل عليها من المقياس المطبق على العينة.

الفصل الرابع:

عرض البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل البيانات الميدانية

- 1- عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد المهني في القياس القبلي
- 2- عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد المهني في القياس البعدي
- 3- عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد المهني في القياس التتبعي

ثانياً: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1- عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي
1. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد
2. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض الجسدية للإجهاد
3. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض النفسية للإجهاد
4. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في الأعراض السلوكية للإجهاد
- 2- عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي
1. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي و التتبعي لمستوى الإجهاد
2. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي في الأعراض الجسدية للإجهاد
3. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي في الأعراض النفسية للإجهاد
4. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي في الأعراض السلوكية للإجهاد

خلاصة الفصل

تمهيد :

في هذا الفصل سيتم عرض مختلف النتائج التي توصلنا إليها في القياس القبلي، البعدي والتتبعي، وتحليلها بعد تطبيق مقياس الإجهاد. بالإضافة إلى الكشف عن صحة فرضيات الدراسة بعد تبويب، وتحليل البيانات كميًا وكيفيًا، وسنحاول التحقق من صحة الفرضيات عن طريق استخدام أساليب إحصائية مختلفة، مثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار Z، ومناقشة الفرضيات على ضوء النتائج المتحصل عليها من التحليل الإحصائي للبيانات.

أولاً: عرض وتحليل البيانات الميدانية:

1. عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس القبلي:

للوصول إلى مستوى الإجهاد لدى الممرضين نقوم بوضع وزن عددي لكل بديل من بدائل المقياس حسب الإجابات المقدمة من قبل الممرضين وهي كالتالي: (دائماً، 5)، (غالباً، 4)، (أحياناً، 3)، (نادراً، 2) و (أبداً، 1). ثم نعمل على جمع الدرجات المتحصل عليها ويتم تفسيرها كالتالي:

- مستوى إجهاد منخفض عند الحصول على درجات ما بين: 50-116
- مستوى إجهاد متوسط عند الحصول على درجات ما بين: 117-183
- مستوى إجهاد مرتفع عند الحصول على درجات ما بين: 184-250 (بن زروال فتحة، 2008، ص 256).

1. حسب نتائج مقياس الإجهاد (القياس القبلي):

◀ حسب درجة الإجهاد: جاءت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس القبلي كما يلي:

جدول رقم (16): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد في القياس القبلي

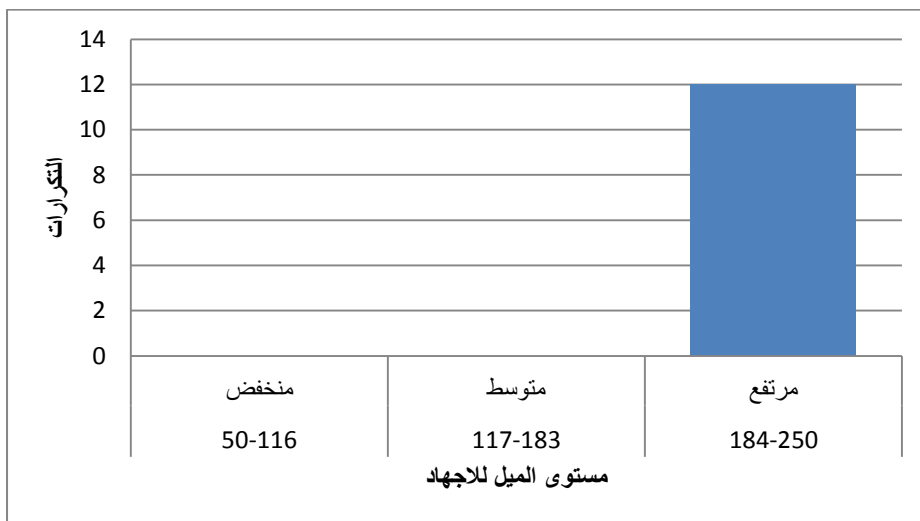
العدد	نتائج الإجهاد القياس القبلي	مستوى الميل للإجهاد
1	187.00	مرتفع
2	205.00	مرتفع
3	186.00	مرتفع
4	211.00	مرتفع

مرتفع	190.00	5
مرتفع	221.00	6
مرتفع	200.00	7
مرتفع	192.00	8
مرتفع	201.00	9
مرتفع	185.00	10
مرتفع	199.00	11
مرتفع	190.00	12

حسب مستوى الميل للإجهاد: لقد تم اختيار الأفراد ذوو المستوى المرتفع من الإجهاد، حسب ما تطلبه دراستنا وعليه توزعت العينة حسب مستوى الميل للإجهاد، كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (17) : توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

القيمة	مستوى الميل للإجهاد	التكرار	النسبة المئوية
116-50	منخفض	0	0
183-117	متوسط	0	0
250-184	مرتفع	12	100
المجموع		12	100



الشكل رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

يتضح من خلال الجدول رقم (17) والشكل رقم (12) أنه قد كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس القبلي كلها ذات مستوى مرتفع ما بين 184-250 درجة بنسبة 100% وانعدام مستوى ميل المنخفض والمتوسط للإجهاد، وعليه قدرت نسبة كل مستوى 0%. وهذا نتيجة لاختيار عينتنا من المرضى ذوي الإجهاد المرتفع بما يخدم أهداف الدراسة.

2. حسب نتائج أبعاد مقياس الإجهاد (أعراض جسدية، أعراض نفسية، أعراض سلوكية): للوصول إلى مستوى الإجهاد لدى المرضى حسب الأبعاد نقوم بوضع وزن عددي لكل بديل من بدائل البعد، حسب الإجابات المقدمة من قبل الممرض وهي كالتالي: (دائما 5، (غالبا 4، (أحيانا 3، (نادرا 2، (أبدا 1)، ثم نعمل على جمع الدرجات المتحصل عليها، ومن أجل الوصول إلى تفسير للنتائج المتحصل عليها في كل بعد قمنا بتقسيم البدائل لفئات، وفق التقسيم المعتمد في مفتاح التصحيح الأصلي تحصلنا النتائج التالية التي نوضحها في الجدول الموالي:

جدول (18): طريقة تفسير نتائج مقياس الإجهاد حسب الأبعاد

المقياس الكلي	أعراض جسدية	أعراض نفسية	أعراض سلوكية	
116-50	44-19	37.12-16	34.5-15	مستوى منخفض
183-117	69.5-44.5	58.56-37.44	54.9 -35.1	مستوى متوسط
250 -184	95-70	80-58.88	75-55.2	مستوى مرتفع

1.2. حسب بعد الأعراض الجسدية (القياس القبلي):

حسب الجدول السابق رقم (18) فإن تفسير نتائج الإجهاد (الأعراض الجسدية) يكون كما يلي:

- مستوى إجهاد منخفض عند الحصول على درجات ما بين: 44-19.
- مستوى إجهاد متوسط عند الحصول على درجات ما بين: 69.5 -44.5.
- مستوى إجهاد مرتفع عند الحصول على درجات ما بين: 95 -70.

حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس القبلي كما يلي:

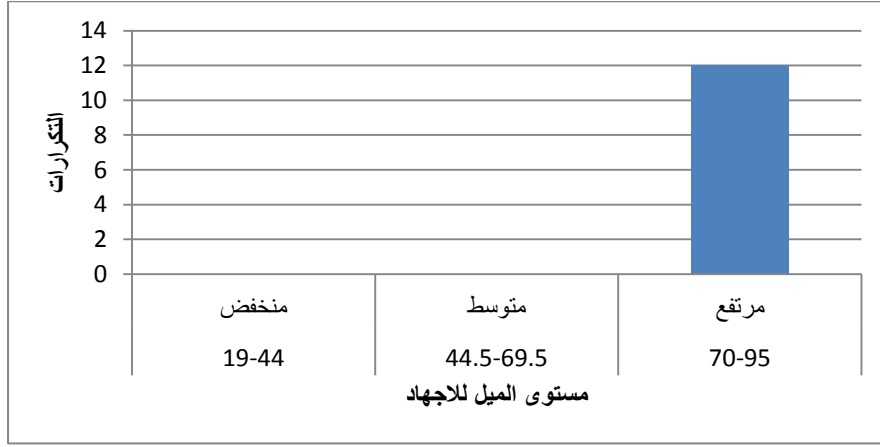
جدول رقم(19): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد
(الأعراض الجسدية) في القياس القبلي

العدد	نتائج القياس القبلي في البعد الجسدي	مستوى الميل للإجهاد
1	88.00	مرتفع
2	94.00	مرتفع
3	90.00	مرتفع
4	80.00	مرتفع
5	82.00	مرتفع
6	87.00	مرتفع
7	92.00	مرتفع
8	90,00	مرتفع
9	93.00	مرتفع
10	88.00	مرتفع
11	89.00	مرتفع
12	95.00	مرتفع

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: توزعت درجات العينة بمقياس الإجهاد(البعد الجسدي) في القياس القبلي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما هو موضح في الجدول الموالي:
جدول رقم(20): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض الجسدية) القياس القبلي

القيمة	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية)	التكرار	النسبة المئوية
44-19	منخفض	0	0
69.5-44.5	متوسط	0	0
95-70	مرتفع	12	100
المجموع			100



الشكل رقم (13): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) بالقياس القبلي

يتضح من خلال الجدول رقم (20) والشكل رقم (13) أنه قد كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد بالأعراض الجسدية في القياس القبلي كلها ذات مستوى مرتفع، ما بين 95-70 درجة ، بنسبة 100% وانعدام مستوى ميل منخفض ومتوسط وقدرت نسبة كل مستوى 0%.

2.2. حسب بعد الأعراض النفسية (القياس القبلي): حسب الجدول السابق رقم يساوي

تفسير نتائج الإجهاد في الأعراض النفسية يكون كما يلي:

- مستوى إجهاد منخفض عند الحصول على درجات ما بين : 16-37.12
- مستوى إجهاد متوسط عند الحصول على درجات ما بين : 37.44-58.56
- مستوى إجهاد مرتفع عند الحصول على درجات ما بين : 58.88-80

◀ حسب درجات الإجهاد: جاءت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض النفسية) في

القياس القبلي كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب درجات الميل للإجهاد

(الأعراض النفسية) في القياس القبلي

العدد	نتائج القياس القبلي في أعراض الإجهاد النفسية	مستوى الميل للإجهاد
1	59.00	مرتفع
2	73.00	مرتفع
3	71.00	مرتفع
4	69.00	مرتفع

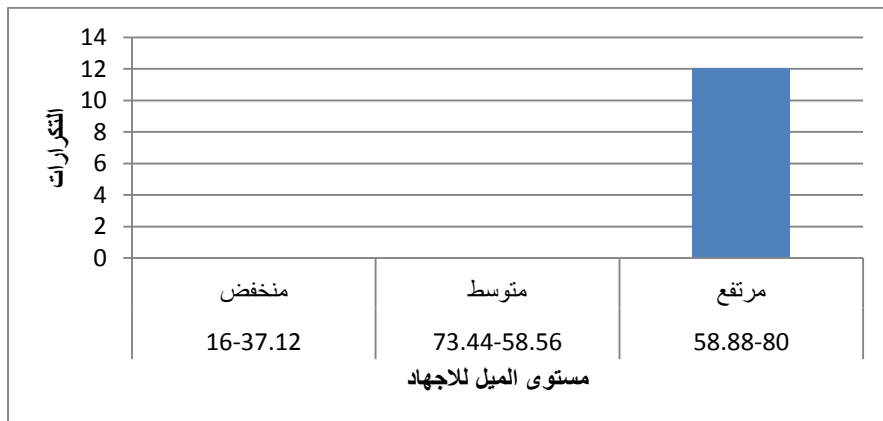
مرتفع	80.00	5
مرتفع	78.00	6
مرتفع	79,00	7
مرتفع	75.00	8
مرتفع	78.00	9
مرتفع	63.00	10
مرتفع	70.00	11
مرتفع	64.00	12

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: جاءت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس القبلي حسب مستوى الميل للإجهاد كما يلي:

جدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض النفسية) القياس القبلي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية)	القيمة
0	0	منخفض	37.12-16
0	0	متوسط	58.56-73.44
100	12	مرتفع	80-58.88
100	12	المجموع	



الشكل (14): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض النفسية) القياس القبلي

يتضح من خلال الجدول رقم (22) والشكل رقم (14) كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد الأعراض النفسية في القياس القبلي كلها ذات مستوى مرتفع ما بين 80-58,88 درجة بنسبة 100% وانعدام مستوى ميل منخفض ومتوسط وقدرت نسبة كل مستوى 0%.

2.3. حسب بعد الأعراض السلوكية (القياس القبلي):

حسب الجدول السابق رقم (11) فإن تفسير نتائج الإجهاد في الأعراض السلوكية يكون كما يلي:

- مستوى إجهاد منخفض عند الحصول على درجات ما بين : 15-34.5.
- مستوى إجهاد متوسط عند الحصول على درجات ما بين: 35.10 - 54.90.
- مستوى إجهاد مرتفع عند الحصول على درجات ما بين: 55.20-75.

◀ حسب درجات الإجهاد (بعد الأعراض السلوكية):

كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس القبلي (الأعراض السلوكية) كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد

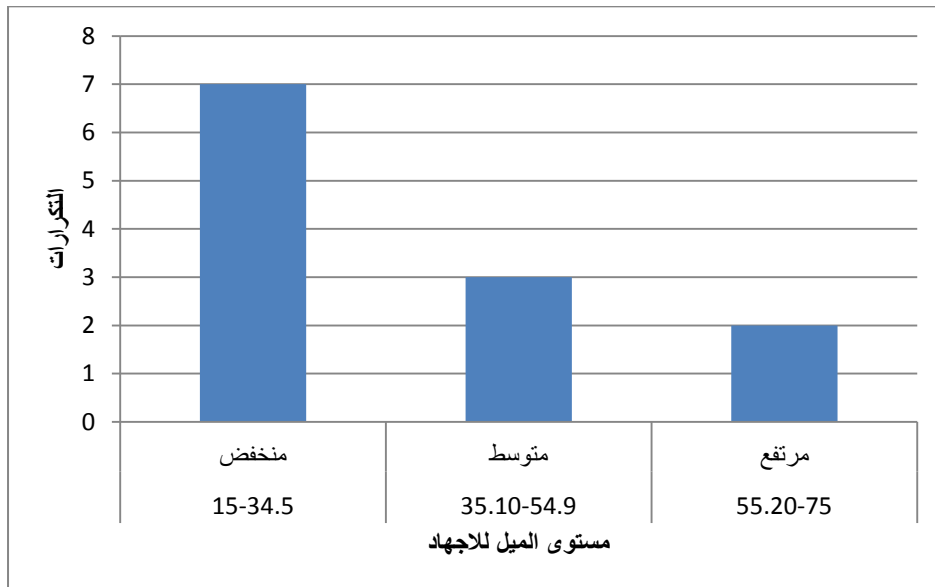
في الأعراض السلوكية (القياس القبلي)

العدد	نتائج القياس القبلي في أعراض الإجهاد السلوكية	مستوى الميل للإجهاد
1	40.00	متوسط
2	38.00	متوسط
3	25.00	منخفض
4	62.00	مرتفع
5	28,00	منخفض
6	55.00	مرتفع
7	29.00	منخفض
8	27.00	منخفض
9	30.00	منخفض
10	34.00	منخفض

متوسط	40.00	11
منخفض	31.00	12

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس القبلي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما يلي:
جدول رقم(24): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس القبلي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية)	القيمة
58.33	7	منخفض	50.00
25.00	3	متوسط	54.9-35.10
16.66	2	مرتفع	75-55.20
100	12	المجموع	



الشكل رقم(15): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس القبلي

من خلال الجدول (24) والشكل رقم (15) يتبين أن أغلب فئات العينة تتدرج تحت مستوى منخفض في أعراض الإجهاد السلوكية، وقد مثلت 7 أفراد بنسبة 58.33 تليها مستوى متوسط بنسبة 25.00 بمعدل 3 أفراد وفي الأخير احتلت الدرجة المرتفعة نسبة 16.66 بمعدل فردين.

II: عرض و تحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس البعدي:

1. حسب نتائج مقياس الإجهاد (القياس البعدي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس البعدي كما يلي:

جدول رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب درجات

الإجهاد في القياس البعدي

العدد	نتائج الإجهاد في القياس البعدي	مستوى الميل للإجهاد
1	116.00	منخفض
2	133.00	متوسط
3	98.00	منخفض
4	192.00	مرتفع
5	144.00	متوسط
6	196.00	مرتفع
7	141.00	متوسط
8	112.00	منخفض
9	125.00	متوسط
10	110.00	منخفض
11	194.00	مرتفع
12	133.00	متوسط

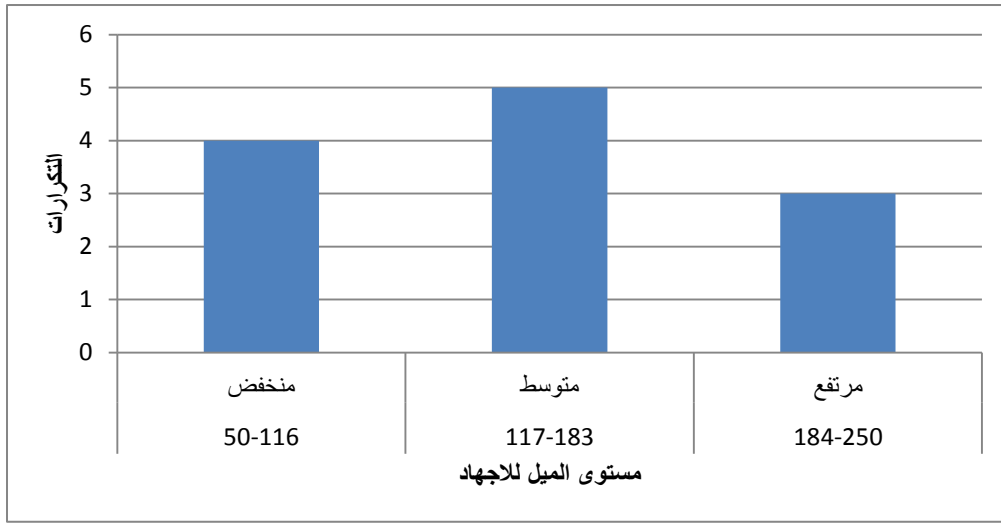
◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: جاءت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس

البعدي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما يلي:

جدول رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

في القياس البعدي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد	القيمة
33.33	4	منخفض	116-50
41.66	5	متوسط	183-117
25.00	3	مرتفع	250-184
100	12	المجموع	



الشكل رقم(16): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

في القياس البعدي

نلاحظ من خلال الشكل رقم(26) والجدول رقم (16) أن نتائج مقياس الإجهاد في القياس البعدي أغلبها متوسطة بمعدل 5 أفراد بنسبة 41.66 تليها المستوى المنخفض بنسبة 33.33 وتحمل الإجهاد المرتفع أقل نسبة ب 25.00 بمعدل 3 أفراد.

2. حسب نتائج أبعاد مقياس الإجهاد (جسدية ، نفسية، سلوكية) في القياس بعدي:

1.2. حسب بعد الأعراض الجسدية (قياس بعدي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض الجسدية) في

القياس البعدي كما هو موضح في الجدول التالي :

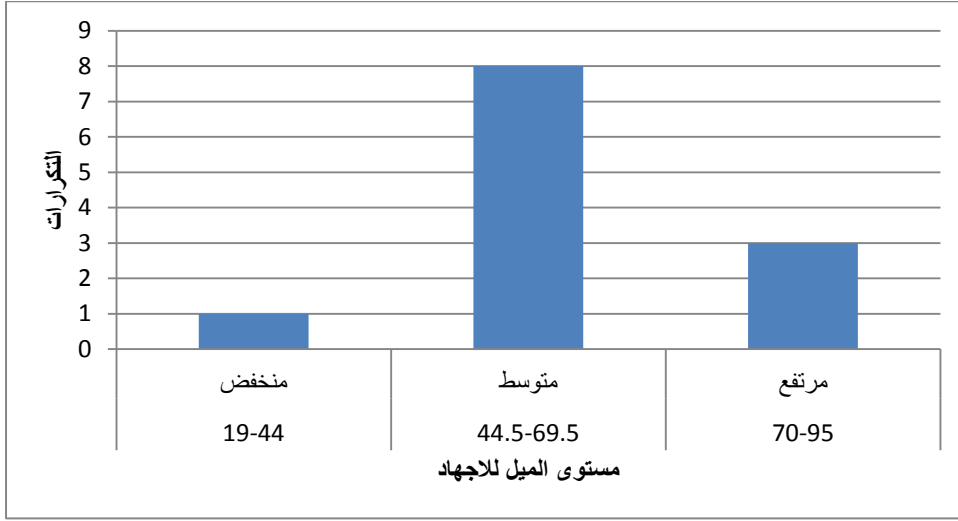
جدول رقم(27): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد

(الأعراض الجسدية) في القياس البعدي

العدد	نتائج القياس البعدي في أعراض الإجهاد الجسدية	مستوى الميل للإجهاد
1	49.00	متوسط
2	51.00	مرتفع
3	32.00	منخفض
4	67.00	مرتفع
5	55.00	متوسط
6	69.00	متوسط
7	52.00	متوسط
8	51.00	متوسط
9	50.00	متوسط
10	45.00	متوسط
11	88.00	مرتفع
12	61.00	متوسط

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: جاءت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس البعدي من حيث مستوى الميل للإجهاد كمايلي:
جدول رقم (28): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد
(الأعراض الجسدية) في القياس البعدي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية)	القيمة
08.33	1	منخفض	44-19
66.66	8	متوسط	69.5-44.5
25	3	مرتفع	95-70
100	12	المجموع	



الشكل رقم (17): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس البعدي

من خلال الجدول رقم (28) والشكل (17) نجد أن أعلى درجات الإجهاد في بعد الأعراض الجسدية قد تحصل عليها 3 أفراد من العينة بنسبة 25%، وفرد واحد تحصل على الدرجة المنخفضة بنسبة 8,33% من العينة أما باقي العينة فقد شكلت بنسبة 8 أفراد أي ما يعادل 66.66%.

2.2. حسب بعد الأعراض النفسية (القياس البعدي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس البعدي كمايلي:

جدول رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس البعدي

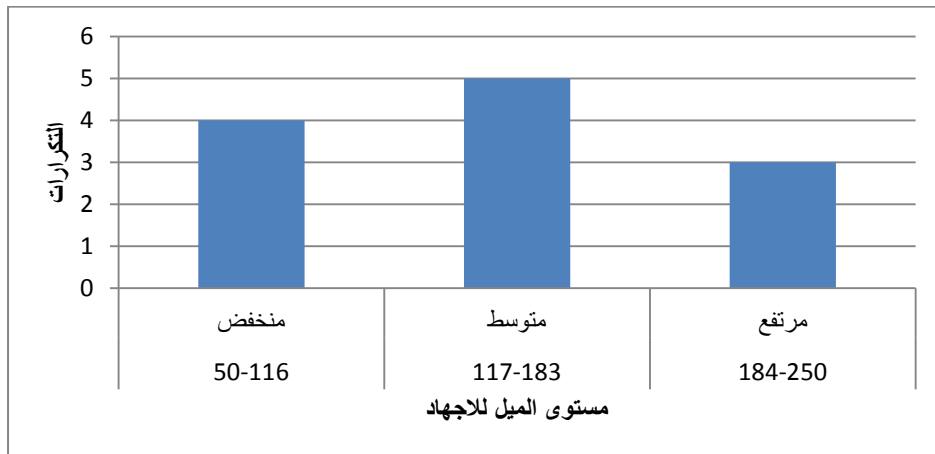
العدد	نتائج القياس البعدي في أعراض الإجهاد النفسية	مستوى الميل للإجهاد
1	32.00	منخفض
2	47.00	متوسط
3	35.00	متوسط
4	52.00	مرتفع
5	53.00	مرتفع
6	70.00	مرتفع
7	53.00	مرتفع

منخفض	34.00	8
متوسط	41.00	9
منخفض	37.00	10
مرتفع	67.00	11
متوسط	39.00	12

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس البعدي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما هو موضح في الجدول الموالي:
جدول رقم(30): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض النفسية) في القياس البعدي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية)	القيمة
25	3	منخفض	37.12-16
33.33	4	متوسط	58.56-73.44
41.66	5	مرتفع	80-58.88
100	12	المجموع	



الشكل(18): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد
(الأعراض النفسية) في القياس البعدي

من خلال الجدول (30) والشكل رقم (18) التي تخص نتائج بعد الأعراض النفسية تبين أن المستوى المرتفع من الإجهاد قد بلغ أعلى نسبة ب 41,66% أي ما يعادل 5 أفراد، يليه الدرجة المتوسطة من الإجهاد ب 4 أفراد بنسبة بلغت 33.33 % يليه الدرجة المنخفضة ب 3 أفراد نسبة 25%.

3.2. حسب بعد الأعراض السلوكية (القياس البعدي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس البعدي كما يلي:

جدول رقم(31): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد

(الأعراض السلوكية) في القياس البعدي

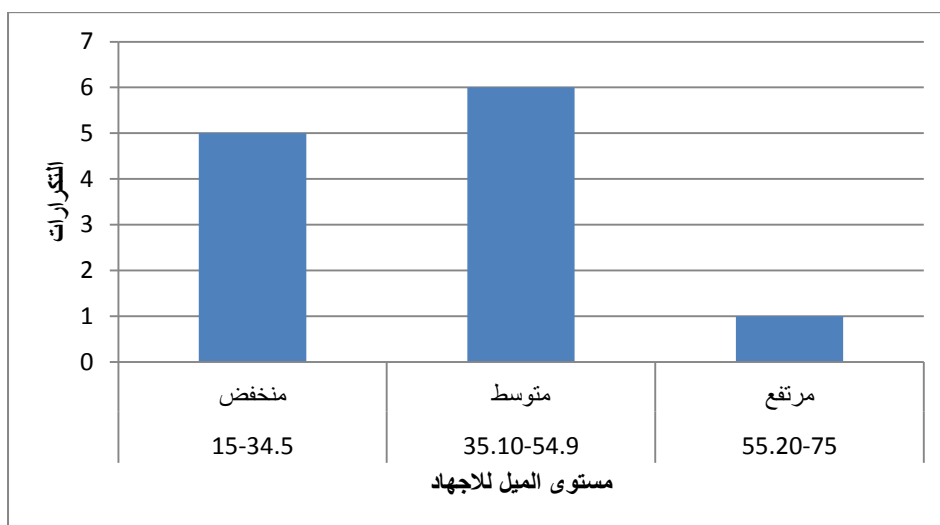
العدد	نتائج القياس البعدي في أعراض الإجهاد السلوكية	مستوى الميل للإجهاد
1	36.00	متوسط
2	35.00	متوسط
3	31.00	منخفض
4	73.00	مرتفع
5	36.00	متوسط
6	57.00	متوسط
7	36.00	متوسط
8	27.00	منخفض
9	34.00	منخفض
10	28.00	منخفض
11	39.00	متوسط
12	33.00	منخفض

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد(الأعراض السلوكية) في القياس البعدي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم(32): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض السلوكية) في القياس البعدي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية)	القيمة
41.66	5	منخفض	34.5-15
50.00	6	متوسط	54.9-35.10
08.33	1	مرتفع	75-55.20
100	12	المجموع	



الشكل رقم (19): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض السلوكية) في القياس البعدي

من خلال الجدول رقم (32) والشكل رقم (19) يتضح أن النسبة المتوسطة في مستوى الإجهاد كانت الأعلى بنسبة 50.00% وشكلت 6 أفراد من العينة، أما باقي العينة فقد توزعت على الدرجة المنخفضة بعدد 5 أفراد من العينة، وبلغت النسبة 41.66% أما الدرجة المرتفعة فقد تحصل عليها فرد واحد فقط بنسبة 8.33%.

III. عرض وتحليل نتائج مقياس الإجهاد في القياس التتبعي:

1. حسب نتائج مقياس الإجهاد (القياس التتبعي):

← حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس التتبعي كما يلي:

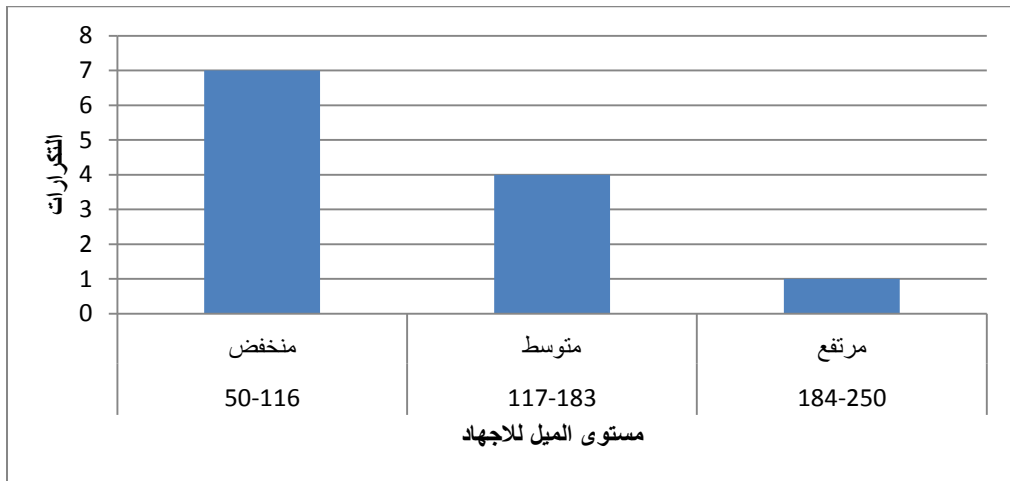
جدول رقم (33): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد في القياس التتبعي

العدد	نتائج القياس التتبعي	مستوى الميل للإجهاد
1	125.00	متوسط
2	110.00	منخفض
3	72.00	منخفض
4	96.00	منخفض
5	121.00	متوسط
6	144.00	متوسط
7	107.00	منخفض
8	120.00	متوسط
9	99.00	منخفض
10	112.00	منخفض
11	201.00	مرتفع
12	77.00	منخفض

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد في القياس
التتبعي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما هو موضح في الجدول الموالي:
جدول رقم (34): توزيع أفراد العينة حسب مستوى

الميل للإجهاد في القياس التتبعي

القيمة	مستوى الميل للإجهاد	التكرار	النسبة المئوية
116-50	منخفض	7	58,33
183-117	متوسط	4	33.33
250-184	مرتفع	1	08.33
المجموع			100



الشكل رقم (20): توزيع أفراد العينة حسب مستوى

الميل للإجهاد في القياس التتبعي

من خلال الجدول (34) والشكل (20) يتضح أن نتائج العينة في القياس التتبعي بظهور أعلى نسبة لمستوى إجهاد منخفض ب 58,33% أي بمعدل 7 أفراد وبلييه مستوى المتوسط ب 33,33% أي ما يعادل 4 أفراد في حين وجد فرد واحد ذو مستوى إجهاد مرتفع بنسبة 8,33%.

2. حسب نتائج أبعاد مقياس الإجهاد (جسدية ، نفسية ، سلوكية) في القياس التتبعي:

1.2. حسب بعد الأعراض الجسدية (القياس التتبعي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض الجسدية) في

القياس التتبعي كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (35): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد

(الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي

العدد	نتائج القياس التتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية	مستوى الميل للإجهاد
1	55.00	متوسط
2	49.00	متوسط
3	40.00	منخفض
4	30.00	منخفض
5	68.00	متوسط

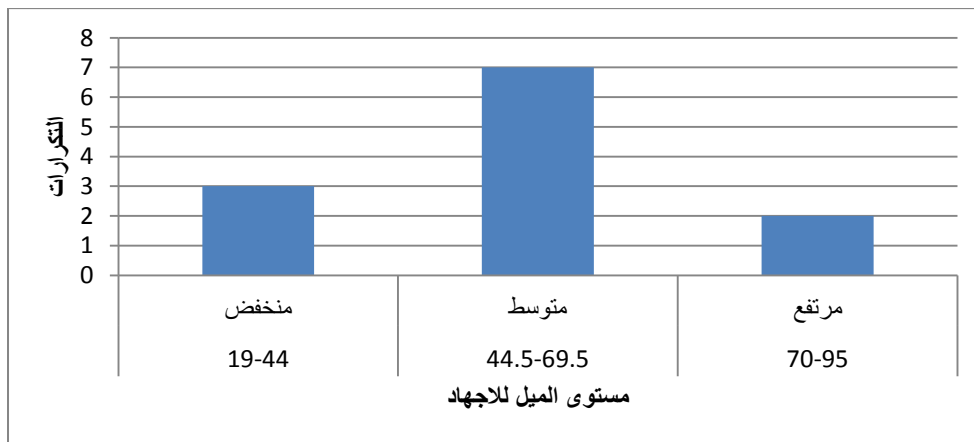
مرتفع	72.00	6
متوسط	50.00	7
منخفض	35.00	8
متوسط	45.00	9
متوسط	46.00	10
مرتفع	80.00	11
منخفض	22.00	12

◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (36): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض الجسدية)	القيمة
33.33	4	منخفض	44-19
50	6	متوسط	69.5-44.5
16.66	2	مرتفع	95-70
100	12	المجموع	



الشكل رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض الجسدية) في القياس التتبعي

من خلال الجدول رقم(36) والشكل رقم (21) نجد أن العينة تتوزع حسب مستوى الإجهاد في الأعراض الجسدية إلى المستوى المتوسط بمعدل 7 أفراد بنسبة قدرت ب 58,33% يليه المستوى المنخفض 3 أفراد بنسبة قدرت ب 25%، أما المستوى المنخفض مثله فردين فقط بمعدل 16,66%.

2.2. حسب بعد الأعراض النفسية (القياس التتبعي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض النفسية) في القياس التتبعي كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (37): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد

(الأعراض النفسية) في القياس التتبع

العدد	نتائج القياس التتبعي في أعراض الإجهاد النفسية	مستوى الميل للإجهاد
1	44,00	متوسط
2	37,00	منخفض
3	17,00	منخفض
4	46,00	متوسط
5	17,00	منخفض
6	40,00	متوسط
7	38,00	متوسط
8	60,00	مرتفع
9	39,00	متوسط
10	39,00	متوسط
11	46,00	متوسط
12	19,00	منخفض

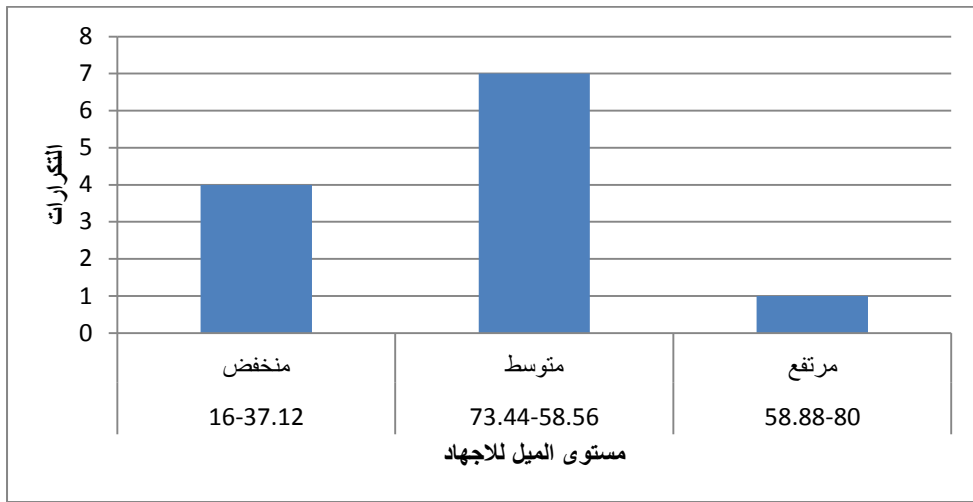
◀ حسب مستوى الميل للإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض

النفسية) في القياس التتبعي من حيث مستوى الميل للإجهاد كما يلي:

جدول رقم(38): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض النفسية) في القياس التتبعي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض النفسية)	القيمة
33,33	4	منخفض	37.12-16
58.33	7	متوسط	58.56-73.44
8.33	1	مرتفع	80-58.88
100	12	المجموع	



الشكل رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض النفسية) في القياس التتبعي

من خلال الجدول رقم (38) والشكل رقم (22) يتضح أن الدرجة المتوسطة في مستوى الإجهاد كانت الأعلى بنسبة 58,33% وشكلت 6 أفراد من العينة أما باقي العينة فقد توزعت على الدرجة المنخفضة بعدد 4 أفراد من العينة وبلغت النسبة 33.33% أما الدرجة المرتفعة فقد تحصل عليها فرد واحد فقط بنسبة 8.33%.

1.2. حسب بعد الأعراض السلوكية (القياس التتبعي):

◀ حسب درجات الإجهاد: كانت درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (39): توزيع أفراد العينة حسب درجات الإجهاد

(الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي

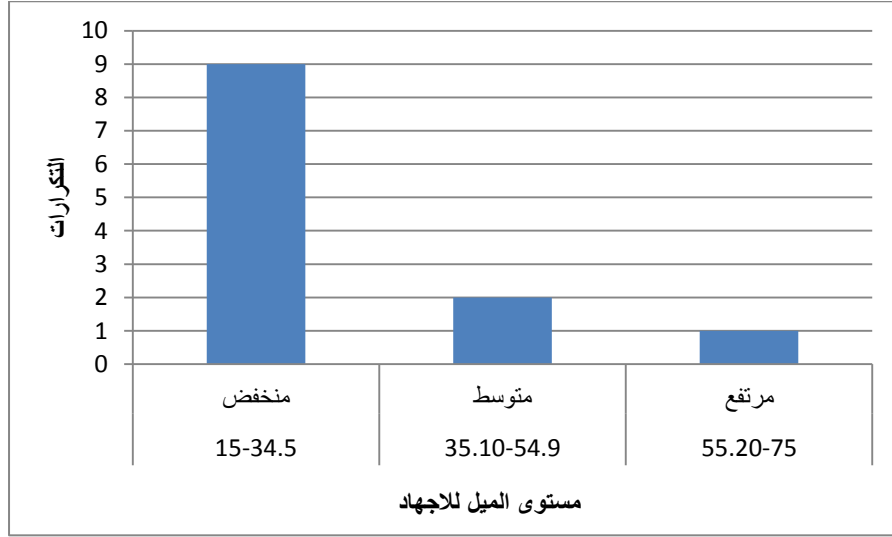
العدد	نتائج القياس التتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية	مستوى الميل للإجهاد
1	26.00	منخفض
2	24.00	منخفض
3	18.00	منخفض
4	20.00	منخفض
5	36.00	متوسط
6	32.00	منخفض
7	19.00	منخفض
8	25.00	منخفض
9	15.00	منخفض
10	27.00	منخفض
11	75.00	مرتفع
12	36.00	متوسط

◀ مستوى الميل للإجهاد: تتمحور درجات العينة بمقياس الإجهاد (الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي من حيث مستوى الميل للإجهاد ، كما يلي:

جدول رقم(40): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي

النسبة المئوية	التكرار	مستوى الميل للإجهاد (الأعراض السلوكية)	القيمة
75.00	9	منخفض	34.5-15
16.66	2	متوسط	54.9-35.10
8.33	1	مرتفع	75-55.20
100	12	المجموع	



الشكل رقم (23): توزيع أفراد العينة حسب مستوى الميل للإجهاد

(الأعراض السلوكية) في القياس التتبعي

من خلال الجدول (40) والشكل (23) التي تخص نتائج بعد الأعراض السلوكية تبين أن المستوى المنخفض من الإجهاد، قد بلغ أعلى نسبة ب 75.00% أي ما يعادل 9 أفراد يليه الدرجة المتوسطة من الإجهاد ب فردين بنسبة بلغت 16.66% يليه الدرجة المنخفضة ب فرد واحد نسبة 8.33%.

ثانياً: عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

جاءت الفرضية العامة كما يلي:

" للبرنامج التدريبي المقترح فعالية في خفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين " وانقسمت منها فرضيتين جزئيتين يندرج تحت كل منها مجموعة من الفرضيات وهي كالتالي:

1. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي:

1. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد:

تذكير بالفرضية :

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين ".

لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد
إعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي SPSS 18 مستخدمين اختبار ويلكيسون
لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (41): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد

الانحراف المعياري	خطاه المعياري	المتوسط	العدد	
11.08	3.20	197	12	القياس القبلي في مستوى الإجهاد
35.92	10.37	141	12	القياس البعدي في مستوى الإجهاد

يتضح من الجدول أعلاه الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في
القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد، أن المتوسط الحسابي بالقياس القبلي بلغ 197
درجة بذلك يندرج في المستوى المرتفع من الإجهاد في حين كان متوسط العينة في القياس
البعدي 141 وهو مستوى متوسط حسب سلم التصحيح للمقياس، وبالنظر إلى المتوسط
الحسابي للقياسين نلاحظ وجود تباعد بينهما بلغ 56 درجة، وبالنسبة لانحراف الدرجات عن
المتوسط فنجد في القياس القبلي يساوي 11.8 وفي القياس البعدي يساوي 35.92 . ومن
خلال ما سبق شرحة فإن التباعد بين المتوسطين والانحراف المعياري يدل على عدم وجود
تجانس بين نتائج العينة في القياس القبلي والبعدي في الإجهاد.

جدول رقم (42): اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في الاختبار القبلي

والبعدي في مستوى الإجهاد

القيمة الدالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.00*	3.06 -	0.00	0.00	12	القياس القبلي في مستوى الإجهاد
		78.00	6.50	12	القياس البعدي في مستوى الإجهاد

* دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.00 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي الفرضية محققة . ومنه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

كما تشير النتائج المتحصل عليها بالجدولين رقم (17) و(26) أن هناك تغيير في درجات الإجهاد لدى العينة في مستوى الإجهاد مقارنة بين القياس القبلي والبعدي، حيث لوحظ هناك تغيير بسيط لدى 3 أفراد في مستوى الإجهاد بين القياس البعدي والقبلي لكن بقيت النتائج تتدرج في المستوى المرتفع، في حين سجل انخفاض في مستوى الإجهاد لدى 5 أفراد إذ تغير من المستوى المرتفع إلى المستوى المتوسط، و 4 أفراد من المستوى المرتفع إلى المستوى المنخفض.

وكل ما سبق ذكره يدل على أن هناك انخفاض في درجة الإجهاد بين القياس القبلي والبعدي وهذا ما أكدته دراسة كل من غربي صبرينة دون سنة ، **1984 Games** ، **2008 Rolin Caty & al** و **2008 Patricia & Al** ، **2018 Galla Tielz** في حين اختلفت نتائج دراستنا مع دراسة نادية بومجان و جابر نصر الدين **2016** التي أكدت على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد في الاستجابات النفسية الجسدية والمعرفية في حين عدم وجود فروق دالة في البعد الفسيولوجي.

2. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد الأعراض الجسدية للإجهاد: تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.
لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس القبلي والبعدي في مستوى أعراض الإجهاد الجسدية، اعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي SPSS 18 مستخدمين اختبار ويلكيسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (43): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي
في أعراض الإجهاد الجسدية

الانحراف المعياري	خطاه المعياري	المتوسط	العدد	
4.51	1.30	89.00	12	القياس القبلي في أعراض الإجهاد الجسدية
14.10	4.07	55.83	12	القياس البعدي في أعراض الإجهاد الجسدية

يتضح من الجدول رقم (43) الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد الجسدية، أن المتوسط الحسابي لكلا القياسين غير متقارب بلغ في القياس إذ القبلي 89.00 وتعتبر الدرجة مرتفعة حسب جدول التصحيح للمقياس، وفي القياس البعدي بلغت 55.83 درجة وهي درجة متوسطة، وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تباعد بين المتوسطين بدرجة 33.67 ونفس الشيء بالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط وجدنا تباين كبير في انحراف العينة، إذ يساوي بالقياس القبلي 4.51 أما في القياس البعدي فقد بلغ 14.10 ويدل التباعد في الانحراف المعياري على عدم وجود تجانس بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد.

جدول رقم (44): إختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد الجسدية
بالقياس القبلي والبعدي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.00*	3.06 -	0.00	0.00	12	القياس القبلي في أعراض الإجهاد الجسدية
		78.00	6.50	12	القياس البعدي في أعراض الإجهاد الجسدية

* دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.00 وهي أصغر من قيمة مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي الفرضية محققة و نقبل الفرضية القائلة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في مستوى أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي. كما تشير النتائج المتحصل عليها بالجدولين رقم (20) (28) أنه كان هناك تغيير في درجات الإجهاد لدى العينة مقارنة بين القياس القبلي والبعدي، حيث وجدنا أغلب أفراد العينة قد تغير لديهم مستوى الإجهاد في الأعراض الجسدية؛ بالقياس البعدي تغير من المرتفع إلى المتوسط وبلغ عدد الأفراد 8 بنسبة 88.88 % في حين حافظ 3 أفراد على المستوى المرتفع مع تغيير طفيف في الدرجات، في حين كان هناك انخفاض كبير لدى فرد واحد من المستوى المرتفع إلى المستوى المنخفض بدرجة 32.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج العديد من الدراسات منها دراسة Patricia & al 2008 و دراسة Rolin Caty & al 2008 و دراسة Willian Fan & al 2005 و دراسة Charon&Al 2011 التي أكدت على البرامج العلاجية المعرفية لها أثر في خفض الاستجابات الجسدية للإجهاد، كما تعارضت دراستنا مع ما جاءت به نادية بومجان و جابر نصر الدين 2016 والتي أكدت على عدم وجود فروق في الاستجابات الجسدية للإجهاد بين القياس القبلي والبعدي في دراسة أجرتها لخفض مستوى الإجهاد لدى الممرضين.

3. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي في بعد الأعراض النفسية للإجهاد: تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي. لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية، اعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي SPSS 18 مستخدمين اختبار ويلكيسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (45): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي
في أعراض الإجهاد النفسية

الانحراف المعياري	الانحراف عن المتوسط	المتوسط	العدد	
6.88	3.65	71.58	12	القياس القبلي لأعراض الإجهاد النفسية
12.65	3,77	46.66	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد النفسية

يتضح من الجدول رقم (45) الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية أن المتوسط الحسابي لكلا القياسين غير متقارب إذ بلغ في القياس القبلي 71.58 وتعتبر الدرجة مرتفعة حسب جدول التصحيح للمقياس، وفي القياس البعدي 55.83 وهي درجة متوسطة، وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تباعد بين المتوسطين بدرجة 24.92 ونفس الشيء بالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط فهو يساوي بالقياس الأول 4.51 أما في القياس الثاني فقد بلغ 14.10 ويدل التباعد في الانحراف المعياري على عدم وجود تجانس بين القياسين القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد النفسية.

جدول رقم (46): اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد النفسية
في القياس القبلي و البعدي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.00*	3.06 -	0.00	0.00	12	القياس القبلي لأعراض الإجهاد النفسية
		78.00	6.50	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد النفسية

* دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.00 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.05 ، وبالتالي يساوي الفرضية القائلة توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في مستوى أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

كما تشير النتائج المتحصل عليها بالجدولين رقم (22) و(30) أن أفراد أغلبية أفراد العينة في القياس البعدي حافظت على المستوى المرتفع مع تغيير طفيف في الدرجات وبلغت نسبتهم 41.66%، و 4 أفراد قد تغير مستوى الإجهاد في الأعراض النفسية لديهم من المرتفع إلى المنخفض بلغت نسبتهم 33.33 أما بالنسبة لباقي العينة والتي بلغت 3 أفراد قد تغير المستوى لديهم من المرتفع إلى المنخفض.

ومنه نستخلص أن للبرنامج العلاجي المقدم أثر في خفض مستوى الأعراض النفسية للإجهاد وهذا ما أكدت عليه دراسة كل من **نادية بومجان و جابر نصر الدين 2016** على أنه توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد بالاستجابات الانفعالية، كما أكدته أيضا دراسة **2008 Rolin Caty & al** ، دراسة **2005 Willian Fan & al** و دراسة **هدى ظاهر 2002** حيث بينت دراستها أن للبرنامج المعرفي السلوكي القدرة على ضبط الاستجابات الانفعالية للإجهاد لدى الممرضين.

4. عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي و البعدي في بعد الأعراض السلوكية للإجهاد:

تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد السلوكية لدى الممرضين لصالح القياس البعدي.

لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الأعراض السلوكية للإجهاد، اعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي **SPSS 18** مستخدمين اختبار ويلكيسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (47): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس القبلي والبعدي
في أعراض الإجهاد السلوكية

الإنحراف المعياري	الإنحراف عن المتوسط	المتوسط	العدد	
11.47	3.31	36.58	12	القياس القبلي في أعراض الإجهاد السلوكية
13.18	3.80	38.75	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد السلوكية

يتضح من الجدول رقم (47) الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد السلوكية أن المتوسط الحسابي لكلا القياسين متقارب إذ بلغ في القياس القبلي 36.58 وتعتبر الدرجة متوسط حسب سلم التصحيح للمقياس، وفي القياس البعدي 38.75 وهي درجة أيضا متوسطة. وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تقارب بين المتوسطين بلغ 2.17 درجة، كما هو الحال بالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط حيث يساوي بالقياس القبلي 11.47 أما في القياس البعدي فقد بلغ 13.18 ويدل هذا عن التقارب بين المتوسطين والانحراف المعياري على وجود تجانس بين القياسين القبلي والبعدي في أعراض الإجهاد السلوكية.

جدول رقم (48): إختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد السلوكية
في المقياس القبلي و البعدي

مستوى الدلالة	قيمة z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.18*	-1.33	48.00	06.68	12	القياس القبلي لأعراض الإجهاد السلوكية
		18.00	4.50	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد السلوكية

* غير دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.18 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ، وبالتالي يساوي الفرضية لم تتحقق.

وتعود النتيجة المتحصل عليها إلى أن متوسطات مستوى الإجهاد في الأعراض السلوكية بالقياس القبلي والبعدي متقاربة جدا حيث بلغ بالقياس القبلي 36.58 في حين يساوي بالقياس البعدي 38.75 فقد كان هناك تقارب كبير بين المتوسطين بفارق 2.17 بالإضافة إلى أن الانحراف عن المتوسط القياس القبلي والبعدي كان كبيرا حيث بلغ بالقياس القبلي 11.47 أما في القياس البعدي فقد بلغ 13.18، هذا ما جعل الفرضية غير دالة إحصائيا رغم وجود فروق بين المتوسطات. ومنه نقول توجد فروق غير دالة إحصائيا بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الأعراض السلوكية للإجهاد عند مستوى الدلالة 0.05 لصالح القياس القبلي.

كما يشير الجدولين رقم (24) و(32) أن هناك زيادة في عدد الأفراد ذوي المستوى المتوسط في الأعراض السلوكية للإجهاد بلغ عددهم من 4 أفراد إلى 6 أفراد، في حين تغير عدد الأفراد ذوي المستوى المنخفض من 6 أفراد بالقياس القبلي إلى 5 أفراد بالقياس البعدي، أما المستوى المرتفع فقد انخفض من فردين إلى فرد واحد.

وتختلف نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة نادية بومجان وجابر نصر الدين 2018 في دراسة لهما في خفض الإجهاد المهني لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة وبينت النتائج أن للبرنامج أثر في خفض مستوى الإجهاد في الاستجابات السلوكية، ومن المحتمل أن تكون نتيجة ما تحصلنا عليه راجع إلى تأثير أحداث الحياة اليومية والمشاكل التي يتعرض لها الممرضات والطريقة التي يعبر بها أفراد العينة عن شعورهم بالإجهاد، كما أن التغيرات السلوكية تتطلب وقت أطول وممارسة ذلك لأنها تعتبر عادات يصعب على الفرد تغييرها أو التخلي عنها.

◀ مناقشة عامة لنتائج الفرضية الجزئية الأولى وفروعها:

أثبتت الفرضية الجزئية الأولى وجود أثر للبرنامج في خفض مستوى الإجهاد عموما وأيضا وجد أثر في خفض مستوى الإجهاد بالأعراض الجسدية و النفسية في القياس القبلي والبعدي وقد اعتمدنا من أجل ذلك على مجموعة من الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في الدراسات السابقة التي اطلعنا عليها مثل : الاسترخاء، لعب الأدوار، النمذجة، المحاضرة والمناقشة أما بالنسبة للأعراض السلوكية فقد بينت ارتفاع بسيط في مستوى الإجهاد وعلى الرغم من تركيزنا على الواجبات المنزلية والتعزيز في بناء الجلسات التدريبية إلا أن

المشاركات مازلنا بحاجة لممارسة المهارات والسلوكيات حتى يتم استبدالها وتصبح بذلك سلوكيات جديدة مكتسبة لديهم.

II. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي و التتبعي:

1. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي و التتبعي في مستوى الإجهاد: تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد لدى المرضى لصالح القياس التتبعي.

لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد، اعتمدنا في معالجة بيانات البرنامج الإحصائي SPSS18 مستخدمين اختبار ويلكسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (49): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي

في مستوى الإجهاد

الانحراف المعياري	الانحراف عن المتوسط	المتوسط	العدد	
35.92	10.37	141.50	12	القياس البعدي لمستوى الإجهاد
33.70	9.72	114.91	12	القياس التتبعي لمستوى الإجهاد

يتضح من الجدول أعلاه الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف عن المتوسط والانحراف المعياري في القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد حيث تبين انخفاض في المتوسط الحسابي بين القياسين إذ بلغ في القياس البعدي 141.50 وتعتبر الدرجة متوسطة حسب جدول التصحيح للمقياس وفي القياس التتبعي 114.91 وهي درجة منخفضة وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تباعد بين المتوسطين بدرجة 26.59، كما نجد تباعد كبير بالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط فهو يساوي بالقياس البعدي 35.92 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 33.70 ويدل هذا التباعد في الانحراف المعياري على عدم تجانس العينتين بالقياسين البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد ويدل هذا على تشتت وتباعد الدرجات بالنسبة لكل قياس.

جدول رقم (50): اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في القياس البعدي و التتبعي

لمقياس الإجهاد

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
0.02*	2.27 -	10.00	02.50	12	القياس البعدي لمستوى الإجهاد
		68.00	08.50	12	القياس التتبعي لمستوى الإجهاد

* دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.02 وهي قيمة أقل من قيمة الدلالة الإحصائية ، وبالتالي الفرضية تحققت ونقول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإجهاد بالقياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي فإن للبرنامج المقدم فعالية حتى فترة شهرين. هذا ما تؤكدته نتائج أفراد العينة في المتوسطات الحسابية حيث سجلت انخفاض من مستوى متوسط بمتوسط حسابي قدره 141.50 بالقياس البعدي إلى مستوى منخفض بمتوسط حسابي قدر ب 114.91 في القياس التتبعي .

كما تشير النتائج المتحصل عليها بالجدولين رقم (26) و (34) أن هناك تغيير في درجات العينة حيث كان هناك زيادة في المستوى المنخفض للإجهاد من 4 أفراد بالقياس البعدي إلى 7 أفراد بالقياس التتبعي في حين سجلنا انخفاض في المستوى المتوسط حيث كان 5 أفراد في القياس البعدي في حين وجدنا 3 أفراد في القياس التتبعي، كما وجدنا أيضا انخفاض في عدد الأفراد ذوي المستوى المرتفع من 3 أفراد بالقياس البعدي إلى فرد واحد بالقياس التتبعي.

اتفقت نتائج دراستنا مع نتائج الدراسات التالية : **Rolin Carty & Al** 2003 والتي أثبتت نتائجها فعاليتها في خفض الإجهاد بعد فترة 3 أشهر من تقديم العلاج ، **william** **2005 Fan & Al** التي وجدت أيضا أثر للبرنامج المطبق بعد فترة " أشهر وأيضاً بعد فترة 6 أشهر وهذا ما أكدته أيضا دراسة **Shohrah & Tavadhda 2011** بعد تدريبهم على إدارة

الوقت أن هناك أثر للبرنامج بعد فترة شهرين ، وكذلك دراسة هدى طاهر 2002 ودراسة غربي صبرينة (دون سنة).

2. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي في الأعراض الجسدية للإجهاد: تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي.

لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية، اعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي SPSS18 مستخدمين اختبار ويلكيسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (51): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي

في أعراض الإجهاد الجسدية

الانحراف المعياري	الانحراف عن المتوسط	المتوسط	العدد	
14.10	4.05	55.83	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد الجسدية
17.26	4.98	49.33	12	القياس التتبعي لأعراض الإجهاد الجسدية

يتضح من الجدول رقم (51) الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية أن المتوسط الحسابي لكلا القياسين متقارب إذ بلغ في القياس البعدي 55.83 وتعتبر الدرجة متوسطة حسب سلم التصحيح للمقياس وفي القياس التتبعي 49.33 وهي درجة أيضا متوسطة، وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تباعد بين المتوسطين ب 6.5 درجة، كما هو الحال بالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط حيث يساوي بالقياس البعدي 14.10 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 17.26 بفارق 3.16 ويدل هذا عن التقارب بين المتوسطين والانحراف المعياري على وجود تجانس بين القياسين البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد الجسدية.

جدول رقم (52): اختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة

في أعراض الإجهاد الجسدية

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
*0.36	- 0.90	27.50	5.50	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد الجسدية
		50.50	7.21	12	القياس التتبعي أعراض الإجهاد الجسدية

* دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.36 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ، و بالتالي الفرضية لم تتحقق . وتعود النتيجة المتحصل عليها إلى أن متوسطات مستوى الإجهاد في الأعراض الجسدية بالقياس البعدي و التتبعي متقاربة جدا حيث بلغ بالقياس البعدي 55.83 في حين يساوي القياس التتبعي 49.33 فقد كان هناك تباعد كبير بين المتوسطين بفارق 6.5 بالإضافة إلى أنه وجدنا تباين كبير بين الانحراف المعياري والمتوسط حيث بلغ بالقياس البعدي 14.10 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 17.26 هذا ما جعل الفرضية غير دالة إحصائيا رغم وجود فروق بين المتوسطات. ومنه نقول توجد فروق غير دالة إحصائيا بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد في الأعراض الجسدية عند مستوى الدلالة 0.05 لصالح القياس التتبعي.

كما تبين بالجدولين رقم (28) و (36) أن هناك اختلاف ملحوظ بين درجات أفراد العينة في القياس البعدي و التتبعي إذ توزعت كما يلي؛ مستوى منخفض فرد في القياس البعدي و 4 أفراد بالقياس التتبعي و 8 أفراد تحصلوا على درجة متوسطة في مستوى الإجهاد (أعراض جسدية) في حين انخفض العدد إلى 6 أفراد في القياس التتبعي، أما بالنسبة للمستوى المرتفع من الإجهاد فقد انخفض من 3 أفراد إلى 2 أفراد.

ومن خلال ما سبق تقديمه فإن نتائج دراستنا تختلف مع نتائج الدراسات الأخرى حيث وجدت بومجان نادية وجابر نصر الدين 2016 أن هناك فروق دالة بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الإجهاد لدى الأساتذة الجامعيين لصالح القياس التتبعي وهذا ما أكدته أيضا دراسة كل من Rolin Carty & Al 2003 و William Fan & Al 2005 .

3. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي في الأعراض النفسية للإجهاد: تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي.

لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى أعراض الإجهاد النفسية، اعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي SPSS18 مستخدمين اختبار ويلكيسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (53): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية

الانحراف المعياري	الانحراف عن المتوسط	المتوسط	العدد	
12.65	3.65	46.66	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد النفسية
13.07	3.77	36.83	12	القياس التتبعي لأعراض الإجهاد النفسية

يتضح من الجدول أعلاه الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية أن المتوسط الحسابي لكلا القياسين متقارب نوعاً ما؛ إذ بلغ في القياس البعدي 46.66 وتعتبر الدرجة متوسطة حسب سلم التصحيح للمقياس وفي القياس التتبعي 36.83 وهي درجة منخفضة، وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تباعد بين المتوسطين بـ 9.83 درجة. وبالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط فقد كان بالقياس البعدي 12.65 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 13.07 بفارق 3.16 ويدل هذا التباعد بين المتوسطين والانحراف المعياري على عدم وجود تجانس بين القياسين البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد النفسية.

جدول رقم (54): إختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد النفسية في القياس البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
*0.07	1.76 -	16.50	05.50	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد النفسية
		61.50	06.83	12	القياس التتبعي لأعراض الإجهاد النفسية

* دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.07 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي يساوي الفرضية غير محققة. وترجع النتيجة المتحصل عليها في إختبار ويليكسون إلى أن متوسطات مستوى الإجهاد في الأعراض النفسية بالقياس البعدي والتتبعي متقاربة نوعاً حيث بلغ بالقياس البعدي 46.66 في حين يساوي بالقياس التتبعي 36.75 فقد كان هناك تقارب ما بين المتوسطين بفارق قدره 9.83 بالإضافة إلى الإنحراف المعياري عن المتوسط الحسابي بالقياسين كان معتبر قدر بالقياس البعدي 12.65 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 13.07 هذا ما جعل الفرضية غير دالة إحصائياً رغم وجود فروق بين المتوسطات. ومنه نقول: توجد فروق غير دالة إحصائياً بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الأعراض النفسية للإجهاد عند مستوى الدلالة 0.05 لصالح القياس التتبعي.

كما تشير نتائج توزيع العينة بالقياسين البعدي والتتبعي حسب الجدولين رقم (30) و(28) أن الفئة ذات المستوى المتوسط من الإجهاد سجلت زيادة حيث كونت 4 أفراد في القياس البعدي و7 أفراد في القياس التتبعي كما أن المستوى المرتفع من الإجهاد قد سجل انخفاض ملحوظ من 5 أفراد بالقياس البعدي إلى فرد واحد بالقياس التتبعي أما بالمستوى المنخفض فقد سجلنا فراق فرد واحد ما بين القياس البعدي و التتبعي إذ كان لدينا 3 أفراد وأصبح هناك 3 أفراد بالقياس التتبعي.

بمقارنة ما توصلنا إليه في هذه الدراسة نجد أنها تتفق مع دراسة كل من **Rolin Carty** و **AI & 2003** و **william Fan & AI 2005** في أن البرنامج قد حافظ على أثره بعد فترة من تطبيقه.

4. عرض ومناقشة نتائج القياس البعدي والتتبعي في الأعراض السلوكية للإجهاد: تذكير بالفرضية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية لدى الممرضين لصالح القياس التتبعي. لمعرفة مدى وجود فروق من عدمها بين القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية، اعتمدنا في معالجة البيانات البرنامج الإحصائي **SPSS18** مستخدمين اختبار ويليكسون لعينة واحدة وتحصلنا على النتائج التالية:

جدول رقم (55): نتائج المعالجة الإحصائية بالقياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية

الانحراف المعياري	الانحراف عن المتوسط	المتوسط	العدد	
13.18	10.37	38.75	12	القياس البعدي لأعراض الإجهاد السلوكية
15.87	9.72	29.41	12	القياس التتبعي أعراض الإجهاد السلوكية

يتضح من الجدول رقم (55) الذي يمثل كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في القياس البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية أن المتوسط الحسابي لكلا القياسين متباعد نوعاً ما إذ بلغ في القياس البعدي 38.75 وتعتبر الدرجة متوسطة حسب سلم التصحيح للمقياس، وفي القياس التتبعي 29.41 وهي درجة منخفضة، وبالمقارنة مع المتوسط الحسابي للقياسين نجد تباعد بين المتوسطين قدر بـ 9.34 درجة. وبالنسبة لانحراف الدرجات عن المتوسط فقد كان بالقياس البعدي 13.18 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 15.87 بفارق 2.69 ويدل هذا عن التباعد بين المتوسطين والانحراف المعياري على وجود تجانس بين القياسين البعدي والتتبعي في أعراض الإجهاد السلوكية.

جدول رقم (56): إختبار (Z) للفروق بين متوسطات العينة في أعراض الإجهاد السلوكية في البعدي و التتبعي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	
*0.07	-01.77	13.00	06.50	12	القياس البعدي في أعراض الإجهاد السلوكية
		53.00	05.89	12	القياس التتبعي لأعراض الإجهاد السلوكية

* غير دال عند مستوى 0.05

تبين من الجدول أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 حيث بلغت القيمة الدالة 0.07 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي الفرضية غير محققة . وتعود النتيجة المتحصل عليها في اختبار ويليكسون إلى أن متوسطات مستوى الإجهاد في الأعراض السلوكية بالقياس البعدي والتتبعي متقاربة نوعا حيث بلغ بالقياس البعدي 46.66 في حين يساوي بالقياس البعدي 38.75 فقد كان هناك تقارب نوعا ما بين المتوسطين بفارق قدره 9.83 بالإضافة إلى الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي بالقياسين كان معتبر قدر بالقياس البعدي 38.75 وفي القياس التتبعي 29.41 ، بالإضافة إلى انحراف العينة عن المتوسط بدرجة كبيرة سواء بالقياس البعدي أو التتبعي حيث بلغ بالقياس البعدي 13.18 أما في القياس التتبعي فقد بلغ 15.87، هذا ما جعل الفرضية غير دالة إحصائيا رغم وجود فروق بين المتوسطات. ومنه يمكن أن نقول: توجد فروق غير دالة إحصائيا بين القياس البعدي والتتبعي في مستوى الأعراض النفسية للإجهاد عند مستوى الدلالة 0.05 لصالح القياس التتبعي .

ويشير الجدولين رقم (32) و(40) إلى تباين كبير بين درجات العينة في مستوى الإجهاد الأعراض السلوكية حيث أننا وجدنا 6 أفراد من ذوي مستوى الإجهاد المتوسط بالقياس البعدي مقارنة ب 2 أفراد في القياس التتبعي، في حين حافظ المستوى المرتفع على عدد أفراده بكلا القياسين البعدي والتتبعي إذ بلغ فرد واحد أما بالنسبة لمستوى الإجهاد المنخفض، فقد سجلنا إرتفاع في عدد الأفراد من 5 أفراد بالقياس البعدي إلى 9 أفراد بالقياس التتبعي.

وقد جاءت نتائج دراسة "نادية بومجان و جابر نصر الدين 2016" مخالفة لنتائج دراستنا حيث وجد الباحثان أن هناك فروق دالة بين القياس البعدي والتتبعي في الاستجابات السلوكية للإجهاد لصالح القياس البعدي.

◀ مناقشة عامة لنتائج الفرضية الجزئية الثانية وفروعها:

ويمكننا القول أن النتائج التي تحصلنا عليها أكدت على استمرار أثر البرنامج المقدم لخفض مستوى الإجهاد بعد مدة شهرين سواء على مستوى الإجهاد بصفة عامة أو على مستوى الإجهاد في كل من الأعراض الجسدية، النفسية والسلوكية وهذا راجع إلى الاستراتيجيات التي تم اختيارها حسب ما تواجهه الممرضات من مشاكل في بيئة العمل تمثلت في : الاسترخاء، إعادة البناء المعرفي، لعب الأدوار، النمذجة وساهمت هذه الأخيرة في منح الممرضات فرص ليصبحن واعيات بالمواقف المجهدة التي تعتبر تهديدا لهن و عملت الاستراتيجيات المقدمة على تدريبهن أيضا على طريقة للتعامل مع المواقف المجهدة. ويؤكد Brenstein 1997 نقلا عن نادية بومجان و جابر نصر الدين 2016 أن تعلم بعض المهارات الإيجابية في التعامل مع الضغوط يساهم بشكل فعال في مواجهة الضغوط المستقبلية (بومجان وجابر، 2016، ص 331).

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل ربط الجوانب التصورية والنظرية بالجوانب المنهجية والتطبيقية وهذا بغرض التأكد من صدق الفرضيات التي قمنا بصياغتها من قبل، بعد أن تم تفكيك عناصرها لتفسير معطياتها وفهمها ثم تجميع الحقائق المستخلصة منها في نسق مترابط هو النتيجة العامة، التي عمدنا إلى مقارنتها بنتائج الدراسات السابقة وأغلب افتراضات التي جاءت بها النظريات المعرفية السلوكية وذلك من أجل إثراء الدراسة وتدعيمها علميا.

خاتمة

خاتمة:

نظرا لما يمثله الإجهاد المهني من خطورة على الأفراد والمؤسسات خصوصا على العاملين بالقطاع الصحي وبالتحديد الممرضين نتيجة لتعاملهم المباشر مع المرضى وأولياهم، الطبيب، المسؤولين، حاولنا في هذه الدراسة تقديم البرنامج تدريبي لخفض الإجهاد المهني منطلقين من تساؤل رئيسي إذا ما كان هناك فعالية للبرنامج المقدم ثم إذا ما كان هناك تأثيرا للبرنامج على الجوانب التالية (الجسمي، النفسي والانفعالي) وسعيا للتحقق من الفرضيات قمنا بتطبيق البرنامج يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية واستخدمنا عدة تقنيات من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

و اعتمدنا في ذلك على المنهج التجريبي ذو المجموعة التجريبية الواحدة بقياس قبلي وبعدي، وقد استخدمنا مقياس الإجهاد المهني للباحثة بن زروال فتيحة لجمع بيانات الدراسة كما أعدنا البرنامج من أجل خفض مستوى الإجهاد لدى الممرضين.

بدأنا أول خطوة بالدراسة الاستطلاعية حول مجتمع الدراسة الذي بلغ عدده 471 من ممرضي مستشفى الحكيم عقبي قالمة خلال السنة 2018 التي ساعدتنا على تحديد عينة الدراسة والفهم العميق لها مما أدى إلى اختيار العينة من مصلحة طب الأطفال وقدرت عينة الدراسة ب 12 فردا، ومن أجل التأكد من فرضيات الدراسة في الوقوف على مدي تأثير البرنامج في خفض مستوى الإجهاد وأيضا مدى فعاليته، قمنا بعملية القياس القبلي والبعدي وأيضا قياس تتبعي بعد فترة شهرين من تطبيق القياس البعدي على نفس العينة.

و بعد جمع البيانات وتحليلها أسفرت المعالجة الإحصائية والتي اعتمدت بشكل أساسي على نظام SPSS 18 تحصلنا على النتائج التالية:

بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإجهاد بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. قد تحققت حيث بلغ المتوسط الحسابي بين القياس القبلي والبعدي في مستوى الإجهاد 197 و 141 على التوالي.

بالنسبة للفرضية الفرعية الأولى القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في بعد الأعراض الجسدية للإجهاد بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي قد تحققت، بحيث

وجدنا انخفاض في مستوى الإجهاد اذ بلغ 89.00 في القياس القبلي و55.83 في القياس البعدي.

بالنسبة للفرضية الفرعية الثانية القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في بعد الأعراض النفسية للإجهاد بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي قد تحققت بحيث وجدنا انخفاض قدر ب 24.92 لصالح القياس البعدي.

بالنسبة للفرضية الفرعية الثالثة القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في بعد الأعراض السلوكية للإجهاد بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. لم تتحقق الفرضية حيث وجدنا الفروق لصالح القياس القبلي وليس القياس البعدي، ولكن بلغ المتوسط الحسابي بالقياس البعدي 38,75 و بالقياس القبلي 36.58 وعليه نقول توجد فروق غير دالة إحصائية في بعد الأعراض السلوكية للإجهاد بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي

بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي قد تحققت وعليه نقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي.

بالنسبة للفرضية الفرعية الأولى القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في بعد الأعراض الجسدية للإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي لم تتحقق. إلا أن المتوسط الحسابي بالقياس التتبعي بلغ 49.33 وهي قيمة أصغر من المتوسط الحسابي بالقياس البعدي الذي بلغ 55.83. وعليه نقول توجد فروق غير دالة إحصائية في بعد الأعراض الجسدية للإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي.

بالنسبة للفرضية الفرعية الثانية القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في بعد الأعراض النفسية للإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي لم تتحقق وعلى الرغم من عدم وجود فروق دالة إحصائية إلا أن المتوسط الحسابي بالقياس البعدي بلغ 46.66 وهي قيمة اكبر من المتوسط الحسابي بالقياس التتبعي الذي بلغ 36.83. توجد فروق غير دالة إحصائية في بعد الأعراض النفسية للإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي.

بالنسبة للفرضية الفرعية الثالثة القائلة بوجود فروق دالة إحصائية في بعد الأعراض السلوكية للإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي. لم تتحقق. إلا أن المتوسط الحسابي بالقياس البعدي بلغ 38.75 وهي قيمة أكبر من المتوسط الحسابي بالقياس التتبعي الذي بلغ 29.41. وعليه نقول أن توجد فروق غير دالة إحصائية في بعد الأعراض السلوكية للإجهاد بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي.

◀ الاقتراحات والتوصيات :

من خلال ما تقدم توصي الباحثة بجملة من التوصيات :

- ضرورة الاهتمام بالعنصر البشري كأحد أهم عوامل الإنتاج خصوصا في مجال الصحة أين يلعب الممرض دورا أساسيا في جودة الخدمات المقدمة للمرضى .
- تكوين أفراد قادرين على العمل في بيئة عمل سلبية، وأهمية توفير المحفزات للمرضى
- تدريب الممرضين على بعض المهام التي تشكل لهم عائق أمام أداء مهامهم والتي تؤدي أحيانا إلى مشاكل مع المريض والأهل
- تنظيم العمل وتوفير الوسائل التي تسهل على الممرضين أداء مهامهم
- خلق روح المنافسة بين الممرضين .
- تكوين مجموعات عمل تجمع بينهم علاقات جيدة .
- عقد ندوات وأيام دراسية حول المشاكل التي يعاني منها الممرضين في ميدان العمل للعمل على توعية الممرضين بمشكلة الإجهاد المهني.
- إعداد فحص دوري أين يعرض الممرضين على الإحصائي النفسي .
- ضرورة تقديم جلسات علاجية للممرضين وخضوعهم لاختبارات نفسية بشكل دوري.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

- 1) أحمد عبد الخالق (1996) استخبارات الشخصية، دار المصرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 2) أحمد فاضلي (2009) أساليب التعامل مع ضغوط نفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب اليأس رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
- 3) أحمد فاضلي، رشيد مسيلي (2004) الآثار النفسية للانتفاضة الفلسطينية، الجزائر، دار قرطبة.
- 4) أحمد ماهر (2002) السلوك التنظيمي، مدخل بنك المهارات، ط1، الدار الجامعية، القاهرة.
- 5) إبراهيم باجس (2015) فعالية البرنامج تدريبي في تحسين الضبط الذاتي وخفض العزلة لدى الطلبة المراهقين، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد42، العدد1.
- 6) أندرودي سيزلاتي، جعفر أبو القاسم (1991) السلوك التنظيمي والأداء، ط1، معهد الإدارة العامة للبحوث.
- 7) آرون بيك، عادل مصطفى (2001) العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية.
- 8) أحمد مطيع (2010) التكيف مع الضغوط النفسية دراسة ميدانية، دار الحامد، عمان ، ط1.
- 9) آدم العتيبي (1997) علاقة ضغوط العمل بالاضطرابات السيكوماتية والغياب الوظيفي لدى العاملين في القطاع الحكومي في الكويت.
- 10) الهاشمي القوي ومنصور الزاهي (2014) فعالية البرنامج مقترح في الألعاب التربوية لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال التربية التحضيرية بمدينة ورقلة، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، عدد24.
- 11) أسماء مصطفى، محمد سعد (2009) النظرية المعرفية للسلوك غير السوي لطابات المدارس ، دار الجامعة الجديدة السعودية.

- 12) إسماعيل علوي، عيشي زغبوش (2009) العلاج النفسي المعرفي - مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية- ، جدار للكتاب العالمي وعالم الكتب الحديث، عمان الإردن.
- 13) بشرى إسماعيل (2004) ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، ط1 ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- 14) بلحسيني وردة (2011) أثر البرنامج المعرفي السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة رسالة دكتوراه ، جامعة ورقلة.
- 15) بن زروال فتيحة (2008) أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر واستراتيجيات المواجهة) رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2007.
- 16) بن شيخ رزيقة (2018) مدى فعالية الإرشاد الجماعي في تخفيف الضغط النفسي لدى المرأة العاملة، رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة سطيف 2
- 17) بوبكر دباغ (2013) البرامج الإرشادية كأحد أهم الاستراتيجيات للتخفيف من حدة الإحترق نفسي في مهنة التدريب، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 12.
- 18) بنجمان ستورا ترجمة أنطوان هاشم (1997) الإجهاد أسبابه وعلاجه ، ط1، منشورات عويدات بيروت لبنان.
- 19) جابر نصر الدين ونادية بومجان(2013) الاتجاهات الرائدة في الاتجاه المعرفي السلوكي، مجلة علوم الإنسانية والمجتمع العدد 6.
- 20) جمال محمد أبو شنب (2007) المناهج والطرق والأدوات الإسكندرية، ط1 ، دار المعرفة الجامعية.
- 21) جودة رنده، إيمان اليافي (2012) العلاقة بين البيروقراطية والرضى الوظيفي وضغط العمل بالقطاع العام، مجلة البصائر. مجلد 5، العدد 2.
- 22) خوالف رحيمة (2010) أثر الضغوط المهنية على تطبيق الجودة الشاملة دراسة حالة المستشفى الجامعي تلمسان . les cahiers de Macs, NG , Decembre 2010.
- 23) جودت عزت، سعيد حسني (2005) تعديل السلوك الإنساني، دليل الآباء والمرشدين التربويين، ط1، دار الثقافة ، عمان الأردن.

- 24) حسن صادق (2010) **ضغوط العمل، مصادرها ومسبباتها نتائجها وآثارها،** مداخلة مقدمة في ندوة ضغوط العمل والصراعات و ورشة عمل التعامل مع ضغوط العمل، جامعة الدول العربية المنتظمة العربية للتنمية المستدامة.
- 25) حسبية بروان(2012) **دراسة حالة علاج سلوكي معرفي في حالة اكتئاب نفسي** دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية عدد 8 .
- 26) حمزة مزياني (2006) **المعتقدات الإدمانية - دراسة حالة تحليلية لنموذج بيك في تفسير سلوك الإدمان -** ، مجلة المرشد ، المجلد 4، العدد4.
- 27) حسين حريم (2003) **ضغوط العمل لدى الكادر التمريضي في المستشفيات الخاصة بالأردن -** دراسة ميدانية المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية الإنسانية ، المجلد السادس العدد 1 .
- 28) حسين حريم (2004) **السلوك التنظيمي - سلوك الأفراد، والجماعات في منظمات الأعمال-** دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.
- 29) حمدي عبد الله (2013) **البرامج الإرشادية - مجموعة برامج عملية ونماذج تطبيقية، ط1 ،** مكتبة أولاد الشيخ للتراث، الجيزة ، مصر .
- 30) حدة يوسفى (2006) **التدريب على التحصين التدريجي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكنبيوم،** مجلة دراسات نفسية و تربوية، مجلد 2 ، العدد 6.
- 31) حمدان محمد (2008) **السلوك التنظيمي والتحديات المستقبلية في المؤسسة التربوية ، ط1 ،** دار كامد للبحوث الأردن.
- 32) خالد عسل (2008) **العلاج المعرفي السلوكي للنمط "أ" عن الشخصية،** القاهرة، دار الوفاء لندنيا الطباعة و النشر.
- 33) مصطفى خير الزراد (1984) **الأمراض العصابية والذهانية الاضطرابات السلوكية، ط1 ،** بيروت ، دار العلم.
- 34) رجاء مريم، أمل الأحمد(2008) **مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض-** دراسة ميدانية في المستشفيات التابعة لوزارة التعليم العالي في محافظة دمشق-، المجلد 24، العدد 2 .

- 35) رياض العاسمي (2015) التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي ، ط1 ، الإصدار للنشر و التوزيع.
- 36) رونالد ريجيو، فارس حلمي (2013) علم النفس الصناعي والتنظيمي، دار الشروق ، عمان ، الأردن.
- 37) رياض العاسمي (2008) أهمية برامج الإرشاد النفسي في تحقيق تفاعل الأدوار وتكاملها بين العاملين في معاهد الإعاقة العقلية، المكتبة الإلكترونية أطفال الخليج.
- 38) ساعد شفيق (2010) مصادر الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المراهقين رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة بسكرة
- 39) سالم أسامة (2014) فعالية البرنامج إرشادي أسري معرفي سلوكي في خفض القلق الإجتماعي وتحسين التفاعل الإجتماعي لدى الأبناء ذوي اضطرابات طيف التوحد، مجلة كلية التربية ،جامعة بنها 25 (7)
- 40) سعاد منصور، إناس رمضان (2011) فعالية البرنامج سلوكي في خفض الضغوط النفسية، أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، المجلة الأردنية في علوم التربية مجلد 7 عدد 4.
- 41) سعيد عبد العظيم وآخرون(2010) فنيات العلاج النفسي وتطبيقاته دار الفكر العربي، ط2 ، القاهرة، مصر
- 42) سمير شبحاني(2004) الضغط النفسي(طبيعته أسبابه، المساعدة الذاتية. المداومة، دار الفكر العربي (بيروت، لبنان)
- 43) سناء ناصر، أسماء ناصر (2018) فعالية البرنامج علاجي في خفض الضغوط النفسية وتحسين مفهوم الذات لدى طلبة جامعة فيلادلفيا (الأردن) مجلة الدراسات التربوية والنفسية، جامعة السلطان قابوس مجلد 12 عدد 3.
- 44) سهيلة محسن (2005) تعديل السلوك في التدريس، ط2، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن.
- 45) شايع عبد الله، كمال يوسف(2011) الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية الشريعة، مجلة جامعة دمشق ، مجلد 27.

- (46) صباح السقا (2009) العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب محاضرة مقدمة بمستشفى الشير للأمراض النفسية و العصبية بتاريخ 2009/04/25 سوريا.
- (47) طه عبد العظيم (2008) استراتيجيات تعديل السلوك، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندري، مصر.
- (48) عبد اللطيف دبور، عبد الحكيم الصافي (2012) الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق، ط2 ، دار عمان ، الأردن.
- (49) عبد الله الرشيود وآخرون (2018) دليل الإرشاد الأسري تصميم البرامج الإرشادية، مكتبة الملك فهد ،الرياض.
- (50) عبد الله صالح (2015) فعالية البرنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض الضغوط النفسية لدى العاملين في مهنة التمريض في المملكة السعودية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 23، العدد 4 أكتوبر 2015.
- (51) عثمان يخلف (2001) علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة دار الثقافة قطر.
- (52) عمر مصطفى (2008) دراسات في الضغوط المهنية والصحة النفسية ، ط1، منشورات، جامعة 7 أكتوبر.
- (53) عوايدي عمار (2005) البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ط1 ، دار الشروق، جدة .
- (54) عويد الشمعان(2000) مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية مجلة العلوم الاجتماعية مجلد 28 العدد 1.
- (55) عبد العزيز عبد المجيد (2005) سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي، القاهرة، مركز الكتاب للنشر.
- (56) عبد الله ناصر و آخرون (2018) دليل الإرشاد الأسري ، مكتبة الملك فهد ،الرياض ج8.
- (57) غربي صبرينة (دون سنة) ما مدى فعالية البرنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف في معاناة العامل مصادر الضغوط المهنية لدى العاملات بالقطاع الصحي

- نموذجاً - دراسة شبه تجريبية استطلاعية. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية عدد خاص
الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل.
- 58) غريس نصر الدين (2017) استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستجالات
وضغيات الضغوطات رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة تلمسان .
- 59) فاروق عبلة، السيد محمد (2005) السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسة التعليمية،
ط1 ، الأردن.
- 60) فاطمة عبد الرحيم (2013) الضغوط النفسية والأزمات النفسية وأساليب المساندة،
دار المناهج ، عمان الأردن.
- 61) فاطمة محمود (2007) علم النفس التجريبي، مكتبة نانسي القاهرة، مصر.
- فرج عبد القادر طه (2003) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط2 ، دار
غريب للنشر ، القاهرة.
- 62) فوزي شعبان(2008) ضغوط وصراعات العمل ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية،
القاهرة.
- 63) كلثوم بلميهوب (2012) العلاقات المعرفية السلوكية للاضطرابات النفسية،
محاضرات مقدمة للتكوين في معهد Criapsy الجزائر.
- 64) كاظم علي (2016) فعالية أسلوب إعادة البناء المعرفي لخفض الغضب ، مجلة كلية
الإنسانية، مجلد22، العدد93.
- 65) لزهرة الصباغ (1999) مستويات ضغوط العمل بين الممرضين القانونيين دراسة
مقارنة بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة، جامعة الزاد، المجلد 3، العدد
2 أيلول 1999، دار المناهج للنشر، عمان ، الأردن.
- 66) لطفي عبد الباسط (1994) عمليات تحمل الضغوط و علاقتها ببعض المتغيرات
النفسية لدى العاملين ، مجلة مركز البحوث التربوية، عدد 5 ، أفريل 1994،
- 67) ماجدة بهاء الدين (2008) الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية،
ط2 ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن.
- 68) محمد أحمد (2006) الإرشاد النفسي الجماعي، دار الكتاب القاهرة

- 69) ماجد محمد، ملوح مفضي (2012) فعالية البرنامج تدريبي سلوكي ومعرفي في خفض الضغط النفسي لدى طلبة كلية الأميرة رحمة، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية ، مجلد 20، العدد2.
- 70) محمد شحاتة (2010) علم النفس الصناعي والمهني، ط1 ، دار الميسرة، عمان ، الأردن.
- 71) محمد عبيدات وآخرون(1999)منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل ، عمان ، الأردن.
- 72) محمد قاسم(2012) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الفكر، عمان الأردن.
- 73) محمد مسلم(2002) منهجية البحث العلمي، دار العرب ، الجزائر.
- 74) مدحت عبد المجيد (2008) العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية بروتوكولات تحليلية وسلوكية معرفية، ط2، دار المعارف.
- 75) مزياني فتيحة (2006) قياس مصادر الضغط المهني عند ضباط الشرطة في الجزائر، حوليات جامعة الجزائر. العدد 16، الجزائر 2، سنة 2006.
- 76) منتصر علام (2002) الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي - النظرية والتطبيق -، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية .
- 77) ناصر إبراهيم(2000)المرشد في العلاج المعرفي السلوكي، دار الزهراء، الرياض.
- 78) ناظم شاكرا، رافع إدريس(2010) أثر استخدام التدخل السلوكي المعرفي في إدارة الضغوط لدى القافزين بالعضلات، مجلة الثقافة الرياضية، العدد 02، العراق.
- 79) نفين صابر(2009) ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك الوظيفي للأطفال المعرضين للانحراف، مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان عدد21.
- 80) نفين محمد، تركي محمد(2018)الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي اضطراب سبرجر بمدينة الرياض، مجلة العلوم التربوية، العدد 2 ، الجزء3.
- 81) نصيرة عنبر، رجاء بوروي(2016) تصميم البرنامج إرشادي لتوكيد الذات لدى المراهقين، ورقة عمل مقدمة في مؤتمر الصحة النفسية 2016.

- 82) نبيلي حسين (2014) فعالية البرنامج إرشادي نفسي معرفي سلوكي بخفض الشعور بالخجل لدى عينة من المراهقات في المجتمع السعودي، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية المجلد 3 عدد 10.
- 83) هدى طاهر (2002) فعالية البرنامج إرشادي لتطوير القدرة على مواجهة الضغوط لدى المرأة اليمنية العاملة، رسالة دكتوراه غير منشورة كلية التربية . جامعة عين شمس . مصر.
- 84) هشام عبد الرحمن (2008) دراسات في علم التربية والصحة النفسية، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر.
- 85) هناء الشويخي (دون سنة) علم النفس الصحي، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة
- 86) هوفمان س جي، مراد علي (2012) العلاج المعرفي السلوكي المعاصر - الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية- ، ط1، - دار الفجر القاهرة، مصر.
- 87) يحيوي وردة، جبالى نور الدين (2014) اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة، رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة بسكرة.
- 88) ولاء عبد الفتاح (2016) الأفكار العقلانية المرتبطة بالخوف من الفشل لدى عينه من طالبات الجامعة، مجلة الدراسة التربوية الإنسانية، العدد8.
- 89) وليد بخوش (2014) دراسة تجريبية مقارنة لاستخدام الحاسوب في تدريس مادة علوم الطبيعة والحياة على عينة من تلاميذ السنة الثانية ثانوي شعبة العلوم التجريبية، رسالة دكتوراه غير منشورة إشراف مسمودي زين الدين، جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر.
- 90) يوسف عدوان، أحمان لبنى (2012) أثر الضغوط النفسية في الكف المناعي العصبي المكتسب، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 9 .

المنشورات و الجرائد:

- 91) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، مارس 2011، العدد 17، 20، ص3-14.

- 1) Aurélie Dejean (2009) **Stress au Travail**, Hygiene et Sécurité, Paris, 2009, P1.travail.
- 2) Charon Lang et al (2011) **Cognitive Behavioural Stress Management Programme for Secondly School Teachers**, journal of occupational health, vol 53,
- 3) Dekayser of Hanser (1996) **Pour une Perspective Transactionnelle de Stress au Travail, Piste d'évaluations Méthodes Logique Cahiers de Medecine du Travail** université de lège, 33 (3).
- 4) Estelle M et Lorolin. A (2007) **Psychologie et Management** 2^{ème} ed, , Edition les éditions de la chemeliereinc.
- 5) Gaba telez (2018) **l'efficacité d'un Programme Thérapeutique Cognitivo-comportemental dans la Diminution du Burn-out chez les Infirmiers de l'Hopital de Sfax -Etude descriptive expérimentale-**.
- 6) Harvey Milkman et Kenneth Wanberg (2007) **Cognitive Behavioral Treatment**, National institute of corrections
- 7) Hassan Davish & Ali Akhar (2011) **Struding the Relation between Emotional Intelligence and Occupational Stress, a case study at payma Noor University**, economie sciences series, vol LXIII N° 02/2011 .
- 8) J. Cottraux (2006) **Les Thérapies Comportementales et Cognitives** : Masson, 3^{ème} ed .
- 9) Kala.S.Retna (2011) **Coping Strategies and Stress Management** , Working Paper Series , new Zeland , , P3 .
- 10) Libert Avril & christopher Sudhaker (2010) **Stress, Coping Strategies and the Job Quality Index of Nurses in Selected Multispeciality Hospitals- towards human Resource Development**, Journal of the Academy of hospital administration vol 22 N° 102 Jan-June et July-December
- 11) Marie Rose christian Lachal(1996) **Introduction aux Psychothérapies**, édition Nathan, Paris

- 12) Neil Rector (2010) **Cognitive Behavioral Therapy an Information Guide**, Cam Centre of Addition and Mental Health, Canada cognitive Behavioral treatment.
- 13) Pascal pancu, Claude Louche (2004) **la Psychologie Appliquer à l'Analyse de Problème Sociaux**, préuniversitaire de France , Paris 1^{ère} ed
- 14) Philingley (1944) works related stress in nursing ;Nursing mirror. N159.
- 15) Rolin Eraty & al (2013) **Impact a work place stress reduction programmes on blood pressure and Emotionnel Health in Hypertensive employees** the journal of alternative and complementary medicine, vol 9, N°3
- 16) Rachal Mary & Al (2015)**Managing Stress A guide for Nurse**, **Published**, by the Royal colleg of nursing ,London .
- 17) Shohreh Ghorlan, Javad Hdathari (2011) **The effective ness of time management training of the Amount of nurse's occupationnel stress** Mild East journal scientific Research , doc (9
- 18) Tamy Lundersan et al (2002) **Organizational and environmental factors that's affect worker health and safety and the patient medical Out comes**, from the petront medical counte, vol 30 N°2
- 19) William Fan & al (2005) **the Effect of Cognitive and a Physical Stress Reducing Programme on Psychological Int- Archoccup environ**
- 20) Yahya Azizi & al (2009) **occupational stress it's effects to wards the organizational management**, journal of social sciences 5
- 21) Yu-Chin Wu (2010) **the effet of gender role on perceived jobs stress-journal of human resource and adult learning** vol 6 N° 202 December

المواقع الإلكترونية:

1) www.iasj.net2) <https://zety.com>3) <https://alqabas.com/article/5741633>

4) <https://sotor.com>

5) <https://mawdoo3.com>

6) <https://www.youm7.com/story/2016/3/25->

7) <https://mawdoo3.com>

قائمة الملاحق

الملحق رقم (1): مقياس الإجهاد المهني

الملحق رقم (2) : دليل المقابلة

الملحق رقم (3): برنامج خفض الإجهاد النسخة الأولية

الملحق رقم (4) : برنامج خفض الإجهاد النسخة النهائية

الملحق رقم (5) : طلب تحكيم لبرنامج

الملحق رقم (6) : نموذج الواجب المنزلي لجلسة الاسترخاء

الملحق رقم (7) : نموذج الواجب المنزلي لجلسة التحكم في الغضب

الملحق رقم (8) : نموذج الواجب المنزلي لجلسة المساندة الاجتماعية

الملحق رقم (9) : نموذج استمارة جلسة إدارة الوقت

الملحق رقم (10) : نموذج الواجب منزلي لجلسة إدارة الوقت

الملحق رقم (11) : الواجب منزلي لجلسة مهارات الاتصال

الملحق رقم (12) : نموذج جلسة التدريب على حل المشكلة

الملحق رقم (13) : نموذج جلسة التعامل مع النقد

الملحق رقم (14): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي- قالمة-

الملحق رقم (15): نتائج المعالجة الإحصائية في القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد

الملحق رقم (16): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد الجسدية للقياس القبلي والبعدي

الملحق رقم (17) : نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد النفسية للقياس القبلي والبعدي

الملحق رقم (18): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد السلوكية للقياس القبلي والبعدي

الملحق رقم (19): نتائج المعالجة الإحصائية في القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد

الملحق رقم (20): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد الجسدية للقياس البعدي

والتتبعي

الملحق رقم (21) : نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد النفسية للقياس البعدي

والتتبعي

الملحق رقم (22) : نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد السلوكية للقياس البعدي

والتتبعي

الملحق رقم (01): مقياس الإجهاد المهني

يهدف هذا المقياس إلى قياس الإجهاد المهني لديك، لذلك نرجو منك أن تجيب
بتلقائية على السؤال التالي عن طريق وضع علامة (×) حول الدرجة التي ترى أنها
تناسب إجابتك.

الاسم و اللقب: العمر:
الجنس: المستوى الدراسي:
سنوات الخبرة المهنية: المصلحة:

دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	ما مدى ظهور الأعراض التالية لديك خلال 6 اشهر الأخيرة
					1 إحساس بالتعب
					2 الألم في العضلات
					3 حساسية متزايدة للضجيج
					4 اضطرابات معدية (حموضة ،آلام)
					5 صداع
					6 الحاجة الملحة للتبول
					7 قصر النفس
					8 جفاف الفم و الحنجرة
					9 اضطرابات معوية (إمساك ،إسهال ،غازات)
					10 تسارع نبضات القلب حتى في حالة الراحة
					11 ارتجاف العضلات
					12 الدوخة (دوار)
					13 عسر الهضم
					14 ضعف مقاومة المرض (تكرار التعرض

					للمرض)	
					آلام في الظهر	15
					غثيان (رغبة في التقيؤ)	16
					الإحساس بغصّة في الحلق	17
					اضطرابات جنسية	18
					برودة في الأطراف	19
					سرعة الغضب	20
					أشعر بقلة الحيلة (الله غالب)	21
					الشعور بالخطر	22
					الشعور بنقص الطاقة	23
					فقدان الثقة بالنفس	24
					القلق بشأن تصرفات حدثت في الماضي	25
					فقدان الحماس	26
					الشعور بالحساسية اتجاه النقد	27
					الشعور بالوحدة	28
					الشعور بفقدان السيطرة على الأمور	29
					الشعور بالكآبة (الحزن)	30
					الشعور بأن الآخرين لا يفهمونني	31
					القلق بشأن المستقبل	32
					فقدان الرغبة في أشياء (أنشطة كانت ممتعة)	33
					الشعور بالملل	34
					زيادة الشك في الآخرين	35
					أحلام مخيفة	36
					تصرفا قهرية (تكرار التأكد من الأقفال) الأبواب أو الحنفيات)	37

					38	صعوبة في التركيز
					39	الانعزال عن الآخرين
					40	صعوبة في النوم (البدء أو الاستغراق فيه)
					41	حركات عصبية كالدق بالأصابع
					42	فقدان الشهية
					43	زيادة استهلاك المنبهات (قهوة ،شاي ،تبغ)
					44	تصرفات عدوانية
					45	النسيان
					46	التردد في اتخاذ القرارات
					47	صعوبات في تنظيم الوقت
					48	استخدام المهدئات
					49	إهمال المظهر
					50	ارتكاب أخطاء متكررة في العمل

الملحق رقم (02): دليل المقابلة

- هل تحس بالتعب المستمر من العمل؟
- كيف تقيم حالتك النفسية أثناء القيام بمهامك؟
- هل تعاني من مشكلات صحية؟
- كيف تقيم علاقتك مع الزملاء؟
- كيف تقيم علاقتك بالمرضى؟
- كيف تقيم علاقتك بالرؤساء؟
- هل علاقتك بالمرافقين للمرضى؟
- هل تعمل الادارة الوصية على حل انشغالاتكم؟
- هل تقوم المؤسسة بتسهيل الأمور الإدارية؟
- هل ترى ان التمريض مهنة شاقة؟
- هل هناك تعاون و احترام في العمل؟
- هل تقوم بعدة أعمال في وقت واحد؟
- هل أنت راض عن العمل كمرض؟
- ممن تجد الدعم في حال تعرضك لصعوبات ومشاكل في العمل ؟
- هل ترى ان اختلاف في العمل داخل المصالح الطبية

الملحق رقم(3): البرنامج تدريبي لخفض الإجهاد المهني في صورته الأولية

رقم الجلسة : 01

إسم المختصة : كريمة بوغازي

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : جمع معلومات

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي - قالمة-

عدد المشاركات : 12ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الأولى

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
- يؤخذ بعين الاعتبار أن يكون الممرضين الذين يشاركون في البرنامج يعملون بنفس نظام العمل	60د	الهدف: التعرف على الممرضين المشاركات في البرنامج وبناء علاقة مع الإخصائية ومع بعضهم البعض. النشاطات: -استقبال الممرضين - الجلوس في حلقة -إطلاع المشاركات بالبرنامج الذي سنقوم بتطبيقه . - التعرف على المشاركات والإقسام التي يعملون بها -الاتفاق على وقت يناسب المشاركات في البرنامج . - عرض بعض النشاطات التي سنقوم بها في البداية المشاركات ومدة النشاطات و عددها. - محاولة إشراك الممرضين في البرنامج عن طريق ذكر بعض	الهدف العام -تهيئة المشاركات في البرنامج الأهداف الإجرائية: - تقديم نتائج الاختبارات - طرح بعض الأسئلة للمشاركين -التعارف من خلال ذكر الأسماء والإقسام ومدة العمل - تشويق المشاركات من خلال ذكر بعض نشاطات البرنامج .	التمهيدية
- تنظيم سير الجلسة من قبل الإخصائية.				

		<p>المشاكل التي يعيشونها والتي يريدون حلول لها وأخذ ذلك بعين الاعتبار أثناء تقديم الجلسات في النشاطات أيضا.</p> <p>- تحفيز المشاركات عن طريق توضيح أن المشاركة في البرنامج تساعدنهم على التخلص من الإجهاد</p> <p>- اتفاق مع المشاركات حول طريقة سير الحصص و القوانين التي تضبطها.</p>	<p>- تحفيزهم على المشاركة في النشاط والتعاون من أجل التخلص من الإجهاد.</p> <p>- وضع قصاصات أوراق يكتب عليها إسم كل فرد و يوضع أمامه على الطاولة</p>
--	--	---	---

رقم الجلسة : 02

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : إدراك الآثار السلبية للإجهاد

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج: المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الثانية

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
تقوم الإخصائية بتوجيه سير الجلسة	60د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية : محاضرة / المناقشة</u></p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>تقوم الإخصائية بإلقاء محاضرة حول الإجهاد من حيث التعريف الأعراض الإثار و إعطاء</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>- تنمية الوعي بآثار السلبية للإجهاد</p> <p><u>الأهداف الإجرائية:</u></p>	الرئيسية

		<p>المشاركات و الإجابة عن الاستفسارات .</p> <p>النشاط رقم 02 :</p> <p>التقنية : المناقشة / التفريغ الانفعالي</p> <p>الإجراءات والخطوات المتبعة</p> <p>تقوم الإخصائية بطرح السؤال حسب ما قدمته كيف تقيمون وضعكم النفسي بالنسبة لمشكلة الإجهاد ثم تترك الفرصة لكل فرد بالتعبير عن حالته النفسية مع ملاحظة الأفراد والعمل على تنظيم المناقشة وتوجيهها .</p>	<p>أن يتعرف الممرضين على:</p> <p>- ما هو الإجهاد</p> <p>- أعراضه</p> <p>- آثاره</p> <p>أيضا التنبه إلى حالتهم النفسية</p>
--	--	---	---

رقم الجلسة : 3

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : إتقان تطبيق الاسترخاء

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الثالثة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
تكرار النشاط 01 من هذه الجلسة في كل بداية جلسة من طرف جميع أفراد	60د	<p>النشاط رقم 01 :</p> <p>التقنية : المحاضرة / المناقشة/اتباع تعليمات</p> <p>الإجراءات والخطوات المتبعة :</p>	<p>الهدف العام :</p> <p>- تدريب الممرضين على تطبيق الاسترخاء</p>	

المجموعة .		<p>-تقديم مختصر لمعنى الاسترخاء وأهميته للمشاركين</p> <p>- تعليم المشاركات طريقة التنفس قبل بدء عملية الاسترخاء</p> <p>- إعطاء نظرة عن مراحل الاسترخاء وكيفية تطبيقه.</p> <p>- وضع موسيقى هادئة وبدء إعطاء التعليمات وتطبيقها من قبل المشاركات</p> <p>الواجب المنزلي :</p> <p>تكرار عملية الاسترخاء في البيت وتدوين التغيرات التي يشعر بها المشاركات</p>	<p>الأهداف الإجرائية:</p> <p>-تعليم المشاركات طريقة التنفس البطيء</p> <p>- التفريق بين الشد والإرخاء في العضلات</p> <p>- الوصول إلى حالة الاسترخاء التأم</p>	الرئيسة
------------	--	---	---	---------

رقم الجلسة : 4

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : التحكم في الغضب

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج: المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الرابعة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الاسترخاء و مناقشة	60د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية : / لعب الأدوار / المناقشة</u></p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>بداية يتم منح فترة من الوقت</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>- القدرة على التحكم في الغضب.</p>	

<p>الواجب المنزلي المقدم</p> <p>تترك للمشاركين حرية اختيار زميل يشاركهم في تمثيل المشهد .</p>	<p>للمشاركين ليختار كل منهم زميل يشاركه في تمثيل مشهد وأيضا المشهد الذي سيقومون بتمثيله بشرط أن يعبر عن موقف يؤدي إلى الغضب .</p> <p>ثم يقوم المشاركات الآخرين بملاحظة سلوك زملائهم وتدوين الملاحظات دون تدخلهم أثناء تمثيل المشهد .</p> <p>بعد انتهاء جميع الأفراد من تمثيل المشهد يتم مناقشة السلوكات و الإيماءات التي قاموا بها و تحديد الانفعالات المختلفة .</p> <p>النشاط رقم 02 :</p> <p>التقنية : التغذية الراجعة / التعزيز النمذجة</p> <p>الإجراءات والخطوات المتبعة</p> <p>يقوم المشاركات بإعادة لعب نفس الأدوار السابقة مع تعديل ردود الفعل حسب ما تم مناقشته والنموذج المقدم للسلوك الجيد .</p> <p>الواجب المنزلي</p> <p>نطلب من المشاركات يتخيلوا موقف يشعروهم بالغضب ثم يقدموا حكما على الموقف مع كتابة جميع الأفكار والمشاعر ، ثم إعادة تقييم الموقف والإجابة على الأسئلة</p>	<p>الأهداف الإجرائية:</p> <p>- تنمية الإدراك بالمواقف الضاغطة</p> <p>- النظر في الخيارات التي تساعد على حل الوضع .</p> <p>- تبني طرق تفكير إيجابية وتصحيح الأفكار و المعتقدات الخاطئة</p>	<p>الرئيسة</p>
---	---	--	----------------

		هل مازلت تشعر بالغضب هل غيرت نظرتك للأحداث هل هناك فرق بين ردة فعلك الأولى والثانية؟ ولماذا برأيك؟.	
--	--	--	--

رقم الجلسة: 5

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : التعرف على الانفعالات و إدارتها

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الخامسة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الاسترخاء ومناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية	60د	<u>النشاط رقم 01 :</u> <u>التقنية</u> : الإصغاء / التمثيل <u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u> نطلب من المشاركات أن يسرد أحداث موقف محزن أو سعيد حدث له أثناء تأدية مهامه، ثم تطلب منه أن يعبر عن انفعالاته في كل موقف وتسميتها . <u>النشاط رقم 02 :</u> <u>التقنية</u> : السؤال/المناقشة <u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u> نطلب من كل شخص تحديد الأفكار التي راودته في كل موقف	<u>الهدف العام :</u> - تنمية القدرة على التعرف على الانفعالات وإدارتها <u>الأهداف الإجرائية:</u> - الوعي بأسباب الانفعالات - استعمال التعبير المناسب للانفعال - تسيير الانفعال	الرئيسية

<p>توجيه الجلسة من قبل الإخصائية</p>	<p>مع محاولة ذكر الأحاديث الذاتية التي راودته في كل موقف ، ثم تقوم الإخصائية وباقي المشاركات بمناقشة كل شخص حول ما كتبه لمساعدته على الوصول للأفكار التي تحرك سلوكه.</p> <p>النشاط رقم 03 :</p> <p>التقنية : السؤال/المناقشة / التغذية الراجعة</p> <p>الإجراءات والخطوات المتبعة</p> <p>نطلب من كل المشاركات إعادة سرد نفس القصة مع الإخذ بعين الاعتبار الملاحظات المقدمة أثناء المناقشة مع الإخصائية والأفراد المشاركات</p> <p>الواجب المنزلي</p> <p>نطلب من المشاركات تحديد الأفكار السلبية التي تواجههم في مواقف مختلفة واستبدالها بأفكار إيجابية</p>	
--------------------------------------	--	--

رقم الجلسة : 6

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : المساندة الاجتماعية

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة السادسة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الاسترخاء و مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية</p> <p>توجيه الحصة من قبل الإخصائية</p> <p>تترك للمشاركين حرية اختيار زميل يشاركونهم في تمثيل المشهد .</p>	60د	<p>النشاط رقم 01 : التقنية: السرد/ المناقشة . الإجراءات والخطوات المتبعة : نطلب من كل مشارك التحدث بدون ضوابط عن المشاكل التي تواجهه ثم تطرح سؤال من لديه نفس المشكلة</p> <p>النشاط رقم 02 : التقنية : السؤال/الإنصات / المناقشة الإجراءات والخطوات المتبعة نطلب من المشاركات بتشكيل مجموعات من شخصين فقط و نطلب منهما الوقوف متقابلين مع ترك مسافة بينهما و التحدث بحرية عن المشكلة مع التقدم كل مرة بخطوة حتى الاقتراب التام من بعضهما وصف ما يشعرون به</p> <p>الواجب المنزلي يقوم كل شخص بتحديد شبكة علاقاته الاجتماعية حسب النموذج المقدم، بدء من أكثر شخص يستطيع القيام بالتفريغ الانفعالي معه ثم الأصدقاء المقربون ثم الأصدقاء العاديين والجيدون ثم المعارف والأصدقاء في مواقف</p>	<p>الهدف العام : الحصول على دعم اجتماعي من المحيط الخارجي</p> <p>الأهداف الإجرائية: - أن يدرك المشاركات أهمية المساندة الاجتماعية -التعرف على أهمية التفريغ الانفعالي - الاستعداد لتقديم الآخرين - التعرف على شبكة العلاقات الاجتماعية - تعزيز الثقة بالنفس</p>	الرئيسة

	معينة و التحدث مع أقرب شخص حول مشكلة أن حدثت معه.		
--	--	--	--

رقم الجلسة : 7

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : : التعامل مع النقد

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة السابعة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الاسترخاء ومناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية تترك للمشاركين حرية اختيار زملائهم.</p>	60د	<p>النشاط رقم 01 : التقنية: المناقشة / لعب الأدوار الإجراءات والخطوات المتبعة : تطلب الأخصائية من كل شخصين تكوين مجموعة ثم تختار موضوع معين يكون طرف مؤيد وطرف معارض ، مع تقديم نموذج لطرف ثالث يلعب دور المراقب ثم يناقش الطرفين الموضوع ويقوم الطرف الثالث بملا النموذج وفي النهاية يكتب الملاحظات ثم يقوم الطرف المراقب بمناقشة سير عملية المناقشة بين الطرفين ومحاولة الوصول إلى إيضاح أفكار كل</p>	<p>الهدف العام : القدرة على تفهم الطرف الآخر ومحاولة الوصول إلى حل وسط الأهداف الإجرائية: -تقديم الرأي بطريقة مقبولة -التعرف على الأسباب وراء الرأي التوصل إلى حل وسط.</p>	الرئيسية

منهم للآخر .

رقم الجلسة : 8

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : إدارة الوقت

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة الثامنة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركين بتطبيق الاسترخاء توجيه الجلسة من قبل الأخصائية</p>	60د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u> التقنية: المحاضرة/ المناقشة /الاستبيان <u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u> نقدم استبيان للمشاركين لتعبيته الهدف منه التعرف على مجموعة من العناصر من خلال أجوبة كل منهم وهي : أهمية الوقت، الأسلوب الأمثل للاستفادة من الوقت، معوقات استغلال الوقت. ثم يقوم كل مشارك بقراءة أجوبته و مناقشتها مع المشاركين الآخرين. <u>الواجب المنزلي</u> نطلب من كل مشارك عمل البرنامج لليوم الموالي وتقديم ملاحظة إذا ما تم تنفيذ البرنامج مع ذكر النشاط</p>	<p><u>الهدف العام :</u> تدريب المشاركات على تنظيم الوقت <u>الأهداف الإجرائية:</u> -توعية المشاركات بأهمية تنظيم الوقت -إدراك أسباب إضاعة الوقت . -تدريب المشاركات على تخطيط البرنامج لحياته اليومية .</p>	الرئيسية

		الذي لم يتم تطبيقه والأسباب أيضا.	
--	--	-----------------------------------	--

رقم الجلسة : 9

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : التعاطف مع الآخرين و مساعدتهم

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة التاسعة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركين بتطبيق الاسترخاء ومناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية توجيه الأخصائية سير الجلسة</p>	60د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u> <u>التقنية : لعب الدور/التخيل</u> <u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u> نطلب من المشاركين إغماض عيونهم ومحاولة معايشة حياة شخص مريض، والوصول إلى اندماج تام مع الشخصية المتخيلة، و الشعور بما يحس به الشخص المريض من الم وتعب وضغط نفسي، وبعدها نقوم بطرح أسئلة كيف يعيش المريض يومه بماذا يشعر</p> <p><u>النشاط رقم 02 :</u> <u>التقنية : لعب الدور/ المناقشة</u> <u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u> نقوم بالطلب من المشاركين</p>	<p><u>الهدف العام :</u> تنمية القدرة على التقمص الوجداني</p> <p><u>الأهداف الإجرائية:</u> تفهم مشاعر الآخرين تقبل الآخرين ومساعدتهم</p>	الرئيسية

<p>يترك للمشاركين حرية اختيار زميل يشاركه في تمثيل الدور</p>	<p>كمحاولة تجسيد أحداث واقعية وتمثيل دور المريض والممرض الذي يقوم بالعناية به، ثم يتم مناقشة الموقف وطرح الأسئلة كيف نستطيع كمرضى التخفيف من معاناة المريض ومساعدتهم على تحمل وضعهم .</p> <p>الواجب المنزلي</p> <p>يطلب من المشاركات محاولة تطبيق ما اكتسبه من الجلسة من مشاركة وجدانية ومساعدة مريض في موقف حقيقي</p>		
--	---	--	--

رقم الجلسة : 10

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : مهارات الاتصال

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة العاشرة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الاسترخاء</p>	<p>60د</p>	<p><u>النشاط رقم 01 :</u> <u>التقنية</u> : المحاضرة/ المناقشة <u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u> : تقديم محاضرة للمشاركين حول</p>	<p><u>الهدف العام</u> : -تنمية مهارات الاتصال الإيجابي</p>	

ومناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية توجيه الأخصائية سير الجلسة	الاتصال وعناصره وأهميته في مجال العمل سواء مع المرضى أو الزملاء و المسؤولين و الإجابة على تساؤلات المشاركات <u>الواجب المنزلي</u> محاولة تطبيق ما تم اكتسابه من خلال المحاضرة والمناقشة في الجلسة وذكر التغييرات التي لمسها في محيطه .	<u>الأهداف الإجرائية</u> اكتساب القدرة على الإصغاء والحوار الفعال التعرف على الاتصال اللفظي وغير اللفظي وتطبيقه	الرئيسة
--	--	--	---------

رقم الجلسة : 11

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : حل المشكلات

مكانالجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الحادية عشر

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الاسترخاء ومناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية توجيه الأخصائية	60د	<u>النشاط رقم 01 :</u> <u>التقنية</u> : لعب الدور /المحاضرة / المناقشة <u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u> : نقوم بتقسيم المشاركات إلى مجموعات ثم تطرح على كل مجموعة مشكلة مختلفة عن الأخرى و نطلب منهم إيجاد حل	<u>الهدف العام</u> التدريب على حل المشكلات <u>الأهداف الإجرائية</u> : التدريب على - تحليل الموقف -تقديم الحلول للمشكلة وتقييمها - التبصر الذاتي	الرئيسة

<p>سير الجلسة تترك للمشاركين حرية اختيار زملائهم</p>	<p>لها، ويعد مدة معينة تقوم كل مجموعة بعرض الحل مع تقديم الخطوات المتبعة (حسب النموذج المقدم لهم) ومناقشتها. الواجب المنزلي نطلب من المشاركات تطبيق تقنية حل المشكلات مع موقف حدث في الواقع مع إتباع المراحل (عرض المشكلة ، تحليل الموقف ، طرح البدائل ، تقديم النتائج الإيجابية والسلبية لكل بديل والتعرف على المشاعر المرتبطة بها والقيم التي تؤدي إلى اختيار بديل دون الآخر.</p>	<p>والوصول إلى الأحاسيس الداخلية الكامنة وراء السلوك و القيم المرتبطة للحلول .</p>
--	--	--

رقم الجلسة : 12

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : اختتام الجلسات

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الختامية

عدد الأفراد : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الثانية عشر

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
	60د	<p>النشاط رقم 1 -إجراء الاختبار البعدي لمقياس الإجهاد للمشاركين . - تقديم الشكر لجميع المشاركات -نطلب من المشاركات أن يتحدثوا</p>	<p><u>الهدف العام</u> : اختتام الجلسات <u>الأهداف الإجرائية</u> : -إجراء الاختبار البعدي لقياس</p>	الختامية

		<p>عن أهم ما تعلموه من البرنامج ونسألهم إن كان هناك شيء يريدون توضيحه أو الاستفسار عنه.</p> <p>- توديع المشاركين وشكرهم على المشاركة في البرنامج.</p>	<p>مستوى الإجهاد . لقاء المشاركات لاختتام الجلسات .</p>	
--	--	---	---	--

الملحق رقم (4): البرنامج التدريبي لخفض الإجهاد المهني النهائي

رقم الجلسة : 01

إسم المختصة : كريمة بوغازي

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : جمع معلومات

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي - قالمة-

عدد المشاركات : 12 ممرضة

البطاقة الفنية للجلسة الأولى

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
-يؤخذ بعين الاعتبار أن يكون الممرضين الذين يشاركون في البرنامج يعملون بنفس نظام العمل -تنظيم سير الجلسة من قبل الأخصائية.	90 د	الهدف: التعرف على الممرضين المشاركات في البرنامج وبناء علاقة مع الأخصائية و مع بعضهم البعض. النشاطات: -استقبال الممرضين - الجلوس في حلقة -إطلاع المشاركات بالبرنامج الذي سنقوم بتطبيقه . - التعرف على المشاركات والأقسام التي يعملون بها -الاتفاق على وقت يناسب المشاركات في البرنامج . - عرض بعض النشاطات التي سنقوم بها في البداية المشاركات	الهدف العام -تهيئة المشاركات في البرنامج الأهداف الإجرائية: - تقديم نتائج الاختبارات - طرح بعض الأسئلة للمشاركين -التعارف من خلال ذكر الأسماء والأقسام ومدة العمل - تشويق المشاركات من	التمهيدية

		<p>ومدة النشاطات و عددها.</p> <p>- محاولة إشراك الممرضين في البرنامج عن طريق ذكر بعض المشاكل التي يعيشونها والتي يريدون حلول لها واخذ ذلك بعين الاعتبار أثناء تقديم الجلسات في النشاطات أيضا.</p> <p>- تحفيز المشاركات عن طريق توضيح أن المشاركة في البرنامج تساعدهم على التخلص من الإجهاد</p> <p>- اتفاق مع المشاركات حول طريقة سير الحصص والقوانين التي تضبطها</p>	<p>خلال ذكر بعض نشاطات البرنامج - تحفيزهم على المشاركة في النشاط والتعاون من أجل التخلص من الإجهاد.</p> <p>- وضع قصاصات أوراق يكتب عليها اسم كل فرد ويوضع أمامه على الطاولة</p>	
--	--	--	---	--

رقم الجلسة : 02

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : إدراك الآثار السلبية للإجهاد

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة الثانية

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
تقوم الإخصائية بتوجيه سير الجلسة	90د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية :</u> محاضرة / المناقشة / إعادة البناء المعرفي</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>- تقوم الإخصائية بإلقاء محاضرة حول الإجهاد من حيث التعريف الأعراض و الآثار و إعطاء المشاركات الإجابة عن الاستفسارات .</p> <p><u>النشاط رقم 02 :</u></p> <p><u>التقنية :</u> المناقشة / التفريغ الانفعالي</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u></p> <p>تقوم الأخصائية بطرح السؤال حسب ما قدمته كيف تقيمون وضعكم النفسي بالنسبة لمشكلة الإجهاد ثم تترك الفرصة لكل فرد بالتعبير عن حالته النفسية مع ملاحظة الأفراد والعمل على تنظيم المناقشة وتوجيهها .</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>- تنمية الوعي بآثار السلبية للإجهاد</p> <p><u>الأهداف الإجرائية:</u></p> <p>أن يتعرف الممرضين على : - ماهو الإجهاد - أعراضه -آثاره</p> <p>أيضا التنبه إلى حالتهم النفسية</p>	الرئيسة

رقم الجلسة : 3

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : إتقان تقنية الاسترخاء

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة الثالثة

المرحلة	الأهداف	المحتوى	الزمن	الملاحظة
الرئيسية	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>- تدريب الممرضين على تطبيق الاسترخاء</p> <p><u>الأهداف الإجرائية:</u></p> <p>- تعليم المشاركات طريقة التنفس البطيء</p> <p>- التفريق بين الشد و الإرخاء في العضلات</p> <p>- الوصول إلى حالة الاسترخاء التام</p>	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية:</u> المحاضرة / المناقشة/اتباع تعليمات</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>- تقديم مختصر لمعنى الاسترخاء وأهميته للمشاركين</p> <p>- تعليم المشاركات طريقة التنفس قبل بدء عملية الاسترخاء</p> <p>- إعطاء نظرة عن مراحل الاسترخاء و كيفية تطبيقه.</p> <p>- وضع موسيقى هادئة وبدء إعطاء التعليمات وتطبيقها من قبل المشاركات</p> <p><u>الواجب المنزلي :</u></p> <p>تكرار عملية الاسترخاء في البيت وتدوين التغيرات التي يشعر بها المشاركات (ملحق رقم 5)</p>	90د	<p>تكرار النشاط</p> <p>01ابتداءا من هذه الجلسة في كل بداية جلسة من طرف جميع أفراد المجموعة .</p>

رقم الجلسة : 4

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : التحكم في الغضب

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة الرابعة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركين بتطبيق الاسترخاء و مناقشة الواجب المنزلي المقدم</p> <p>تترك للمشاركين حرية اختيار زميل يشاركونه في تمثيل المشهد .</p>	90د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية :</u> لعب الأدوار / المناقشة / <u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>بداية يتم منح فترة من الوقت للمشاركين ليختار كل منهم زميل يشاركه في تمثيل مشهد وأيضا المشهد الذي سيقومون بتمثيله بشرط أن يعبر عن موقف يؤدي إلى الغضب .</p> <p>ثم يقوم المشاركون الآخرين بملاحظة سلوك زملائهم وتدوين الملاحظات دون تدخلهم أثناء تمثيل المشهد .</p> <p>بعد انتهاء جميع الأفراد من تمثيل المشاهد يتم مناقشة السلوكيات</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>- القدرة على التحكم في الغضب.</p> <p><u>الأهداف الإجرائية:</u></p> <p>تتمية الإدراك بالمواقف الضاغطة -النظر في الخيارات التي تساعد على حل الوضع .</p> <p>-تبني طرق تفكير إيجابية وتصحيح الأفكار والمعتقدات</p>	الرئيسية

	<p>والإيماءات التي قاموا بها وتحديد الانفعالات المختلفة .</p> <p><u>النشاط رقم 02 :</u></p> <p><u>التقنية :</u> التغذية الراجعة / التعزيز النمذجة/ إعادة البناء المعرفي</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u></p> <p>يقوم المشاركون بإعادة لعب نفس الأدوار السابقة مع تعديل ردود الفعل حسب ما تم مناقشته والنموذج المقدم للسلوك الجيد .</p> <p><u>الواجب المنزلي</u></p> <p>نطلب من المشاركين أن يتخيلوا موقف يشعروهم بالغضب ثم يقدموا حكماً على الموقف مع كتابة جميع الأفكار و المشاعر ، ثم إعادة تقييم الموقف و الإجابة على</p> <p>الإسئلة</p> <p>- هل مازلت تشعر بالغضب؟</p> <p>- هل تغيرت وجهة نظرك للموقف ؟</p> <p>- هل تلاحظ أن هناك فرق بين ردة فعلك الأولى و الثانية أم لا ولماذا؟(ملحق رقم 6)</p>	<p>الخاطئة .</p>
--	--	------------------

رقم الجلسة : 5

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : المساندة الاجتماعية

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة الخامسة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركين بتطبيق الاسترخاء و مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية</p> <p>توجيه الحصة من قبل الأخصائية</p> <p>تترك للمشاركين حرية اختيار زميل يشاركونهم في تمثيل المشهد .</p>	90 د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p>التقنية: السرد/ المناقشة / الدعم الاجتماعي .</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>نطلب من احد المشاركين التحدث عن المشاكل التي تواجهه ثم تطرح سؤال من لديه نفس المشكلة</p> <p><u>النشاط رقم 02 :</u></p> <p><u>التقنية :</u> التفريغ الانفعالي/ المناقشة</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة</u></p> <p>نطلب من المشاركين بتشكيل مجموعات من شخصين فقط ونطلب منهما الوقوف متقابلين مع ترك مسافة بينهما والتحدث بحرية عن المشكلة مع التقدم كل مرة بخطوة حتى الاقتراب التام من بعضهما</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>الحصول على دعم اجتماعي من المحيط الخارجي</p> <p><u>الأهداف الإجرائية:</u></p> <p>-أن يدرك المشاركين أهمية المساندة الاجتماعية</p> <p>-التعرف على أهمية التفريغ الانفعالي</p> <p>- الاستعداد لتقديم الآخرين</p> <p>- التعرف على شبكة العلاقات</p>	الرئيسية

		<p>وصف ما يشعرون ب</p> <p>الواجب المنزلي</p> <p>يقوم كل شخص بتحديد شبكة علاقاته الاجتماعية حسب النموذج المقدم، بدء من أكثر شخص يستطيع القيام بالتفريغ الانفعالي معه ثم الأصدقاء المقربون ثم الأصدقاء العاديين و الجيدون ثم المعارف و الأصدقاء في مواقف معينة و التحدث مع أقرب شخص حول مشكلة أن حدثت معه.(الملحق رقم 7)</p>	<p>الاجتماعية</p> <p>- تعزيز الثقة بالنفس</p>
--	--	---	---

رقم الجلسة : 6

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : : التعامل مع النقد

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج: المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة السادسة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركات بتطبيق الإسترخاء و مناقشة</p>	90د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية</u>: المناقشة /لعب الأدوار/ إعادة البناء المعرفي .</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>تطلب الأخصائية من كل</p>	<p><u>الهدف العام</u> :</p> <p>القدرة على تفهم الطرف الآخر و محاولة الوصول إلى حل وسط</p>	الرئيسية

<p>الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية</p> <p>تترك للمشاركين حرية إختيار زملائهم.</p>		<p>شخصين تكوين مجموعة ثم تختار موضوع معين يكون طرف مؤيد و طرف معارض ، مع تقديم نموذج(أنظر الملحق 12) لطرف ثالث يلعب دور المراقب ثم يناقش الطرفين الموضوع ويقوم الطرف الثالث بملأ النموذج وفي النهاية يكتب الملاحظات ثم يقوم الطرف المراقب بمناقشة سير عملية المناقشة بين الطرفين ومحاولة الوصول إلى إيضاح أفكار كل منهم للآخر</p>	<p>الأهداف الإجرائية:</p> <p>-تقديم الرأي بطريقة مقبولة -التعرف عل الأسباب وراء الرأي التوصل إلى حل وسط</p>
---	--	---	--

رقم الجلسة : 7

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : إدارة الوقت

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة السابعة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم</p>	<p>90د</p>	<p>النشاط رقم 01 : التقنية : المحاضرة /المناقشة /الاستبيان / إعادة البناء المعرفي</p>	<p>الهدف العام : تدريب المشاركات على تنظيم الوقت</p>	

<p>المشاركات بتطبيق الاسترخاء</p> <p>توجيه الجلسة من قبل الأخصائية</p>		<p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>نقدم استبيان للمشاركين لتعبئته (أنظر الملحق رقم 8) الهدف منه التعرف على مجموعة من العناصر من خلال أجوبة كل منهم وهي : أهمية الوقت، طريقة الاستفادة من الوقت، معوقات استغلال الوقت. ثم يقوم كل مشارك بقراءة أجوبته ومناقشتها مع المشاركات الآخرين.</p> <p><u>الواجب المنزلي</u></p> <p>نطلب من كل مشارك عمل البرنامج لليوم الموالي وتقديم ملاحظة إذا ما تم تنفيذ البرنامج مع ذكر النشاط الذي لم يتم تطبيقه والأسباب أيضا (الملحق رقم 9)</p>	<p><u>الأهداف الإجرائية:</u></p> <p>توعية المشاركات بأهمية تنظيم الوقت -إدراك أسباب إضاعة الوقت . -تدريب المشاركات على تخطيط البرنامج لحياته اليومية .</p>	<p>الرئيسة</p>
--	--	--	--	----------------

رقم الجلسة: 8

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

أهداف الجلسة : مهارات الاتصال

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة الثامنة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركون بتطبيق الاسترخاء و مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية توجيه الإخصائية سير الجلسة	90د	<p><u>النشاط رقم 01 :</u></p> <p><u>التقنية :</u> المحاضرة/ المناقشة / إعادة البناء المعرفي</p> <p><u>الإجراءات والخطوات المتبعة :</u></p> <p>تقديم محاضرة للمشاركين حول الاتصال و عناصره وأهميته في مجال العمل سواء مع المرضى أو الزملاء والمسؤولين والإجابة على تساؤلات المشاركين</p> <p><u>الواجب المنزلي</u></p> <p>محاولة تطبيق ما تم اكتسابه من خلال المحاضرة والمناقشة في الجلسة و ذكر التغيرات التي وجدها في محيطه (الملحق 10)</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>-تنمية مهارات الاتصال الإيجابي</p> <p><u>الأهداف الإجرائية</u></p> <p>اكتساب القدرة على الإصغاء و الحوار الفعال</p> <p>التعرف على الاتصال اللفظي وغير اللفظي و تطبيقه</p>	الرئيسية

رقم الجلسة : 9

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : التدريب على حل المشكلات

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قائمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الرئيسية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة التاسعة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
<p>قبل البدء بجلسة جديدة يقوم المشاركين بتطبيق الاسترخاء و مناقشة الواجب المنزلي المقدم في الجلسة الماضية توجيه الإحصائية سير الجلسة تترك للمشاركين حرية اختيار زملائهم</p>	90د	<p>النشاط رقم 01 : التقنية : لعب الدور /المحاضرة / المناقشة / إعادة البناء المعرفي الإجراءات والخطوات المتبعة : نقوم بتقسيم المشاركات إلى مجموعات ثم تطرح على كل مجموعة مشكلة مختلفة عن الأخرى ونطلب منهم إيجاد حل لها، وبعد مدة معينة تقوم كل مجموعة بعرض الحل مع تقديم الخطوات المتبعة حسب النموذج المقدم لهم (أنظر الملحق رقم 11) ومناقشتها . الواجب المنزلي نطلب من المشاركات تطبيق تقنية حل المشكلات مع موقف حدث في الواقع مع إتباع المراحل (عرض المشكلة ، تحليل الموقف ، طرح البدائل ، تقديم النتائج الإيجابية والسلبية لكل بديل والتعرف على المشاعر المرتبطة بها واختيار بديل .</p>	<p>الهدف العام التدريب على حل المشكلات الأهداف الإجرائية -التدريب على تحليل الموقف -تقديم الحلول للمشكلة و تقييمها -التبصر الذاتي و الوصول إلى الأحاسيس الداخلية الكامنة وراء السلوك و القيم المرتبطة للحلول .</p>	الرئيسية

رقم الجلسة: 10

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : اختتام الجلسات

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة الختامية

عدد الأفراد : 12 ممرضين

البطاقة الفنية للجلسة العاشرة

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
يتم إجراء القياس البعدي للممرضين بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج حيث أن الجلسة الختامية نقوم فيها بإعادة القياس .	90د	<u>النشاط رقم 1</u> -إجراء القياس البعدي للإجهاد للمشاركين . - تقديم الشكر لجميع المشاركات -نطلب من المشاركات أن يتحدثوا عن أهم ما تعلموه من البرنامج ونسألهم كان هناك شيء يريدون توضيحه أو الاستفسار عنه . - توديع المشاركات و شكرهم على المشاركة في البرنامج .	<u>الهدف العام :</u> اختتام الجلسات <u>الأهداف الإجرائية</u> -إجراء القياس البعدي للإجهاد . لقاء المشاركات لاختتام الجلسات	المرحلة الختامية

رقم الجلسة: 11

الهدف العام : خفض الإجهاد المهني لدى الممرضين

هدف الجلسة : جلسة المتابعة

مكان الجلسة : مستشفى الحكيم عقبي قالمة

مرحلة البرنامج : المرحلة التتبعية

البطاقة الفنية للجلسة الحادية عشر

الملاحظة	الزمن	المحتوى	الأهداف	المرحلة
القياس التتبعي كان بعد فترة شهرين من إنهاء تطبيق البرنامج	60د	<p><u>النشاط رقم 1</u></p> <p>-إجراء الاختبار التتبعي لمقياس الإجهاد للمشاركين .</p> <p>- تقديم الشكر لجميع المشاركات</p> <p>- توديع المشاركات و شكرهم على المشاركة في البرنامج .</p>	<p><u>الهدف العام :</u></p> <p>قياس تتبعي لمستوى الإجهاد المهني</p> <p><u>الأهداف الإجرائية</u></p> <p>-إجراء الاختبار التتبعي لقياس مستوى الإجهاد .</p> <p>لقاء المشاركات وشكرهم على تعاونهم .</p>	المتابعة

الملحق رقم (4): نموذج طلب تحكيم البرنامج

تحية طيبة

تقوم الباحثة ببناء البرنامج تدريبي لمعرفة أثره على مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين في إطار التحضير لرسالة الدكتوراه التي تحمل عنوان " البرنامج التدريبي المقترح لخفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين"، أرجو من حضرتكم تحكيم البرنامج حسب النموذج المقدم والمعايير التالية. ولكم كل الشكر والامتنان.

بطاقة التحكيم الخاصة بالبرنامج

الملاحظة	تعديل	غير مناسب	مناسب	معايير التحكيم
				عدد الجلسات
				الزمن المقترح للجلسة
				ترتيب الجلسات
				مواعمة الأنشطة والاستراتيجيات مع أهداف الجلسات
				مواعمة هدف الجلسة مع هدف البرنامج
				الاسترخاء
				إدراك الآثار السلبية للإجهاد
				التحكم في الغضب
				التعرف على الانفعالات و إدارتها

				المساندة الاجتماعية
				إدارة الوقت
				التعاطف مع الآخرين ومساعدتهم
				مهارات الاتصال
				حل المشكلات
				معدل الجلسات أسبوعيا

الملحق رقم (5): نموذج الواجب المنزلي لجلسة الاسترخاء

الاسم و اللقب:

أرجو منكم تكرار تقنية الاسترخاء في البيت وتدوين التغيرات التي تشعرون بها. من

فضلكم

الملحق رقم (6): نموذج الواجب المنزلي لجلسة التحكم في الغضب

الاسم و اللقب :

تخيل موقفاً تشعر بالغضب ثم قدم حكماً على الموقف مع كتابة جميع الأفكار والمشاعر التي تجول بخاطرك حينها ، ثم حاول إعادة تقييم الموقف حسب ما تم في الجلسة و أجب على ما يلي :

- هل ما زلت تشعر بالغضب؟
- هل تغيرت وجهة نظرك للموقف ؟
- هل تلاحظ أن هناك فرق بين ردة فعلك الأولى و الثانية أم لا ولماذا؟

الملحق رقم (7): نموذج الواجب المنزلي لجلسة المساندة الإجتماعية

الإسم و اللقب:

الرجاء منكم القيام بتحديد شبكة علاقاتك الاجتماعية حسب النموذج المقدم، بدء من أقرب شخص إليك ثم الأصدقاء المقربون ثم الأصدقاء العاديين والجيدون ثم المعارف والأصدقاء في مواقف معينة والتحدث مع أقرب شخص حول مشكلة حدثت معك.

الشخص
↓
افضل صديق إليك
↓
الأصدقاء المقربون
-
-
-
↓
الأصدقاء العاديين و الجيدون
-
-
-
-
↓
المعارف و زملاء العمل
-
-
-
-

الملحق رقم (8): نموذج إستماره جلسة إدارة الوقت

1 ماذا يعني الوقت بالنسبة لك :

.....

1. هل تنزعج إذا أحسست أنك أضعت وقتك؟

قليلاً لا تماماً

3. هل تشعر أنك تضيع وقتك دون أن تفعل شيئاً مفيداً سواء بالعمل أو خارجه؟

قليلاً لا نعم

4. إذا كنت ذاهباً لقضاء إلتزام ما والتقيت صديقك صدفة:

- تذهب إلتزامك ثم تذهب إليه
- تسلم عليه وتذهب لقضاء التزامك

5 . إذا أردت أن تقوم بعمل ما:

تخطط له ثم تنفذه

تنفذه مباشرة

6 . ماذا تفعل أثناء انتظار دورك بمكان ما:

.....

8. هل تجهز البرنامج ليوم الغد أم لا؟

نعم لا

8. أثناء القيام بمهامك بالعمل :

- تنفذ ما يطلبه منك المسؤول

- تكتب ما يطلب منك ثم تنفذه

9. ماهي أفضل طريقة لاستثمار الوقت

.....

10. برأيك هل تستثمر وقتك بشكل جيد

الملحق رقم (10): الواجب منزلي لجلسة مهارات الاتصال

الإسم واللقب:

محاولة تطبيق ما تم اكتسابه من خلال المحاضرة والمناقشة في الجلسة وذكر التغيرات التي لمستها في محيط عملك.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

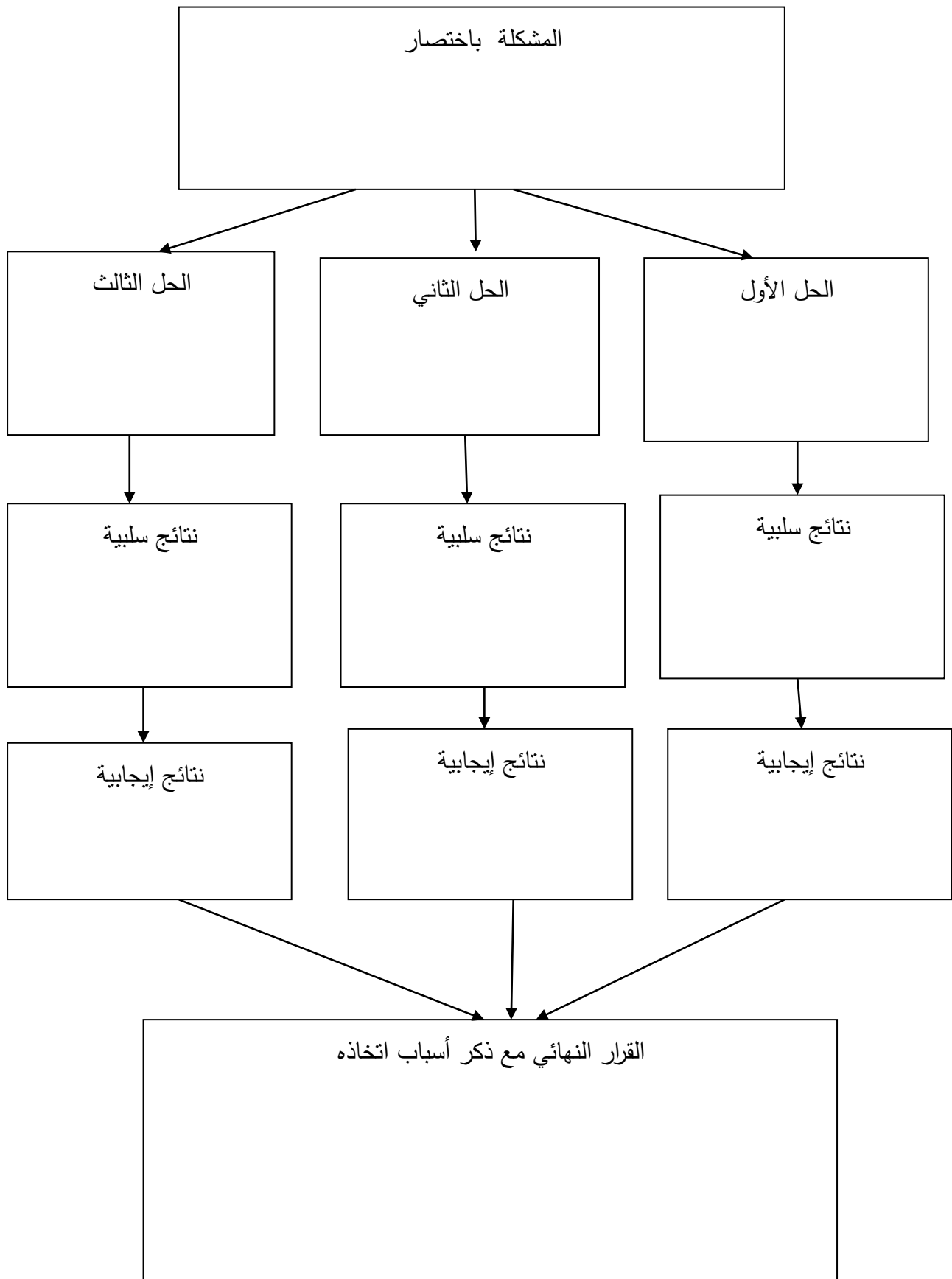
.....

.....

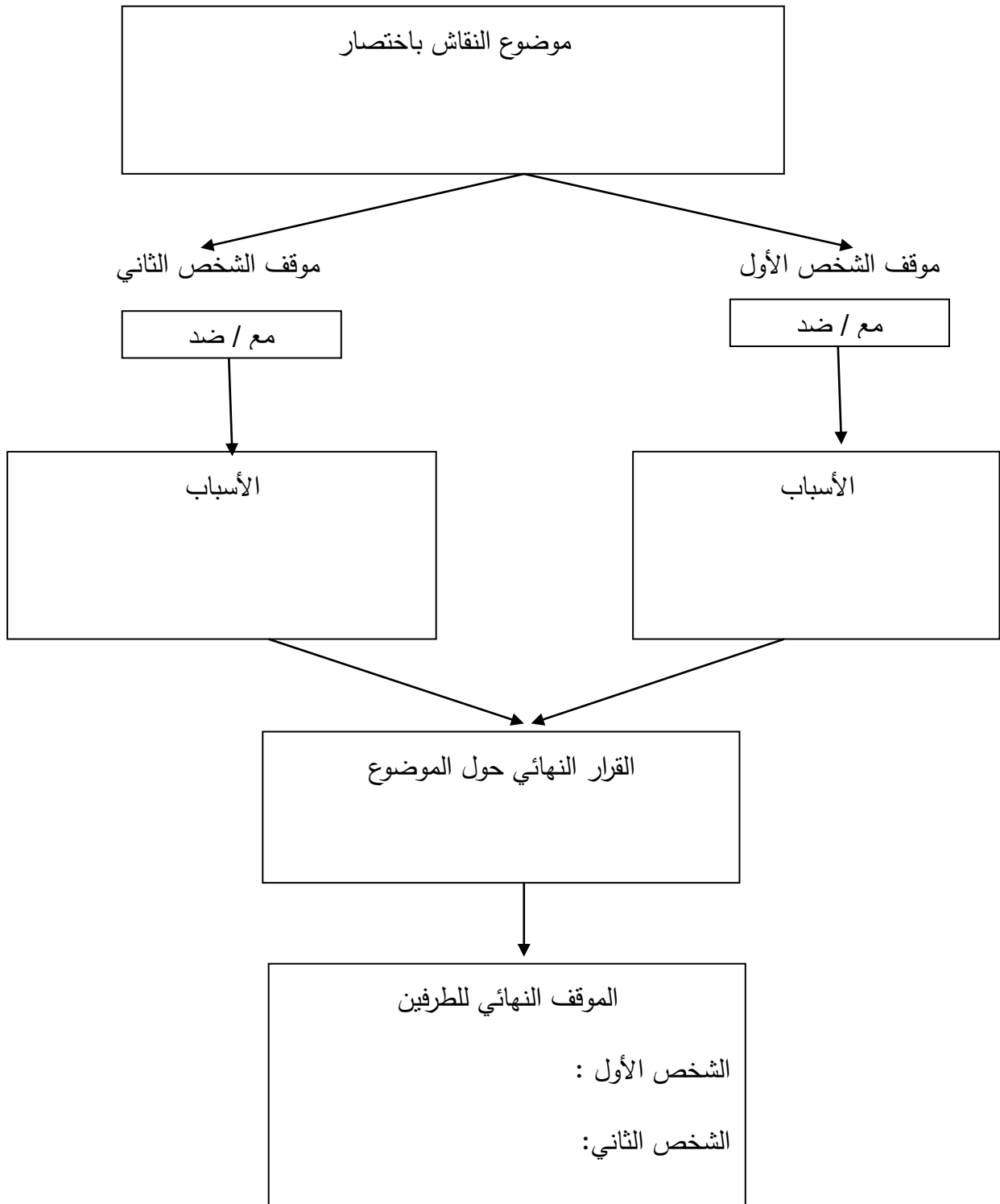
.....

.....

الملحق رقم (11): نموذج جلسة التدريب على حل المشكلة

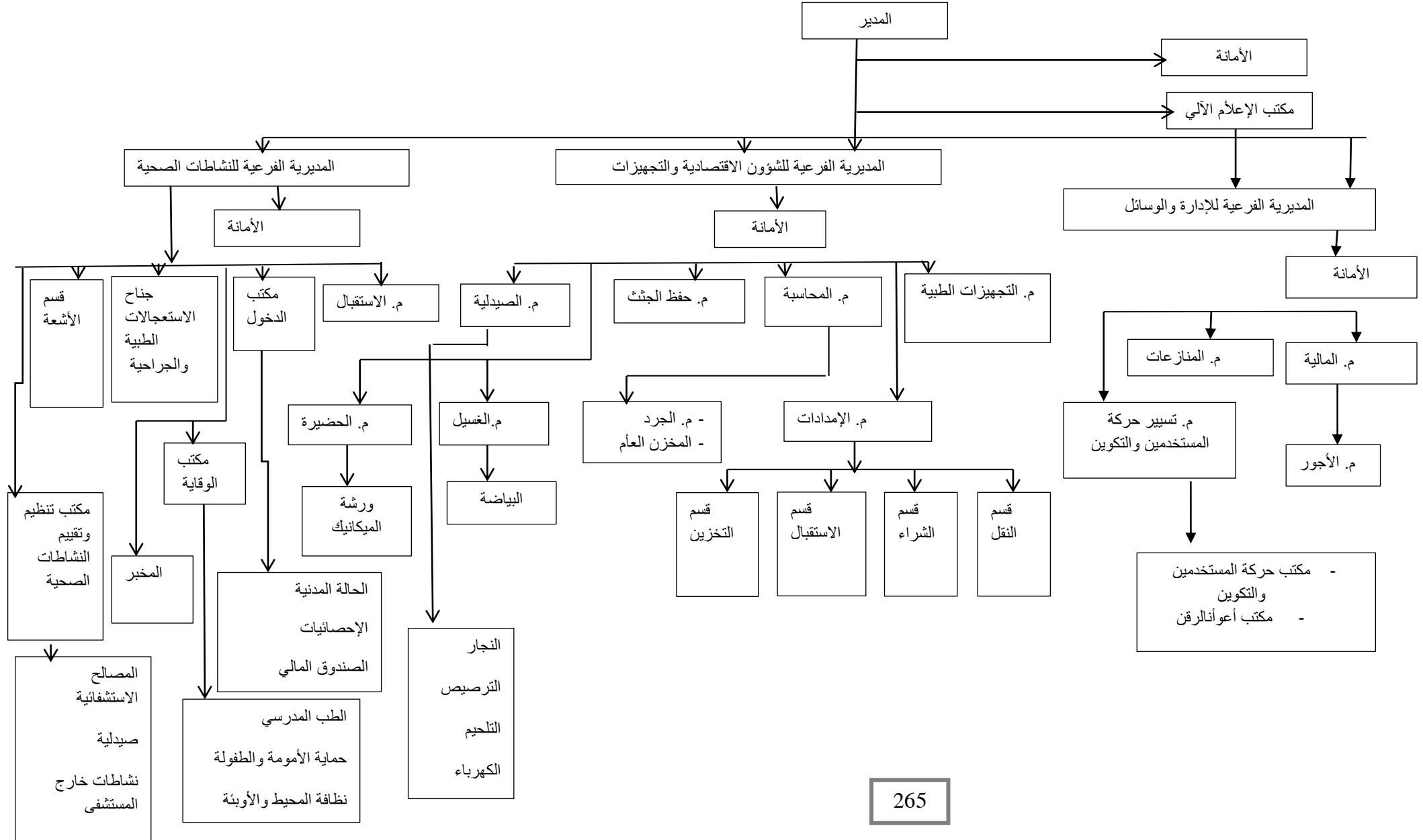


الملحق رقم (12): نموذج جلسة التعامل مع النقد



ملاحظات المراقب حول طريقة مناقشة الطرفين للموضوع :

الملحق رقم (13): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قائمة -



الملحق رقم (14): نتائج المعالجة الإحصائية في القياس القبلي والبعدي لمستوى الإجهاد

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
stress1	12	185,00	221,00	197,2500	3,20067	11,08746
stress2	12	98,00	200,00	141,5000	10,37078	35,92543
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
stress2 - stress1	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

a. stress2 < stress1

b. stress2 > stress1

c. stress2 = stress1

Test Statistics^b

		stress2 - stress1
Z		-3,061 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		,002

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (15): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد الجسدية في القياس
القبلي والبعدي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
physic1	12	80,00	95,00	89,0000	1,30268	4,51261
physic2	12	32,00	88,00	55,8333	4,07102	14,10244
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
physic2 - physic1	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

a. physc2 < physc1

b. physc2 > physc1

c. physc2 = physc1

Test Statistics^b

		physic2 - physic1
Z		-3,065 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		,002

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (16): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد النفسية في القياس القبلي
والبعدي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
psychique1	12	59,00	80,00	71,5833	1,98654	6,88157
psychique2	12	32,00	70,00	46,6667	3,65425	12,65869
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
psychique2 - psychique1	Negative Ranks	12 ^a	6,50	78,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

a. psychique2 < psychique1

b. psychique2 > psychique1

c. psychique2 = psychique1

Test Statistics^b

	psychique2 - psychique1
Z	-3,065 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (17): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد السلوكية في القياس
القبلي والبعدي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
comportemental1	12	25,00	62,00	36,5833	3,31310	11,47692
comportemental2	12	27,00	73,00	38,7500	3,80615	13,18487
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
comportemental2 -	Negative Ranks	4 ^a	4,50	18,00
comportemental1	Positive Ranks	7 ^b	6,86	48,00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

a. comportemental2 < comportemental1

b. comportemental2 > comportemental1

c. comportemental2 = comportemental1

Test Statistics^b

		comportemental2 - comportemental1
Z		-1,336 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		,182

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (18): نتائج المعالجة الإحصائية في القياس البعدي والتتبعي لمستوى الإجهاد

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
stress2	12	98,00	200,00	141,5000	10,37078	35,92543
stress3	12	77,00	201,00	114,9167	9,72926	33,70314
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
stress3 - stress2	Negative Ranks	8 ^a	8,50	68,00
	Positive Ranks	4 ^b	2,50	10,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

a. stress3 < stress2

b. stress3 > stress2

c. stress3 = stress2

Test Statistics^b

		stress3 - stress2
Z		-2,276 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		,023

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (19): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد الجسدية في القياس
البعدي والتتبعي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
physic2	12	32,00	88,00	55,8333	4,07102	14,10244
physic3	12	22,00	80,00	49,3333	4,98381	17,26443
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
physic3 - physic2	Negative Ranks	7 ^a	7,21	50,50
	Positive Ranks	5 ^b	5,50	27,50
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

a. physic3 < physic2

b. physic3 > physic2

c. physic3 = physic2

Test Statistics^b

		physic3 - physic2
Z		-,903 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		,367

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (20): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد النفسية في القياس
البعدي و التتبعي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
psychique2	12	32,00	70,00	46,6667	3,65425	12,65869
psychique3	12	17,00	60,00	36,8333	3,77559	13,07901
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
psychique3 - psychique2	Negative Ranks	9 ^a	6,83	61,50
	Positive Ranks	3 ^b	5,50	16,50
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

a. psychique3 < psychique2

b. psychique3 > psychique2

c. psychique3 = psychique2

Test Statistics^b

	psychique3 - psychique2
Z	-1,766 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,077

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

الملحق رقم (21): نتائج المعالجة الإحصائية لأعراض الإجهاد السلوكية في القياس
البعدي والتتبعي

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
comportemental2	12	27,00	73,00	38,7500	3,80615	13,18487
compotemental3	12	15,00	75,00	29,4167	4,58333	15,87713
Valid N (listwise)	12					

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
compotemental3 - comportemental2	Negative Ranks	9 ^a	5,89	53,00
	Positive Ranks	2 ^b	6,50	13,00
	Ties	1 ^c		
Total		12		

a. compotemental3 < comportemental2

b. compotemental3 > comportemental2

c. compotemental3 = comportemental2

Test Statistics^b

		compotemental3 - comportemental2
Z		-1,778 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		,075

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

المخلص

عنوان الأطروحة: فعالية برنامج تدريبي مقترح لخفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين

إشراف الدكتور:

وليد بخوش

إعداد الطالبة:

كريمة بوغازي

المخلص:

هدفت الدراسة الحالية للوصول إلى مدى فعالية البرنامج التدريبي لخفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين وعلى اعراضه (الجسدية، النفسية، السلوكية). كان التساؤل الرئيسي: ما مدى مساهمة البرنامج تدريبي في خفض مستوى الإجهاد المهني لدى الممرضين؟ ونتج عن ذلك تساؤلين فرعيين أساسيان: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإجهاد المهني بين القياس القبلي و البعدي وبين القياس البعدي و التتبعي؟

اعتمدنا في الدراسة على المنهج التجريبي وأما مجتمع الدراسة فتكون من الممرضين العاملين بمستشفى الحكيم عقبي قالمة وكانت العينة قصدية من 12 فردا. وتوصلنا إلى النتائج التالية .

- وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإجهاد المهني بين القياس القبلي والبعدي كما وجدنا أيضا فروق في مستوى الاجهاد بكل من البعد الجسدي و النفسي لصالح القياس البعدي

- وجود فروق غير دالة إحصائية في مستوى الإجهاد المهني في البعد السلوكي بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي.

- وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الإجهاد المهني بين القياس البعدي والتتبعي وايضا في البعد الجسدي لصالح القياس التتبعي.

- وجود فروق غير دالة إحصائية في مستوى الإجهاد المهني في البعد النفسي و السلوكي بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي.

الكلمات المفتاحية: الإجهاد المهني، البرنامج التدريبي، الممرضين

Abstract**Thesis Title: The Effectiveness of the Proposed Training Program for
Decreasing The Nurses' Work Stress Levels****Presented by :**

Ms. Karima Bourazi

Supervized by :

Dr. Walid Bakhouche

This study generally, examines the effectiveness of the training program for decreasing work stress of nurses and in (physical emotional and behaviourist) the principal question is :To what extent does the training program help in decreasing the Nurses' work stress ? The fact that resulted into two secondary questions :

Are there any statistically significant differences between the pre-program and post-program and between the post-program and referential measurement in work stress levels ?

The researcher used the experimental method. The sample is a group of nurses working in El Hakim Okbi hospital in algeria formed of 12 individuals.

The following results were found :

- The existence of statistically significant differences in stress measure between prior and post-measurements and between syndrome (physical - psychological on the behalf of the post measurement.
- The existence of statistically significant differences in behaviouristic work stress measurement between the prior and the post measurements.
- The existence of statistically significant differences in work stress and in physical measurement between the prior and referential measurements, on the behalf of the referential measurement.
- The existence of statistically non-significant differences in psychological and behaviourist work stress measure between the post and the referential , on behalf of the referential.

Key words : Training program , Nurses , Work stress.

Thèse de doctorat**Efficacité d'un Programme de Formation Proposé pour Réduire le Niveau de Stress Professionnel chez infirmier(e) s.****Préparé par :**

Karima Bourazi

Encadré par :

Dr Walid Bekhouche

Résumé :

La présente étude vise à vérifier l'efficacité d'un programme de formation pour réduire le niveau de stress professionnel chez les infirmiers la question principale de recherche: Dans quelle mesure un programme de formation contribue-t-il à réduire le niveau de stress professionnel chez les infirmières?

Par conséquent, deux sous-questions de base sont définies:

Y a-t-il des différences statistiquement significatives dans le niveau de stress professionnel entre les pré et post-test et entre les test de mesure dimensionnel et mesure de suivi ?

En utilise méthode expérimentale , La communauté d'étude se compose du 12 infirmier(e)s travaillant à l'hôpital Al-Hakim, Okbi Algérie.

les résultats suivants ont été obtenus :

- L'existence de différences statistiques dans le niveau de stress professionnel entre le pré et post test de mesure, et différences entre la dimension physique et psychologique en faveur du post-test d'évaluation.
- Il n'existe une différence statistiquement non significative dans le niveau de stress professionnel, concernant la dimension comportementale, entre le pré et le post-test, au profit du pré test.
- Il existe des différences statistiquement significatives dans le niveau de stress professionnel, entre le post-test et l'évaluation suivi test

- L'existence d'une différence statistiquement non significative dans le niveau stress professionnel, pour la dimension physique et comportementale, entre le post-test et la mesure de la suivi,

Mot Clé : Programme de Formation, Infirmieres, Stress Professionnel.