جامعــة الدكتور يحيى فارس –بالمدية –

كليــة العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة بعنوان:

الضغط النفسي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي

–دراسة ميدانية بالمستشفيات العمومية بولاية المدية–

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر في العلوم الاجتماعية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالب:

-كردغلي يوسف

إشراف الأستاذة:

-مرداس سميرة

السنة الجامعية

1440هـ/1441هـ

2019م/2020م


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام علي سيدنا محمد أشرف المرسلين، وسيدنا الخلق أجمعين وعلي صحابته الأكرمين ومن تبعهم بإحسان إلي يوم الدين.

إن أول الشكر هو لله الواحد الأحد جل وعلا على جميع نعمه التي أسبغها علي وعلى نعمة العلم خاصة، وتيسيره لي كل السبل لانجاز هذا البحث.

أما بعد أتقدم خالص الشكر الجزيل والتقدير الكبير إلى الأستاذة المشرفة **مرداس سميرة** على قبولها الإشراف على هذا العمل، وعلى كل ما قدمته لي من النصائح والتوجيهات والإرشادات طيلة فترة انجاز هذا البحث، وعلى الوقت الذي خصصته من أجلي وأشكرها على صبرها.

وفي الأخير أسأل الله تعالي العلي القدير أن يجعل هذا العمل في ميزان حسناتي وأن أنفع بهذا البحث قارئه و أن يوفقني ويوفق الجميع لصالح الأعمال و العبادات ويجزيني ويجزيهم خير الجزاء في الدنيا والآخرة.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الإهداء

إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله،

إلى أخواتي أسماء وبسملة أتمنى لهما النجاح الدائم،

إلى كل الأهل والأقارب،

إلى كل من يجاهد ويناضل من أجل تحصيل العلم،

أهدي هذا العمل.

قائمة الفهرس

فهرس المحتويات

-بسملة

-الشكر

-الإهداء

-فهرس المحتويات

-ملخص الدراسة

-مقدمة أ

الجانب النظري

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

1-الإشكالية.....**4**

2-الفرضيات.....**6**

3-مصطلحات الدراسة.....**7**

4-أهداف الدراسة.....**8**

5-أهمية الدراسة.....**9**

6-الدراسات السابقة.....**9**

الفصل الأول: الضغط النفسي

تمهيد

1-مفهوم الضغط النفسي.....22

2-بعض المفاهيم التي لها علاقة بالضغوط.....23

3-أعراض الضغط النفسي.....24

4-مصادر الضغط النفسي.....27

5-أسباب الضغط النفسي.....28

6-أنواع الضغط النفسي.....30

7-أساليب مواجهة الضغوط النفسية.....31

8-النظريات المفسرة للضغوط النفسية.....34

-خلاصة الفصل

الفصل الثاني: الاحتراق النفسي

-تمهيد

1-تطور الاحتراق النفسي.....41

2-مفهوم الاحتراق النفسي.....42

3-أعراض الاحتراق النفسي.....43

4-مراحل الاحتراق النفسي.....44

5-أسباب الاحتراق النفسي.....45

6-مستويات الاحتراق النفسي.....50

7-علاقة الاحتراق النفسي بالضغط النفسي.....50

8-استراتيجيات تفادي الاحتراق النفسي.....52

9-النظريات المفسرة للاحتراق النفسي.....53

-خلاصة الفصل

الفصل الثالث: مهنة التمريض والمناوبة الليلية

-تمهيد

I-التمريض

1-مفهوم التمريض.....58

2-مهام ومسؤوليات الممرضة.....59

3-خصائص مهنة التمريض.....60

4-اختصاصات التمريض.....62

5-طبيعة عمل الممرضة.....63

6-أعباء مهنة التمريض.....64

II-المناوبة الليلية

1-مفهوم العمل الليلي.....65

2-أعراض العمل الليلي.....66

3-انعكاسات العمل الليلي.....67

3-1-انعكاسات معرفية.....68

3-2-انعكاسات نفسية.....68

3-3-انعكاسات مهنية.....69

3-4-انعكاسات فيسيولوجية.....72

-خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الفصل المنهجي

-تمهيد

1-منهج الدراسة.....76

2-حدود الدراسة.....76

2-1-الحدود البشرية.....76

2-1-1-معايير انتقاء مجموعة البحث.....76

2-1-2-خصائص مجموعة البحث.....77

2-2-الحدود الزمنية والمكانية.....79

3-أدوات البحث.....79

4-الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.....84

-خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

-تمهيد

1- عرض بعض النتائج الكمية.....86

2-مناقشة الفرضيات

2-1- مناقشة الفرضية العامة.....87

2-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.....88

2-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.....90

2-4- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة.....92

2-5- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة.....94

2-6- مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة.....95

2-7- مناقشة الفرضية الجزئية السادسة.....97

الاستنتاج العام.....99

الخاتمة.....102

الاقتراحات 103

-قائمة المراجع.

-الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث السن	77
02	توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث الأقدمية في العمل	78
03	توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث أقسام العمل	78
04	يمثل كيفية تنقيط البنود الخاصة بالاختبار إدراك الضغط النفسي	81
05	تصنيف أبعاد المقياس الاحتراق النفسي وكيفية تنقيطه	83
06	اختبار التوزيع الطبيعي للمجموعات لمقياس الضغط النفسي	86
07	اختبار التوزيع الطبيعي للمجموعات لمقياس الإحتراق النفسي	87
08	نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون للعلاقة ما بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى أفراد عينة البحث	88
09	ANOVA نتائج اختبار التباين الأحادي تبعا لمتغير السن	89
10	نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لمتغير السن	90
11	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير الأقدمية	91
12	نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لمتغير الاقدمية	92
13	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير أقسام العمل	93

14	نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه لمتغير أقسام العمل	94
15	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير السن	95
16	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير الأقدمية	96
17	نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير أقسام العمل	97

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	نموذج ليبير ونورمان للضغوط	36

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي، حيث كانت الدراسة ميدانية على مستوى مستشفى محمد بوضياف بالمدية ومستشفى بن يوسف بن خدة بالبرواقية، وعليه فقد انقسمت الدراسة إلى جانب نظري تمثل في فصل التمهيدي، وثلاثة فصول شملت متغيرات الدراسة، حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى الضغط النفسي والفصل الثاني تناولنا فيه الاحتراق النفسي، وفي الفصل الثالث شمل مهنة التمريض والمناوبة الليلية، أما الجانب التطبيقي فاحتوى على الجانب المنهجي للدراسة وعرض للنتائج مع مناقشة الفرضيات.

واشتملت عينة الدراسة على ثلاثين(30) ممرضة استوفت فيهم عدة شروط منها أن تكون عاملات بالمداومة الليلية ولا تقل أقداميتهن عن أربعة (4) سنوات، ويتراوح أعمارهم ما بين 25و40سنة، واتبعنا في دراستنا المنهج الوصفي باعتباره المنهج الأنسب لهذا الموضوع، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

-عدم تحقق الفرضية العامة، التي تنص على وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي عند مستوى الدلالة0.05.

عرض نتائج الفرضيات الجزئية:

-تحقق الفرضية الأولى، التي تشير على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليليعند مستوى الدلالة 0.05.

-تحقق الفرضية الثانية، التي تؤكد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي عند مستوى الدلالة 0.05.

-تحقق الفرضية الثالثة، التي تؤكد على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي عند مستوى الدلالة 0.05.

-عدم تحقق الفرضية الرابعة، التي تقول أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي عند مستوى الدلالة0.05.

-عدم تحقق الفرضية الخامسة، التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي عند مستوى الدلالة0.05.

– عدم تحقق الفرضية السادسة، التي تفرض على وجود فروق في الإحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي عند مستوى الدلالة0.05.

مقدمة

مقدمة:

أصبح الفرد يواجه أنواعا مختلفة من الضغوط في المدرسة و الأسرة و بين الأصدقاء وفي العمل و في كل جوانب الحياة، و على جميع المستويات الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية و التربوية حتى أصبح يطلق على هذا العصر عصر الضغوط لارتفاع الشعور بالضغط بين الأفراد.

إذا شهدت العقود الأخيرة اهتماما متزايد من جانب الباحثين بدراسة الضغوط النفسية بهدف الوقوف على طبيعتها و أثارها و كيفية التعامل معها فإذا كانت الحياة سلسلة من الضغوط والتوترات، فلا بد على الفرد معايشتها على أن تكون بقدر و مستوى معين.

ومما لا شك فيه أن قدرا معتدلا من الضغوط مطلوب و ضروري ليظل الفرد في حالة من النشاط والإنجاز للأهداف، فكل فرد باستطاعته الحفاظ على مستوى ملائم من التوافق الشخصي و الاجتماعي و المهني في ظل المستويات العادية من الضغوط، و لكن الضغوط الحادة و المزمنة في مستواها تنطوي على العديد من النتائج المعرفية والانفعالية و السلوكية السلبية التي من شانها أن تعيق قدرة الفرد على التوافق داخل العمل، فقد تنجم هذه الضغوط عن مصادر داخلية نابعة من داخل الفرد أو من مصادر خارجية من بيئة الفرد كبيئة العمل فالجدير بالذكر أن ضغوط العمل و أثارها السلبية لم تعد مقتصرة على مهنة بعينها فقط بل أصبحت شائعة في مهن عديدة و في منظمات متنوعة، فلا شك أن ظروف العمل في كثير من المهن تسبب الشعور بالضغط لدى الكثير من العاملين، و لكن مستويات ضغط العمل تختلف من مهنة لأخرى.

بعض المهن قد تكون أكثر استثارة للضغوط عن غيرها حسب المكانة الوظيفية التي تشغلها تلك المهنة، والأنشطة الوظيفية التي تطلبها و المواصفات المطلوبة لتنفيذها، وغيرها من العوامل المرتبطة بطبيعة هذه المهن.

ويعد التمريض من المهن التي تتطلب من صاحبها جهدا وتركيزا عاليين، وهي بذلك تفرض عليه ضغط نفسي كبير وقلق نتيجة للمواقف التي يتعرض لها ويستوجب التدخل فيها، وبهذا يكون الممرض أو الممرضة في حالة من عدم التوازن في الحالة النفسية والجسمية لهم، فتؤدي بهم إلى عدة اضطرابات نفسية ومشاكل صحية عديدة، فكثير من الأمراض كالقرحة المعدية، القولون، ارتفاع ضغط الدم، ألام المفاصل، أمراض القلب و غيرها ترتبط بشكل وثيق بالضغط النفسي، فكل هذا الضغط النفسي الذي لا يسمح للممرض بالتكيف معه يقوده إلى حد الاحتراق

النفسي الذي يظهر في شكل فقدان الممرض للاهتمام بعمله، و فقدان القدرة على الابتكار و الإبداع في مجال التمريض، إضافة إلي كثرة الغيابات المتكررة وغير المبررة، إذ يعد الاحتراق النفسي حالة من الإرهاق الجسدي و الانفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات مشحونة انفعاليا و يترافق هذا الأخير بمجموعة من الأعراض كالتعب الجسدي و الإحساس بالعجز و الخيبة و الأفكار السلبية تجاه العمل ومع الزملاء.

و تعتبر مهنة التمريض من المهن التي يتعرض أصحابها للاحتراق النفسي، ذلك بسبب الضغوطات النفسية و البيئية التي يتعرضون لها باستمرار ناهيك دورية الوظيفية التي تتطلب منهم العمل في الدوام الليلي هذا ما يسبب المزيد من الضغوطات النفسية عليهم فيكون السبب في ظهور الاضطرابات النفسية و الجسمية و العقلية مما يمنعهم من التكيف وتحقيق التوازن النفسي لها.

و سيتم تسليط الضوء في الدراسة الحالية على الضغط النفسي و علاقته بالاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي للمستشفيات العمومية، بحيث اشتمل البحث على مقدمة و اتبعت بإشكالية البحث و الفرضيات. قسمت الدراسة الحالية إلى جانبين مدعمين و مكملين لبعضهما البعض جانب نظري و جانب تطبيقي، يشمل الجانب النظري على ثلاثة فصول جاءت على النحو التالي:

خصص **الفصل الأول** لمتغير الضغط النفسي باعتباره محور الدراسة بالتطرق إلى مفهوم الضغط النفسي و تبيان للمفاهيم التي لها علاقة بالضغوط واستعراض مختلف أعراضه و مصادره، و أسبابه و أنواعه، كما تم التعرض إلى أساليب مواجهة الضغط و أنهينا الفصل بالإشارة إلى بعض النظريات المفسرة للضغط النفسي.

وضم **الفصل الثاني** متغير الاحتراق النفسي باعتباره متغير من متغيرات موضوع الدراسة، من خلال التطرق لتطور الاحتراق النفسي، مفهومه و إبراز أعراضه و مراحله، مع ذكر أسباب الاحتراق النفسي و مستوياته، كما تم التعرض إلى العلاقة التي تربط الضغوط النفسية بالاحتراق النفسي، لنصل إلى استراتجيات تفادي الاحتراق النفسي، و عرض لأهم النظريات المفسرة للاحتراق النفسي.

في حين تمثل **الفصل الثالث** في مهنة التمريض و المناوبة الليلية باعتباره من المتغيرات الأساسية في موضوع الدراسة، و كانت بداية هذا الفصل بالتمريض و ذلك من خلال تعريفه و ذكر لمهام و مسؤوليات الممرضة،

إضافة إلى تبيان خصائص التمريض و اختصاصاته مع استعراض لطبيعة أعباء عمل الممرضة. بالإضافة لهذا فقد تطرقنا إلى المناوبة الليلية وهذا بعرض مفهومها و عرض لأهم أعراض و انعكاسات العمل الليلي.

أما الجانب التطبيقي للبحث فقد احتوى على فصلين هما:

الفصل الرابع من خلال تناول الإجراءات المنهجية للبحث، و تم فيه التطرق إلى منهج البحث، و عينة البحث وخصائصها، المجال الزماني و المكاني للبحث، بالإضافة إلى ذكر لأدوات البحث المستعملة من اجل جمع البيانات، وصولا إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.

في حين تضمن **الفصل الخامس** عرض و تحليل نتائج الدراسة التي خلصنا إليها بعد المعالجة الإحصائية، و تمت مناقشتها في ضوء الدراسات السابقة في مجال بحثنا. و انتهى البحث باستنتاج عام لخص أهم النقاط التي أسفرت عليها الدراسة من نتائج كما تم إلحاق البحث بمجمل المراجع و الملاحق المستخدمة في الدراسة.

جانب النظري

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- مصطلحات الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أهمية الدراسة

6- الدراسات السابقة

1-الإشكالية:

يواجه الإنسان في حياته اليومية الكثير من المعيقات التي تمنعه من التقدم وتحقيق أهدافه فهي تسبب له ضغطا نفسيا يمنعه من التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه، حيث بينت الدراسات في هذا المجال أن العاملين في مهنة التمريض من أكثر المهنيين المعرضين للضغوط النفسية وذلك لما تتضمنه من مواقف مفاجئة والشعور بالمسؤولية نحو المريض وأعباء العمل الزائدة، حيث أنه يحدث الضغط النفسي نتيجة عوامل داخلية أو خارجية، فهذا ما يؤدي بها حتما إلى استجابات انفعالية حادة ومتواصلة، ناهيك عن الانشغال على أفراد الأسرة كما هو الشأن في العمل الليلي، الذي يشكل في مجمله أحداثا تساهم في إفراز بعض التغيرات على الفرد منها المرض والأرق التي تعتبر بدورها من مؤشرات الضغط النفسي الذي هو ناتج عن اختلال التوازن بين طبيعة المثير وحجم الاستجابة له (صندلي ر.، 2012، ص116).

فالضغط النفسي هو تجربة ذاتية تحدث اختلالا نفسيا أو عضويا لدى الفرد، ينتج عن عوامل في البيئة الخارجية للفرد نفسه كنظام المداومة وتبعا لخصائصها المتمثلة في العمل الليلي وما تفرزه من انشغال وتوتر، طول ساعات العمل، إضافة إلى التغيير المستمر في فترات العمل، مما يصعب على العضوية التكيف معها والتي تعتبر في مجملها العوامل الضاغطة التي تنشأ تبعا لخصائص الشخصية التي تميزه عن الآخرين والتي تتضمن ردود فعل نفسية أو جسمية أو سلوكية اتجاه الضغط والإرهاق والتوتر، و بتكرار هذا الحال تؤدي إلى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. وهذا ما أثبتته عدة دراسات، أن عددا كبيرا من الزوجات اللواتي تعملن وفق نظام العمل بالمناوبة نادرا ما يلتقون بأزواجهم وأولادهم لفترات طويلة وهذا راجع لخصوصيات وانعكاسات طبيعة العمل الذي يقومون به(ميهوبي ف.، 2008، ص 98).

وبالموازنة مع ذلك فإن العمل بالمداومة له تأثير سلبي على نشوء اضطرابات النوم والشهية و زيادة حوادث العمل، كل ذلك يعود إلى التغير الذي يحدث في الساعة البيولوجية للجسم، كما تضطرب المسؤولية التي تحمل في ثناياها درجة من الضغط النفسي خاصة في البيئات التي تعطى وزنا وأهمية للعوامل الثقافية المتشددة، فيزداد بذالك العبء إذ كانت تلك المسؤولية عن العمل وأفراد العائلة في آن واحد، وهذا نتيجة الالتزام بشأن الخبرات والممارسات المختلفة في بيئة العمل والتي تؤثر بدورها في إدراك الفرد العامل لهذه العلاقة فيتحول بذلك إلى مصدر للقلق والإحباط(عسكرع.، 2009، ص101).

و في دراسة **الطريري** التي أجراها على عينة من المجتمع السعودي بلغت 84 موظفا حكوميا، توصل إلى أن الأفراد الذين يعملون في قطاع الصحة هم أكثر عرضة للضغط النفسي، ودراسة **بروشن وآخرون** الذين توصلوا إلى أن مهنة الطب جمعت بين كثافة العمل وعظم المسؤولية وهذا ما يسبب الضغط النفسي والإنهاك المهني الكبير في القطاع الصحي، وهذا بسبب تحملهم عبء المسؤولية عن حياة الناس والبعد الأسري لأوقات طويلة والمناوبات الليلية وغيرها، وكل هذه الدراسات شملت الممرضات حيث أن الضغوط التي تتعرض لها بعض الممرضات كثيرة ولهذا تعد هذه المهنة من المهن الشاقة خاصة في أقسام الطوارئ وقسم الاستعجالات فضلا عن عملهن في أوقات وساعات طويلة تعزلهن عن الحياة الاجتماعية(نقلا عن يحياوي س.، 2015، ص 08).

ومن خلال ما سبق ذكره نستطيع القول أيضا بأن هذه المظاهر والمؤشرات تدل على ظاهرة الاحتراق النفسي الذي تكلمت عنه **كريستينا ماسلاش**، حيث أشارت إليه بأنه عرض من الاستنزاف الانفعالي وتبلد المشاعر ونقص الشعور بالإنجاز وهذا يحدث للأفراد الذين يعملون في المهن التي يتم فيها التعامل مع الأفراد بصورة رسمية(جعافرة أ.، 2013، ص301).

فالاحتراق النفسي يشكل أحد المخاطر المهنية التي تتطور لدى الأفراد الذين يعملون مع الفئات التي تحتاج إلى مساعدة، فهو من المشاكل التي تحدث بشكل خاص مع الأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين مع المرضى والأفراد الذين يواجهون الموت (تايلور ش.، ت: درويش و.، شاكر فوزي د.، 2008، ص506).

ومن أهم المؤشرات التي نستدل منها على وجود هذه الظاهرة هي الجهد الانفعالي و تبلد الشعور و الشعور بتدني الإنجاز، وتعتبر هذه الظاهرة أخر وأخطر مرحلة من التوتر النفسي، غالبا ما يغفل المرء عن عوارضها الأولى لكن المخزون العاطفي يتعرض تدريجيا للاستنزاف في موارده، بعد فترة طويلة من الضغوط النفسية، بسبب الأجواء السائدة أو الأشخاص الذين نتعامل معهم، أو نقص الحوافز أو ببساطة فائض الأعمال التي يجب إنجازها، نتيجة لذلك لا تكف الحالة الجسدية والنفسية عن التدهور حتى اليوم الذي يتعرقل فيه مسار حياتنا ونجد أنفسنا عاجزين كليا عن العمل. (عوض أ.، 2007، ص20)

والأثر الذي يتركه الاحتراق النفسي متعدد الجوانب، فهو يرتبط بالتغيب عن العمل دون عذر وذلك باستمرار، وأخذ فترات طويلة من الراحة في أداء العمل كما تبين الإحصائيات أن الممرضين هم الأكثر إصابة بالاحتراق النفسي وهذا لتحركهم بشكل أسرع وتقديم المساعدات اللازمة لمرضاهم خاصة في مركز الطوارئ.

و من خلال ما تم عرضه سابقا نطرح الإشكالية الرئيسية التالية:

-هل توجد علاقة بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي؟

تتفرع منها الأسئلة الجزئية التالية:

1-هل توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي؟

2-هل توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي؟

3-هل توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي؟

4-هل توجد فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي؟

5-هل توجد فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي؟

6-هل توجد فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي؟

2-الفرضيات:

لكل دراسة فرضيات يبنى عليها الباحث دراسته وقد اعتمدنا في هذا الصدد على فرضيات تتناسب مع إشكالية الدراسة وتلخصت في الفرضية العامة التالية:

-توجد علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي.

وانبثقت تحتها الفرضيات الجزئية التالية:

1-توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

2-توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي.

3- توجد فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

4- توجد فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

5-توجد فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي

6- توجد فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي

3-مصطلحات الدراسة:

3-1-تعريف الضغط النفسي:

- اصطلاحا:

الضغط النفسي حالة من الاضطرابات وعدم كفاية الوظائف المعرفية، وتتضمن المواقف التي يدرك فيها الفرد بأن هناك فروقا بين ما يطلب منه سواء كان داخليا أو خارجيا وقدرته علي الاستجابة لها(السيد خليفة و.، 2008، ص132).

-إجرائيا:

هو الدرجة التي تتحصل عليها الممرضات العاملات بالمداومة الليلية في مقياس ليفنستان وآخرون levenstain et all" الذي طبق عليهن لمعرفة درجات الضغط النفسي لديهم.

3-2-تعريف الاحتراق النفسي:

-اصطلاحا:

عرف الاحتراق النفسي بأنه الشعور بالاستنزاف العاطفي والعقلي والجسمي يوما بعد يوم حتى يصل الفرد إلى ما بعد الإجهاد وحالة من الشعور بفقدان الإحساس(R.,BBradit.Reece، 1999، ص35).

-إجرائيا:

هو إستجابة الممرضة التي تظهر على درجات مقياس الإحتراق النفسي وتكون هذه الاستجابة موجبة نحو الإنهاك والتعب وفقدان الهوية المهنية نتيجة الأعباء المثقلة على عاتقها مما تؤدي بها إلى عدم الاهتمام بالمرضى وممن حولها فيؤثر سلبا على جودة عملها.

3-3-الممرضات:

-اصطلاحا:

هو ذلك الإنسان المهني الذي أجتاز بنجاح البرامج التعليمية الخاصة بالتمريض بعد الثانوية العامة ويجب أن تكون هذه البرامج معتمدة ولا تقل عن 18 شهرا من الدراسة(الشافعي أ، 2002، ص86).

-إجرائيا:

هي تلك العاملات اللواتي يعملن في مهنة التمريض في إحدى مستشفيات التابعة لوزارة الصحة، و قد وقع اختيارنا على مستشفيان بولاية المدية.

3-4-العمل الليلي:

-اصطلاحا:

حسب القانون الجزائري 90-11- المتعلقة بعلاقات العمل: جاءت المادة 27 من القانون 90-11-المتعلقة بعلاقات العمل من القانون الجزائري في باب العلاقات الفردية، أن كل عمل ينفذ بين التاسعة ليلا والخامسة صباحا يعتبر عملا ليليا(جريدة الرسمية، 1990، ص18).

-إجرائيا:

هو أي عمل يؤدي خلال فترة زمنية لا تقل عن 7 ساعات متعاقبة وتشمل المدة من العاشرة ليلا إلي الساعة 5 صباحا.

4-أهداف الدراسة:

لا تخلو كل دراسة من أهداف يسعى الباحث لتحقيقها، وقد انقسمت أهداف هذه الدراسة إلى قسمين، أهداف علمية وأهداف عملية، تتمثل الأولي في:

1-الكشف عن نتائج الدراسة والإجابة على أسئلة الدراسة.

2- التأكد من وجود علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي.

و التي انبثقت تحتها الفرضيات الجزئية التالية:

1- تأكد من وجود فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

2- تأكد من وجود فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي.

3- تأكد من وجود فروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

4- تأكد من وجود فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

5- تأكد من وجود فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي

6- تأكد من وجود فروق دالة إحصائيا في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

أما الأهداف العملية، فتمثلت في توعية المجتمع بطبيعة ردة فعل الممرضات التي ينتهجونها أثناء مواجهتهن للحالة التي يمر بها بعض المرضى، والتي لا يفهمها الكثير أو يخطئ في فهمها ويعتبرون هذه السلوكيات بأنها هروب أو تجنب أو تهاون أو عدم كفاءة والتي من شأنها أن تعرضها إلى تهديد واعتداء وشتم.

5-أهمية الدراسة:

1-تعتبر هذه الدراسة امتدادا لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم الضغط النفسي والاحتراق النفسي باعتبارهما واقع سائد في مجتمعنا.

2-تعتبر دراسة الضغط النفسي والاحتراق النفسي ضرورة من ضروريات الاهتمام بالصحة النفسية للأفراد ككل، خاصة العاملين في المهن الإنسانية والاجتماعية ومن بينهم الممرضات.

3-أهمية الشريحة التي تناولها البحث وهي شريحة الممرضات والتي تعاني مشكلات مهنية وأسرية تقلل من فعاليتهم.

6-الدراسات السابقة:

6-1-الدراسات السابقة عن الضغط النفسي:

6-1-1-الدراسات الأجنبية:

1-دراسة توليفر(Tolliver,2001):

والتي كانت بعنوان الضغوط النفسية والعملية التي تواجه العاملين في مهنة التمريض ورؤساء الأقسام العاملين في الرعاية الصحية الحرجة وهدفت إلى التعرف على درجة الضغط النفسي التي تواجه العاملين في التمريض، ورؤساء الأقسام باختلاف سنوات الخبرة، تكونت العينة من48 ممرض وممرضة، و12 رئيس قسم، استخدم الباحث استبيان أعده لقياس درجة التعرض للضغوط النفسية وضغوط العمل، تتكون من 34 فقرة، تعبر عن حالات مختلفة للضغط النفسي، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات الممرضين ورؤساء الأقسام على أبعاد المقياس كما أشارت إلى أن الضغوط النفسية العملية الأكثر شدة تتمثل بعبء العمل الزائد، والصراع مع الأطباء وموت المرضى (نقلا عن صندلي ر.، 2012، ص29).

2-دراسة شوستير (2002 Schuster) :

الدراسة بعنوان: ضغوط العمل لدى العاملين في التمريض في أقسام العناية المركزة، هدفت الدراسة إلى تحديد تكرارات ضغوط العمل، وشدتها لدى العاملين في التمريض وتحديد ما إذا كانت هناك ضغوط عمل أكثر تأثيرا لدى أفراد العينة في ذلك المستشفى. تكونت العينةمن44 ممرض وممرضة من أقسام العناية المركزة في المستشفى بكندا، استخدم الباحث اختبار ضغط العمل لدى الممرضين والممرضات في قسم العناية المركزة تزيد عن غيرها لكثرة الحوادث الخطيرة والحرجة والتي تتطلب المتابعة الدائمة، وإن مصادر الضغوط لدى العينة تمثلت في ضغط الأطباء وأهالي المرضى، وأصدقائهم إضافة إلى ضغوط المطالب العائلية والاجتماعية(نقلا عن صندلى ر.، 2012، ص 30).

3-دراسة جونسون (1999):

بعنوان برامج في إدارة الضغوط النفسية لخفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض، والتي هدفت إلى تطوير برنامج إدارة الضغوط النفسية وقياس أثره، وتكونت العينة من 43من الطلبة لتخفيف من أعراض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض، التمريض سنة الأولى و34 من الطلبة السنة الثانية، جرى سحبهم بطريقة عشوائية، ومن ثم أخذت منهم مجموعتان الأولي ضابطة والثانية تجريبية وذلك وفقا لدرجاتهم على المقاييس المستخدمة في البحث، والمتمثلة في مقاييس القلق ومقاييس الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك من خلال تدريبات الاسترخاء وإعادة البناء المعرفي(نقلا عن مخلوف س.، 2006، ص 28).

4-دراسة كريستين وآخرون(Christine and al,2000):

الدراسة بعنوان ضغوط العمل واستراتجيات التعامل وأثرها في الرضا الوظيفي لدى عينة من العاملين في التمريض في المستشفيات الأسترالية، هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين ضغوط العمل وإستراتجيات التعامل معها وانعكاس ذلك على الرضا الوظيفي وعلى الحالة النفسية لدى المرضات، حيث تكونت عينة الدراسة من129ممرضة من مستشفيات أستراليا، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغوط الخاص بالعمل التمريضي، مقياس هيومر للتعامل مع الضغوط، ومقياس الرضا الوظيفي، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة دالة إيجابيا بين الضغوط والحالة النفسية السيئة وحالة الاضطراب لدى المرضات، وأن هناك علاقة سلبية بين الضغوط والرضا الوظيفي، وأن هناك علاقة دالة بين استخدام أساليب التعامل الإحجامية، والحالة النفسية السيئة لدى المرضات(نقلا عن خميس م.، 2013، ص290).

6-1-2-الدراسات العربية:

1-دراسة عسكر وعبد الله (1988):

أجريت بهدف تحديد درجة الضغوط النفسية ومصادرها ومقارنتها لدى العاملين في كل من مهن التمريض والطب والخدمة النفسية والاجتماعية، إذ تكونت عينة الدراسة من 153 عاملا من كلا الجنسين، طبق الباحث إستبيان من إعداده بعد التأكد من ثباته، أشارت نتائج الدراسة إلى أن مهن التمريض والطب هي أكثر المهن تعرضا للضغوط، تليها مهن الخدمة النفسية، كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المهن السابقة(نقلا عن خميس م.، 2013، ص288).

2-دراسة النيال(2007):

والتي هدفت إلى فحص الفروق بين المرضات اللاتي يعملن في قسم العناية المركزة والممرضات في الأقسام المختلفة في مستشفيات مدينة الإسكندرية، وتكونت العينة من 60ممرضة وطبق عليهن كل من المقاييس الآتية:الضغط النفسي، بيك للاكتئاب، العدوان، وقد أشارت النتائج إلى وجود إرتباطات جوهرية بين كل من قلق الموت والإكتئاب والعصبية لدى أفراد العينة وتوصل إلى أن الممرضات يعانين من مستوى مرتفع من الضغط تختلف درجاته من قسم إلى قسم (نقلا عن خميس م.، 2013، ص288).

3-دراسة أحمد وآخرون(2001):

أجريت في القطاع الصحي العسكري، والتي كانت تحت عنوان: الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرضون العاملون في وحدات العناية المركزة، والتي كان هدفها التعرف على الآثار النفسية لضغط العمل على الممرضين والممرضات العاملين وشدة الضغوط في وحدات العناية المركزة في مدينة الحسين الطبية، حيث تألفت عينة البحث من ثلاثة مجموعات من الممرضين والممرضات حيث شملت المجموعة الأولي50ممرض يعملون في وحدات العناية المركزة، المجموعة الثانية: 20 ممرض في وحدة الكلية الاصطناعية، والمجموعة الثالثة: 50ممرض في وحدات الجراحة، وتوصلت الدراسة أن المجموعتين الأولي والثالثة هم الأعلى من حيث مستويات الضغوط من المجموعة الثانية، وقد أظهرت أيضا أن المجموعة الأولي هم الأكثر قلقا وكآبة من المجموعتين الأخيرتين(نقلا عن خميس م.، 2013، ص289).

4-دراسة بسطامي(2000):

والتي أجريت بالمستشفيات الأردنية، التي تهدف إلى التعرف على مستوي الضغوط التي يتعرض لها الممرضون العاملون في أقسام الرعاية الحرجة، كما هدفت الدراسة إلى اختبار تأثير بعض المثيرات الفردية والتنظيمية على مستوى الضغط كالجنس والعمر ونوع المستشفى، تكونت العينة من70 ممرضا وممرضة، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية الذي طورته،أنتونيلين، ويقيس ستة أبعاد: الصراع الفلسفي العاطفي، الصراع بين الممرضين والموظفين في القطاع الصحي، مسؤوليات الممرضين، المعرفة والمهارات، الصراع بين الشخصية، البيئة وظروف العمل، وأوضحت النتائج أن أكثر مصادر الضغوط النفسية تأثيرا لدى الممرضين هي: إساءة فهم دور الممرضين من قبل الإدارة،واختلاف القدرات بين الجنسين والتصنيف العمري لهم، وعدم وجود الطبيب عند الحاجة إليه، الصراع مع الأطباء عدم وجود التعليم المستمر في العمل بين أفراد الفريق(نقلا عن خميس م.، 2013، ص289).

5-دراسة شهاب (2002):

والتي كانت تحت عنوان مصادر الضغوط ومستوياتها، كما يدركها ممرضي في سنواتهم 5 الأولى، والممرضين الذين لديهم20 سنة عمل ، والتي هدفت إلى تقويم مستويات ومصادر الضغوط النفسية لدى الممرضين والتعرف على الفروق بين سنوات الأقدمية لديهم والتعرف على ردود أفعالهم اتجاه الضغوط التي يتعرضون لها، وعلاقتها بالصحة

العامة لديهم، وتكونت عينة الدراسة من 61 ممرضة يمارسون التمريض في المستشفيات التابعة للجامعة الأمريكية في بيروت.

و استخدم الباحث مقياس بيك وسريفاستانا للضغط النفسي، و إستبانة الصحة العامة في مقياس مستوي الضغوط والصحة النفسية، وخلصت الدراسة إلى أن الممرضين يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة ترتبط بالعلاقات الشخصية مع المرضى، والزملاء والمشرفين على الصحة في المستشفي وساعات العمل الطويلة مع السنوات التي عملوا فيها، إضافة إلى الضغوط الأكاديمية كما ارتبطت المستويات المرتفعة من الضغوط بمشكلات صحية جسدية ونفسية لدى أفراد العينة(نقلا عن طايبي ن.، 2013، ص21).

6-دراسة سعادة وآخرون(2003):

بعنوان الضغوط النفسية العملية التي يتعرض لها الممرضون والممرضات خلال انتفاضة الأقصى في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية، وتهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوي الضغوط النفسية والعملية التي واجهت الممرضين والممرضات خلال انتفاضة الأقصى، وتحديد بعض المتغيرات الشخصية في ذلك. تكونت العينة من 144 ممرض وممرضة من مستشفيات مدينة نابلس، ولقياس مستوى الضغوط استخدم الباحث إستبانة الضغط النفسي التي يعاني منها العاملون في التمريض خلال فترة الانتفاضة، وأظهرت النتائج أن الممرضين والممرضات يعانون مستوى مرتفع من الضغوط النفسية المرتبطة بمصادر ضغوط العمل المتعلقة بالمرافقين للجرحى وخطورة الإصابات، والتعامل مع الإدارة، والضغوط العائلية، كما أشارت الدراسة إلى أن مهن التمريض من أكثر المهن تعرضا لضغوط العمل، والضغوط النفسية(نقلا عن البدوي ط.، 2000، ص24).

7-دراسة سليمان (2004):

بعنوان تأثير الضغوط النفسية الوظيفية على الانتماء التنظيمي بالتطبيق على مستشفيات جامعة عين الشمس- مصر، وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية التي يتعرض لها العاملون في مستشفيات جامعة عين الشمس المرتبطة بالوظيفة من حيث عبء العمل وخصائص الوظيفة،والظروف المادية، ضغوط الوقت، والعلاقات في العمل وعلاقتها بالانتماء الوظيفي، وتكونت العينة من390 من الأطباء وفنيين وإداريين و124 ممرضا وممرضة، تمثلت أدوات الدراسة في: قائمة الاستقصاء من إعداد الباحث، وتكونت من قسمين الأول يقيس الضغوط النفسية والثاني يقيس الانتماء التنظيمي، أظهرت النتائج أن مصادر الضغوط لدى أفراد العينة كانت

حسب الترتيب، مصادر متعلقة بعبء العمل الزائد، خصائص الوظيفة، الظروف المادية، ضغوط الوقت، ضغوط أسلوب المدير، فأظهرت نتائج الدراسة أن العاملين في مهنة التمريض والأطباء هم أكثر الفئات معاناة من الضغط النفسي(نقلا عن الزهران ن.، 2008، ص20).

8-دراسة نجويزي(2000):

الدراسة بعنوان ضغوط العمل بين الممرضين والممرضات وهدفت الدراسة إلى تحديد أسباب الضغوط النفسية وأساليب التكيف المستخدمة لديهم، تكونت العينة من60 ممرضا وممرضة من مستشفيات مدينة جاوت نغب جنوب إفريقيا، تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغط النفسي في العمل، ومقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وتوصلت النتائج إلى أن مصادر ضغوط العمل لديهم تمثلت في: زيادة أعباء العمل بسبب النقص في عدد الممرضين والممرضات، ونقص الأجهزة والأدوات والأدوية وضعف الاجتماعية مع الإدارة والأطباء وزملاء، وان 90%من طاقم التمريض يعاني من ضغوط عمل مرتفعة(نقلا عن صندلى ر.، 2012، ص 31).

6-2-الدراسات السابقة عن الاحتراق النفسي:

6-2-1-الدراسات الأجنبية:

1-دراسة zallars.l and al (1999):

الدراسة تحت عنوان التخفيف من الاحتراق النفسي لدى موظفي العناية الصحية ذوي الانفعالات السلبية المرتفعة، وقد توصلت النتائج إلى أن إدراك صراع الدور يزداد حدة، بينما إدراك الفعالية الجماعية يساهم في تخفيف بعض أبعاد الاحتراق النفسي لدى الممرضين ذوي الانفعالية العالية.

كما تم التوصل بأن الاحتراق النفسي لدى عمال القطاعات الاجتماعية تزداد سوءا خلال مدة18 شهرا من العمل في نفس الظروف المحيطية، غير أن الباحثين يرون بأنه من الصعب تحديد ظروف عمل معينة يمكن اعتبارها مهمة بالنسبة لبعد معين من أبعاد الاحتراق النفسي.

2-دراسة روداريو آخرون(1993, Rodary et col):

استخلصت هذه الدراسة أن 20%الى40%من المعالجين هم في حالة احتراق نفسي، و25% من ممرضات المستشفيات العامة باختلاف المصلحات يعانين في عملهن، 56% منهن رغبن مؤخرا في التخلي عن مهنتهن، وانتهت نتائج الدراسة بأن الممرضون يعانون من الضغط المهني (نقلا عن الشيخ د.، 2002، ص 31).

3-دراسة كريستينا ماسلاش وسوزان جاكسون Maslach et Jackson(1982):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوي الاحتراق النفسي لدي عينات كبيرة من العاملين في مهن المحاماة، الشرطة، التمريض، الطب النفسي، وقد خلصت الدراسة إلي النتائج التالية:

وجود فروق مهمة بين الذكور والإناث في مختلف أبعاد الاحتراق النفسي، إذ أظهر الذكور شعورا بالإنجاز بدرجة أعلى من الإناث على مستوى التكرار والشدة، كما أشارت الدراسة إلى وجود فروق مهمة بين مستويات العمر والاحتراق النفسي، فقد اظهر أفراد العينة من فئة صغار السن شعورا سلبيا تجاه العملاء بدرجة أعلى من فئة كبار السن من حيث شدة الإجهاد الانفعالي، وأظهرت النتائج أن كلا من غير المتزوجون والمطلقين عانوا من الإجهاد الانفعالي بدرجة أعلى من الأفراد المتزوجين على مستوي التكرار والشدة (نقلا عن الشيخ د.، 2002، ص32).

6-2-2-الدراسات العربية:

1-دراسة البدوي(2000):

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك، وقد تكون مجتمع الدراسة من 3308 ممرضا وممرضة يعملون في مستشفيات محافظة عمان، أما عينة الدراسة فقد تكونت من 466 ممرضا وممرضة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية حسب متغيرات الدراسة، وقد توصلت الدراسة إلى ما يلي:

1-إن الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان يعانون من تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية، ومن شدة حدوثه بدرجة متوسطة، وأنهم يعانون من تكرار وشدة الشعور بتبلد المشاعر بدرجة متوسطة، وأنهم يعانون من تكرار وشدة نقص الشعور بالإنجاز بدرجة عالية.

2-عدم وجود أثر لمتغيرات، الجنس، الخبرة،والتصنيف المهني، في درجات الاحتراق النفسي لدى الممرضين، في حين وجد أثر ذو دلالة لنوع المستشفى، ولموقع العمل في درجات الاحتراق لديهم من حيث شدة التكرار تبلد الشعور.

3-إن لدى الممرضين درجات عالية في مصادر الاحتراق النفسي وهذا في الأبعاد البيئة وظروف القسم، والمكانة الاجتماعية على درجة الاحتراق النفسي بالمقارنة مع بعدي طبيعة العمل والعلاقات الشخصية على درجات الاحتراق النفسي لديهم.

4-أهم مصادر الاحتراق النفسي تمثلت بعدم إتاحة الفرصة للممرضين للالتحاق بدورات تدريبيهم وعدم توفير أماكن للراحة والترفيه، وكثرة الضغوط النفسية عليهم من كثرة الأدوار التي يقومون بها، وإلقاء اللوم الجائر للمسئولين على الممرضين عند حدوث خطأ طبي، وقلة أجور الممرضين.

5-وجود أثر لمتغيرات: الخبرة، نوع المستشفى، التصنيف المهني، وموقع العمل، في درجة تأثير مصادر الاحتراق النفسي على درجات الاحتراق النفسي لدى الممرضين، في حين لم يوجد أثر لمتغير الجنس في الأبعاد الأربعة لمقياس تأثير الاحتراق النفسي.

6-وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين بعدي الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر والأبعاد الأربعة لمقياس درجة تأثير مصادر الاحتراق النفسي، في حين لم تظهر علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين نقص الشعور بالانجاز والأبعاد الأربعة لمقياس درجة تأثير مصادر الاحتراق النفسي.

7- إن مقدار ما تفسره مصادر الاحتراق النفسي من التباين في درجات أبعاد الإجهاد الانفعالي وتبلد المشاعر ذو دلالة إحصائية، وأن مقدار ما تفسره من التباين في درجة بعد نقص الشعور بالإنجاز ليس ذو دلالة إحصائية.

2-دراسة جلولي شتوحي نسيمه(2003):

وهي عبارة عن رسالة ماجيستر في علم النفس الاجتماعي بجامعة الجزائر تحت عنوان: الإنهاك المهني لدى الممرضين وإستراتجيات المقاومة المستخدمة، توصلت الدراسة إلى أنه :

1-يعاني الممرضون من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإجهاد الانفعالي، ومن شدة متوسطة على مستوى كل من بعد فقدان الشعور التعاطفي وبعد نقص الشعور بالإنجاز.

2-يميل الممرضون إلى استخدام إستراتجيات التجنب كأول إستراتجية للتقليل من شدة الاحتراق النفسي.

3-هناك فرق بين ممرض المصلحات الطبية والعناية المركزة في استخدام إستراتجيات المقاومة.

4-لا يوجد فروق بين الإناث والذكور في مستوى الاحتراق النفسي.

5-لا يوجد فروق بين الإناث والذكور في إستراتجيات المقاومة.

6-لا يوجد فروق في شدة الاحتراق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل وتوجد فروق في إستخدام إستراتجيات المقاومة حسب الأقدمية.

3-دراسة ميهوبي فوزي (2008):

هدفت الدراسة إلى تشخيص مستوى الاحتراق النفسي لدى الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي، ولتحقيق هذه الأهداف صمم الباحث مقياس للمناخ التنظيمي، وطبقت هذه الدراسة على عينة من 271ممرض، 138ذكور،و133 إناث بإختلاف السن بينهم، وتمت الدراسة بـ 11 مؤسسة صحة على مستوي الجزائر العاصمة، كما طبقت مقياس الاحتراق النفسي ماسلاش بعد التحقق من خصائصه السيكومترية، كذلك أسفرت نتائج الدراسة على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي وعلى ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي.

6-3-الدراسات السابقة عن الدوام الليلي:

6-3-1-الدراسات الأجنبية:

1-دراسة كريستين كوستفسن وآخرون (2010):

يستدعي العمل في مؤسسات الرعاية في السويد،أن تتعلم الممرضة فيها تحمل المسؤولية اتجاه عدد كبير من المحتاجين إلى الرعاية والاهتمام خلال كامل اليوم وبالأخص الفترة الليلية، وعليه فقد قامت أهداف الدراسة على معرفة ثلاث جوانب أساسية في الأداء الوظيفي للممرضة والتي تشمل: تبعية الممرضة للتنظيم المهني، والمسؤولية المهنية، والخلل في ظروف الرعاية.

-فقد شملت عينة الاختبار على80 ممرضة التي تراوحت مدة عملهن بين6 -35عاما، تمخضت نتائج الدراسة على:

1-اعتماد الممرضات العاملات ليلا على كل من التنظيم من ذوي الخبرة في معالجة تلك المشكلات التي يمكن أن تظهر في ممارسة العمل، وأفشت الدراسة أيضا أنهن يلجأن إلى الكوادر الأكثر خبرة والأطباء في مساعدتهم في شؤون رعاية بعض المسنين.

2-تمثلت المسؤولية المهنية في عدة جوانب ذات العلاقة بأخلاقيات العمل في مجال الرعاية، أهمها ضرورة منح الممرضات السلطة المناسبة للنهوض بمهمة الإشراف بوصفها شرطا أساسيا من شروط العمل ووسيلة للارتفاع بمستوى المهارة وتحقيق القابلية على النهوض بهذه المسؤولية، مع ثقة عالية بالنفس.

كما تتضمن المسؤولية المهنية ثانيا العمل على التأكد من امتلاك الممرضة لما يثبت قدرتها وجدارتها في العمل، ثم العمل على تأييد اللواتي يستطعن ذلك بوصفها جزءا من أخلاقيات العمل في ميدان الرعاية.

3-أكدت الدراسة أن هناك بعضا ممن يواجه خلل في الرعاية المقدمة للمحتاجين، ولعل من ابرز وجوه ذلك الخلل هو استخدام بعض من أشكال العنف في التعامل مع كبار السن، وفي طريقة تقديم الخدمات الضرورية إليهم(نقلا عن خميس م.، 2013، ص295)

2-دراسة سفاينزد وتهيردز (2006):

تهدف الدراسة في محاولة إيجاد ربط بين أوقات العمل أو المناوبات المختلفة وبين المشكلات التي تعاني منها مجموعة الممرضات العاملات في عدد من المؤسسات الصحية في أيسلندا، ولأجل الإيفاء بمستلزمات الدراسة الميدانية، عمد الباحث إلى اختيار عينة اشتملتعلى394مفردة وبطريقة عشوائية، وبعد تحليل البيانات المستخلصة من مجاميع الاستمارات المقدمة لهم عمدت النتائج إلى عدة نقاط منها:

1-أكدت الدراسة عدم وجود علاقة بين نوعية نوم المبحوثات من جانب وبين أي من المناوبات الثلاث الصباحية والمسائية والليلية، وهذا ما أسفر لتعجب واستغراب الباحث الذي أكد أن النتيجة غريبة إذ ما وضعت قبالة العديد من النتائج التي خرجت بها العديد من الدراسات التي سبق وأنجزت حول الأمر.

2-أما عن العلاقة بين العمل على أساس المناوبات وبين الحالة الصحية فقد بينت هذه الدراسة إلى معاناة عدد من مفردات العينة لبعض من الأمراض القلبية.

3-ذهبت الدراسة أيضا إلى تأكيد أن عدد الساعات المبذولة في العمل خلال مناوبة واحدة غالبا ما تكون عند اللواتي يعملن خلال أكثر من مناوبة واحدة، وذلك خلافا لما عليه الحال عند اللواتي لا يؤدين أكثر من مناوبة(نقلا عن خميس م.، 2013، ص295).

6-3-2-دراسات العربية:

1-دراسة عبدوني عبد لحميد وآخرون(2010):

تمثل عنوان الدراسة في تأثير العمل الليلي في ظهور بعض اضطرابات النوم، الأرق وفرط النوم، لدى عمال الدوريات الليلية،ويتمثل الهدف الأساسي لهذه دراسة في معرفة انعكاسات ما يعانيه العاملون في الوردية الليلية من اضطرابات في النوم التي من شأنها أن تؤثر على إنتاجيتهم وفي مدى تركيزهم، فضلا عن تأثيرها في مدى قضاء الوقت مع الأبناء أو الأصدقاء أو حتى في ترتيب بعض الأنشطة الترفيهية.تشتمل عينة الدراسة على80 عامل وعاملة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين العاملين في القطاع الصحي.

وتلخصت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة فيما يلي:

1-يؤدي العمل بنظام الورديات الليلية إلى ظهور الأرق لدى العاملين، إذ أن غالبية هؤلاء يعانون من الأرق في بداية النوم إذ تجاوزت نسبتهم63% من مجموع العينة، كما بلغت نسبة الذين يعانون من الأرق في المدة المحددة لنهاية النوم 52.5%، أما الذين يعانون من الأرق في المدة المحددة للاستمرار في النوم فقد وصلت نسبتهم إلي أكثر من 60%. وهذا يدل على أن معظم الورديات إناثا وذكور يعانون من كل أشكال الأرق، وهو أمر ينعكس سلبا في أدائهم في العمل.

2-كما أكدت الدراسة على وجود عدة اضطرابات تتمثل في أخطار حوادث العمل في الليل والحوادث المرورية، كما أن هناك العديد من الاضطرابات الجسدية، إذ يؤكد الأطباء بأن نظام الورديات من شأنه أن يجعل العاملين أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والمعدة وقلة نسبة الأنسولين الذي من شأنه أن يزيد من نسبة السكر والكولسترول(نقلا عن عبدي إ.، 2014، ص28).

2-دراسة الزهران سهام(2011):

تناول هذا الموضوع دراسة المعوقات الاجتماعية التي تواجهها المرأة العاملة في القطاع الصحي، وهذا لما تعانيه المرأة العاملة في المؤسسات الاجتماعية، وتتمثل أهداف هذه الدراسة في التعرف على المعوقات التي تواجه المرأة في القطاع الصحي في دوامها الليلي في المملكة العربية السعودية، وتتمثل في المعوقات الاقتصادية والثقافية والأسرية والمهنية والذاتية.تشمل العينة على 400من الممرضات العاملات في عدد من المستشفيات الحكومية والخاصة، تم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة، تلخصت نتائج الدراسة في عدة نقاط هي:

1-أكدت الدراسة أن اختلاط العاملين ذكور وإناث مع بعضهم البعض طيلة ساعات الدوام بصفة عامة، أثناء المناوبات الليلية خاصة وما يتمخض عن كل ذلك من قيل وقال من قبل المجتمع، يمثل مشكلة أو عائقا أمام ممارسة المرأة لواجباتها في واجبها الليلي.

2-أشارت نسبة عالية من الممرضات بلغت67% منهن إلى أن العمل الليلي يسبب إعاقة المرأة عن الوفاء بالمستلزمات المنزلية لاسيما فيما يتعلق بالزوج والأطفال.

3-تتمثل الأسباب المسئولة عن تدني النظرة إلى الموظفات العاملات في المهن الصحية في عدم توافق العمل في المستشفيات عامة مع القيم الاجتماعية السائدة، ويزداد الأمر سوءا مع انخراط الموظفات في العمل الليلي وذلك تبعا لأراء أكثر من نصف العينة(نقلا عن مهند ع.، 2003، ص72)

3-دراسة نصرابادي وآخرون(2009):

تمثلت الدراسة في تجارب العمل في المناوبة الليلية بين الممرضات الإيرانيات، ويتمثل الهدف النهائي من الدراسة في تحديد الكيفية التي تنظر فيها الممرضات ضمن العمل الليلي، وما يحيط بهن من أوضاع اجتماعية وحضارية، أما الأهداف التفصيلية لها فتتجسد فيما يلي:

1-وصف التصورات التي تتحملها الممرضات حول المناوبة الليلية.

2-دراسة مشاعر الممرضات وأنماط تفكيرهن والصعوبات المرافقة لعملهن ليلا.

تم استخدام منهج تحليل المحتوى في دراسة لعينة بلغت 18 مفردة، إذ عمد الباحثون إلى استخدام استبيان تم الاعتماد عليه بعد انجاز دراسة استطلاعية لبيان مدى مناسبته في الكشف عن جوانب شديدة التأثر عند الممرضات العاملات ليلا.

-تمثلت نتائج الدراسة في عدة نقاط أهمها:

1-كثرة معاناة الممرضات العاملات ليلا من خلال عدم اخذ كفايتهن من النوم نهارا، ولذا فان الشعور بالإجهاد والكسل إنما يمثلان النتيجة الطبيعية لذلك،فضلا عن هذا عمل الممرضات يستدعي نهوضهن في وقت يغط فيه المجتمع في النوم والعكس صحيح، اضطراب في الساعة البيولوجية، ويتوافق هذا الأمر مع شعور عال بالمسؤولية مع عدم وجود مقابل مادي مناسب لهذا الجهد.

2-أكدت أغلبية المشاركات على التصورات الاجتماعية الثقافية السلبية، والتي لديهن ولدى أسرهن ثم لدى المجتمع الذي هن فيه عن عملهن بصفة عامة، ومن وجهة النظر التقليدية فان العمل على أساس المناوبات الليلية وأن تكون المرأة بعيدة عن أهلها، من شأنه أن يخلق تصورا سلبيا بين الناس من الثقافات التي تؤكد أولوية الأسرة وبقاء المرأة في البيت(نقلا عن السيف ف.، 2000، ص 29).

الفصل الأول

الضغط النفسي

- تمهيد

1- مفهوم الضغط النفسي

2- بعض المفاهيم التي لها علاقة بالضغوط

3- أعراض الضغط النفسي

4- مصادر الضغط النفسي

5- أسباب الضغط النفسي

6- أنواع الضغط النفسي

7- أساليب مواجهة الضغوط النفسية

8- النظريات المفسرة للضغط النفسي

- خلاصة الفصل

تمهيد:

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

وتعد الضغوط المهنية من المواضيع التي لقيت ولا تزال تلقى اهتمام متزايدا من الباحثين في مجالات عديدة، لما لها من آثار نفسية وبدنية ضارة، وانعكاسات سلبية لسلوك الأفراد واتجاهاتهم وأدائهم في العمل، وسنحاول التطرق في هذا الفصل إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالضغط النفسي، تعريفه، أعراض ومصادر الضغط، وأسباب وأنواع الضغوط، فأساليب مواجهة الضغوط والنظريات المفسرة للضغوط.

1- مفهوم الضغط النفسي :

1-1- مفهوم الضغط لغة :

يعرف الضغط في اللغة أنه: المشقة أو الإنعصاب، ويشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، والضغط بالفتح هي الاضطراب والضيق والقهر، والضغطة بالضم وتعني الزحمة، والضيق والإكراه على الشيء، ويقال اللهم ارفع عنا الضغطة (ألنعاسي ع.، 2008، ص27).

ويعرف الضغط في اللغة الفرنسية أنه: الاختناق، والضيق والشعور بالظلم، وقد اشتق من لفظ فرنسي قديم **Pestresse**.

كما يعرف في الانجليزية انه: **stres** وتعني التناقض، أما لفظه **pistess** في الانجليزية فتعني الشيء غير المرغوب فيه أو غير المحبب (الفرماوي ح.، رضا ع.، 2009، ص ص20-21).

1-2- مفهوم الضغط النفسي اصطلاحا:

تعرف الضغوط النفسية بأنها تتوقف على عنصرين رئيسيين هما الفعل ورد الفعل، حيث يمكن القول أن شخصا ما يعاني من الضغوطات ما لم يكن هناك مصدر لهذه الضغوطات واستجابات من جانب الفرد ولذلك فإن العناصر التي تشكل أي موقف ضاغط هي مصادر الموقف الضاغط والاستجابة لهذا الموقف الضاغط(الدسوقي م.وآخرون، 1984، ص15).

يعرف الضغط النفسي انه: حالة من التوتر الشديد والإنعصاب يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد، وتخلق حالة من اختلاف التوازن واضطراب السلوك(عبد الخالق أ.، 2006، ص13).

ويشير جبريل: بأنه تلك الحالة الوجدانية التي يخبرها الفرد، الناتجة عن أحداث وأمور تتضمن تهديدا لإحساسه بالحياة الهانئة، وتشعره بالقلق فيما يتعلق بمواجهتها(نقلا عن جمعة س.،2007، ص17).

وقد أوضحت بهاء الدين أن الضغوط النفسية حالة من الشعور بالضيق وعدم الارتياح يشترك في تكوينها عوامل عدة نفسية، اجتماعية وبيولوجية متضافرة كتزايد إفراز الأدرينالين والشعور بالإحباط أمام موقف حرج لا مخرج منه، أو نقص التفهم من قبل الأهل والأصدقاء (بهاء الدين م.، 2008، ص24).

وحسب ديراني: فإن الضغط يمنع التكيف مع الذات ومع البيئة المحيطة بالنسبة للإنسان العادي(نقلا عن مخلوف س.، 2006، ص16)

ويعرف الضغط بأنه: عبارة عن طاقة مكتوبة لا تجد لها مخرجا فتؤثر علي صفاء التفكير والتحكم بالانفعال والآلام العضلية والعضوية قد تنتهي بأحد الأمراض العضوية والنفسية(البرغوثي س.، 1995، ص42).

2- بعض المفاهيم التي لها علاقة بالضغوط: القلق، الإحباط، الاكتئاب، التعب، الإجهاد، الاحتراق النفسي ، الصراع النفسي كل هذه المفاهيم تعد نتاجا للضغوط.

2-1 القلق: هو حالة غير محددة للفرد تعبر عن عدم شعوره بالسعادة تجاه المستقبل وهو يعتبر نتيجة سيكولوجية لتعرض الفرد للضغط ولنقص إشباع الحاجات، كما أنه أكثر الأعراض السيكولوجية الملحوظة لضغط العمل كما يقل الشعور بالقلق بزيادة الشعور بالذات ويختلف عن الضغط في نقطتين:

. ضغط العمل يعتبر سببا مباشرا لظهور القلق.

. ضغط العمل له جانبان سلبي و ايجابي بينما القلق يعبر عن الجانب السلبي فقط (الصيرفي م.، 2008، ص47).

2-2 الإحباط:الحالة الانفعالية التي يمر بها الفرد حين يدرك وجود عائق يمنعه من إشباع دافع لديه أو توقع مثل العائق في المستقبل مع ما يرافق ذلك من تهديد وتوتر نفسي(الصيرفي م.، 2008، ص208).

ونقطة الاختلاف هي أن الضغط يعتبر سبب لحدوث الإحباط وكذلك الإحباط يعبر عن الجانب السلبي فقط (الصيرفي م.، 2008، ص47).

2-3 الاكتئاب: حالة مزاجية يصاحبها الشعور بعدم القيمة وفقدان الشعور بالأمل والنظرة التشاؤمية لحياة الإنسان ومستقبله والكآبة و انكسار النفس وانخفاض من الروح المعنوية والشعور بالهم والغم والنكد والحزن والألم (العيسوي ع.، 2001، ص124).

2-4التعب: يعرف بأنه فقدان الكفاءة وعدم الرغبة في القيام بأي مجهود عقلي أو جسماني وينشأ التعب كنتيجة للمجهود المستمر والمكثف وينتهي أثره بحصول الفرد على الراحة والنوم، ويرجع ذلك إلى أنه يحدث نتيجة للمجهود العقلي والذهني الزائد و المكثف(الفرماوي ح.، رضا ع.، 2009، ص 43).

2-5الصراع النفسي:حالة نفسية مؤلمة يشعر بها الفرد بوجود نزاعات ورغبات وحاجات متناقضة لا يمكن تحقيقها معا، فقد يوجد لديه دافعان يريد إشباعهما في وقت واحد ويكون ذلك مستحيلا لأن كل منهما في اتجاه مضاد لاتجاه آخر، ويدفع الفرد لنشاط مخالف ولا يمكن إشباعهما دفعة واحدة (البرغوثي س.، 1995، ص142).

2-6 الاحتراق النفسي:يشير مفهوم الاحتراق النفسي إلى حالة من الإنهاك أو الاستنزاف البدني و الانفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية، و يتمثل الاحتراق النفسي لمجموعة من المظاهر السلبية منها على سبيل المثال التعب، الإرهاق، الشعور بالعجز، فقدان الاهتمام بالعمل، الكآبة، الشك في قيمة الحياة، العلاقات الاجتماعية والسلبية في مفهوم الذات، كما تساهم هذه المظاهر في نوعية أداء الفرد في أدائه الوظيفي(عسكر ع.، 2000، ص112).

3-أعراض الضغط النفسي :

تتنوع الضغوط التي يتعرض لها الفرد حيث تتفاعل مع شخصيته ومخططه المعرفي وخبراته السابقة، فتتسبب بعجزه سواء كليا أو جزئيا، وتعد النتائج السلبية للضغوط من أهم الموضوعات التي مازالت تلقى اهتماما وجدلا بحثيا واسعا لدى الباحثين لما لها من أثار ضارة على الفرد(جمعة س.، 2007، ص77).

3-1- أعراض الضغط الداخلي: وتتمثل في وجود صعوبة الاسترخاء و النوم، شعور بالإعياء والتعب وشكاوي جسدية متزايدة وتناقص الحماس وتراجع الدافعية، وصعوبات في الذاكرة و التركيز و تفكير مستمر بالمشكلات المرتبطة بالعمل و المنزل، فهي حالة متواصلة من عدم الرضا عن الانجازات و شعور مستمر بانعدام القيمة وعدم الكفاءة(جمعة س.، 2007، ص 79).

3-2- أعراض الضغط الخارجي: وتتمثل في الانضمام إلى المجموعة و تركها بشكل متكرر، تزايد حالات التهرب من العمل و أخذ الإجازات المرضية، وزيادة الخلافات مع الأسرة والزملاء، و زيادة الانتقادات في مجال العمل، و انعدام المبادرة و زيادة لوم الآخرين مع اشتداد الغضب الموجه للآخرين(عسكر ع.، 2003، ص 13)

و قد صنف لازاروس رد فعل الآخرين تجاه الضغط النفسي إلى أربع فئات وأبعاد هي ردود الفعل المعرفية الفسيولوجية و الانفعالية و السلوكية و فيما يلي وصف للأعراض المختلفة للضغوط وفق الأبعاد السابقة (نقلا عن حسين ط.،حسين س.، 2006، ص 41).

3-3-الأعراض العضوية و الجسدية (الفسيولوجية): إن الضغوط تؤثر سلبا على النواحي الفسيولوجية للفرد وهي أكثر دلالة على وجود الضغط النفسي لديه فالأحداث والظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تحدث تغيرات في وظائف الأعضاء و إفرازات الغدد في الجهاز العصبي و الجهاز الحركي وتتمثل هذه الأعراض حسب حسين ط. و حسين س. (2006) فيما يلي:

1- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب و ارتفاع ضغط الدم والتنفس السريع وزيادة نسبة السكر في الدم و اضطراب الأوعية الدموية.

2- زيادة عملية التمثيل الغذائي في الجسم مما يؤدي إلى التعب و الإنهاك و الأزمات القلبية.

3- اضطراب المعدة و الأمعاء والشعور بالغثيان و الرعشة.

4- جفاف الفم واتساع حدقة العين و ارتعاش الأطراف و التعرق.

5- الصداع بأنواعه (آلام الرأس, آلام وأوجاع في أماكن مختلفة في الجسم).

6- إفراز الكروتيزون في الدم يؤدي إلى نقص الحساسية التي تؤدي إلى ضيق التنفس وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية مما يؤدي إلى أمراض الحساسية.

3-4- أعراض معرفية: وتتمثل هذه الأعراض حسب حسين ط. و حسين س. (2006) فيما يلي:

1- نقص الانتباه و صعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.

2- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء والتعرف وتزداد الأخطاء.

3- عدم القدرة على اتخاذ القرار ونسيان الأشياء.

4- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف.

5-اضطراب التفكير حيث يكون التفكير النمطي والجامد هو السائد لدى الفرد بدلا من التفكير الإبتكاري، أخطاء التفكير، الأفكار غير الإبداعية أو المنتجة، شرود الذهن.

3-5- أعراض انفعالية: وتتمثل هذه الأعراض حسب حسين ط. و حسين س. (2006) فيما يلي:

1- الشعور بالاستثارة و الخوف، القلق و الإحباط والغضب والهلع، ازدياد التوتر النفسي.

2- الشعور بالعجز وانعدام الحيلة واليأس وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك.

3- انخفاض تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس، زيادة الاندفاعية والحساسية المفرطة.

4- النظرة السوداوية للحياة.

5- انخفاض مستوى الطاقة وبذل الجهد لدى الفرد.

6- تقلب المزاج والانسحاب إلى أحلام اليقظة و الإحساس بالوحدة.

3-6- أعراض سلوكية: وتتمثل هذه الأعراض حسب حسين ط. و حسين س. (2006) فيما يلي:

1- انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة.

2- تغير في أنماط السلوك الاعتيادية.

3- اضطراب في الكلام مثل التأتأة والتلعثم والفأفأة.

4- انخفاض مستوى نشاط الفرد حيث يتخلى عن أهدافه الحياتية ويتوقف عن ممارسة هواياته.

5-انعدام الصبر، ميل إلى الجدل، تجنب المسؤولية وآثارها..، و تغير في العلاقات العائلية أو الحميمية والميل إلى العزلة.

4-مصادر الضغط النفسي:

يرى الدارسون أن المداخل النظرية التي تدرس مصادر الضغوط تنقسم إلى قسمين الأولى: ترى أن المصدر الرئيسي للضغوط يكمن في المتطلبات الوظيفية ذاتها وتؤكد على التأثير الضاغط لهذه المتطلبات التنظيمية في استشارة استجابات التحكم و التوجيه من قبل العاملين، والثانية تركز على اشتراك ظروف العمل والعوامل الشخصية الخاصة لكل فرد في إحداث ردود أفعال وقتية أو مزمنة، ومن ثم فإن الوظائف تختلف في متطلباتها و ما تنتجه من فرض الإنجاز و كذلك تختلف الممرضات في قدراتهم و حاجاتهم، فما يشكل ضغطا لأحد الممرضات قد يكون شكلا من أشكال التحدي المرغوب فيه لدى الممرضات الأخريات(بهاء الدين م.، 2008، ص59).

تتعلق مصادر الضغط بطبيعة العمل وبيئته ودور العاملين فيها، ونذكرها فيما يلي:

4-1- ضغوط تتعلق ببيئة العمل المادية: وتشمل عوامل مثل الضوضاء و الحرارة وتلوث الهواء وغيرها، ويستند الباحثون في هذا المجال في تفسيرهم للعلاقة بين البيئة و السلوك على مجموع من المداخل منها مدخل الضغط البيئي الذي يشير إلى أن بعض عناصر البيئة التي يتعرض لها الفرد تمثل مصادر ضغوط عليه مثل الحرارة، التلوث، وتشمل المداخل الأخرى الجانب الانفعالي، التحولات البيئية، قلة الإثارة، ومدخل السلوك المقيد، وهي جميعها ترتبط بشكل أو بآخر باستجابات سلوكية متباينة من جانب من يتعرض لها، فعلى سبيل المثال، مدخل السلوك المقيد يتعلق بالحالة التي يجد فيها الفرد نفسه غير قادر على التحكم أو التصرف في بيئة مزدحمة أو غير منتظمة، و تكمن خطورة استمرار عدم التحكم في وصول الفرد إلى حالة تعرف بالعجز المتعلم أو المكتسب و التي تؤدي في حالة استمرارها إلى اختلال التوازن في الصحة النفسية للفرد (عسكر ع.، 2003، ص116).

4-2- مصادر متعلقة بدور العاملين:

4-2-1- ضغوط فردية: وتتمثل في صراع الدور وغموضه والعبء الزائد في العمل، وهذه الضغوط ترتبط بالمهنة.

4-2-2-ضغوط اجتماعية: من أهم عوامل نجاح أو فشل أي بيئة عمل تلك العلاقات الرسمية في العمل بين الأفراد، حيث أن العلاقات الجيدة تجعل الأفراد يتفاعلون فيما بينهم وبذلك تتحقق أهداف المؤسسات الإستشفائية، حيث تختلف العلاقات باختلاف إطارها فقد تكون بين الممرضين و أطباء و قد تكون بينهم و بين المريض أو ممثل عن المريض إلى جانب العلاقة مع الممرضين الزملاء، وقد تشكل هذه العلاقات مصدر من مصادر الضغط لدى الممرضة، خاصة إذا كان من تتعامل معهم الممرضة ذوي سمات شخصية متسلطة أو عدوانيين وما غير ذالك من سمات تستفز الممرضة، فتعيق أداء هذا الأخيرة وتزيد من حدة الضغط النفسي وكذلك بالنسبة للعلاقة مع الزملاء خاصة إذا اتسمت بالتخوف والحذر و التنافر الشيء الذي يخلق صراعات من شأنها زيادة حدة الضغط (بهاء الدين م.، 2008، ص89).

4-2-3-مصادر ترتبط بالشخصية: يعد نمط الشخصية إحدى المصادر التي لها دور كبير في الاستجابة للضغوط في مجال العمل لدى الممرضات خاصة إذا كانت هذه الشخصية تعاني من أمراض أو قلق أو خلاف، حيث نجد الممرضات الذين يتميزون بالشخصية القلقة عادة ما يتأثرون بالمواقف الضاغطة أكثر من غيرهم، و ذلك لأن ردود أفعال هذه الشخصيات نحو مسببات الضغوط غالبا ما تتسم بالمبالغة في التفكير في الأحداث المسببة للضغوط بعد زوال المؤثر، حيث تصبح المواقف السيئة عالقة في ذهنها ويصعب التخلص منها(شيخاني س.، 2003، ص44).

كذلك وجود الضغط من عدمه يتأثر بمركز ضبط في الأحداث، داخلي وخارجي، إن الفرد الذي يعتقد انه يستطيع التحكم بالأحداث والسيطرة عليها بدرجة كبيرة، هو أكثر احتمالا للتهديدات والضغوط التي يتعرض لها في حياته من ذلك الشخص الذي لا يعتقد بأنه يستطيع التحكم بمراكز الأحداث، ويعزي ذالك الفشل إلى مؤثرات خارجية، كالحظ أو الفرصة وما إلي ذلك من أعذار(شيخاني س.، 2003، ص45).

5- أسباب الضغط النفسي:

للضغوط في العمل أسباب كثيرة ربما يشكو الفرد من واحد منها أو أكثر وما يراه شخص ضغطا قد لا يراه كذلك شخصا أخر، ومن أسباب الضغوط في العمل أو العوامل التي تؤدي إلى هذه الحالة الضاغطة نذكر منها حسب بوظريفة ح. (1995) كما يلي:

1- عدد ساعات العمل: فمن المتعارف عليه أن جسم الإنسان و حالته الفسيولوجية تتأثر بشدة بطول مدة العمل، خاصة لو لم يكن هناك أوقات راحة كافية على مدار اليوم تجعل الجسم يستعيد طاقته ويبدأ العمل في حالة جديدة.

2 – طبيعة العمل: فالعمل الذي يستلزم درجة من التركيز و الانتباه المستمر أو ذلك الذي يفرض على صاحبه أن يكون في حالة اتخاذ قرار بشكل دائم أيضا يصبح مجال مثير للضغوط بدرجة أكبر من تلك الأعمال التي يقل احتجاجها لتركيز عال من القائم بها.

3- العلاقة بالرئيس: فمن يرأس الشخص في العمل ويوجه أحد الأمور التي تفرض عليه حالة من الضغط خاصة لما كان رئيس أو مدير لا يرضى عن شيء، أو لا يهتم بالروح المعنوية للعاملين تحت قيادته وتشجيعهم، أو ذلك المدير الروتيني الذي لا يقبل بأي درجة من الإبداع أو ذلك الذي ينسب كل عمل لنفسه ويحرم العاملين من استحقاقات إبداعهم، و ذلك المدير الذي لا يفهم طبيعة العمل الذي يديره وجاء للمكان بفعل ترقية غير عادلة.

4- انخفاض الأجر وعدم مناسبته للعمل: فالعامل يرى جزء من قيمته في تقدير الجهة التي يعمل بها لراتبه، فقد أثبتت الدراسات أن الأجر من الأمور التي يقيم الفرد بها نفسه في مجال العمل، ومع انخفاضه أو عدم تناسبه مع ما يبذله الفرد فإن ذلك يمارس عليه درجة من الضغوط.

5 – العلاقة بالزملاء: من الأمور التي تزيد من ضغوط الفرد التنافسية الشديدة مع الزملاء في العمل و التي تدفع البعض للإيقاع بزميل له وهو ما يجعله دائما في حالة توتر نتيجة لليقظة من زميله وتوقع الغدر منه.

6- نقص فرص الترقية العادلة: أي لا يكون هناك نظام عادل ومتعارف عليه يتم بناء عليه ترقية الأفراد من منصب لآخر بحيث لا يشعر الفرد بالظلم في حالة ترقي زميل آخر له ويعلم أن ذلك جاء بناء على قواعد معلنة بمنتهي الشفافية للجميع.

7- نقص التأييد الاجتماعي: هناك مهن في كل مكان و زمان مرفوضة ولا تلقى تأييد من المجتمع بغض النظر عن طبيعتها و الدور الذي يقوم به الفرد فيها، فإن العمل بمثل هذه المهن يفرض على الشخص الذي يعمل بها حالة من الضغوط التي تؤثر على توافقه.

8- عدم وضوح حدود الدور: و المقصود بها أن يعرف الشخص جيدا دوره بحيث لا يغيره موقف الضاغط، أما في موقف لآخر يجعله في حالة حيرة من أمره يتصرف ويقوم بفعل ما يراه مناسب أم لا.

9- عدم وضوح معايير الحكم على العمل: بحيث يقع الفرد في حالة ضغط شديدة حينما يقدم عمل وهو لا يعرف هل هو مقبول أم لا، ويجده يتم قبوله من زميل له ولا يتم قبوله منه، ومرة يقبل مرة أخرى يتم رفضه.

10 – عدم توفير الظروف المناسبة للعمل: ونقصد بها البيئة الداخلية للعمل بحيث تكون غير مناسبة للعمل، وهذا بعدم توفرها للشروط التي تساعد على العمل فيها، فتتمثل بعدم توفر الخصائص الفيزيقية وكذا الأدوات التي تساعد على انجاز المهام، وهذا ما يساهم في فشل في إنجاز الأعمال المطلوبة.

6- أنواع الضغط النفسي:

تشير المصادر المختلفة إلى وجود عدة أنواع للضغوط، ومن أهم التصنيفات: ضغوط دائمة وضغوط مؤقتة، وضغوط إيجابية و أخرى سلبية.

6-1-الضغوط المؤقتة والضغوط الدائمة:

هناك الضغوط المؤقتة التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول، مثل الضغوط التي ترتبط بموقف مفاجئ أو الزواج الحديث، إلى غير ذلك من الضغوط المؤقتة التي لا يدوم أثرها لفترة طويلة، ومثل هذه الضغوط لا تلحق ضررا كبير بالفرد، إلا إذا كان الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل مثلما يحدث في المواقف الشديدة والضاغطة التي تؤدي إلى الصدمة العصبية، أما الضغوط المزمنة فتتمثل في الضغوط التي تحيط بالفرد لمدة طويلة نسبيا، مثل تعرض الفرد لآلام مزمنة أو وجود الفرد في أجواء اجتماعية و اقتصادية غير ملائمة بشكل مستمر(جمعة س.، 2007، ص65).

6-2- الضغوط الإيجابية و الضغوط السلبية:

تنقسم الضغوط كذلك إلى الضغوط الإيجابية، وهي تلك الضغوط التي تؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا، أي الاتزان النفسي، وضغوط سلبية وهي الأحداث التي تؤدي بدورها إلى الشعور بالتعاسة والإحباط وعدم السرور، أي عدم الاتزان النفسي، وفي كل الضغوط يشعر الفرد بالتوتر ولكن مع اختلاف تأثير الموقف على الفرد.

6-2-1-الضغوط الايجابية:

وهو ضغط تتطلبه طبيعة العمل، ويحتاج إليه المدير مثلا للضغط على العاملين للاحتفاظ بحيويتهم و دافعيهم، وفي الوقت نفسه لقهر أي تكاسل أو تخاذل ينجم عنه رتابة العمل.

والضغط الإيجابي يزيد وينمي قدرة الفرد على أداء وبذل أقصي جهد لتقليل ضغوط العمل، وبذلك يؤدي إلى نتائج إيجابية وتحقيق رضا العاملين، ويصبح غياب هذا النوع من الضغوط مصدرا لعدم الرضا الوظيفي عن العمل، ومن أمثلة هذا الضغط التوتر الذي يجعل الممرضة تقوم بعملها بشكل جيد مع امرأة حامل في حالة مستعجلة.

وهو بذلك يعتبر من الضغوط التي لها انعكاسات ايجابية والتي تدفع الفرد إلى تجسيد طموحاته ومهامه بسرعة تحت عامل أو حافز الضغط خاصة عند تقيد الفرد بتوقيت في انجاز أعماله من شأنه دفعه لإتمامه ما ينعكس على إنتاجية عمله (شيخاني س.، 2003، ص14).

6-2-2- الضغوط السلبية:

قد يكون الضغط المفرط والممتد وغير المفرج تأثير مؤذ في الصحة العقلية و الجسدية والروحية، وهذا إذا ما تركت مشاعر الغضب، و الإحباط والخوف والاكتئاب المتولدة من الضغط دون حل فإنها تستطيع أن تطلق تشكيلة من الأعراض ويرجع للضغط على أنه هو السبب الأهم للصحة السقيمة في المجتمع الحديث (شيخاني س.، 2003، ص14).

وبذلك تعتبر الضغوط المؤذية ذات الانعكاسات السلبية على الصحة الجسدية والنفسية للإنسان، ومن ثمة تنعكس على أدائه و إنتاجيته في العمل، مثل تلك الضغوط التي تدفع في الواقع ثمنها بالإحباط وعدم الرضا عن العمل، بالإضافة إلى النظرة السلبية تجاه قضايا العمل (حسين ط.،حسين س.، 2006، ص89).

7- أساليب مواجهة الضغوط النفسية:

لا يمكن التخلص من ضغوط الحياة فهي موجودة في كل الأحوال،ولكن لكي نستطيع النجاح في أعمالنا ونعيش حياتنا علينا أن نتعلم مهارات وأساليب للتعامل مع الضغوط النفسية للتمكن من التوافق مع أنفسنا ومع البيئة التي نعيش فيها، ولهذا لابد من توفر أساليب يتبعها الفرد للتعامل والتخلص من الضغوط النفسية نذكر منها:

7-1- الأساليب الفردية للتعامل مع الضغوط النفسية :

إن من الافتراضات التي تقوم عليها دراسات الضغط الفرضية التي تقول: أن الضغط يعتمد في الأساس على الكيفية التي يدرك بها الفرد الحدث أو المواقف الضاغطة، ومن ثم الكيفية التي يتعامل بها مع ذلك الحدث، فالفرد الذي يدرك حدثا من الأحداث على أساس أنه موقف تحدي فسوف يتعامل معه بشكل مباشر وذلك باتخاذ إجراء معين، أو قد يتعامل معه على أساس إستراتيجية التركيز على المشكلة من أجل تغيير الواقع وإبداله بأحسن منه (الطريري ع.، 1994، ص158).

و نذكر بعض هذه الأساليب فيما يلي:

7-1-1-الاتجاه و الوعي:

تكمن أهمية الاتجاه و الوعي في أننا لا نستطيع أن نغير من سلوكنا دون تغير اتجاهاتنا، وهذه بدورها لن تتغير إلا إذا كان هناك وعي وإدراك من جانبنا لما نقوم به، أو ما ينبغي أن نقوم به لتحسين الظروف.

وكما في عملية التطعيم حيث يكتسب الجسم مناعة ضد الأمراض، فإن البعض من الباحثين يدعو إلى تطبيق الفكرة للمناعة ضد الضغوط، فبإمكان الفرد أن ينمي ما يعرف بالتطعيم الانفعالي من خلال معايشة الموقف الذي يسبب له القلق، الإزعاج، ويتم ذلك من خلال،جمع معلومات واقعية وكاملة عن المواقف و إن كانت غير سارة، وفي حالة وقوع في حالة الضغط تجمع تفاصيل عن المصادر الخارجية المتوفرة التي بإمكانها مساعدتك للتعامل مع الموقف بفعالية، أما في حالة عدم وجودها عليك وإدراك ذلك فربما يساعدك ذلك على عمل شيء قبل زيادة الضغط عليك، فتشجيع نفسك على تبني خطط لمواجهة الموقف مع الاعتراف بوجود ضغوط عليك (عسكر ع.، 2005، ص98).

نذكر من أهم الخطط الوقائية والمخفضة للضغط:

1-الصلاة و قراءة القرآن لقوله تعالى "ألا بذكر الله تطمئن القلوب"

2-مزاولة بعض التمارين الرياضية (كرة القدم، الجري، السباحة، ....الخ).

3-التركيز في أداء نشاط وأهميه حيث يمكنه من التحقيق من حدة الضغوط.

4-الابتعاد عن العادات السلوكية السيئة، مثل اللجوء إلى المهدئات و التخلص من التصورات الذهنية الخاطئة التي تؤدي إلى الاقتناع بالفشل(عسكر ع.، 2005، ص105).

7-1-2-التفكير الإيجابي: وفقا لعلم النفس المعرفي فإن نوعية الأفكار هي التي تحدد نوعية السلوك، فالانسحاب عن الآخرين والتشاؤم من المستقبل الذي يشيع بين المكتئبين هو سلوك ناجم عن أفكار سلبية تفضي بالتبعية إلى التهرب من مواجهة الضغوط، عكس الاختلاط بالآخرين والتفاؤل بخصوص المستقبل هو سلوك ناجم عن أفكار إيجابية تقضي بالتبعية إلى مواجهة الضغوط وتعامل معها بواقعية(الطريري ع.، 1994، ص 155).

7-2- الأساليب التنظيمية لمواجهة الضغوط:

وتنقسم الأساليب التنظيمية إلي قسمين هما:

7-2-1- التطبيق الجيد لمبادئ الإدارة والتنظيم:

إن المخالفات التي يقع فيها الكثير من الإداريين في ممارستهم اليومية وهذا لعدم إتباعهم للمبادئ المتعارف عليها في الإدارة و التنظيم، تسبب الكثير من الضغوط النفسية لمرؤوسيهم، لذلك يتعين على المستويات الإدارية العليا ممارسة مبادئ الإدارة و التنظيم، بشكل جيد وهذا يمكن أن يشيع جوا من الانضباط الإداري والتنظيمي بين المستويات الإدارية الأدنى(العميان م.، 2002، ص170).

7-2-2- تصميم وظائف ذات معنى:

تفقد كثير من الوظائف معناها وقيمتها لبعض الأسباب منها زيادة حدة التخصص بالقدر الذي يفقد فيه الموظف أية متعة في أداء للعمل المنوط به، أين يصبح العمل روتيني ومملّ، كما تفقد الوظائف معناها وأهميتها من انعدام حرية التصرف فيها وعليه يكون العلاج أو الوقاية متمثلة في تصميم وإعادة تصميم الوظائف بالشكل الذي يجعلها ذات معنى وأهمية ويتحقق ذلك من خلال ضمان أن الوظيفة تقوم بالعديد من الأنشطة و المهام كما تتيح مقدارا مناسبا من السلطة للأداء (العميان م.، 2002، ص171).

8-النظريات المفسرة للضغط النفسي:

8-1- نظرية هانز سيلي:يرى هانز سيلي أن الضغط متغير مستقل باعتباره استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته بالبيئة الضاغطة، حيث أن هناك استجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج، وعليه حدد ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وهي كما بينها السيد عثمان ف. (2001):

8-1-1-الفزع:

و فيه يظهر الجسم تغيرات عند التعرض المبدئي للضاغط والنتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم، وقد تحدث الوفاة عندما تنهار مقاومة الجسم ويكون الضاغط شديدا.

8-1-2-المقاومة:

وتحدث عندما يكون التعرض للضاغط متلازما مع التكيف، فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات في التكيف.

8-1-3-الإجهاد:

ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة و مستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف.

ومن نظرية هانز سيلي يتضح لنا انه قد بين كيفية التكيف مع هذا الضغط بثلاث مراحل وهي: الفزع وفيها يتغير الجسم ويظهر استجابات ونتيجة لهذا التغير تقل مقاومة الجسم، أما المقاومة تحدث عندما يكون الضغط ملازم مع التكيف فتختفي التغيرات التي ظهرت في الفزع، وتظهر تغيرات أخرى وأما بالنسبة للإجهاد فيكون فيه الجسم قد تكيف حيث يستنفذ الجسم كل طاقته.

8-2-نظرية موراي:يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة للسلوك في البيئة فقد ميز موراي بين نوعين من الضغط هما :

8-2-1-ضغط بيتا:و يشير إلى الموضوعات البيئية و الأشخاص كما يدركها الفرد.

8-2-2-ضغط ألفا:ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالتها كما هي حيث يوضح موراي أن سلوك الفرد مرتبط بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبراته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة.

مما سبق يتضح لنا في نظرية موراي بأن الضغط مرتبط تماما بالحاجة حيث عند عدم تلبية حاجة العامل يكون هناك ضغطا، حيث ميز موراي في نظريته بين نوعين من الضغوط هما ضغط بيتا وفيه إدراك الشيء على حسب الفرد و ضغط ألفا هو إدراك الأشياء كما هي موجودة في الواقع (نقلا عن السيد عثمان ف.، 2001، ص100).

8-3-نظرية التقدير المعرفي: لقد قدم هذه النظرية لازاروس(1970)نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، ويعتمد تقييم الفرد للمواقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه.

وتعرف نظرية التقدير المعرفي للضغوط بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد، ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه حسب السيد عثمان ف. (2001) في مرحلتين هما :

8-3-1-المرحلة الأولى:

و هي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط.

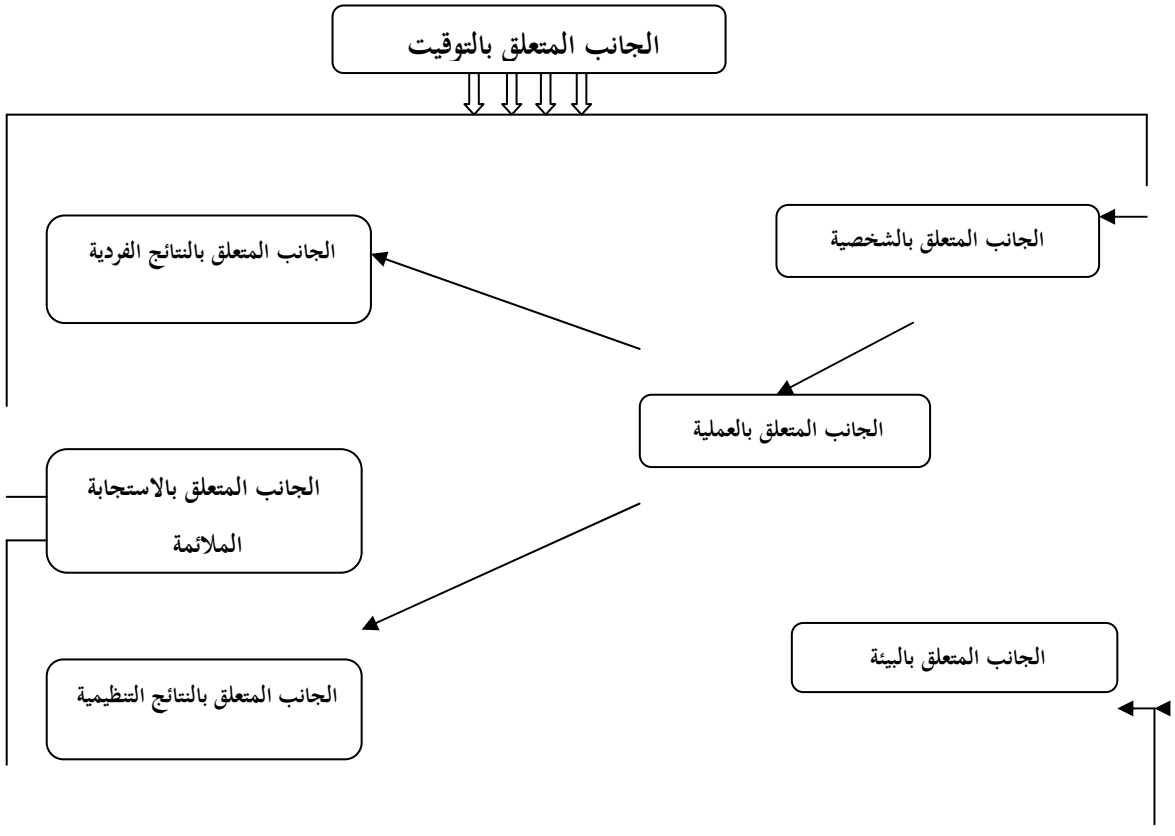
8-3-2-المرحلة الثانية:

و هي التي يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات (السيد عثمان ف.، 2001، ص101).

نستنتج من نظرية التقدير المعرفي أن الضغط يختلف من شخص إلى آخر حيث يتوقف على عدة عوامل شخصية خارجية وأن الضغوط تكون نتيجة عدم توافق المتطلبات الشخصية للفرد.

8-4-نموذج ليبير ونيومان (1978): يقوم هذا النموذج على افتراض أن الضغوط التي يتعرض لها الفرد في بيئة عمله لها مصدران هما:الفرد والمنظمة، حيث أن تفاعل هذين العنصرين في زمن محدد، قد يؤدي إلى ضغوط تترك أثارها على كل من الفرد و المنظمة، وهذا يدفع كل منهما إلى الاستجابة لهذه الضغوط بشكل ملائم وهذا ما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل رقم (01)نموذج ليبير و نومان للضغوط.



(الدسوقي م.،آخرون، 1984، ص96)

8-5-نموذج جيب سون وزملائه (1982): تتعد مصادر الضغوط فتأثر بذلك على عملية إدراك الفرد لهذه الضغوط على مستوى الضغط الذي يشعر به، ومن هذا على النتائج وأثار الضغط يشير هذا النموذج إلى دور

الفروق الفردية، المعرفية، العاطفية، البيولوجية والديموغرافية على إدراك الفرد للظروف الضاغطة التي يواجهها(عبد الخالق أ.، 2006، ص55)

8-6-نموذج هيجان لتفسير الضغوط:

يتضمن نموذج على مصادر الضغوط و نتائج المرتبطة عنها وإدارتها بشكل جيد و هذا وفق ما بينه هيجان ع. (1998) على الشكل التالي:

8-6-1-مصادر الضغوط:

1- مصادر المتعلقة بالفرد: وهي مصادر متعلقة بشخصية الفرد ومصادر نفسية وكذا مصادر سلوكية.

2-مصادر متعلقة بالمنظمة: وهي ثقافة المنظمة وطبيعة الوظيفة وعبء العمل والإحباط الوظيفي والعمليات التنظيمية وظروف العمل المادية والتغيير في بيئة العمل.

8-6-2-النتائج المترتبة على الضغوط:

1-. نتائج الضغوط على الفرد: الاضطرابات الفسيولوجية، الاضطرابات النفسية، الاضطرابات السلوكية.

2- نتائج الضغوط على المنظمة: عدم دقة القرارات، تدني مستوى الإنتاج، الغياب، التسرب الوظيفي، الصراع داخل بيئة العمل، ارتفاع معدل الشكاوي، حوادث العمل.

8-6-3-إدارة الضغوط:

1- الضغوط على مستوى الفرد: الفزع إلى الله، تعديل بناء الشخصية لدى الفرد، إدارة الوقت، مواجهة الصراع في بيئة العمل، التمارين الرياضية.

2- الدعم الاجتماعي، الحفاظ على الجهد، طلب المساعدة من المختصين.

3-. إدارة الضغوط على مستوى المنظمة: إدارة ثقافة المنظمة، إعادة تصميم الوظائف، الإشراف الناجح، استخدام الدوافع، توفر المناخ الملائم للتقويم والتطوير الوظيفي وتحسين ظروف العمل المادية .

8-7- النظرية البيولوجية:

تفسر هذه النظرية ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية على احد أعضاء الجسم إلى ضعف وراثي أو ضعف بنيوي لهذا العضو يجعله أكثر استعدادا للإصابة في حالة تعرض الفرد للضغط، وتستدل هذه النظرية على ذلك بوجود ارتباط بين مرض السكر و الوراثة، وبين نمط الجسم فهي تفترض أن الضغوط النفسية تحدث لكل الأفراد ولكن الاضطرابات لا تظهر إلا في أعضاء أجسام الذين لديهم الحساسية والقابلية للمرض فقط(عبد الخالق أ.، 2006، ص88).

8-8-نظرية الصفات الشخصية:

تفترض هذه النظرية وجود ارتباط بين مجموعة معينة من الصفات الشخصية ومجموعة معينة من الاضطرابات السيكوسوماتية، أي أن مكونات الشخصية لها دور أساسي في تنمية اضطرابات سيكوسوماتية وفي هذا الإطار أشارت **فلاندرز دنبار** إلى وجود علاقة بين نمط الشخصية ومختلف الاضطرابات، كما وجد **جري وجراهام**، (1952) أن الأفراد الذين يعانون من علل جسمية متشابهة لديهم ردود أفعال متشابهة إزاء المواقف التي تعترضهم، فمثلا يتصف الأفراد الذين يعانون من ضعف الثقة في النفس والقابلية للاستثارة وتفادي المواقف الصعبة ليتخلصوا من المسؤولية مع الميل الشديد للاندفاع والاعتماد على الأم (الهاشمي ل.، 2006، ص48).

9- نظرية التحليل النفسي :

ترى نظرية التحليل النفسي أن وجود خبرات سابقة لدى الأفراد في العقل الباطن منذ سنوات العمر الأولى، يتسبب عنها وجود استعداد مسبق لدى بعض الأشخاص دون غيرهم للتفاعل مع مواقف متأثرين بهذه الخبرات المختزنة فينشأ الاضطراب (مفتاح م.، 2010، ص229).

وطبقا لوجهة فرويد يحاول ألهو السعي وراء إشباع الغرائز، ولكن دفاعات الأنا تسد الطريق ولا تسمح للرغبات الصادرة بالإشباع مادام لا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع، ويتم ذلك عندما تكون الأنا قوية، أما حينما تكون الأنا ضعيفة وكمية الطاقة المستترة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات، ومن ثم لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين مطالب ومحفزات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي، وعلى هذا ينتج الضغط النفسي.

ويؤكد كذلك على دور العمليات اللاشعورية و الميكانيزمات الدفاعية في تحديد كل من السلوك السوي واللاسوي للفرد حينما يتعرض لمواقف ضاغطة ومؤلمة فإنه يسعى إلى تفريغ انفعالاته السلبية الناتجة عنها عبر الميكانيزمات الدفاعية اللاشعورية وعلى هذا فالقلق أو الخوف أو انفعالات سلبية أخرى تكون مصاحبة للمواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد ويتم تفريغها بصورة لا شعورية عن طريق الكبت والأفكار (بهاء الدين م.، 2008، ص ص 132-133).

خلاصة الفصل :

لقد تبين لنا من هذا الفصل أن ضغط النفسي يعد من أكبر المشاكل التي قد تحدث للفرد فتعرقل بذلك تكيفه النفسي والاجتماعي، فالضغط هو حاجة أو مطلب يرغب الفرد في إشباعها، فيجد ما يثقل كاهله خصوصا مع صعوبات التعامل معها أو تلبيتها وذلك بوجود مانع جسمي، نفسي أو مادي، فتؤثر سلبا على الفرد في حياته اليومية، وعليه تظهر عدة أعراض تزيد من عجزه سواء بصفة كلية أو جزئية، ومنها ما هو داخلي متمثل في صعوبات في الاسترخاء والنوم والتركيز وغيرها من اشتداد الغضب الموجه للآخرين، وكل هذه الأعراض لها مصادر تتسبب في نشوئها، منها ما هو متعلق بالبيئة العمل ومنها ما هو مرتبط بشخصية الفرد في حد ذاته، فالضوضاء وغياب التنظيم وقلة الإثارة وصعوبات العمل والصراعات الكثيرة مع زملاء العمل كلها من مسببات لنشوء الضغط النفسي ناهيك عن نمط شخصية الفرد التي تساعد على تكوين الضغط النفسي له، ولهذه المصادر أسباب تساهم في إنشائها، منها ما هو مرتبط بطبيعة العمل في حد ذاته ومنها ما هو مرتبط بعلاقات الفرد مع من حوله في ميدان عمله. وللضغط النفسي أنواع تؤثر على الفرد منها ما هو مؤقت ومنها ما هو دائم، كما يوجد ضغط سلبي وأخر إيجابي، وكلها تؤثر على سلوك الفرد في وسط جماعته.

لقد استخدمت عدة أساليب لمواجهة تأثيرات الضغط النفسي على تكيف الفرد فمنها الفردية كالوعي بالضغط والتفكير الإيجابي وممارسة الرياضة والاسترخاء، ومنها ما هو مختص بالجانب الوظيفي من تقنيات وممارسات تساعد على إكمال العمل المطلوب، وكلها وجدت لتحقيق هدف واحد وهو السعي للحد أو التقليل من الضغط النفسي على الفرد.

الفصل الثاني

الاحتراق النفسي

-تمهيد

1- تطور الاحتراق النفسي

2- مفهوم الاحتراق النفسي

3- أعراض الاحتراق النفسي

4- مراحل الاحتراق النفسي

5- أسباب الاحتراق النفسي

6- مستويات الاحتراق النفسي

7- علاقة الاحتراق النفسي بالضغط النفسي

8- استراتيجيات تفادي الاحتراق النفسي

9- النظريات المفسرة للاحتراق النفسي

- خلاصة الفصل

تمهيد:

الاحتراق النفسي لا يحدث دفعة واحدة ولكنه يبدأ بصورة تدريجية عبر فترات زمنية ممتدة حيث يمر الفرد بسلسلة من الضغوطات النفسية لا يستطيع التغلب عليها فتصل به في النهاية لخلل في تكيفه الاجتماعي، وان دراسة الاحتراق النفسي ضرورة من ضروريات للحفاظ على الصحة النفسية، فهو من الظواهر التي جلبت اهتمام الباحثين باعتباره سبب لبعض المشكلات النفسية التي تصيب الفرد، لذا ومن خلال هذا الفصل سنحاول التطرق لأهم النقاط متمثلة في تطور المصطلح وتعريفه وأعراضه مراحله وأسباب الاحتراق النفسي لنمر إلى المستويات الاحتراق النفسي وعلاقته بضغوط واستراتجيات مواجهته والنظريات الدارسة له.

1-تطور الاحتراق النفسي:

إن مفهوم الاحتراق النفسي كمصطلح علمي لم يستعمل إلا حديثا بينما أعراضه أشير إليها في العديد من الأبحاث باعتبار أن أعراض الاحتراق النفسي تنشئ بمجرد التحاق الفرد بميدان عمله، فخلال الحرب العالمية الأولى و الثانية استعمل مصطلح تعب المعارك لدلالة على الأعراض المشابهة لأعراض الاحتراق النفسي المتعارف عليها حاليا ونظرا للخصوصية التي تميز أعراض الاحتراق النفسي، فقد زادت الاهتمام والدراسة والبحث لها ولهذا سنتطرق لأهم ما ورد في الأدبيات العالمية حول الاحتراق النفسي.

أول من تطرق إلى المعنى العام للاحتراق جراهم سين في قصته الصادرة سنة 1960م التي عرض فيها حالة مهندس معماري يعاني من الاحتراق النفسي (Buyel. p، 2005، ص33).

و أول بحث علمي تطرق إلى الاحتراق النفسي قام به **برادلي** في سنة 1960 باعتباره ناتج عن ضغوط العمل (Hoffman. A، 2005، ص37).

وبحلول سنة 1974م أخذ موضوع الاحتراق النفسي يؤخذ قيمته العلمية على وجه التحديد في الدراسات الطبية بفضل الطبيب فرويد بنرجر و فريقه في عيادته بالولايات الأمريكية المتحدة، وبعد ذلك أخذت البحوث تهتم بطرق تشخيص وقياس الأعراض المشكلة للاحتراق النفسي، فعلى سبيل المثال توصلت أبحاث كريستينا

مسلاش بوضع مقياس خاص لقياس الاحتراق النفسي في سنة 1980 وبمقاربة متعددة الأبعاد(نفسية، علائقية وتنظيمية)، لتشكل الأعراض الاحتراق النفسي (Hoffman. A، 2005، ص ص37-39).

2- مفهوم الاحتراق النفسي:

جاء في تعريف(jackson)الاحتراق النفسي، بأنه حالة من الإرهاق الجسدي والانفعالي وسخط على الذات وعلى الآخرين وعلى العمل مع نفاد الحماس له، وقد يصل إلى حالة من الركود والبلادة وانخفاض في معدل الإنتاج (نقلا عن كفافي ع.، 2012، ص463).

كما يعرف سامر جميل رضوان الاحتراق النفسي، كحالة جسدية ونفسية من الاحتراق أو الخمود أو الإطفاء، وحالة من الفراغ الذهني والإنهاك الجسدي المطلق (رضوان س.، 2007، ص60).

أما فهد السيف فيعتبر الاحتراق النفسي كحالة عقلية وخبرات نفسية داخلية تعبر عن إنهاك عاطفي وتبلد الشعور وعدم القدرة على تحقيق الذات لدى الممارس المهني، الذي يفقد حماسه واهتمامه بمعنى يقدم لهم الخدمات وذلك نتيجة للضغوط النفسية والنوعية الناجمة من الخدمة، وطبيعة الوظيفة والعلاقات الاجتماعية في العمل (السيف ف.، 2000، ص150).

وقد أوضحت ماسلاش بأن الاحتراق النفسي يشير إلى فقدان الاهتمام بالأفراد الموجودين في محيط العمل، حيث يشعر الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفي اللذين يجعلان الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز، ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين، إذا يعد الاحتراق النفسي كخبرة انفعالية فردية سلبية تقود إلى عملية مزمنة يتم تجربتها كاستنزاف الجهد على مستوى البدني والانفعالي والمعرفي (نقلا عن البدوي ط.، 2000، ص22).

ومن خلال هذه تعريفات يمكن استنتاج التعريف التالي الذي نراه شاملا وجاملا لأهم ما ورد في التعريفات السابقة .

الاحتراق النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض المرضية النفسية والجسمية والعلائقية الناتجة عن سلسلة من ردود الأفعال السلبية التي يبديها العامل كمحاولات لتعامل مع الضغوط التي تواجهه في عمله.

3-أعراض الاحتراق النفسي :

قد يحدث في كثير من الأحيان أعراض الاحتراق النفسي واضحة وقد تعزي إلى ضغوط موقفية أخري، والى تغيرات حياتية مختلفة غير أن الفحص الدقيق يكشف عن أن هناك ثلاثة جوانب الاحتراق النفسي.

3-1-**الإنهاك الجسدي** : ويتميز هذا الجانب بالتعب والتوتر العضلي والتغير في عادات الأكل والنوم وانخفاض مستوي الطاقة بشكل عام، ولعل العرض الأول الذي يستدعي الانتباه هو وعكة صحية عامة، وتعني السأم بدون سبب ظاهر.

3-2-**الإنهاك الانفعالي**: ويتم التعبير عنه بأنه شعور بالإحباط واليأس والعجز والاكتئاب والحزن، والتبلد تجاه العمل، ويعبر الأفراد عنه بأن صبرهم نفذ، ويظهرون شعورا متكررا بالاستثارة والغضب بدون سبب محدد وتكون الطاقة الكبرى عندما لا يبالون بأي جانب من حياتهم المهنية التي كانت مهمة جدا بالنسبة لهم.

3-3-**الإنهاك العقلي**: يشكو الأفراد الذين يعانون من الاحتراق النفسي من عدم الرضا عن أنفسهم وعن مهنهم وحياتهم بشكل عام، ويشعرون بعدم الكفاءة، وعدم الفاعلية والدونية، حتى لو لم يكن لديهم أي من هذه الحقائق، ومع مرور الوقت ينظر هؤلاء الأفراد إلي الآخرين (المرض، العملاء، الزبائن، الزملاء، الأهل)

على أنهم مصدر للإثارة والمشكلات ويميلون أيضا إلى الاعتقاد بان هناك خطأ ما في أنفسهم، لأنه العمل الذي كان يعطيهم المتعة أصبح سطحيا ومملا ومن تم يشعرون بلوم الذات وتأنيب الضمير.

ونود أن ننبه إلى أن العديد من هذه الأعراض قد يحدث مرتبطا بالضغوط في مواقف أخرى غير أن هناك فروق جوهرية بين الأعراض التي ترتبط بالضغوط بصفة عامة، وترتبط بالاحتراق النفسي بصفة خاصة، فالاكتئاب كمشكلة مرضية مستقلة يؤثر في كل جوانب حياة الفرد(جمعة س.، 2000، ص38).

ويستجيب الناس للاحتراق النفسي بطرق مختلفة وكل منها يؤثر عليها بشكل معين، ومن هذه الاستجابات :

1-محاولة الانتقال إلى مكان أو موقع أخر داخل العمل (فالذين يعملون مع المرضى في حالة الاستعجالات مثلا يطلبون البعد عن ذالك والانتقال إلى عمل أخر لا يتعرضون للتعامل المباشر مع حالات الاستعجالات كالمخبر .....).

2-الاستسلام والعجز حتى يحل سن التقاعد.

3-تغيير المجال المهني كله بالاستقالة والبحث عن العمل الحر أو أي عمل أخر، وربما لا يحالفهم الحظ مما يجعلهم يشعرون بتأنيب الضمير والإحساس بالذنب.

الإصرار وهي الاستجابة الأكثر إيجابية والاستفادة من خبرة الاحتراق النفسي وذلك بإعادة فحص الأولويات، وصقل المهارات الكامنة وتنمية قدرات ومهارات جديدة واعتبار أن الفشل أو التعثر ليس شراكله وقد يكون بداية لنجاح عظيم(جمعة س.، 2000، ص39).

4-مراحل الاحتراق النفسي :

يري مات ستون وانفا سيفيشي أن ظاهرة الاحتراق النفس لا تحدث فجأة وإنما تتضمن المراحل حسب ما تقدم به وهي الآتية (نقلا عن الزهراني ن.، 2008، ص24):

4-1-مرحلة الاستغراق:

وفيها يكون مستوي الرضا عن العمل مرتفعا، ولكن إذا حدث عدم اتساق بين ما هو متوقع من العمل وما يحدث في الواقع يبدأ مستوي الرضا في الانخفاض.

4-2- **مرحلة التبلد** : هذه المرحلة تنمو ببطء، وينخفض فيها مستوى الرضا عن العمل تدريجيا، وتقل الكفاءة وينخفض مستوى الأداء في العمل ويشعر الفرد باعتلال صحته البدنية وينتقل اهتمام إلى مظاهر أخري في الحياة كالهوايات، والاتصالات الاجتماعية وذالك لشغل أوقات فراغه.

4-3-**الانفصال** : وفيها يدرك الفرد ما حدث، ويبدأ في الانسحاب النفسي واعتلال الصحة البدنية والنفسية مع ارتفاع مستوى الإجهاد النفسي.

4-4-**مرحلة الحرجة** : وهي أقصي مرحلة في سلسة الاحتراق النفسي، فتزداد الأعراض البدينة والنفسية والسلوكية سوءا وخطرا ويختل تفكير الفرد نتيجة شكوك الذات، ويصل المصاب إلى أقصى الاجتياح ويفكر في ترك العمل وقد يفكر في الانتحار.

فالاحتراق لا يحدث بشكل فجائي، حيث يمر الفرد العامل بمرحلة يكون مستغرقا فيها في احد المشكلات المرتبطة بالعمل ويشعر بالدهشة والصدمة لما يجده من فرق بين التوقع والواقع، أي ما كان يتوقعه وينتظره وبين الواقع الذي يعيشه، وينخفض رضاه عن نفسه وعن العمل، ثم يدخل في مرحلة جديدة أكثر تقدما من المرحلة الأولى حيث يزداد لديه الشعور بالقلق وعدم الارتياح.

وينعكس هذا الشعور على أدائه لعمله بل إن هذا الشعور ينعكس أيضا على صحته الجسمية ومنعه من ممارسة أية هوايات كان يزاولها ألا وهي من أعراض الاكتئاب.

وتأتي المرحلة الأخيرة وهي أخر مراحل الاحتراق وتحدث إذا لم يجد الفرد العامل معونة من المحيطين به أو مساعدة فنية متخصصة، وفي هذه المرحلة تزداد الأعراض الجسمية ويزداد السلوك بعدا عن المعاير السوية ويتدني مستوى أداء الفرد إلى درجة كبيرة وتختل علاقاته مع زملائه، ويحدث في بعض الحالات فإنه يفكر الانتحار والتخلص من حياته (كفافي ع.، 2012، ص465).

5- أسباب الاحتراق النفسي:

قد توصلت ماسلاش (maslach) إلى أن الاحتراق هو استجابة للمؤثر الناتج عن التفاعل بين الشخص والبيئة التي يعمل بها، ويعد الاحتراق النفسي الاستجابة السلبية لضغط العمل طويل الأمد وهذا يعني أن الاحتراق النفسي يزيد مع الزمن واستمرارية وجود ضغط العمل.

يرى عسكر أن حدوث ظاهرة الاحتراق النفسي تتوقف على مجموعة من العوامل والتي تتمثل في الجوانب الثلاثة : الجانب الفردي والجانب الاجتماعي والجانب الوظيفي وفيما يلي توضيح الجوانب الثلاثة (نقلا عن العياصرة أ.، 2008، ص96).

5-1-العوامل الخاصة بالجانب الفردي الشخصي:

هناك شبه اتفاق بين معظم الباحثين على أن الموظف الأكثر التزاما وإخلاصا في عمله يكون معرض أكثر للاحتراق النفسي من غيره، ويرجع ذلك كونه يكون تحت ضغط داخلي للعطاء وفي نفس الوقت يواجه ظروفا

خارجة عن إرادته تقلل من هذا العطاء، وتلعب مدى واقعية الموظف في طموحاته وتوقعاته دورا في عملية الاحتراق النفسي ،فكلما زادت درجة واقعيته كلما كان أكثر عرضة للاحتراق النفسي.

ومن العوامل المؤثرة أيضا مدى ما يتمتع به الموظف من قدرات ذاتية على التكيف ومستوى الطموح لديه، فالموظف الذي يتفانى في عمله ويرغب في تحقيق أهدافه بأعلى درجة من النجاح يتعرض إلى ظاهرة الاحتراق النفسي أكثر من غيره إذا ما واجهته مشكلات(العياصرة أ.، 2008، ص97).

5-2-العوامل الخاصة بالجانب الاجتماعي: وترجع هذه العوامل إلى:

-تزايد الاعتماد من طرف أفراد المجتمع و المؤسسات الاجتماعية الأمر الذي يساهم في زيادة العبء الوظيفي الذي يكون سببا في تقديم خدمات أقل في المستوى المطلوب، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى شعور الموظف بالإحباط وبالتالي زيادة الضغوط.

-الحالة المحيطة ببعض المهن حيث أن هناك مجموعة من التوقعات والافتراضات الغير واقعية في بعض الأحيان يشترك فيها معظم أفراد المجتمع.

ومع أن هذه التوقعات مقبولة نوعا ما إلا أن الواقع الوظيفي في ظل المؤسسات البيروقراطية يحول دون تحقيق ذلك، مما يؤدي إلى توليد ضغط نفسي على المهني فيجعله أكثر عرضة لاحتراق النفسي.

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

طبيعة التطور الاجتماعي والثقافي والحضاري في المجتمع، التي تساعد علي إيجاد بعض المؤسسات الهامشية التي لا تلقي دعما جيدا من المجتمع، فيصبح العاملون بها أكثر عرضة للاحتراق النفسي(العياصرة أ.، 2008، ص98).

5-3- العوامل الخاصة بالجانب الوظيفي:

يعد هذا الجانب الأكثر وزنا في ايجابية وسلبية المهني نظرا لما يمثلها العمل من دور مهم في حياة الفرد في العصر الحديث، فالعمل يحقق حاجات أساسية للفرد مثل: السكن والصحة وغيرها، وأيضا حاجات نفسية لها أهميتها في تكوين الشخصية مثل: التقدير وإحترام الذات والنمو والاستقلالية، ويعتبر عجز الفرد في بيئة العمل من العوامل التي تؤدي إلى شعوره بالقلق والكآبة والضغط العصبي مما يؤدي للاحتراق النفسي، وهناك ثلاثة مفاهيم تفسر بيئة العمل ودورها في حدوث التغيرات السلبية في سلوك الموظف وهي:

5-3-1-مفهوم العجز المتعلم: وهو يعبر عن الحالة التي يصل إليها الموظف والتي يفقد فيها القدرة على التحكم ببيئة العمل، الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالقلق والكآبة والضغط العصبي، وتزداد الحالة سوءا عندما ينتابه اليأس نتيجة لاستمرار هذه الحالة وبناءا على ذلك فإن أي بيئة عمل يفقد فيها المهني القدرة على التحكم في قراراته الخاصة وعلى حل مشاكل المتعلقة به من العوامل المساعدة في الضغط الذي ينصب عليه.

5-3-2-**مفهوم قلة الإثارة:** يستند هذا المفهوم إلى نتائج الدراسات التي تشير إلى حرمان الحواس من مثيراتها يؤدي إلى القلق والمشكلات النفسية الأخرى، واستنادا لذلك فإن الأعمال الرئيسة والمتكررة تؤدي إلى الضغط وبالتالي إلى الاحتراق النفسي.

5-3-3-مفهوم الفشل في تحقيق الحاجات الشخصية: إن عدم تحقيق الحاجات الشخصية التي يتوقعها الموظف في عمله يساهم في حدوث عدم الرضا الوظيفي والضغط، بالتالي الاحتراق النفسي.

لقد قامت (فوربي وآخرون، 1989) بدراسة للتعرف إلى أسباب الاحتراق النفسي لدي المهنيين، حيث لخصوها بتكرار العمل الممل، وفقدان النصيحة والمشورة، والمشكلات المالية، واتساع حجم العمل، ونقص التغذية الراجعة ، وفقدان التحدي، والسياسات الإدارية، وقضايا الإشراف والملل وعدم كفاية الوقت للنمو المهني والشخصي.

ويشير (ماهر) إلى أن جميع المناقشات التي دارت حول الاحتراق النفسي قد حاولت تحديد أسبابه، إما من خلال الملاحظات والاستبطان أو من خلال مجموعة من البيانات الموجودة، واستعرض (ماهر) أربعة عشر دراسة بحثت

في أسباب و أعراض الاحتراق النفسي، وتبين له وجود ثمانية أسباب رئيسة للاحتراق النفسي تندرج تحت عوامل ثلاثة هي: عوامل فردية شخصية وعوامل وظيفية، وعوامل تنظيمية.

و هذه الأسباب هي:

1-العمل لفترات طويلة دون الحصول على قسط من الراحة.

2-غموض الدور وتوسيعه ليشمل الأعمال و واجبات ثانوية كثيرة.

3-فقدان الشعور بالسيطرة على المخرجات العمل و الإنتاج.

4-الشعور بالعزلة في العمل وضعف العلاقات المهنية مع الزملاء .

5-الزيادة في عبء العمل وتعدد المهام المطلوبة.

6-الرتابة والملل في العمل.

7-ضعف استعداد الفرد للتعامل مع ضغوط العمل.

8-الخصائص الشخصية للفرد (العياصرة أ.، 2008، ص ص98-102).

إن الاحتراق النفسي يحدث دائما عندما يطلب من الفرد أن يقدم خدمات للأفراد في أمس الحاجة إليها في وقت لا يستطيعون الاستفادة من هذه الخدمات، فالمشكلة قد تكون –أحيانا- في غاية الحدة، فعلي سبيل المثال يمكنك أن تتصور الإحباط الذي يمكن أن يشعر به الفرد عندما يحاول أن يقدم المساعدة لمريض معرض للموت دون أن تؤدي الجهود المبذولة إلى تحسين وضعه، علاوة على ذالك فإن هذه المهن تتطلب من الأفراد العاملين فيها أن يكونوا دائما متعاطفين مع عملائهم.

إن هذا المطلب لا يعد منطقيا لأن من الصعب أن يحافظ كل فرد على توجه تعاطفي طوال الوقت والى ما لانهاية، فالمشرفون على رعاية هؤلاء الأشخاص غالبا ما يدركون أنهم يقدمون أكثر مما يحصلون عليه من مرضهم.

وقد تؤدي حالة عدم التوازن هذه إلى تفاقم حالة الاحتراق النفسي لديهم، فالوقت الطويل الذي يتم قضاءه مع العملاء والتغذية الراجعة والبسيطة، والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح، وصراع الدور وغموض الدور، جميعها من العوامل المهنية التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الاحتراق النفسي(كفافي ع.، 2012، ص ص77-78).

كما يتبين أن المعدلات العالية من حالات الاحتراق النفسي أكثر حدوثا لدي الممرضين الذين يعملون في ظروف ضاغطة مثل: العمل في وحدة العناية المركزة، والطوارئ أو العناية بالأشخاص المقبلين على الموت، إذا ينقطع الممرضين من يتعاطفون مع المرضي وان يتميزون بالميل للعمل والاهتمام به، والدفء وتقديم الرعاية والموضوعية، إن كثيرا من الممرضين يواجهون صعوبة في حماية أنفسهم من الألم الذي يشعرون به وهم يراقبون مرضاهم يعانون من الألم ثم يموتون، وللتعامل مع هذه الأحاسيس العاطفية فإنهم يحرصون على الابتعاد وعمل مسافة بينهم وبين المرضي، وإن الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل بالمستشفي من ضرورة التحرك بسرعة والسلوك القلق الذي يظهر العاملون به، تساهم جميعا في حدوث الاحتراق النفسي(الزهراني ن.، 2008، ص51).

وبما إن الاحتراق النفسي ينشأ عن الضغط، فمن غير المدهش أن يكون مرتبطا مع التغيرات في الوظائف الفسيولوجية والعصبية الصماوية، فهناك دلائل على التأثيرات التي يحدثه الاحتراق النفسي في عمل الأجهزة الهيبوثلاموسية إذا يظهر الأشخاص الذين يعانون من الاحتراق النفسي ارتفاعا في مستويات الكورتيزول بعد أن يستيقظوا في الصباح، إضافة إلى ذلك فقد تبين ارتباط الاحتراق النفسي بالتغير في تلاصق الكريات الدموية البيضاء وبالتغيرات العكسية في المناعة، لذلك فمن غير المستغرب التوصل إلى المزيد من الدلالة عن الرابطة بين الاحتراق النفسي والتغيرات الفسيولوجية السلبية والعصبية الصماوية المرتبطة بالتعرض للضغط(تايلور ش.،ت: درويش و.، شاكر فوزي د.، 2008، ص ص507-508).

6-مستويات الاحتراق النفسي :

أشار (Spanipol) إلى أن الاحتراق النفسي هي مشاعر ارتبطت بروتين العمل، وقد حدد له ثلاثة مستويات(نقلا عن ميهوبي ف.، 2008، ص73) وهي:

6-1- احتراق نفسي معتدل : وينتج عن نوبات قصيرة من التعب والقلق والإحباط والتهيج.

6-2-احتراق نفسي متوسط : وينتج عن نفس الأعراض السابقة، ولكنها تستمر لمدة أسبوعين على الأقل.

6-3-احتراق نفسي شديد : ينتج عن أعراض جسمية مثل القرحة وآلام الظهر المزمنة، نوبات الصداع الشديدة، وليس غريبا أن يشعر العاملون بمشاعر احتراق نفسي معتدلة ومتوسطة من حين لآخر، ولكن عندما تتطور هذه المشاعر وتظهر في شكل أمراض جسمية ونفسية مزمنة عندئذ يصبح الاحتراق مشكلة خطيرة (الزهراني ن.، 2008، ص24).

7- علاقة الاحتراق النفسي بالضغط النفسي:

نظرا لارتباط الاحتراق النفسي بالضغوط النفسية ارتباط تكاملي، باعتبار أن الأول هو صورة القاتمة لضغوط النفسية في مجال العمل، هذا ما دفع بعض الباحثين إلى إيضاح العلاقة الرابطة بين الضغوط النفسية والاحتراق النفسي، ومن بين هؤلاء، بينهاوس الذي يرى أن الاحتراق النفسي هو انعكاس للضغوط النفسية الذي لا يقتصر عليها دون سواها ومن أبرز الخصائص المميزة للاحتراق النفسي التي توصل إليها هي:

إن الاحتراق النفسي يحدث نتيجة لضغوط العمل النفسية المتمثلة في تضارب الأدوار وغموضها وازدياد حجم العمل و ظروف العمل وأحواله التي تنطوي على بعض المخاطر.

وإن الاحتراق النفسي يحدث في معظم الأحيان لدى الممرضين الذين يلتحقون بالمهنة برؤية مثالية مؤداها أنهم لابد أن ينجحوا في مهنتهم، حيث يقول كل من بيركانو و هارتمان إلى أن الاحتراق النفسي أنه استجابة إلى الإجهاد الانفعالي الناجم عن الإجهاد النفسي والأداء المنخفض في العمل وكذا أسلوب التعامل مع الآخرين (نقلا عن الشيخ د.، 2002، ص30).

حيث هناك صلة وثيقة وعلاقة تناسبية متبادلة بين الاحتراق النفسي والسعي إلى تحقيق المهام التي يتعذر تحقيقها (الرشدي هـ.، 1999، ص62).

في حين يرى فاير أن الضغوط النفسية يمكن أن تكون ايجابية أو سلبية، وبالمقابل فإن الاحتراق النفسي يكون دائما وأبدا سلبيا، ويضيف أن الاحتراق النفسي في أحوال كثيرة لا يكون نتيجة للضغوط النفسية المحضة، أي لمجرد حدوث الضغوط النفسية، وإنما يكون نتيجة للضغوط النفسية التي لا تعطى لها الفرصة لمعالجتها أو تخفيفها أو المحاولة لإيجاد مساند في حل تلك الضغوط (نقلا عن الرشدي هـ.، 1999، ص63).

وقد تناول عسكر مجموعة نقاط الاختلاف بين الاحتراق النفسي وحالات أخرى مشابهة والمتمثلة في:

-على الرغم من أن التعب والتوتر المؤقت قد يشكل العلامات الأولية لهذه الحالة، إلا أن ذلك ليس كافيا للدلالة عليها وبخاصة إذا كانت قصيرة الأجل، فالاحتراق النفسي يتصف بحالة من الثبات النسبي فيما يتعلق بالتغيرات السلبية.

-يختلف الاحتراق النفسي عن التطبيع الاجتماعي، حيث يغير الفرد سلوكه واتجاهاته نتيجة للتفاعل مع الآخرين الذي يمكن أن تترتب عليه مظاهر سلوكية سلبية إذا كان الوسط الاجتماعي الذي يحدث فيه ذلك التفاعل يدعم التصرفات غير البناءة، أما بالنسبة للاحتراق النفسي فإن سلوك الفرد هو محصلة ردود الفعل المباشرة للتعرض لمصادر الضغوط في بيئة العمل.

-حالة عدم الرضا وما قد يصاحبها من غياب للدافعية في العمل لا تعتبر احتراقا نفسيا ومع ذلك ينبغي أخذها بعين الاعتبار لان استمرارها يؤدي إلى الاحتراق النفسي.

-الاستمرار في العمل لا يعتبر مؤشرا يعتمد عليه إصدار حكم بغياب الاحتراق النفسي فالفرد ربما يستمر في عمله بالرغم مما يعانيه من احتراق نفسي لأسباب متعددة منها على سبيل المثال عدم توفر فرص للالتحاق بأعمال أخرى (عسكر ع.، 2000، ص80).

8-استراتيجيات تفادي الاحتراق النفسي: تجدر الإشارة إلى أن ظاهرة الاحتراق النفسي ليست بالحالة الدائمة، وبالإمكان تفاديها و الوقاية منها، إذ قيام الفرد بنشاطاته وواجباته بطريقة متوازنة من حيث التغذية

و النشاط الحركي والاسترخاء الذهني قد يساهم بشكل ما لتفادي الاحتراق النفسي، ومع هذا يوصي الباحثون بإتباع الخطوات التالية:

1-إدراك أو تعرف الفرد على الأعراض والمؤثرات التي تشير إلى اقتران حدوث الاحتراق النفسي.

2- تحديد الأسباب من خلال الحكم الذاتي أو اللجوء إلى الاختيارات التي توضح له الأسباب.

3-تحديد الأولويات في التعامل مع الأسباب التي حددت في الخطوة السابقة، فمن الناحية العملية يصعب التعامل معها دفعة واحدة.

4-تطبيق الأساليب واتخاذ خطوات عملية لمواجهة الضغوط منها تكوين صداقات لضمان الحصول على دعم اجتماعي، تنمية هوايات مواجهة الحياة، الاستعانة بالمتخصصين والاعتراف الشخصي بوجود المشكلة لزيادة الإيجابية في مواجهتها.

5-تقييم الخطوات العملية التي اتبعها الفرد لمواجهة المشكلة للوقوف على مدى فعاليتها واتخاذ بدائل إن لزم الأمر (عسكر ع.، 2005، ص107).

أما على مستوى مكان العمل فهناك استراتيجيات تتمثل فيما يلي:

1-القدرة على تحديد الأوليات.

2-تنظيم الوقت.

3-المرونة في التعامل مع الغير.

4-ضرورة مواجهة المشاكل.

5-وضع برامج زمنية لحل المشكلات.

6-السعي للاجتهاد وليس الكمال(السيد ع.، 2001، ص90).

ويضيف الدكتور محمود فتحي عكاشة أساليب التوافق مع المواقف الضاغطة فيما يلي:

1_ إعادة بناء الموقف والتدريب على المواجهة.

2_ التمارين الرياضية للتخلص من التوتر.

3_ الراحة والاسترخاء.

4_الوعي الذاتي.

5_التنفيس الانفعالي من خلال الأصدقاء.

6_ممارسة الهويات والاهتمامات الخارجية.

7_ تبني إستراتيجية معرفية أو سلوكية للتكيف مع الموقف الضاغط(عكاشة م.، 1996، ص98).

9- النظريات المفسرة للاحتراق النفسي:

هناك الكثير من الكتاب وفريق من الباحثين، اهتموا بموضوع الاحتراق النفسي بالدراسة والبحث، وانطلاقا من هذا وضعوا له مجموعة من النظريات محاولين تفسيره من مختلف الجوانب، فنجد من أهم هذه المقاربات والنماذج ما يلي:

9-1-النظرية الطب النفسي:

وتؤكد هذه المقاربة على المحددات البيولوجية و الشخصية، وكذا تطور الأمراض العقلية، وترى أن العمل ليس هو السبب الوحيد في حدوث المرض العقلي، فقد يكون هناك عامل رجعي هو الذي يحرك ويسبب اضطرابات التكيف، أما إذا كان العمل يبدو مصدر عدم التكيف، كما يمكن أن يكون مصدر لرفاهية و راحة (نقلا عن السيد ع.، 2001، ص132).

9-2-النظرية النفس اجتماعية:

أن أغلب كتاب هذه المقاربة أمريكيين الذين وجدوا أن مصطلح الاحتراق النفسي يترجم من خلال الاستنزاف، الذي يتضمن الضغط الانفعالي المستمر و المتكرر، ومنه فإن هؤلاء الكتاب يعتبرون الاحتراق النفسي كمفهوم نفسو اجتماعي وذلك من خلال ثلاث مكونات كالتالي:

9-2-1التعب الجسدي: ويترجم من خلال انخفاض في الطاقة، والضعف والوهن، الملل والضجر مع الميل إلى الأمراض، الصداع النفسي، الزكام أو اضطرابات النوم.

9-2-2-التعب الانفعالي: ويكون مصحوب بمشاعر اليأس الشديد و العجز، وفي مرحلة حادة يمكن أن تكون اضطرابات عقلية مع أفكار انتحارية.

9-2-3- التعب الذهني : وينتج عن تطور للمواقف السلبية اتجاه عمله، ذاته وحتى في حياته بأكملها فهذا التعب الذهني قد ينعكس حتى على الآخرين، زيادة أيضا عن تبلد المشاعر في العلاقة مع الآخرين(نقلا عن عويضة م.، 2010، ص120).

9-3- النظرية التفاعلية:

إن كتاب هذه المقاربة يميزون المظاهر المتطورة للاحتراق النفسي، فقد توصلوا إلى أنه يحدث نتيجة للضغط المتواصل، وهذا وفق شارنيس ورفاق، فمن خلال البحوث عن المهن في القطاع العام في عام 1980 ظهروا أن الاحتراق النفسي يبدو وكأنه صيرورة تفاعلية في ثلاثة مراحل:

9-3-1-المرحلة الأولي: هناك عدم توازن بين الموارد الفردية و التنظيمية إزاء متطلبات العمل.

9-3-2-المرحلة الثانية: الشخص يعبر على الاستجابات الانفعالية.

9-3-3- المرحلة الثالثة: يبرز الشخص التغيير في المواقف والسلوكيات، وهنا تظهر التغيرات السلبية.

ويفسر الاحتراق النفسي وفق هذا النموذج بالانسحاب النفسي للعامل من خلال علاقته في العمل سيرورة من أربعة مراحل تتعلق بتطور الاحتراق النفسي في العمل:

9-3-1- الحماس: هذه الفترة الأولى في المهنة تلاحظ من خلال التجاوز في الطاقة، أي أن الفرد يبذل جهد كبير يفوق طاقته الحقيقية.

9-3-2- الركود: في الفترة الثانية، يبدو العمل أن يحتل مكان أقل أهمية، أو أن الفرد يشكو انخفاض في الطاقة، كما أنه يستمر في بذل طاقته بشكل متزايد.

9-3-3- الخمول: هنا يتم الاحتفاظ بالعمل، لكن مع تأثير لمدة طويلة، ففي هذه المرحلة يحاول الفرد أن يحمي نفسه من أي شيء قد يهدد سلامته النفسية، فهذه العملية التي يمكن أن تهدد الصحة فإنها قد تؤدي إلى مرض جسدي أو عقلي، إضافة إلى الانتحار في أسوء الحالات(نفلا عن كفافي ع.، 2012، ص501)

-الإحباط: هنا الشخص تظهر عليه علامات اليأس والقنوط نتيجة عدم الوصول إلى أهدافه في عمله.

9-4-النظرية التحليل النفسي:

وتفسر هذه المقاربة سلوك الإنسان على أنه قوى داخلية تسبب الصراع الداخلي بين مكونات الأنا و الأنا الأعلى، فهي تعتبر أن الأصل في المعاناة النفسية و يتموضع في السنوات الأولى من الحياة، إذا فالعمل يمكن أن يبدو كعامل مفجر لهذه المعاناة، كما يمكن أن يكون الوحيد المسؤول عن الاضطراب، وفي ذلك يقول(c.Dejours) راديكالية التحليل النفسي غير مؤهلة لعلم النفس المرضي للعمل.

وقد اقترح فرويد بعض التوضيحات حول العلاقة بين الجهاز النفسي والسياق الاجتماعي بما في ذلك العمل، والدور المتسامي المنوط بلا شك بالأنشطة المحددة، هذه الأنشطة هي تلك التي يتم اختيارها بطريقة إبداعية واعتقاد، وهي ليست واضحة لمعظم المهن (نقلا عن البدوي ط.، 2000، ص 50).

9-5-نظرية زملة التكيف العام لهانز سيلي:

يعتبر هانز سيلي أول من استخدم مصطلح الضغط وذلك في مجال الطب والبيولوجيا عام1926 حيث كان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوما فسيولوجيا، ثم طوره بعد ذلك و أوضح الجانب النفسي للمفهوم وقدم نموذج

أطلق عليه زملة التكيف العام GAS وهي عبارة عن جملة من الاستجابات الجسمية و النفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية (نقلا عن البدوي ط.، 2000، ص42) وتمر بثلاثة مراحل وهي:

9-5-1-المرحلة الأولى: رد فعل الإنذار بالخطر وتعد استجابة أولية، وفيها يميز الجسم مواقف الخطر، ويستعد لمواجهتها ويصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل: زيادة دقات القلب، سرعة التنفس.

9-5-2-المرحلة الثانية:تسمى المقاومة:. يلاحظ في هذه المرحلة وجود بعض الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط، وعندما لا تستطيع الحيل إعادة التوازن للجسم، نتيجة الضغوط المستمرة تظهر علامات الاستنزاف و التعب الشديدين.

9-5-3-المرحلة الثالثة:تسمى الإنهاك:. عندما تفشل أساليب المواجهة، وتتدهور المقاومة مع استمرار الضغوط، يحدث الإنهاك مما قد يؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات النفسية، وعموما يشير هذا النموذج إلى أن مرحلة الإنهاك ناتجة عن الضغوط المستمرة، كما أن الأعراض التي أشار إليها النموذج، والناتجة عن العجز عن مواجهة الضغوط، تقترب كثيرا من أعراض الاحتراق النفسي، و التي أطلق عليها (Selye) في نموذجه الإنهاك (نقلا عن البدوي ط.، 2000، ص43).

9-6-النظرية العلاقات البنائية:

يقدم هذا النموذج وصفا للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الاحتراق النفسي، الانجاز الشخصي ومشاعر الإجهاد وتبلد المشاعر من حيث تأثير كل منها على الآخر، فيشير إلى أن بعد الانجاز الشخصي يؤثر على الإجهاد الانفعالي، بمعنى أنه كلما ارتفع إنجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد وإحساسه بتبلد المشاعر، هذا من جانب ومن جانب آخر يوضح النموذج تأثير استراتيجيات المواجهة على الاحتراق النفسي و التي صنفت إلى استراتيجيات فعالة، وأخرى غير فعالة وأوضح ارتباط استراتيجيات المواجهة الفعالة في الانجاز الشخصي، بينما ارتبطت الاستراتيجيات غير الفعالة بمشاعر الإجهاد، بمعنى أن هناك نوع من العلاقات المتبادلة بين استراتيجيات المواجهة بنوعيها وبين الاحتراق النفسي، وكذلك بين أبعاد الاحتراق النفسي ببعضهما البعض، وهما بعدا تبلد المشاعر والإجهاد الانفعالي، وبين البعد الثالث للاحتراق النفسي وهو بعد الانجاز الشخصي(نقلا عن البدوي ط.، 2000، ص44).

خلاصة الفصل :

ما يمكن استنتاجه في هذا الفصل أن الاحتراق النفسي، هو حالة نفسية تصيب الفرد بالإرهاق والتعب نتيجة وجود متطلبات وأعباء إضافية، يشعر معها الفرد بأنه غير قادر على التكيف مما ينعكس سلبا عليه وعلى من يتعامل معه بل يمتد ذلك إلى التقليل من مستوى الخدمة المقدمة، وتتمثل أعراض الاحتراق النفسي في ثلاثة جوانب، الإنهاك العقلي والانفعالي والجسمي، فالإنهاك العقلي هو عدم الرضا عن النفس والمهنة والحياة ككل، والانفعالي يتمثل في تبلد المشاعر تجاه العمل وينعكس سلبا في سلوكياتهم(استثارة،غضب) أما الجسمي فهو ذلك التعب والتوتر العضلي الذي يؤدي إلى تغيير في العادات الأساسية للفرد (الأكل، النوم) والتي بدورها تقود للمرض جسمي والنفسي وكلها تنشأ نتيجة التعرض المستمر للضغوطات، وللاحتراق النفسي 4 مراحل أساسية تتمثل في مرحلة الاستغراق والتبلد والانفصال وتنتهي بمرحلة الحرجة وتعد من أخطر المراحل فهي تقود بالفرد إلى الشك في ذاته وترك العمل والانتحار.

ومن بين أهم الأسباب التي تقود الفرد للاحتراق النفسي، نجد أسباب داخلية وأخرى خارجية، الأسباب الداخلية الشخصية تتمثل في قدرات والآليات التي يمتلكها الفرد لتصريف تلك الضغوط، أما تلك الخارجية المتمثلة في ضغوطات العمل وما ينبثق عنها من مشاكل مع الزملاء والمدراء ...، وتلك الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تجتمع عليه وتفرض عليه حالة من الضغط تمنعه تقدم والإبداع، ومن بين الإستراتجيات المستعملة لتفادي الاحتراق النفسي نجد، الوعي بالضغط المدرك والتجاوب معه بذكاء وتحديد الأولويات وتعامل معه بمرونة، وكذا ممارسة الرياضة وهوايات والاسترخاء.

الفصل الثالث

مهنة التمريض والمناوبة الليلية

- تمهيد

I- التمريض

1- مفهوم التمريض

2- مهام ومسؤوليات الممرضة

3- خصائص مهنة التمريض

4- اختصاصات التمريض

5- طبيعة عمل الممرضة

6- أعباء مهنة التمريض

II- المناوبة الليلية

1- مفهوم العمل الليلي

2- أعراض العمل الليلي

3- انعكاسات العمل الليلي

3-1- انعكاسات معرفية

3-2- انعكاسات نفسية

3-3- انعكاسات مهنية

3-4- انعكاسات الفسيولوجية

- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد مهنة التمريض من ابرز المهن الاجتماعية لما تمثله من فضائل إنسانية و ما تحمله من علم وفن ومهارة، وما تقدمه من خدمة إنسانية إذ يتسم ممارسيها بالتحلي بالشعور بالواجب وبروح المسؤولية وحسن المعاملة والمحافظة علي أسرار المرضى، حيث يهدف تدخل الممرضة على مساعدة المريض للانتباه إلي سياقات طاقته الكامنة والتعرف علي طبيعته الفردية والتقرب منها، وهذا وفق ما تمتلكه من معلومات وخبرات ومهارات في تحقيق ذالك، ولهذا سنتطرق لتعريف مهنة التمريض ولأهم المهام ومسؤوليات والخصائص والاختصاصات وأعباء المهنة المترتبة عن طبيعة العمل، ناهيك على العمل الليلي وأعراضه و الانعكاسات الناتجة عن العمل بالمناوبة الليلية كل هذا سيتم عرضه فيما يلي.

I– التمريض

1– مفهوم التمريض:

يعرف التمريض: بأنه مزيج من الفن والعلم يستوعب المريض بكامل جسمه وعقله وروحه، ويعمل على رفع مستوى صحة المريض البدنية والروحية والعقلية وذلك عن طريق تثقيف المريض بإعطائه المعلومات الدقيقة أو عن طريق إقتدائه بالعاملين في مجال الرعاية الصحية(الفقيري ع.، 2015، ص6).

جاء في تعريف فلوراس نقتينغال: التمريض بأنه عبارة عن وضع المريض في أفضل الظروف الممكنة حتى تقوم الطبيعة بدورها(نقلا عن ميهوبي ف.، 2008، ص 75)

ويعرفها أبو الحصين: هو ذلك العلم الذي يهتم بالإنسان ككل، جسما وعقلا وروحا، ويسعى جاهدا إلي تحسين وضعه الجسمي والنفسي والاجتماعي وهذا عن طريق تقديم خدمات، ومساعدات وتلبية الحاجات الضرورية، أو بتعلم الإنسان الأسس والممارسات الصحية في الحياة وهذا للحفاظ على صحة جيدة ومنع الإصابة بالأمراض(أبو الحصين م.، 2010، ص12).

وتعرفه جمعية التمريض الأمريكية التمريض على انه:تشخيص وعلاج للمشاكل الصحية الحالية أو المتوقع حدوثها لاستجابات الإنسان(نقلا عن بقادير ع.، 2006، ص17).

2-مهام ومسؤوليات الممرضة:

الممرضة مطالبة للمشاركة في اتخاذ التدابير العلاجية والتشخيصية الطبية مما يستلزم عليها التحكم في وصف الأدوية اللازمة واتخاذ الإجراءات العلاجية الملائمة، واتباع حالة المريض ومراقبة تطورها، وذلك من خلال تقديم المعلومات الضرورية واللازمة للأشخاص المعنيين، هذا مع الحالات العادية.

أما الحالات الإستعجالية، فعليها تطبيق الإجراءات الاستعجالية التي تتطلبها الحالة الإكلينيكية، وضمان نوعية العلاج واستمراريته مع تفادي الهفوات التي من شأنها أن تعرض حياة المريض للخطر، ثم بعد ذلك الحرص على المساهمة في إجراء عملية تقييم لذلك العلاج من حيث نوعيته وكميته، وهذا من فائدته أن يجعله يساهم في الحفاظ على الصحة وترقيتها في صالح الأفراد والجماعات عن طريق التدابير والإجراءات الوقائية والتربية الصحية للأفراد(النويجري ب.، 2008، ص35).

كما تسند إلى الممرضة مسؤوليات أخرى، مرتبطة بالتسيير والتنظيم والإدارة، وتتعلق بإنشاء مخطط زمني تنظم وفقه نشاطات مجموعات صغيرة من الممرضات، آخذا في الحسبان الضغوطات والطاقات الداخلية، بالإضافة إلى العمل الجماعي لكل الممرضات، وذلك بتقسيم النشاطات وفقا لحجمها تبعا لدرجة تفقد العلاج، علاوة على مؤهلات العاملات وهذا كله بهدف تحقيق العناية المثلى للمريض.

زيادة على ذلك، تضاف للممرضة مسؤولية إنشاء ملفات العلاج والإحصاءات المتعلقة بالمرضى، وكذا العمل جماعيا على بلورة الخيارات العلاجية التي تتلاءم وفلسفة المؤسسة أو التنظيم، والحرص على تحقيقها وتقييم نتائجها، فعليها التحكم في المعارف الحديثة والاطلاع على وسائل العلاج والإعلام والتسيير والتنظيم والتقنيات الجديدة والتأكد من الاستعمال المناسب للوسائل حفاظا على البيئة من جهة، ومن جهة أخرى لصيانة الوسائل من التلف، فعليها الحرص الشديد على تحاشي النقائص، باللجوء دوريا إلى طلب ما ينقص من الأدوات العلاجية وعمليات الجرد اللازمة(شتوحي ن.، 2003، ص 98).

ومن مهام الممرضة أيضا، المشاركة الفعالة في تكوين فريق للممرضات، بمحاولة إيجاد جو مناسب للعمل الجماعي عن طريق وضع حلول مناسبة للصراعات التي ما تلبث أن تنشئ وسط هذا الفريق، وذلك لمختلف الأسباب ككثرة العمل والإرهاق.

كما تتعهد الممرضة بمسؤولية استقبال عمال المصلحة من ممرضين وطلبة بتولي تأطيرهم ومراقبتهم، إضافة إلى مشاركتها في تقييم انجازاتهم وفقا لمستواهم بناءا على الأهداف المستوحاة في تكوينهم، ومن هنا يمكنها المشاركة في

تحديد المتطلبات الضرورية لتكوين فريق الممرضين الجدد، ولا يتوقف عملها على هذا بل عليها تسيير نشاطات الفريق وتنسيقه ومعاينته، علاوة على بلورة مخطط الإجازات والعطل، وكل هذا عن طريق التفويض.

فيقع على عاتق الممرضة انجاز المشاريع وتحقيق الأهداف وإجراء العمليات التنفيذية، مع إمكانية تسطير الأولويات، مثل تنظيم البرامج وتعديلها وإحكامها في أي من الأوقات، وهذا لا يكون إلا بتركيز الانتباه إلى عدة أمور متزامنة وغالبا ما تكون متقطعة(النويجري ب.، 2008، ص41).

و من جهة أخرى عليها اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة وحساسة في نفس الوقت، ويتوجب عليها السرعة في العمل، وهذا كله ببرودة أعصاب وهدوء، فمع كل هذه الضغوطات يتوجب عليها ألا تتردد من طلب يد العون وإقامة علاقات مهنية وحميمة وتنشيط حوار فردي وترأس لقاءات جماعية وكذا نسج علاقات مع العمال والمسؤولين والتعاون مع طبقات عمالية مختلفة تساعدها على تحمل عبء العمل وتعينها على انجاز الأعمال الفردية فعليها إذن تبني هيئة وتصرفات مهنية ملائمة لوضعيتها(شتوحي ن.، 2003، ص102).

3-خصائص مهنة التمريض:

يهدف دور الممرضة في التمريض إلى تحقيق راحة المريض بواسطة الإصغاء والتوجيه وتقديم النصائح وتدعيمه. لذا يتمثل دور الممرضة في مساعدة الفرد على التعرف على قدراته الكامنة ومساعدته في تقبلها واستعمالها وفقا لطبيعة المعاناة وحسب تصرفاته اليومية بغية تدعيم كماله النفسي البدني والمحافظة عليه.

3-1-طبيعة الحراك الوظيفي:

من خصائص العمل في مهنة التمريض نقص أو انعدام الحراك الوظيفي إذا ما قورنت بغيرها من المهن، فالممرضة تظل دائما ممرضة، والمساعدة تظل دائما مساعدة وذلك لأن لكل منهما درجة معينة تؤهلها لشغلها درجة تعليمها أو نوعية تدريبها منذ البداية ونتيجة ذلك، يوجد تدرج مهني، يثير الكثير من الصراعات، كما توجد قوة كبيرة لا يمكن تخطيها بين ذوي الدرجات العليا في التنظيم الرسمي للمستشفى وهم في نفس الوقت ذوي مكانة اجتماعية مرموقة وهم الصفوة الفنية والإدارية في المستشفى(البدوي ط.، 2000، ص68).

3-2-نظرة الأفراد لمهنة التمريض:

يعتقد العديد من الناس بأن أدوار التمريض سواء في المستشفيات أو المراكز الصحية هي أدوار هامشية وغير مهمة مقارنة بما يقوم به الأطباء والصيادلة وفنيو المختبر، وقد أدى هذا الاعتقاد إلى وجود استعلائية عند البعض، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى خلل في النسق الطبي.

وهناك مشكلات أخرى يمكن أن تواجهها العاملات في مهنة التمريض نذكر منها: النظرة الاستعلائية وعدم الثقة بجهودهم ومعرفتهم الفنية وعدم اعتراف عدد من الأطباء بالمستوى العلمي والثقافي لهم، وتصورهم أن طبيعة عمل الممرضات تقتصر على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الطعام والدواء للمريض(البدوي ط.، 2000، ص69).

3-3-ازدواجية تبعية الممرضات في المستشفى:

يتبع ويخضع الممرضون والممرضات لرئيسين اثنين مختلفين أحدهما إداري والآخر طبي، إذ تتعرض الممرضة المشرفة على قسم في المستشفى في عملها إلى مفارقات فهي لا تخضع لإشراف رئيس واحد تتلقى أوامره وتعليماته وهو رئيسها الرسمي للمستشفى لكنها في نفس الوقت يجب أن تخضع لأمر الطبيب المشرف على علاج المرضى المقيمين في القسم الذي تعمل وتشرف على العمل به، باعتباره أكثر منها خبرة وعلما وهو المسؤول الأول عن علاج المرض.

وتعد الممرضات في نظر المرضى وأسرهم وزائريهم من الناحية التقليدية تابعات للأطباء وهم لقربهم من المرضى يتمتعن بنفوذ ومكانة أقوى من زملائهم العاملين في المستشفى والمساوين لهم من الناحية الإدارية، ومع ذلك فإن هذا الوضع المتميز لأعضاء هيئة التمريض في ظل السلطة المزدوجة في المستشفى قد يضعهم في مواقف صعبة، فقد تضطر إحداهم إلى اتخاذ قرار لأداء خدمة ضرورية عاجلة لمريض لا تحتمل حالته الصحية انتظار تعليمات الطبيب المختص، ولتعدد الأدوار التي تؤديها العاملات بمهنة التمريض الأمر الذي يخلق لهم إرباكا في عملهم بسبب التبعية المزدوجة لإدارة المستشفى والطبيب المعالج ولهذا فقد تتعارض الأوامر مع بعضها البعض (الفقيري ع.، 2015، ص20).

3-4-الصراع في دور الممرضة:

يعتبر موقف الممرضة مثالا واضحا للخطوط الصراعية للسلطة في المستشفى بين العمال الإداريين والأطباء، فالممرضة مثلا شخص في الوسط، فهي ممثلة لإدارة المستشفى في تنفيذ السياسات والقواعد والإجراءات من ناحية كما هي ممثلة للطبيب ومسئولة عن تنفيذ تعليماته لعلاج المرضى من ناحية أخرى، وإذا كان هذان الخطان لا ينفصلان إلا أنهما يضعان الممرضة أمام موقف أشبه باللغز وهو إرضاء جماعة الأطباء وجماعة المرضى وهو ما لا سبيل إلى تحقيقه، يضاف إلى ذلك أدوارهم الاجتماعية الخاصة فقد تكون الممرضة زوجة وأم لأولاد ومسئولة عنهم وهي تقيم بعيدا عن الوالدين والأقارب وتضطر أحيانا لأن تتناوب في المستشفى(أبو الحصين م.، 2010، ص35).

4-اختصاصات التمريض:

تطورت مهنة التمريض بمرور الوقت فأصبحت الممرضة مساعدة مختصة في العلاج، و يرجع هذا التغيير إلى عدة أسباب أهمها التقدم العلمي والتقني في مجال الطب، وتعقد نشاطات أفراد الفرقة الصحية التي تحتاج إلى تدخل متعدد الاختصاصات مركزا على التعاون والتكامل المهني، فتوسعت مهنة التمريض وأنشأت لها المدارس والمعاهد وتفرعت إلى حقول عديدة واختصاصات متنوعة، تمنح من خلال مهنة التمريض إمكانيات الترقية في مناصب عليا وهذا كما يبينه عيطور د. (1997):

4-1-ممرضة رئيسة فرقة:

تشتغل تحت إشراف ومسؤولية المسؤول المباشر، ومكلفة بتنظيم وتنسيق ومراقبة عمل الفرقة المعتادة وتسهر على الاستعمال العقلاني للوسائل الموضوعة تحت تصرفها.

4-2-ممرضة مراقبة المصالح الصحية:

تعمل تحت مسؤولية الطبيب رئيس المصلحة والمراقب الرئيسي وهي مسؤولة عن تنظيم وتقييم عمل موظفي المصلحة التي تشرف عليها كما تسهر على تنفيذ الوصية الطبية، وتنظم الفحص الطبي للمرضى وتحضرهم، وتزود الوحدة بالعتاد المطلوب وكل اللوازم الضرورية لها، مع مراقبة نظام التحديث والنظافة وراحة المرضى، والسهر على نظافة المرافق.

4-3-ممرضة مراقبة رئيسية للمصالح:

تشتغل تحت رعاية الطبيب رئيس للمصلحة، مكلفة بتنظيم وتوجيه وتنسيق ومراقبة عمل الفرق شبه الطبية، وتسهر على الاستعمال العقلاني للعتاد وصيانته والحفاظ عليه، وتراقب وتنظم تأطير التلاميذ شبه الطبيين وتسهر على نوعية العلاجات.

4-4-ممرضة منسقة للنشاطات شبه الطبية:

تنظم وتنسق أعمال المستخدمين الطبيين وتسهر على نوعية أعمالهم الخاصة باستقبال المريض، وعلى ضمان النظافة، وتساهم في دراسة المشاكل المتعلقة بالتكيف مع التقنيات الجديدة وهذا بمشاركة رئيس المصلحة المساهم في عملية التعليم والبحث في مجال العلاجات واحترام أخلاقيات المهنة، كما تسهر على تحسين شروط العمل

للمستخدمين ومساعدتهم على إقامة علاقات عمل جيدة بين كل الأطراف المعينة من الإدارة و الأطباء والمستخدمين شبه الطبيين.

وتتعلق أوقات العمل بحجم مصلحة الصحة واختصاصها، حيث يقسم العمل حسب ثلاث فرق ويمكن تنظيم العمل وتوزيعه على فرقتين تشتغلان بالتناوب.

5-طبيعة عمل الممرضة :

بعد الحصول على الشهادة الوطنية في التمريض، يمكن للممرضة العمل في جميع مصالح الصحة من مستشفيات وعيادات ومصالح الطب المهني والمدرسي أو عند الخواص، تشكل الممرضات الصورة العامة للمؤسسة الصحية، إذ تؤدي الممرضة أو الممرض في النسق الطبي مجموعة من الأدوار الحيوية، تتمثل حسب تايلور ش. نقلا عن درويش و. وشاكر فوزي د. (2008) كالتالي:

5-1-التكفل بتقديم خدمات اجتماعية وإنسانية للمرضى بغية علاجهم ومآزرتهم، فعلى الممرضة توفير العلاج للأشخاص على اختلاف أعمارهم وثقافتهم، دون أي تمييز ومع شتى الظروف وفي مختلف الأماكن، وعليها أن تثبت قدرتها على مراجعة نفسها وإعادة النظر في أعمالها بعد كل الجهود التي تبذلها.

5-2-يتوجب على الممرضة العناية الكاملة بالمريض غير قادر على الاعتناء بنفسه، إذ تسهر الممرضات على تنفيذ الوصفة الطبية، وتنظمن الفحص الطبي للمرضى، وتزودن الوحدة بالعتاد المطلوب وكل اللوازم الضرورية لها مع مراقبة نظام التحديث والنظافة.

5-3-تقديم الإرشادات الضرورية لمساعدة المرضى على تقبل المرض والتعامل والتعايش معه، إذ تعتبر الممرضة كمصدر للثقة بحيث تساعد المريض على استرداد معنوياته التي فقدها بفعل المرض، بالإضافة إلى استعادة راحته والتخلص من شعوره بالضيق.

5-4-تقوم الممرضات بترجمة للغة الخدمة الصحية التي تقتصر معرفتها على أصحاب المهنة والممرضين، وكذا الإلمام بمختلف المعارف والمهارات المرتبطة بالمجالات المهنية الخاصة بالتمريض والعلوم شبه الطبية والإنسانية والتي ستمكنها من تحديد المؤشرات وفك الإشارات مع التحليل الدقيق والربط بين عوامل مختلفة.

5-5-تلعب الممرضات دورا مكملا للأسرة بالمستشفى من خلال الحفاظ على استمرارية العلاقات والسلوكات التي اعتادها المريض قبل مرضه ومساعدته على التخلص من مخاوفه وابتعاده عن أسرته.

5-6-على الممرضة أن تتميز بكفاءة فض الصراعات والأزمات ومعالجة الحالات النفسية المترتبة عن وقوع الوفاة، وكذا الحالات الميؤوس من علاجها، والاستمرار في تقديم العلاج للمرضى الذين يعانون من مرض مزمن، أو الذين أوشكوا على الوفاة أو المتأثرون بنوبات صحية جسدية أو عقلية، أو مشاكل اجتماعية، والاعتناء بالأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الاتصال، أو الميالون إلى العدوانية والعنف الجسدي أو اللفظي.

5-7-تعد الممرضة كقائدة قادرة على فهم المرضى بأنهم جماعة اجتماعيين وأنهم يحتاجون إلى الحفاظ على العلاقات الاجتماعية.

5-8-إضافة إلى ممارسة التمريض تقوم الممرضات بمهنة المعلم في تعاملهم مع المرضى وعائلاتهم بمساعدتهم على فهم الحالة الصحية الراهنة والإجراءات الصحية الواجب الالتزام بها لاسترداد الصحة أو المحافظة عليها.

5-9-ينبغي على الممرضة التحلي بالمهارة والترقب والحدس والثقة في العمل والتخطيط وخصوصا قابليتها على التفاوض والمشاركة والاستدلال واتخاذ القرارات والتقييم بهدوء واتزان كاملين.

6-أعباء مهنة التمريض:

تتطلب مهنة التمريض من الممرضة المختصة مستوى متقدما من الخبرة والعطاء، للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى، وتشارك الممرضة الطبيب في تقديم الخدمات، إذ تقوم بمقابلة المرضى، وتقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، وتشرح لهم إتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره، وتراقب التقدم الذي يحرزه المرضى عن كثب خلال زياراتهم المتكررة، بل وتلعب دورا هاما في مساعدتهم على استيعاب مرضهم ومسبباته، وطرق تشخيصه وعلاجه، وتقدم لهم الارشادات الضرورية لمساعدتهم في تقبل المرض وكيفية التعامل والتعايش معه مستقبلا(تايلور ش.،ت: درويش و.، شاكر فوزي د.، 2008، ص142).

ويؤدي القيام بكل هذه المهام المتعددة إلى شعور أغلبية الممرضات بأنهن مطالبين بالعمل لساعات طويلة وسط ضغط نفسي أكبر خصوصا وأن العمل يتطلب تحمل المسؤولية تجاه الأفراد وليس المواد، فالعمل يرتكز على قدرة الممرضة لإنجاز مهام وأعمال كثيرة جدا، تتطلب قوة كبيرة تمكنها من التنقل إلى مختلف الأماكن وبأسرع ما يمكن لإعطاء شتى العلاجات وفي وضعيات مختلفة وأغلبها شاقة، ومرات عديدة يتوجب عليها رفع أثقال مختلفة، زيادة عن اضطرابات فترات الراحة، النوم والغذاء، والقدرة على العمل ضمن فريق دون انقطاع ليل نهار وعلى امتداد أيام الأسبوع، كما يتوقع من الممرضين والممرضات التعاطف مع المرضى والتميز بالميل للعمل والاهتمام بهم، وتقديم الرعاية بكل تفاني وموضوعية(تايلور ش.، ت: درويش و.، شاكر فوزي د.، 2008، ص144).

كما يساهم الضغط الناشئ عن بيئة العمل، وما يفرضه العمل الإستشفائي من ضرورة التحرك والسلوك القلق الذي تظهره العاملات، في حدوث الاحتراق النفسي، لاسيما وأن الممرضات يواجهن أحيانا صعوبة في حماية أنفسهم من الألم الذي يشعرن به تجاه مرضاهم حينما يراقبونهم يعانون من الألم ثم يموتون، فعليهم التعامل مع هذه الأحاسيس العاطفية، ويحرصن على أخذ مسافة بينهم وبين المرضى، ناهيك عن تدخل مرافقي المرضى في عمل الممرضة، فكثير من المرافقين يجادلون الممرضات في عملهن ويشككون في قدراتهم وكفاءتهم المهنية، مما يهز ثقة الممرضة في نفسها. فالممرضات غالبا ما يدركن أنهن يقدمن أكثر مما يحصلن عليه وقد تؤدي هذه الحالة إلى عدم التوازن وبذلك يزداد الاحتراق النفسي لديهن(النويجري ب.، 2008، ص79).

فالوقت الطويل الذي يتم قضاؤه مع العملاء، والتغذية الرجعية البسيطة، والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح، وصراع الدور، وغموض الدور، جميعها من العوامل المهنية التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الاحتراق النفسي عند فئة الممرضات خصوصا عندما تتوقع الممرضات التعاطف مع المرضى والاهتمام بهم بكل عطف وتقديم الرعاية، والتعامل مع الأحاسيس العاطفية، الألم، الفزع، المعاناة، كما أن الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل بالمستشفى من ضرورة التحرك بسرعة، لاسيما وأن الممرضة تقدم خدمات عديدة في آن واحد إذ تقوم بمراقبة ومقابلة المرضى، وتقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، وتشرح لهم سبل إتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره، وتراقب التقدم الذي يحرزه المرضى، كما تساعدهم وتلعب دورا مهم في استيعاب مرضهم ومسبباته وطرق تشخيصه وعلاجه وتقدم الارشادات الضرورية للمساعدة على تقبل المرض(نقلا عن النويجري ب.، 2008، ص83).

ولهذا يصنف التمريض ضمن مهن المساعدة التي غالبا ما يعاني أصحابها من ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الاحتراق النفسي يظهر في فقدان الممرضة للاهتمام بعملها ومرضاها، ينتابها شعور بالتشاؤم وتبلد المشاعر واللامبالاة، نفاذ الصبر والإهمال وقلة الدافعية والحماس، وفقدان القدرة على الابداع والابتكار في مجال التمريض وكثرة الغيابات المتكررة وغير المبررة(تايلور ش.،ت: درويش و.، شاكر فوزي د.، 2008، ص ص145-146).

II-المناوبة الليلية:

1-مفهوم العمل الليلي:

يعرف العمل الليلي على أنه كل عمل ينجز ما بين الساعة 21 التاسعة مساءا والساعة 6 السادسة صباحا، أو لفترة لا تقل عن تسعة 9ساعات متتالية، تكون ما بين منتصف الليل والساعة 5 الخامسة صباحا، أما

بالنسبة للنشاطات المرتبطة: بالصحة، الإذاعة، السينما، العروض، فإن فترة العمل الليلي تمتد من منتصف الليل إلى الساعة 7السابعة صباحا، وهي تخضع لاتفاقية من بلد لآخر (بقادير ع.، 2006، ص65).

ويعرف أيضا : العمل الليلي على أنه كل نشاط يقوم به الفرد خلال فترة محددة تقدر من (العاشرة10 مساءا إلى السادسة صباحا)، وفيه كل الوظائف البيولوجية معاكسة للنشاط خلال ساعات العمل العادية لفترة صباحية والمسائية(الفقيري ع.، 2015، ص 20).

وجاءت المادة 27 من القانون 90-11 المتعلقة بعلاقات العمل من القانون الجزائري في باب العلاقات الفردية، أن كل عمل ينفذ ما بين الساعة 21التاسعة ليلا والساعة5 الخامسة صباحا يعتبر عملا ليليا(الجريدة الرسمية، 1990، ص 14).

2-أعراض العمل الليلي:

قد يفقد الفرد من حين لحين القدرة على النوم فيبقى مستيقظا، وهذا قد يحدث له مرة أو مرتين في السنة وهذا لا يعتبر خطرا على حياته، لأن هناك أفراد لهم القدرة على البقاء مستيقظين لوقت طويل، لكن الذين يعملون في ظروف تمنعهم من النوم يكونون معرضين لعدة مخاطر على مستوى صحتهم واضطرابات على مستوى حياتهم العائلية والاجتماعية، وسنبين تلك الأعراض التي تنجم عن العمل الليلي:

تنقسم إلى أعراض على المدى القصير وأعراض على المدى البعيد وهذا كما يبينه بقادير ب. (2006) فيما يلي:

-أعراض العمل الليلي على المدى القصير:

1-اضطراب النوم: وهو يعود بدرجة كبيرة إلى اختلال في الساعة البيولوجية للعامل الليلي، هذه الأخيرة ينتج عنها أمراض النوم، والتي تدفع بالعامل إلى استهلاك المنبهات للبقاء في حالة يقظة من جهة، وإلى تعاطي المنومات صباحا من أجل تعويض ساعات النوم الضائعة من جهة أخرى.

2-اضطرابات عضوية: تتمثل أعراض العمل الليلي هنا أساسا في انعدام التوازن الغذائي الصحي، وذلك بسبب الاستهلاك المفرط للمنبهات، مثل: القهوة والشاي و الاستهلاك الكبير للمكملات الغذائية.

3-اضطرابات نفسية: يتسبب العمل الليلي في القلق، التعب، كما يعتبر العامل الرئيسي في خطر الإصابة بالأمراض الذهنية.

-أعراض العمل الليلي على المدى البعيد: فهي الأكثر تعقيدا وتكون عادة صعبة الملاحظة وهي تتمثل أساسا في: فقدان التركيز، الوزن الزائد، الشعور بالانعزالية والوحدة، نقص تبادل الحوار، ظهور عدم الانتظام في ضربات القلب، وجود قلق ثانوي، والتوجه إلى التدخين.

كما أكدت دراسات مركز الأبحاث العالمي للسرطان(CIRC) أن العمل الليلي يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالسرطان، خصوصا سرطان الثدي – سرطان القولون، وبصفة عامة يعتبر العمل الليلي المصدر في ظهور الإرهاق المفرط، وهو المتسبب الرئيسي في تدهور الصحة على المدى البعيد.

– اضطرابات على مستوى الحياة الاجتماعية والعائلية: يجد العامل الليلي دائما صعوبات في تسيير حياته العائلية والعملية، فالنقطة الفاصلة بين العمل والحياة الشخصية أصبحت أكثر تعقيدا وذلك بسبب عدم توفر الوقت الكافي ليوزع العامل نشاطاته خارج العمل بين العائلة والأصدقاء، وهذا لوجود تناقضات بين ساعات العمل وأوقات توزيعها. ولهذا يمكن القول أن العلاقة بين العامل والحياة هي أكثر صعوبة، فهو لا يستطيع الاهتمام بأطفاله بعد ليلة عمل مرهقة جسديا ونفسيا، ولا يستطيع مراقبتهم أو مساعدتهم في واجباتهم المدرسية. كما يقل الحوار بينه وبين أفراد عائلته، ما يؤدي بالضرورة إلى تغيير في نوعية هذه العلاقة الأسرية، حيث تصبح مشاعر القرب النفسي خاصة بين الأب والطفل غامضة وضعيفة .

3-انعكاسات العمل الليلي:

إن العمل لمدة كبيرة يصل بالفرد إلى حالة من الملل، فالجسم الإنساني له إيقاع بيولوجي طبيعي يرتبط بتكوينه ويتناغم بصورة معينة مع ساعات النهار والليل، ولابد من وجود ساعات للعمل وساعات للنوم، حيث من المعروف أن عملية البناء تكون في قمتها في وقت معين، وتختلف مستوياتها عبر فترات النهار والليل، وقد يشعر بعض الناس بالسعادة في أول النهار ويشعر البعض الآخر بهذه الحالة في بداية الليل أو الظهيرة.... و هكذا إن هذا التناغم يرتبط بطريقة ما مع الطبيعة حيث العمل يكون نهارا والاستراحة ليلا، أيضا يرتبط بنظام المجتمع والبعد الاجتماعي للحياة. معنى ذلك أن خروج الانسان عن المألوف في الطبيعة أو في المجتمع قد يسبب له إجهاد ينعكس عليه نفسيا، فنظام الفردية أو التغير المفاجئ في أوقات معينة مثل رجال الأعمال، أو الشرطة أو الممرضين والأطباء، فهذا قد يكون من مظاهر الضغط النفسي عند هؤلاء، حيث تضطرب أجندة حياته الخاصة والأسرية وساعات راحته وممارسة هواياته إضافة إلى تسببها في إجهاد يؤدي إلى اضطراب فسيولوجي يؤدي تكراره إلى عواقب غير مرغوب فيها (الفرماوي ح.، رضا ع، 2009، ص ص62-63).

وينجر عن العمل الليلي عدة انعكاسات تعرقل حياة الممرضة منها انعكاسات معرفية ونفسية ومهنية وفسيولوجية وتتمثل كالتالي:

3-1-الانعكاسات المعرفية :

تنجر عن الإخلال بالسير الطبيعي للإيقاع البيولوجي للفرد عواقب تتمثل بالخصوص في اضطرابات وآثار على مستوى مختلف الوظائف الجسمية والفسيولوجية والنفسية والمعرفية منها، وكل ما من شأنه أن يرافقها من اضطرابات على مستوى الوقت والعمل وما إلى ذلك من عادات واتصالات اجتماعية، ويرجع هذا بالخصوص إلى عدم قدرة مختلف هذه الوظائف على التكيف مع هذا التغير، وهذا راجع بالخصوص إلى العمل في فترات الليلية، فهو في هذه الوضعية يعارض حاجيات جسمه الأساسية وهي النوم وبذالك يختل تكيفه وتوافقه مع طبيعة العمل (أبو حصين م.، 2010، ص109)

ومن بين أهم أثار التي تقع على المستوى المعرفي نجد:

1 -اضطرابات عصبية عديدة خاصة حالات الغضب غير الطبيعي على المرضى و الزملاء، وهذا ما يمنع التشاور والتعاون في أداء المهام، ويكون هذا ناتج عن التعب المزمن الذي لا يفارق الممرض حتى في أوقات الراحته حيث تكون مستويات التعب حوالي مرتين ونصف أكثر من المداومين في النهار.

2- كما توجد مشاكل في النوم وهذا يتمثل في قلة ساعات النوم غير المنتظمة والأرق الناتج عن اضطراب في الساعة البيولوجية للعامل المداوم في الليل، وهذا ما ينعكس سلبا في جودة الحياة لديه ومستوى الرضا عنده وهذا ما ينجر بهم للجوء للمهدئات والمنومات من جهة، وتناول المنشطات ومختلف المشروبات التي يعتبرونها مساعدة لهم للحفاظ على مستوى اليقظة كالقهوة والشاي بشكل مفرط من جهة أخرى.

3- ازدياد المشاكل والأخطاء المهنية مع المرضى وهذا لصعوبة التركيز والانتباه، حيث يكون الممرض في حالة من التعب والضغط المستمر وهذا ما يجعله يرتكب عدة أخطاء في حياة المرضى، وهذا ما يمنعه أيضا من الابتكار والإبداع في عمله ويكون عاجزا وغير قادر على الاستمرار (أبو حصين م.، 2010، ص ص110-111).

3-2-الانعكاسات النفسية:

لعل أهم ما يميز الحالات الوجدانية وخاصة الانفعالات هو التغيرات العضوية أو الفسيولوجية المصاحبة لها فالانفعال مهما كان ضعيفا قد يؤثر على بعض أعضاء الفسيولوجية جسم الإنسان، فقد يتأثر ببعض التغيرات

الحركية مثل التغيرات في ملامح الوجه وتغيرات الجسم وتوتر العضلات، وإفراز العرق إلى جانب تغيرات داخلية مثل شدة ضربات القلب، وإفراز الغدتين الكظريتن لهرمون الأدرينالين والنور أدرينالين والتغيرات في جدار المعدة وحركات الجهاز العصبي وغير ذلك، وهذه التغيرات وغيرها تترك بعضها أحاسيس تؤثر فينا بشكل ما أو بآخر بطريقة قد تساعدنا أحيانا على التعرف على ما نشعر به من انفعال وكثيرا ما تؤثر هذه التغيرات على تفسير لسلوك الآخرين (بقادير ع.، 2006، ص72).

ومن بين المشاكل التي تصيب الممرض المداوم في دوريات الليلية نجد:

1-تظهر على الممرض علامات الاكتئاب حيث تكون ناتجة عن عدة أسباب منها توقيت العمل وفترات الغياب عن أسرة الممرض، كذلك ناتجة عن التوقعات التي كان يتوقع وجودها في عمله وما تكون عليه في الواقع .

2- التبلد الانفعالي نتيجة الصدمات النفسية التي يراها الممرض من دماء المرضى والموت والتشوهات التي يأتي بها المرضى خاصة المستعجلة منها.

3-اضطرابات سلوكية عديدة منها العصبية والعنف، ويكون الموجه للمرضى والزملاء، وهذا ناتج عن المستويات العالية من الهرمونات خاصة الأدرينالين، إضافة إلى الأمراض النفس جسمية التي تأثر على سلوكياتهم ككل.

4- الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض سواء من المرضى أنفسهم أو من أداء واجباتهم المهنية (بقادير ع.، 2006، ص73).

3-3-الانعكاسات المهنية:

1-التعب:

موضوع التعب من الموضوعات الهامة والتي لقيت العناية في بحوث علم النفس الصناعي لأن التعب من العوامل العامة المؤثرة على الإنتاج من جهة وعلى الحوادث من جهة أخرى، كما أنه يؤدي إلى الغياب والتمارض ويؤثر بصورة مباشرة على الكفاءة الإنتاجية.

ويمكن تعريف التعب: بأنه حالة عامة تنشأ من عمل أو نشاط سابق سواء كان هذا النشاط حركيا أو ذهنيا ويبدو في مظاهر ثلاثة:

1 -نقص فعلي متزايد في الكفاية الإنتاجية.

2-شعور ذاتي بالضيق والألم.

3 -تغيرات فسيولوجية مختلفة كاضطرابات التنفس وارتفاع ضغط الدم وإرهاق العضلات(الفقيري ع.، 2015، ص36).

ومهما يكن الأمر فإن التعب هو أمر نفسي جسمي ولا يوجد تعب نفسي إلا ويصاحبه تعب جسمي والعكس صحيح.

كما أن العمل العقلي المتواصل يؤدي إلى تعب جسمي لأنه يقترن بتكيف حسي حركي وقدر من التوتر والانقباض العضلي يشمل أغلب الجهاز الحركي كما أن التواصل في النشاط الجسمي يؤدي إلى الإرهاق والتعب العقلي (شحاتة م.، 2010، ص184).

ويرى معظم الباحثين أن نظام العمل بالدوريات يؤدي إلى ظهور التعب عند العمال، حيث ترى الجمعية الوطنية لظروف العمل، أن هذا التعب أساسا مرتبط بالصعوبة في التكيف، ونقص النوم وكذا العمل الليلي الشاق بالنسبة للجسم، وغالبا ما ينظر للتعب على أنه يخفض من سرعة ودقة العمل، الأمر الذي غالبا ما تكون له انعكاسات على سجلات الإنتاج والحوادث، كما يفترض أن التأثير التراكمي للتعب قد يكون مسؤولا على ارتفاع نسبة التعب، إلا أن هذه المقاييس الموضوعية، ورغم أهميتها تبقى مجرد مؤشرات للتعب(السكارنه ب.، 2009، ص68).

كما أثبتت الدراسات السيكولوجية من جهتها النشاط والتعب لدى عمال الدوريات بصفة عامة ودوريات الليل بصفة خاصة، حيث وجد أن هناك امتداد في زمن رد الفعل وانخفاضات في اختيار قياس القدرة اللغوية، ويرجع هذا التعب إلى قلة النوم خصوصا بعد اليوم الأول من العمل الليلي بحيث لا ينام 50% منهم أكثر من 6 ساعات و25% أقل من 4 ساعات، كما توصل أيضا إلى تحديد بعض الأعراض الذاتية للتعب والتي تظهر أكثر لدى عمال دورية الليل، إذ تكرر لدى 86% منهم بعد 4 ساعات من العمل، وتتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

1-الإعياء أو الإنهاك البدني 83 %.

2-آلام في الأطراف السفلى 78%.

3-صداع 56%.

4-ضعف التركيز 50%(شحاتة م.، 2010، ص190).

2-الغياب:

لقد أدى تزايد العمل بالدوريات إلى مختلف المشاكل الإنسانية المرتبطة بساعات العمل غير العادية، وكل ما يتعلق بها من تساؤلات كالعلاقة بين الغياب وساعات العمل ونوع الدورية ومدة الدوران واتجاهه بالنسبة لكل دورية، وهذه الحالات الاستثنائية في العمل خلقت عدة نتائج منها:

- الغياب في دورية الليل أكثر منه في دوريتي الصباح والمساء، وهذا في نظام الدوريات التي تحدد فيه حلقة الدوران بمدة أسبوعين.

- يتعمد العمال الغياب في الأسبوع الثاني بالنسبة لدورية الليل، وهذا ما يفسر تعب العمال الناتج عن عمل لأيام في نفس الدوام، وهذا ما يؤثر عليه أيضا عندما يبدأ في العمل في دوريات النهار حيث يتكرر عندهم الغياب والتأخر على مستوى الأسبوع الأول للدورية.

- زيادة على ما سبق فإن العمال الشباب سجلوا فترات غياب طويلة بالمقارنة مع العمال المتقدمين في السن (فنطاسي ع.، 2011، ص 82).

3-الأداء والإنتاج:

بعض المهن تتطلب استمرارية العمل، أي أن يكون العمل بها طول اليوم الأمر الذي دفع أرباب المصانع والشركات أن يقسموا العمل على ثلاثة نوبات، وهذا يعني أن بعض العمال يعملون في نوبات نهارية، والبعض الآخر يعملون في نوبات ليلية، على أن يتم التغيير كل أسبوع أو كل شهر وفق النظام الموضوع، وقد تبين لبعض الباحثين أن الذين يعملون بالليل يختلف أداؤهم وإنتاجهم عن الذين يعملون بالنهار، لصالح الذين يعملون بالنهار، كما أسفرت هذه الدراسات على أن نوبات العمل لها تأثير على العمل والإنتاج ويمكن أن تتبلور نتائج هذه الدراسات على النحو الذي بينه أبو الحصين .م (2010):

1-إذا قام العمال بأداء وظائفهم مرة بالنهار وأخرى بالليل، فإن أدائهم بالنهار سوف يكون أفضل من أدائهم بالليل، فالنوبة النهارية أكثر إنتاجا من النوبة الليلية.

2-إن أغلب العاملين يفضلون العمل بالنهار عن العمل بالليل وحتى يستطيعون الوفاء بالتزاماتهم الاجتماعية والحياتية.

و إن العمل بالليل يكون مصحوبا بالتعب والملل أكثر من العمل بالنهار حيث أن مسؤوليات الحياة قد استنفدت ساعات النهار ولم يحصلوا على القدر الكافي أو المطلوب من الراحة فضلا على أن العمل بالليل أدى إلى اضطراب مواعيد الطعام، وأن أغلبهم لم يتعود العمل بالليل، ويصعب عليه تغيير العادات التي ألفها من قبل على أن المشكلات والضغوط المصاحبة للعمل التي في نوبات الليل يمكن التغلب عليها من خلال العلاقات الإنسانية الجديدة وزيادة الخدمات ومضاعفة الحوافز ومراعاة الترقيات وشعور الفرد بالأمن النفسي وإحساسه بقيمته وأهميته (الفرماوي ح.، رضا ع.، 2009، ص100).

3-4-الانعكاسات الفسيولوجية:

3-4-1-اضطرابات النوم:

اضطرابات النوم هي من أكثر الأعذار بعض الناس، فتأثر كمية النوم و جودته يجعل قدرة الفرد أقل كفاية في الأداء الوظيفي الاعتيادي، ومن أشكال اضطرابات النوم نجد الأرق، الإفراط في النوم، اضطرابات دورة النوم، اضطرابات ما وراء النوم، وقد بين اضطرابات النوم النويجري ب. (2008) كما يلي:

1-اضطرابات النوم الثانوية: هي أعراض تدل على مرض جسمي أو مرض نفسي، أو مرض عقلي، وهي ناتجة أيضا عن ضغوط نفسية أو عن تعاطي الكحول، وعن تغيرات في أوقات العمل أو عن كثرة الأسفار.

2-اضطرابات النوم الرئيسية: وهي لا تقترن بأي اضطراب طبي أو عقلي ومن بعض أعراضها:

1-صعوبة استجلاب النوم، أو البقاء نائما إذا غفا.

2-عدم الإحساس بالنعاس التام خلال النهار.

3-عدم الإحساس بالتوازن الذي يعقب النوم عادة.

4-الإحساس بالنعاس التام خلال النهار.

5-ضياع فترات من الوقت عبثا سواء أثناء العمل اليومي أو عند التنقل في رحلات العمل.

6-الشعور بالضيق والكرب خلال النهار مما يتدخل في نوعية عمل المرء وعلاقاته بغيره.

3-4-2-اضطرابات هضمية:

ينعكس سوء التكيف النفسي والفسيولوجية الناتج عن العمل بالدوريات على الناحية الصحية للعامل، ويظهر هذا بوضوح في شكل اضطرابات هضمية، حيث يجعل العمل بالدوريات العامل يأخذ وجبات غير صحية وفي غير مواعيدها، أي في وقت يكون الجهاز الهضمي في حالة استرخاء وغير مستعد للقيام بعملية الهضم، كما أن الوجبة التي يلجأ العامل إلى تناولها عادة ما تكون باردة ويتم أخذها بدون شهية الأمر الذي يؤدي بالعامل إلى الإفراط في تناول بعض التوابل والعقاقير لفتح الشهية والإقبال على التدخين، ومرافقة الوجبة بالمنشطات كالقهوة والشاي للإبقاء على مستوى اليقظة أثناء العمل(أبو الحصين م.، 2010، ص 89).

كما يجعل تناول المهدئات أو المنومات عند محاولة الحصول على قسط من النوم، عملية الهضم تمر من سيئ إلى الأسوء، وبالتالي فإن الاضطرابات الهضمية التي تظهر لدى عمال الدوريات ترجع أساسا إلى تغيير الإيقاع اليومي في إفراز الغدد الهضمية من جهة، وفقدان الشهية، بالإضافة إلى طبيعة الوجبات و عادات الأكل غير الصحية، فقد يجعل العمل بنظام الدوريات لاسيما المتحركة منها العامل يواجه صعوبات كبيرة في التخطيط لأوقات الوجبات العادية، الأمر الذي يدفع به إلى التخلي عن وجبة أو أكثر خلال اليوم الواحد ويتم ذلك خصوصا بالنسبة لوجبتي الفطور والغداء، إذ كثيرا ما يضطر إلى التضحية بإحدى الوجبتين على الأقل لمواصلة نومه، كما أنه كثيرا ما يتم استبدال الوجبات العادية بمأكولات سريعة قلما تكون صحية، أضف إلى ذلك هناك من يجد نفسه مجبرا على تناول عدد أكبر من الوجبات الزائدة مما يخلق ضعفا زائدا على الجهاز الهضمي، الأمر الذي قد يتسبب في سمنة، كما هو الحال بالنسبة للممرضات الساهرات في دورية الليل(فنطاسي ع.، 2010، ص 173).

3-4-3-حرارة الجسم:

يعتبر نظام حرارة الجسم من المؤشرات الفيسيولوجية لقياس الأداء، لكونه أسهل قياس من غيره من العوامل، ثم أنه يتبع دورة ثابتة شيئا ما خلال الأربعة والعشرين ساعة، كما أنه يعتبر المتغير الأساسي في بحوث ودراسات النظام الدوري لحد الساعة.

فلقد اتضحت دراسات أن اتساق النظام الدوري لحرارة الجسم الطبيعية يتميز بارتفاع ما بين الساعة 04:00 إلى الساعة 05:00 ثم يليه ارتفاع سريع بين 08:00 و 11:00 متبوعا بارتفاع أبطأ لكنه تصاعدي خلال التسع ساعات الموالية، ثم تبدأ في الانخفاض خلال التسع ساعات الموالية، ثم تبدأ في الانخفاض خلال الليل، ويتراوح معدل التغيرات في درجات الحرارة 1.1f إلى 1,2 f كما أن هذه التغيرات وجدت لدى الأفراد النائمين مثلما وجدت لدى الأفراد اليقظين تحت ظروف ثابتة(بقادير ع.، 2006، ص73)

إضافة إلى دراسة العلاقة بين حرارة الجسم وفعالية العمل لدى مجموعة من البحارة نقوم بمهام حراسة دورية ليلا ونهارا، استغرقت الدراسة مدة عشرين يوما بحيث ينام الأفراد في ساعات مختلفة حسب جداول العمل لكن في أيام متتالية، تضمنت اختبارات الأداء ورد الفعل، فقد استنتج من خلال مجموعة من الدراسات النتائج التالية:

1-هناك علاقة وطيدة بين التغييرات الدورية لحرارة الجسم وبين فعالية العمل، وذلك خلال

النهار والليل، وفي جميع الأنظمة الدورية.

2-إن مدة تكيف كل من حرارة الجسم والأداء مع دورات العمل والنوم في أوقات غير عادية، لا تزيد عن أسبوع من ممارسة الروتين الجديد.

3-إن التعب والأرق الجزئي، فقدان النوم جزئي، يؤثر على توافق بين ما هو مطلوب أداؤه من طرف الممرض وتطبيقه في الواقع .

لإضافة لما سبق فإن هذه النتائج تعطي أفضلية لنظام العمل الليلي المتواصل بدل نظام الدوريات الأسبوعية، أسبوع عمل بالليل والأسبوع الموالي عمل خلال النهار، وذلك حتى يتمكن الفرد من استعمال تكييف لحرارة جسمه لأن هذا الأخير، التكيف، يستغرق مدة تتراوح من أربعة إلى ستة أيام، ابتداء من تغيير جداول العمل والنوم(بقادير ع.، 2006،ص ص 74-78).

خلاصة الفصل:

يعد التمريض بمثابة نظام إنساني مدخلا ته إنسانية ومخرجاته خدمة تتمثل في رعاية المرضى، فهو عبارة عن إعادة تأهيل للمشاكل الصحية التي يتعرض لها الفرد ومنع إصابته بالأمراض، وهذا وفق اتخاذ عدة تدابير وآليات تبدأ من تقديم النصائح إلى العناية وإعطاء الأدوية، وكلها تضمن الأداء الأحسن للتمريض وهذا وفقا لخصائص المهنة التي تبين طبيعة تحرك الممرضة ونظرتها للتمريض وهذا ما يضمن الأداء الأحسن للتمريض.

نجد عدة اختصاصات لمهنة التمريض والتي قد تطورت مع التقدم العلمي وطبيعة العمل والظروف، لتنقسم إلى رئيسة فرقة و ممرضة مراقبة للمصلحة ومنسقة لنشاطات الطبية، فكل هذه الأدوار والاختصاصات تندرج ضمن مهنة التمريض، فطبيعة عمل ممرضة تتطلب التحلي بالكفاءة والمرونة والثقة في عملها والقدرة على ترجمة أعراض المرض وإعطاء حلول لتلك الأعراض في الوقت المناسب، وهذا ما يشكل أعباء للممرضة وذلك من خلال تقديم أفضل ما لديها سواء في الليل أو النهار وعلى مدار الأسبوع، والسيطرة على هذا الضغط النفسي الذي يترتب على هذه المسؤوليات فيجب تحملها لأنه يعرقلها في أداء مهامها بشكل جيد، وهذا خاصة في المداومات الليلية.

يعرف القانون الجزائري العمل الليلي أنه كل عمل ينفذ ما بين الساعة التاسعة ليلا إلى الساعة الخامسة صباحا، وهذا ما تترتب عليه جملة من الأعراض تبتدئ باضطرابات النوم إلى اضطرابات عضوية ونفسية لتتجه إلى اضطرابات اجتماعية وعائلية للممرضة.

هناك عدة انعكاسات مرتبطة بالعمل الليلي للممرضة فمنها ما هو معرفي كالأخطاء المهنية والنسيان وصعوبات في التركيز والانتباه نتيجة للتعب وقلة النوم، ومنها انعكاسات نفسية كالاكتئاب وتبلد المشاعر والانفعالات وهذا نابع عن الصدمات المتكررة التي تتعرض لها الممرضة في كل وقت من موت المرضى والدماء، ناهيك عن الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض سواء من المرضى أو من الواجب المهني، إضافة إلى هذا هناك انعكاسات مهنية تعرقل الأداء الحسن للممرضة منها التعب الدائم الذي يؤدي بها إلى الإنهاك النفسي والبدني وضعف التركيز والتكيف فيجبرها على الغياب المتكرر أو التحايل في أداء مهامها، ونجد أيضا انعكاسات فسيولوجية منها اضطرابات النوم والأرق، واضطرابات هضمية وذلك من إصابة بالقرحة المعدية وفقدان الشهية وزيادة حرارة جسم الممرضة فيؤثر هذا كله على تكيفها وأدائها المهني، كل هذا يجعل الممرضة عرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية والجسمية تجعلها محتاجة هي نفسها إلى التمريض من قبل زميلاتها الممرضات.

جانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

- تمهيد

1 -منهج الدراسة

2- حدود الدراسة

2-1- الحدود البشرية

2-1-1- معايير انتقاء مجموعة البحث

2-1-2- خصائص مجموعة البحث

2-2- الحدود الزمنية والمكانية

3- أدوات البحث

1- الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة

- خلاصة الفصل

تمهيد :

بعدما تطرقنا في الفصول السابقة إلى الجانب النظري بطرح المفاهيم الأساسية لمتغيرات الدراسة، سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب الميداني الذي يعتبر الجزء المتمم للجانب النظري الذي من خلاله نسعى إلى التأكد من فرضيات بحثنا، وذلك بإتباع الخطوات التالية: المنهج المتبع في الدراسة، حدود الدراسة،مع تحديد عينة البحث المتمثلة في ممرضات الدوام الليلي، إضافة إلى الأدوات المستخدمة في الدراسة، ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة، وأخيرا تقديم خلاصة للفصل.

1- منهج الدراسة :

بما أن دراستنا تهدف إلى معرفة العلاقة بين الضغط النفسي و الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي في المستشفيات العمومية، فإن المنهج الذي يمكن استخدامه لهذا الغرض هو المنهج الوصفي الذي يتعامل الباحث من خلاله مع الظاهرة الاجتماعية في مكانها الأصلي وواقعها المعاش، والذي يعتبر الطريقة العلمية المنظمة التي يعتمدها الباحث لدراسة ظاهرة اجتماعية أو سياسية وذلك وفق خطوات بحث معينة يتم بواسطتها تجميع البيانات والمعلومات الضرورية بشأن الظاهرة أو تنظيمها وتحليلها من اجل الوصول إلى أسبابها ومسبباتها والعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي استخلاص نتائج يمكن تعميمها (صندلي ر.، 2012، ص 140).

2- حدود الدراسة

2-1- الحدود البشرية :

تشمل عينة الدراسة على 30 ممرضة تعمل خلال الدوام الليلي في اثنين من المستشفيات العمومية بولاية المدية. و فيما يلي معايير انتقاء مجموعة البحث و خصائصها:

2-1-1-معايير انتقاء مجموعة البحث:

لقد حدد مجتمع البحث بالممرضات العاملات بالمستشفيان العموميان لولاية المدية (مستشفى محمد بوضياف بالمدية، ومستشفى بن يوسف بن خدة بالبرواقية)، استوفت فيهم الشروط التالية:

1-أن تكن ممرضات، أي الجنس أنثى.

2-أن تكن عاملات بالمداومة الليلية.

3-أن لا تقل أقدمية العمل عن 4 سنوات، ويرجع ذلك لأنها مدة زمنية كافية لظهور أعراض الضغط النفسي أو الاحتراق النفسي.

4- أن تكون الممرضات من ثلاثة أقسام هي:طب النساء والتوليد، طب الأطفال وجراحة الأطفال و الاستعجالات؛ باعتبارها المصالح التي تعرف أكبر ضغط بالمستشفيات الجزائرية.

5-أن تتراوح أعمارهن بين25-40سنة، لأنها الفئة العمرية التي توفرت لنا.

6-أن تتمتع الممرضة بصحة نفسية و جسمية جيدة، أي لاتعاني من أي اضطراب نفسي مشخص سيكاتريا و لا أي اعاقة جسمية.

2-1- 2-خصائص مجموعة البحث:

تتكون مجموعة بحثنا من 30ممرضة، سنقوم بوصف مجموعة البحث من حيث:السن، الأقدمية، أقسام العمل، كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم(1):توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث السن.

فئات العمر	التكرار	النسبة المئوية
29-25	12	%40
34-30	15	%50
40-35	3	%10
المجموع	30	%100

يتضح من الجدول رقم(1):أن الممرضات الذين تتراوح أعمارهم مابين 25و29سنة تتمثل نسبتهم ب 40%، بينما الممرضات الذين تتراوح أعمارهم بين 30و34سنة تتمثل نسبتهم ب50%، وهي نسب متقاربة على عكس الممرضات الذين تتراوح أعمارهم بين 35و40سنة التي تتمثل نسبتهم ب10% فهي نسبة منخفضة نوعا ما بالمقارنة مع باقي الفئات العمرية للعينة.

جدول رقم(2): توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث الأقدمية في العمل.

أقدمية المهنية	التكرار	النسبة المئوية
بين5 و9 سنوات	12	%40
بين 10 و14 سنة	12	%40
أكثر من 15 سنة	6	%20
المجموع	30	%100

يتضح من خلال الجدول رقم(2) أن نسبة الممرضات الذين تتراوح سنوات الأقدمية لديهم بين5 و9 سنوات تساوي 40%، وهي تتساوى مع ممرضات ذوي الأقدمية بين 10و14سنة، والتي تقدر نسبتهم أيضا بـ 40%، أما نسبة الممرضات الذين لديهم أكثر من 15 سنة أقدمية فتقدر النسبة المئوية لهم بـ 20%.

الجدول رقم (3):توزيع أفراد مجموعة البحث من حيث أقسام العمل.

مصلحة الإستشفائية	التكرار	النسب المئوية
طب النساء والتوليد	6	%20
طب الأطفال وجراحة الأطفال	5	%17
الاستعجالات	19	%63
المجموع	30	%100

يتضح من خلال الجدول رقم(3):أن الاستعجالات تتصدر الجدول بنسبة63% تليها مصلحة طب النساء والتوليد بنسبة20 %، وأخيرا مصلحة طب الأطفال وجراحة الأطفال بنسبة 17%.

2-2 – الحدود الزمنية و المكانية:

أجريت هذه الدراسة في السداسي الثاني من العام الدراسي 2021/2020 وهذا بمدة أسبوعان في كل من مستشفي بوضياف محمد ومستشفى بن يوسف بن خدة بولاية المدية، وقد حرصنا على تقديم مقياس الضغط النفسي (لليفنستاين وآخرون، 1993)والاحتراق النفسي(ماسلاش وجاكسون، 1981) في الليل وهذا مع بعض المساعدة من أصدقائنا .

3-أدوات الدراسة

من الواضح أن في كل دراسة علمية يلجأ الباحث إلى استعمال عدد من الأدوات والوسائل التي تساعده في الحصول على البيانات التي تخص موضوعه و قد تم الاعتماد في هذه الدراسة على ما يلي :

1- مقياس الضغط النفسي.

2- مقياس الاحتراق النفسي(MBI).

1 –مقياس الضغط النفسي:

1-2-وصف المقياس:

تم بناء هذا المقياس من قبل ليفنستاين وآخرون (1993)، لقياس مؤشر الضغط النفسي ويشمل هذا الاستبيان علي 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة وغير المباشرة، تضم البنود المباشرة حوالي 22 بند منها رقم : 2 ، 3 ،4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14،15، 16،18،19، 20،22، 23، 24، 26 ، 27 ، 28 ، 30.

تنقط هذه العبارات من 1 إلي 4 من اليمين إلي اليسار (تقريبا أبدا) إلي اليسار (عادة) وتدل علي وجود مؤشر الضغط عالي عندما يجيب المفحوص بقبول اتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة 8 بنود منها رقم : 1، 7 ، 10 ، 13 ، 17 ، 21 ، 25 ، 29

تنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4-1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلي اليسار (عادة).

1-2-طريقة تصحيح المقياس:

تنقط بنود هذا المقياس وفق 4 درجات من 1 إلي 4 كما يلي: 1-تقريبا.

2-أحيانا.

3-كثيرا.

4- عادة.

و يتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر الضغط هذا المقياس وفق المعادلة التالية:

$$\text{مؤشر الضغط} = \frac{\text{مجموع القيمة الخام} - 30}{90}$$

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في المقياس من البنود المباشرة و غير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر الضغط من (0) ويدل على ادني مستوى ممكن من الضغط إلى (1) ويدل على أعلى مستوي ممكن من الضغط (صندلي ر.، 2012، ص ص156-157).

الجدول4: يمثل كيفية تنقيط البنود الخاصة بمقياس الضغط النفسي.

البنود / الاختيارات	البنود المباشرة	البنود غير المباشرة
تقريبا	نقطة (1)	أربعة نقاط (4)
أحيانا	نقطتان (2)	ثلاث نقاط (3)
كثيرا	ثلاث نقاط (3)	نقطتان (2)
عادة	أربعة نقاط (4)	نقطة (1)

1-3-الخصائص السيكومترية للمقياس:

1-3-2-صدق وثبات المقياس:

قامت الدكتورة حكيمة آيت حمودة، بترجمة مقياس الضغط النفسي لليفنستاين و آخرون " levenstain et all"، وطبقته علي عينة من مدينة عنابة (الجزائر) للتأكد من صدق وثبات المقياس على المجتمع المحلي، وقد عرضت الصورة الأولية على عشرة (10) أساتذة في قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وذلك لتحديد مدى تكافئ معنى البنود في اللغتين الإنجليزية والعربية وتعديل بعض العبارات وضبطها لتعطي مزيدا من التبسيط وسهولة صياغة البنود وتوضيحها.

وقد قامت بتطبيق المقياس على عينة من الطلاب: 28 فرد من طلاب قسم علم النفس، وطبقت وسائل القياس مرتين بفاصل زمني يقدر بأسبوعين وتم حساب النتيجة، إن معامل الارتباط للمقياس ذات دلالة إحصائية مما يمكن القول إن المقياس مستوفي شروط الثبات والصدق في نتائجه وصلاحية استخدامه في البحث العلمي الحالي (يحياوي .ش، 2015، ص62).

2- مقياس الاحتراق النفسي:

2-1-وصف المقياس

مقياس الاحتراق النفسي هو سلم اقترحه كل من ماسلاش وجاكسون (1981)

لمهن القطاع الصحي و مهن المساعدة، الأساتذة، المدرسين، الشرطة، يقيس أعراض الاحتراق النفسي ويتكون هذا المقياس من 22 بندا يسمح بعرض المستويات الثلاثة للاحتراق النفسي، وتتمثل هذه المستويات فيما يلي:

1-الإنهاك الانفعالي: يقيس المشاعر الانفعالية والإنهاك في العمل ويتضمن البنود التالية: 1-2-3-6-8-13-14-16-20.

2-تبلد المشاعر: يقيس المشاعر السلبية اتجاه الزملاء والمرضي، ويضم البنود التالية: 5-10-15-22.

3-تدني الشعور بالانجاز: يقيس الرغبة في النجاح والانجاز الشخصي في عمله، ويشمل البنود التالية: 4-7-9-12-17-18-19-21.

وقد تم بناء بنود المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته، بحيث يجيب الفرد حسب سلم متدرج من 6 احتمالات تتراوح من 1 إلي غاية درجة 6، حيث يحدث الشعور قليلا في السنة إلى أن يحدث الشعور يوميا.

2-2-طريقة تصحيح المقياس

علي الممرضة أن تجيب على كل بند بالتعبير عن شدة ردود أفعالها، و للتنقيط إستخدمت أرقام تتراوح ما بين 1 و6 لتدل على درجة هذه الشدة حيث تنقط كالتالي:

1- نقطة واحدة ← يحدث قليلا في السنة.

2- نقطتان ← يحدث مرة واحدة في الشهر أو اقل.

3- ثلاث نقاط ← يحدث بعض الأحيان في الشهر.

4- أربع نقاط ← يحدث مرة في الأسبوع.

5- خمس نقاط ← يحدث بعض الأحيان في الأسبوع.

6- ستة نقاط ← يحدث يوميا

وفق مقياس ماسلاش فإن الأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على كل من الإنهاك الانفعالي وتبلد المشاعر، ودرجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالانجاز، يعانون من ظاهرة الاحتراق النفسي.

و الفرد حسب هذا المقياس لا يصنف على أساس أنه يعاني أو لا يعاني من الاحتراق النفسي، ولكن يصنف على أساس أن درجة الاحتراق عنده تتراوح ما بين مرتفعة أو معتدلة أو منخفضة، مثلما هو موضح في الجدول.

الجدول5: تصنيف أبعاد مقياس ماسلاش للاحتراق النفسي وكيفية تنقيطه:

الأبعاد	مرتفع	معتدل	منخفض
الإجهاد الانفعالي	30فما فوق	29-18	17-0
تبلد المشاعر	12فما فوق	11-6	5-0
تدني شعور بالانجاز	33-0	39-34	40 فما فوق

فمن أجل الحصول على شدة الاحتراق النفسي، يتم جمع إجابات كل مستوى وهذا من اجل الوصول إلى درجة وشدة كل بعد من الأبعاد الثلاث، ثم وفقا لما هو مبين في الجدول أعلاه يتم استخلاص شدة الاحتراق النفسي بحيث يكون:

- الاحتراق النفسي المرتفع إذا كان = مستوى الإنهاك الانفعالي مرتفع 30فما فوق، ومستوى تبلد المشاعر مرتفع 12فما فوق، ومستوي تدني الشعور بالإنجاز مرتفع 0-33.
- الاحتراق النفسي المعتدل إذا كان =مستوي الإنهاك الانفعالي معتدل 19-29، ومستوي تبلد الشعور معتدل 6-11، ومستوي تدني الشعور بالانجاز معتدل 34-39.
- الاحتراق النفسي المنخفض إذا كان =مستوي الإنهاك الانفعالي منخفض 0-17، ومستوي تبلد المشاعر منخفض 0-5، ومستوي تدني الشعور بالانجاز منخفض 40فما فوق(Maslach .C،S.Jachson،1981، ص ص 99-113).

2-3 -الخصائص السيكومترية للمقياس:

2-3-1-صدق وثبات المقياس:

قامت كلا من الدكتورتان صباح نصراوي وفتيحة بن زروال من جامعة أم البواقي بتكييف مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش في نسخته المتعلقة بالمهن على البيئة الجزائرية، وقد عرضت النسخة الأصلية على 3 مترجمين(أساتذة جامعيين تخصص لغة إنجليزية، منهم مختصان في الترجمة)، كما عرضت على 3 من الأساتذة مختصين في مجال المقاييس، وفي ضل توجهاتهم أجريت عدة تعديلات في صياغة النسخة المعربة من مقياس الاحتراق النفسي، وجربت هذه الأخيرة على عينة قوامها 20(أساتذة في الأطوار الثلاثة،أستاذ جامعي، أطباء و ممرضين) بهدف التأكد من وضوح صياغة البنود ولغتها، وفي ضوء ملاحظاتهم تم التعديل للوصول إلى إخراج النسخة النهائية المعربة من مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش، ومن أجل تقنينها تم تطبيقها على عينة عنقودية، قوامها 2251شملت: 924 من أساتذة الأطوار الثلاثة(ابتدائي، متوسط، ثانوي)، و423من أساتذة التعليم الجامعي، و904من الأطباء والممرضين، ومن أجل التأكد من صدق وثبات المقياس إستعملا عدة معادلات منها التحليل العاملي للبنود ومعادلة جتمان، وفي ضوء ما سبق خلص نتيجة تكييف مقياس الاحتراق النفسي على البيئة الجزائرية(نصراوي ص.، بن زروال ف.، 2015، ص ص203-204).

4-الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة:

انطلاقا من كون هذه الدراسة تتناول البحث في العلاقة بين متغيرين، وإمكانية نفي أو إثبات هذه العلاقة فقد تم استخدام برنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS، من اجل اختبار:

1-اختبار كولمنجروف-سمير نوف لمعرفة التوزيع البيانات بشكل اعتدالي أم لا.

2- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري(الإحصاء الوصفي).

3- تحليل التباين معامل بيرسون للتحقق من الفرضيات الارتباطية للدراسة.

4- اختبار التباين الأحادي(Anova one way) .

خلاصة الفصل:

سعيا منا لمعرفة العلاقة الموجودة من عدمها بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي، وللتحقق من فرضيات الدراسة تم الاعتماد على الجانب الميداني لدراستنا، و تعتبر منهجية البحث وخطواتها العمود الفقري لها. اعتمدنا على المنهج الوصفي والذي يعتبر من أحسن المناهج في التعامل مع الظواهر الاجتماعية.

وقد تضمنت مجموعة البحث على 30ممرضة قد استوفت فيهم بعض الشروط الخاصة منها، أن يكن مداومات ليلا، وأن لا تقل فترة عملهن عن 4 سنوات، وأن يكن من أقسام مختلفة مع شرط السن الذي حددناه بين 21و 34 سنة، هذا مع تمتعهن بصحة نفسية وجسمية جيدة، واستعملنا في دراستنا هذه مقياسين أساسيين مقياس الضغط النفسي لليفنستاين و آخرون ومقياس الاحتراق النفسي لماسلاش، وقد تم تقديمهم مع بعضهم البعض لأفراد العينة، وهذا مع مراعاة تقديمها ليلا حرصا على الوصول لأكبر قدر من الدقة في دراستنا، وبعد الانتهاء من تطبيق المقياسين على الممرضات حسبنا نتائج ما تمت الإجابة عليه من قبلهن، ووضع تلك النسب في البرنامج الإحصائي المعتمد في العلوم الإنسانية والإجتماعية SPSS وإستخلاص نتائج ما جمعه المقياسين من معلومات على الممرضات وهذا لتفسيرها ومناقشتها في الفصل الموالي.

فصل الخامس

عرض النتائج ومناقشة الفرضيات

- تمهيد

1-عرض وتحليل نتائج الفرضيات

2- مناقشة الفرضيات

2-1- مناقشة الفرضية العامة

2-2- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى

2-3- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية

2-4- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة

2-5- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة

2-6- مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة

2-7- مناقشة الفرضية الجزئية السادسة

- **تمهيد:**

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج ومناقشة فرضيات الدراسة التي تحمل عنوان: الضغط النفسي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي. وبعد تطبيق أدوات الدراسة، تم تحليل البيانات إحصائيا باستخدام مبرمج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية – **Spss24** –.

وفيما يلي عرض لنتائج البحث، ومناقشة الفرضيات حسب هذه النتائج، وهذا في ضوء الإطار النظري ونتائج بعض الدارسات السابقة.

1-عرض بعض النتائج الكمية:

يحتاج الباحث إلى التحقق من اعتدالية التوزيع، لتكتمل شروط تطبيق هذا الأسلوب الاحصائي البارامتري، وإذا لم يتحقق الشرط يلجأ الباحث إلى البدائل اللا بارمترية المتاحة، وسيتم اختيار إختبار كولمنجروف –سمرنوف لمعرفة هل البيانات تتوزع توزيع اعتدالي أم لا، في مجموعات كل مقياس.

الجدول رقم (6): اختبار التوزيع الطبيعي للمجموعات لمقياس الضغط النفسي

Kolmogorov-Smirnov[a](اختبار كولمنجروف –سمير نوف)		
	قيمة الاختبار Z Statistiques	Sig. مستوى الدلالة
السن	0.194	0.200*
الأقدمية	0.173	0.200*
أقسام العمل	0.249	0.127

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن القيمة الاحصائية لاختبار كولمنجروف –سمرنوف للتوزيع الطبيعي الإعتدالي قد بلغ في كل من المجموعات كالتالي: مجموعة السن(0.194)، عند مستوى دلالة (*0.200)، مجموعة الأقدمية بلغ(0.173) ومستوى دلالة(*0.200)، أما مجموعة أقسام العمل فقد بلغ (0.249) عند

مستوى دلالة (0.127)، وكلها أكبر من (0.05)، وهذا يدل على أن البيانات تتبع توزيعا طبيعيا، مما يسمح لنا بالتأكد أن الأسلوب الاحصائي الأنسب هو الأسلوب الذي تم اختياره للتحقق من فرضيات الدراسة.

الجدول رقم (7): اختبار التوزيع الطبيعي للمجموعات لمقياس الإحتراق النفسي

Kolmogorov-Smirnov[a](اختبار كولمنجروف –سمير نوف)		
الفئات	قيمة الاختبار Z Statistiques	Sig. مستوى الدلالة
السن	0.223	0.200*
الأقدمية	0.225	0.200*
أقسام العمل	0.215	0.200*

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن القيمة الاحصائية لاختبار كولمنجروف –سمرنوف للتوزيع الطبيعي الإعتدالي قد بلغ في كل من المجموعات كالتالي: مجموعة السن(0.223)، عند مستوى دلالة (*0.200)، مجموعة الأقدمية بلغ(0.225) ومستوى دلالة(*0.200)، أما مجموعة أقسام العمل فقد بلغ (0.215) عند مستوى دلالة(*0.200)، وكلها أكبر من (0.05)، وهذا يدل على أن البيانات تتبع توزيعا طبيعيا، مما يسمح لنا بالتأكد أن الأسلوب الاحصائي الأنسب هو الأسلوب الذي تم اختياره للتحقق من فرضيات الدراسة.

2- مناقشة الفرضيات:

2-1 – مناقشة الفرضية العامة:

والتي تنص على أنه: توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي .

للتعرف على العلاقة التي تربط ما بين درجات الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي لدى أفراد عينة البحث، قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(8) نتائج اختبار معامل ارتباط بيرسون للعلاقة ما بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى أفراد عينة البحث (ن=30)

الضغط النفسي	عدد أفراد عينة البحث	معامل الارتباط (بيرسون)	الدلالة الإحصائية
الإحتراق النفسي	30	0.207	0.272

** دالة عند مستوى 0.05

يظهر من الجدول(8) أن قيمة معامل ارتباط بيرسون بين درجات مقياس الضغط النفسي والاحتراق النفسي هو(0.207)، وبقيمة احتمالية (0.272) وهي أكبر من (0.05)، ونستنتج أنه لا توجد علاقة طردية ذات دلالة إحصائية، وعليه نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية ، التي تشير إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي ، وبالتالي لم تتحقق الفرضية.

وقد يفسر هذا أنه ليس بالضرورة وجود درجات عالية من الضغط النفسي تكون مصاحبة لها درجات عالية من الاحتراق النفسي، الممرضات التي لهم درجات عالية من الضغط النفسي لا يمكن الجزم أنهم يوجد لديهم الاحتراق نفسي، فيمكن أن يكون لهم ضغط نفسي لكن عندهم رضا عن العمل، فالاحتراق النفسي يكون ناتج عن تلك الحلقة التي تتكرر على الممرضة ونقص من دافعيتها وقدراتها الوظيفية وغموض الدور وغيرها من الدلائل، وبهذا الاحتراق لا يمكن أن يكون تابع أو ناتج للضغط النفسي، حيث تتدخل في ذلك حب العمل والدافعية وأساليب المستخدمة في تخفيف من شدة الضغوط وأثرها، والمرونة في تعامل مع الضغوط، وهذه النتيجة جاءت معاكسة تماما لما نصت عليه دراسة(البدوي)، 2007حيث هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية والخاصة في محافظة عمان، وأثر بعض المتغيرات في ذلك، وقد تكون مجتمع الدراسة من 3308 ممرضا وممرضة يعملون في المستشفيات محافظة عمان،

أما العينة الدراسة فقد تكونت من 466 ممرضا وممرضة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية حسب متغيرات الدراسة، وقد أشارت الدراسة إلى ما يلي:

-إن الممرضين العاملين في المستشفيات محافظة عمان يعانون من تكرار حدوث الشعور بالإجهاد الانفعالي بدرجة عالية، ومن شدة حدوثه بدرجة متوسطة، وأنهم يعانون من تكرار وشدة الشعور بتبلد المشاعر بدرجة متوسطة، وأنهم يعانون من تكرار وشدة نقص الشعور بالإنجاز بدرجة عالية.

-عدم وجود أثر لمتغيرات، الجنس، الخبرة، والتصنيف المهني، في درجات الاحتراق النفسي لدى الممرضين، في حين وجد أثر ذو دلالة لنوع المستشفى، ولموقع العمل في درجات الاحتراق لديهم من حيث شدة التكرار تبلد الشعور.

-إن الممرضين درجة اعتقاد بمستوى عال تأثير مصادر الاحتراق النفسي لبعدي البيئة وظروف القسم، والمكانة الاجتماعية على درجة الاحتراق النفسي لبعدي طبيعة العمل والعلاقات الشخصية على درجات الاحتراق النفسي لديهم.

أهم المصادر الاحتراق النفسي تمثلت بعدم إتاحة الفرصة للممرضين للالتحاق بدورات تدريبيهن وعدم توفير أماكن للراحة والترفيه، وكثرة الضغوط النفسية عليهم من كثرة الأدوار التي يقومون بها، وإلقاء اللوم الجائر للمسئولين على الممرضين عند حدوث خطأ طبي، وقلة أجور الممرضين.

ومن هذا نستنتج أيضا أنه لا يمكن تعميم النتائج الدراسات في كل زمان ومكان فهي تختلف في ذالك كثيرا وتختلف من فترة لأخرى وفي الأسباب المؤدية لها.

2-2 – مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

للتعرف على الفروق في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، تم إجراء اختبار التباين الأحادي(ANOVA) ، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(9) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير السن

الفئات حسب السن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
من 25–29 سنة	86,16	9,47	4,71	0,018	دال إحصائيا
من 30– 34 سنة	93,86	13,72			
من 35– 40 سنة	108,66	6,11			

يتضح من بيانات الجدول(9) أن نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه، تبين أن قيمة (ف) (4.71) بقيمة احتمالية (0.018)، وهي أصغر من (0.05)، وهي دالة إحصائيا. ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي من حيث السن.

كما يوضح الجدول ارتفاع قيمة المتوسطات للفئة العمرية (35- 40 سنة) الأكبر، حيث بلغ المتوسط (108.66)، وبانحراف معياري يساوي(6.11)، بينما المتوسط في فئة (30-34) بلغ (93.86)، وبانحراف معياري يساوي(13.72)، بينما فئة (25-29) فقد بلغ المتوسط (86.16)، وبانحراف معياري يساوي (9.47).

ولمعرفة سبب الفروقات تم اختبار المقارنات البعدية (Scheffe) والرسومات البيانية توضح سبب وماهية الفروق الدالة إحصائيا.

جدول (10) نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه

الضغط النفسي حسب السن	الفروق في المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
29–25 ـــــ 34–30	7,70-	0.254	غير دالة
34–30 ـــــ 40–35	14,80	0.155	غير دالة
29–25 ـــــ 40–35	*22,50	0.022	دالة

يتضح لنا من الجدول (10) أن الفروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي حسب السن لدى ممرضات الدوام الليلي، تعود إلى الفرق بين الفئة (35–40) وفئة (25–29) بفارق معنوي قدره (22.50)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.022*) وهي أصغر من (0.05).

بينما الفروق بين الفئتين (25–29) و(30–34) لم تكن دالة إحصائيا حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.254) وهي أكبر من (0.05)، وكذلك بالنسبة للفروق ما بين الفئتين(35–40) و (30–34) لم تكن دالة إحصائيا حيث جاءت القيمة الاحتمالية(0.155) وهي أكبر من (0.05).

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من النتائج نقبل الفرضية البحثية التي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، وذلك لصالح الفئة العمرية (35–40)، وهذه النتيجة جاءت مؤيدة لدراسة **بسطامي**، (**2000**)، والتي تهدف إلى التعرف على مستوى الضغوط التي يتعرض لها الممرضون العاملون في الأقسام الرعاية الحرجة، كما اختارت بعض المثيرات الفردية والتنظيمية على مستوى الضغط كالجنس والعمر ونوع المستشفى، حيث أوضحت النتائج أن أكثر مصادر الضغوط النفسية تأثيرا لدى الممرضين هي، اختلاف القدرات بين الجنسين والتصنيف العمري لهم.

2–3 – مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي.

للتعرف على الفروق في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، تم إجراء اختبار التباين الأحادي(ANOVA)، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(11) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير الأقدمية

الفئات حسب الأقدمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
من 05–09 سنوات	86,16	9,47	4,73	0,017	دال إحصائيا
من 10– 14 سنة	92,41	14,66			
أكثر من 15 سنة	104,16	8,25			

يتضح من الجدول(11) أن نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه تبين أن قيمة (ف) (4.73) بقيمة احتمالية (0.017)، وهي أصغر من (0.05)، وهي دالة إحصائيا، ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي من حيث الأقدمية.

كما يوضح الجدول ارتفاع قيمة المتوسطات للفئة (أكثر من 15 سنة)، حيث بلغ المتوسط (104.16)، وبانحراف معياري يساوي(8.25)، بينما المتوسط في فئة (من 10- 14 سنة) بلغ (92.41)، وبانحراف معياري يساوي(14.66)، بينما فئة (من 05-09 سنوات) فقد بلغ المتوسط (86.16)، وبانحراف معياري يساوي (9.47).

ولمعرفة سبب الفروقات تم اختبار المقارنات البعدية (Scheffe) والرسومات البيانية توضح سبب وماهية الفروق الدالة إحصائيا.

جدول (12) نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه

الضغط النفسي حسب الأقدمية	الفروق في المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
05-09 ـــــ 10-14سنة	6,25-	0.436	غير دالة
أكثر من 15 ـــ 10-14 سنة	11,75	0.153	غير دالة
أكثر من 15ـــــ 05-09 سنوات	*18,00	0.017	دالة

يتضح لنا من الجدول (12) أن الفروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، تعود إلى الفرق بين الفئة (أكثر من 15 سنة) و(05-09 سنوات) بفارق معنوي قدره (18,00*)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.017) وهي أقل من (0.05).

بينما الفروق بين الفئتين (05-09 سنة) و(10-14سنة) لم يكن دال إحصائيا حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.436) وهي أكبر من (0.05)، وكذلك بالنسبة للفروق ما بين الفئتين

(أكثر من 15 سنة) و(10-14 سنة) لم تكن دالة إحصائيا حيث جاءت القيمة الاحتمالية(0.153) وهي أكبر من (0.05)، وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من النتائج نقبل الفرضية البحثية التي تقر بأنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، وذلك لصالح الفئة (أكثر من 15 سنة). وهذا جاء بالتوافق مع دراسة **شهاب، (2002)**، التي كانت تحت عنوان مصادر الضغوط ومستوياتها، والتي طبقها مع 61 ممرضة، وخلصت إلى أنه يعاني الممرضات من ضغوط نفسية مرتفعة مرتبطة بالعلاقات الشخصية مع المرضى والمشرفين على الصحة في المستشفى وساعات العمل الطويلة ومع السنوات التي قد عملوا فيها.

2-4- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

للتعرف على الفروق في الضغط النفسي تبعا لمتغير أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، تم إجراء اختبار التباين الأحادي(ANOVA) ، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(13) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير أقسام العمل

الفئات حسب أقسام العمل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
طب النساء والتوليد	103,50	8,61	20,43	0,000	دال إحصائيا
جراحة وطب الأطفال	71,40	11,78			
الاستعجالات	94,21	7,67			

يتضح من بيانات الجدول(13) أن نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه، تبين أن قيمة (ف) (4.71) بقيمة احتمالية (0.018)، وهي أصغر من (0.05)، وهي دالة إحصائيا، ومنه نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي من حيث أقسام العمل.

كما يوضح الجدول ارتفاع قيمة المتوسطات لفئة (طب النساء والتوليد)، حيث بلغ المتوسط (103.50)، وبانحراف معياري يساوي(8.61)، بينما المتوسط في فئة (الاستعجالات) بلغ (94.21)، وبانحراف معياري يساوي(11.78)، بينما فئة (طب الأطفال وجراحة الأطفال) فقد بلغ المتوسط (71.40)، وبانحراف معياري يساوي (11.78).

ولمعرفة سبب الفروقات تم اختبار المقارنات البعدية (Scheffe) والرسومات البيانية توضح سبب وماهية الفروق الدالة إحصائيا.

جدول (14) نتائج اختبار المقارنات البعدية شيفيه

الضغط النفسي حسب أقسام العمل	الفروق في المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
طب النساء والتوليد ـــ **طب**الأطفال وجراحة الأطفال	*32,10	0.000	دالة
الاستعجالات ـــــــ طب الأطفال وجراحة الأطفال	*22,81	0.000	دالة
الاستعجالات ـــــــ طب النساء والتوليد	9,28-	0.071	غير دالة

يتضح لنا من الجدول (14) أن الفروق دالة إحصائيا في الضغط النفسي تبعا لأقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي تعود إلى الفرق بين فئة (طب النساء والتوليد) وفئة (طب الأطفال وجراحة الأطفال) بفارق معنوي قدره (32.10)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05)، وكذلك هناك فروق ما بين فئة (الاستعجالات) وفئة (طب الأطفال وجراحة الأطفال) بفارق معنوي قدره (22.81)، حيث جاءت القيمة الاحتمالية (0.000) وهي أقل من (0.05).

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من النتائج نقبل الفرضية البحثية التي تؤكد أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، وذلك لصالح فئة طب النساء والتوليد، وفئة الاستعجالات، وقد تطابقت النتائج مع دراسة **النيال، (2007)**، والتي هدفت إلى فحص الفروق بين الممرضات اللاتي يعملن في قسم العناية المركزة والممرضات أقسام مختلفة حيث تكونت العينة من 60 ممرضة، وآلت النتائج الدراسة إلى التوصل إلى أن الممرضات يعاني من مستوى مرتفع من الضغط النفسي تختلف درجاته من قسم إلى قسم.

2-5- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

تقول أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

للتعرف على الفروق في الاحتراق النفسي تبعا لمتغير السن لدى ممرضات الدوام الليلي، تم إجراء اختبار التباين الأحادي(ANOVA) ، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(15) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير السن

الفئات حسب السن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
من 25–29 سنة	84.58	6.05	1,71	0,194	غير دالة
من 30– 34 سنة	87.73	04.16			
من 35– 40 سنة	89.00	2.64			

يتضح من بيانات الجدول(15) أن نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه، تبين أن قيمة (ف) (1.71) بقيمة احتمالية (0.194)، أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيا، ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي من حيث السن.

كما يوضح الجدول ارتفاع قيمة المتوسطات حسب الترتيب التالي: للفئة العمرية (35- 40 سنة)، حيث بلغ المتوسط (89.00)، وبانحراف معياري يساوي(2.64)، تليها فئة (30-34) بمتوسط بلغ (87.73)، وبانحراف معياري يساوي(04.16)، وفي الأخير فئة (25-29) فقد بلغ المتوسط (84.58)، وبانحراف معياري يساوي (06.05).

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من النتائج لا نقبل الفرضية البحثية التي تقول أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، وجاءت

هذه النتيجة عكس ما جاءت به دراسة **ميهوبي ف.،(2008)**، والتي هدفت إلى تشخيص مستوي الاحتراق النفسي لدي الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي، وطبقت هذه الدراسة علي عينة من 271ممرض، 138ذكور و133 إناث باختلاف السن بينهم، وتمت الدراسة ب 11 مؤسسة صحة علي مستوي الجزائر العاصمة، كما طبقت مقياس الاحتراق النفسي ماسلاش، فقد أسفرت نتائج الدراسة علي أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي وعلي ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي.

2-6- مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة:

والتي تفرض أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي.

للتعرف على الفروق في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، تم إجراء اختبار التباين الأحادي(ANOVA)، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(16) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير الأقدمية

الفئات حسب الأقدمية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
من 05-09 سنوات	84.58	06.05	2.16	0,134	غير دالة
من 10- 14 سنة	87.16	04.36			
أكثر من 15 سنة	89.50	02.42			

يتضح من بيانات الجدول(16) أن نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه، تبين أن قيمة (ف) (02.16) بقيمة احتمالية (0.134)، أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيا، ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي من حيث الأقدمية.

كما يوضح الجدول ارتفاع قيمة المتوسطات حسب الترتيب التالي: للفئة (أكثر من 15 سنة)، حيث بلغ المتوسط (89.50)، وبانحراف معياري يساوي(02.42)، تليها فئة (من 10- 14 سنة) بمتوسط بلغ (87.16)، وبانحراف معياري يساوي(04.36)، وفي الأخير فئة (من 05-09 سنوات) فقد بلغ المتوسط (84.58)، وبانحراف معياري يساوي (06.05).

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من النتائج لا نقبل الفرضية البحثية التي تفرض أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، وهذا جاء مماثلا لنتائج دراسة **جلولي شتوحي،ن.، (2003)**، والتي تهدف إلى دراسة الإنهاك المهني لدى الممرضين وإستراتجيات المقاومة المستخدمة حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق في شدة الاحتراق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل وتوجد فروق في استخدام إستراتجيات المقاومة حسب الأقدمية.

2-7- مناقشة الفرضية الجزئية السادسة:

والتي تفرض أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

للتعرف على الفروق في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، تم إجراء اختبار التباين الأحادي(ANOVA) ، وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج كالتالي:

جدول(17) نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير أقسام العمل

الفئات حسب أقسام العمل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الدالة الإحصائية
طب النساء والتوليد	87.50	05.68	0.81	0,835	غير دالة
جراحة وطب الأطفال	85.60	05.17			
الاستعجالات	86.57	05.09			

يتضح من بيانات الجدول(17) أن نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه، تبين أن قيمة (ف) (0.81) بقيمة احتمالية (0.835)، أكبر من (0.05)، وهي غير دالة إحصائيا، ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي من حيث أقسام العمل.

كما يوضح الجدول ارتفاع قيمة المتوسطات حسب الترتيب التالي: فئة (طب النساء والتوليد)، حيث بلغ المتوسط (87.50)، وبانحراف معياري يساوي(05.68)، تليها فئة (الاستعجالات) بمتوسط بلغ (86.57)، وبانحراف معياري يساوي(05.09)، وفي الأخير فئة (جراحة وطب الأطفال) فقد بلغ المتوسط (85.60)، وبانحراف معياري يساوي (05.17).

وعليه فإننا ومن خلال ما سبق من النتائج لا نقبل الفرضية البحثية التي تفرض أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، ونقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

الاستنتاج العام:

تندرج هذه الدراسة ضمن الدراسات النفسية الصحية، إذ عالجت موضوع الضغط النفسي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي؛ حيث كانت دراستنا مقسمة إلى فصول نظرية وفصول تطبيقية، حاولنا في الفصول النظرية الإلمام بمتغيرات البحث الأساسية من ضغط نفسي، الاحتراق النفسي و تبيان لمهنة التمريض والمناوبة الليلية. أما الفصول التطبيقية فضمت الجانب المنهجي للدراسة التي اعتمدنا فيها على المنهج الوصفي، ومن خلال تطبيق مقياس الضغط النفسي لليفنستاين وآخرون ومقياس الاحتراق النفسي لماسلاش وجاكسون، وقد تكونت عينة الدراسة من 30ممرضة ممن يعملن في المناوبات الليلية.

ولقد بنينا دراستنا علي مجموعة دراسات سابقة تتشابه في مدخلاتها مع موضوعنا هذا حيث شمل موضوعنا على سبعة فرضيات، وتم التحقق منها بعدة طرق إحصائية كانت نتائجها كالتالي:

تنص **الفرضية العامة** على وجود علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي، تبين لنا أنه لا توجد علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي، وهذه النتيجة جاءت مخالفة لنتائج دراسة **البدوي** (**2007**) والتي هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضات العاملات في المستشفيات الحكومية، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى تأكيد أن من أهم أسباب ظهور الاحتراق النفسي وجود درجات عالية من الضغط النفسي.

أما بالنسبة **للفرضية الجزئية الاولى** التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، فقد بينت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، وهذه النتيجة جاءت مؤيدة لدراسة **بسطامي** (**2000**)، والتي تهدف إلى التعرف على مستوى الضغوط التي يتعرض لها الممرضون العاملون في أقسام الرعاية الحرجة، كما اختارت بعض المثيرات الفردية والتنظيمية على مستوى الضغط كالجنس والعمر ونوع المستشفى، حيث أوضحت النتائج أن أكثر مصادر الضغوط النفسية تأثيرا لدى الممرضين هي: اختلاف القدرات بين الجنسين والتصنيف العمري لهم.

أما **الفرضية الجزئية الثانية** فقد تمثلت في وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، وقد بينت النتائج أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، وهذا جاء بالتوافق مع دراسة **شهاب** (**2002**) التي كانت تحت عنوان مصادر الضغوط ومستوياتها، والتي طبقها مع 61 ممرضة، وخلص إلى أنه الممرضات تعانى من ضغوط نفسية مرتفعة مرتبطة بالعلاقات الشخصية مع المرضى والمشرفين على الصحة في المستشفى، وساعات العمل الطويلة ومع السنوات التي قد عملوا فيها.

وفيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، فقد تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، وقد تطابقت النتائج مع دراسة **النيال (2007)** والتي هدفت إلى فحص الفروق بين الممرضات اللاتي يعملن في قسم العناية المركزة وممرضات الأقسام المختلفة، حيث تكونت العينة من 60 ممرضة، وتوصلت الدراسة إلى أن الممرضات يعانين من مستوى مرتفع من الضغط النفسي تختلف درجاته من قسم إلى قسم.

بينما تنص **الفرضية الجزئية الرابعة** على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، وقد دلت نتائج الاختبارات على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، وهذا جاء باختلاف ما أسفرت عليه دراسة **ميهوبي ف.** (**2008**) والتي هدفت إلى تشخيص مستوي الاحتراق النفسي لدي الممرضين ببعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وكذا العلاقة بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي، وطبقت هذه الدراسة على عينة من 271ممرض: 138ذكور و133 إناث باختلاف السن بينهم، وتمت الدراسة ب 11 مؤسسة صحة على مستوي الجزائر العاصمة، كما طبقت مقياس الاحتراق النفسي لماسلاش. فقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الممرضين يعانون من مستوى مرتفع ودال من الاحتراق النفسي وعلى ارتباط موجب ودال بين المناخ التنظيمي والاحتراق النفسي.

في حين **الفرضية الجزئية الخامسة** تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، وهذا جاء مماثلا لنتائج دراسة **جلولي شتوحي ن.** (**2003**) والتي هدفت إلى دراسة الإنهاك المهني لدى الممرضين وإستراتجيات المقاومة المستخدمة، حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد فروق في شدة الاحتراق النفسي بين المجموعات حسب الأقدمية في العمل وتوجد فروق في إستخدام إستراتجيات المقاومة حسب الأقدمية.

أما بالنسبة **للفرضية الجزئية السادسة** التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى الممرضات الدوام الليلي حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى الممرضات الدوام الليلي.

الخاتمة

الخاتمة:

استهدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي لدى الممرضات الدوام الليلي، وعرضنا إلى فرضية أساسية التي تتمثل في وجود علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي، أما الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على وجود علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي، والفرضية الجزئية الثانية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، أما الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي، و الفرضية الجزئية الرابعة التي تقر على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي، أما بالنسبة إلى الفرضية الجزئية الخامسة تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي، أما بالنسبة للفرضية الجزئية السادسة التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى الممرضات الدوام الليلي.

وللإجابة على الفرضيات تم قياس متغيرات الدراسة وقمنا بجمع البيانات وتحليلها إحصائيا، هذه أهم النتائج التي توصلنا إليها:

-عدم وجود علاقة طردية بين درجة الضغط النفسي ودرجة الاحتراق النفسي لدى ممرضات الدوام الليلي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائيا في الضغط النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغط النفسي من حيث أقسام العمل لدى ممرضات الدوام الليلي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث السن لدى ممرضات الدوام الليلي.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث الأقدمية لدى ممرضات الدوام الليلي.

-عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاحتراق النفسي من حيث أقسام العمل لدى الممرضات الدوام الليلي.

الاقتراحات:

1-تكثيف البحث في هذا الموضوع لإثراء البحث العلمي لما له من أهمية في الوصول إلى حقائق تفيد الجهات المسؤولة بهذا النوع من المواضيع.

2-القيام بدراسة أخرى حول نفس الموضوع لكن بأخذ عينة كبيرة لفهم أفضل لمجتمع البحث.

3-الاهتمام بوضع الاعتبارات الأرغونومية في تصميم القاعات حسب كل مصلحة.

4-القيام بدراسة حول متغيرات الاحتراق النفسي في علاقته بمتغيرات أخرى كالتوافق المهني.

5-القيام بدراسة حول عمل المرأة خاصة المهن التي تعمل فيها بنظام المناوبة الليلية وتكون وفق منهج دراسة الحالة.

6- اختيار الوقت المناسب للتطبيق على عينة الدراسة من خلال مراعاة حالتهم النفسية والفزيولوجية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1 – المراجع باللغة العربية :

1-1-قائمة الكتب:

1- ألنعاسي عمر(م).(2008)، **الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية**، دار الفكر العربي، ط1، بيروت.

2- الدسوقي (م). (1984)، **مصادر التوتر النفسي كمقياس للدافعية**، دار القلم، الكويت.

3- الرشيدي هارون (ت). (1999)، **الضغوط النفسية، طبيعتها، نظرياتها، برامج لمساعدة الذات في علاجها**، مكتبة لأنجلو المصرية، مصر.

4- السكارنه (ب). (2009)، **أخلاقيات العمل**، دار المسير للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

5- السيد خليفة (و). (2008)، **الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي**، دار الوفاء للطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، مصر.

6- السيد عثمان (ف). (2001)، **القلق وإدارة الضغوط النفسية**، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة.

7- الشيخاني (س). (2003)، **الضغط النفسي**، دار الفكر العربي، ط1، بيروت، لبنان.

8- الصيرفي (م). (2008)، **الضغط والقلق الإداري**، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، مصر.

9- الطريري (ع). (1994)، **الضغط النفسي، مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته**، مطابع شركة الصفحات الذهبية، السعودية.

10- العميان (م).(2002)، **السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال**، دار وائل للنشر، ط1، عمان.

11- العياصرة (أ). (2008)، **الإشراف التربوي والقيادة التربوية وعلاقتهما بالاحتراق النفسي**، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

12- العيسوي (ع). (2001)، **علم النفس ومشكلات الفرد**، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، مصر.

13- الفرماوي حمدي(ع)،رضا (ع). (2009)، **ضغوط النفسية في مجال العمل والحياة**، دار الصفاء للنشر، ط1، الأردن.

14- الهاشمي (ل). (2006)، **الإجهاد**، دار الهدي للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، عين مليلة، الجزائر.

15- بهاء الدين (م).(2008)، **الضغط النفسي وأثره علي الصحة النفسية**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

16- بوظريفة(ح).(1995)، **الساعة البيولوجية**، دار الأمة للنشر والتوزيع، ط1، الجزائر.

17- تايلور(ش)، ترجمة:درويش(و)، شاكر داود(ف). (2008)، **علم النفس الصحي**، دار حامد، ط1، الأردن.

18- جمعة سيد(ي).(2007)، **إدارة الضغوط**، مركز التطويع الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسة، ط1، جامعة القاهرة، مصر.

19- جمعة سيد (ي). (2000)، **دراسات في علم النفس الإكلينيكي**، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، مصر.

20

21- حسين طه فرج(ع)،حسين سلامة (ع).(2006)، **إستراتجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**، دار الفكر للنشر، ط1، الأردن.

22- خليفة(و)،عيسى(م).(2008)، **الضغوط النفسية والتخلف العقلي**، دار الوفاء للطباع والنشر، ط1، مصر.

23- دويدار (ع).(2005)، **أصول علم النفس المهني الصناعي والتنظيمي وتطبيقاته**، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، د.ط، لبنان.

24- رضوان سامر (ج).(2007)، **الصحة النفسية** ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط2، عمان .

25- شحاتة محمد (ر).(2010)، **علم النفس الصناعي المهني**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

26- طاقة (م)،حسن عجلان (ح).(2008)، **اقتصاديات العمل**، دار الثراء للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

27- عبد الخالق (أ).(2006)، **الصدمة النفسية**، دار إقراء للنشر والتوزيع، ط1، الكويت.

28- عسكر(ع).(2005)، **الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل**، دار الكتاب الحديث، ط1، مصر.

29- عسكر(ع).(2003)، **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها**، دار الكتاب الحديث، ط1، القاهرة، مصر.

30- عسكر(ع).(2000)، **ضغوط العمل و أساليب مواجهتها**، دار الكتاب الحديث، ط2، القاهرة، مصر.

31- عسكر (ع)،عريان (ج).(1982)، **السلوك البشري في مجالات العمل**، منشورات السلاسل، دط، القاهرة، مصر.

32- عكاشة محمود (ف).(1996)، **علم النفس الصناعي**، مطبعة الجمهورية للنشر والتوزيع، ط1، الإسكندرية، مصر.

33- عويضة (م).(2010)، **علم النفس الاجتماعي في الصناعة**، دار الكتاب العلميين، ط1، بيروت، لبنان.

34- قاسم محمد(ع).(2004)، **مدخل إلى الصحة النفسية**، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط2، عمان، الأردن.

35- كفافي(ع).(2012)، **الصحة النفسية والإرشاد النفسي**، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.

36- مفتاح محمد(ع).(2010)، **مقدمة في علم النفس الصحي**، دار وائل للنشر، ط1، الأردن.

37- هدفي (ب).(2009)، **الوجيز في شرح قانون العمل**، جسور للنشر والتوزيع، ط2، الجزائر.

38- هيجان عبد الرحمان(أ).(2008)، **ضغوط العمل، مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها**، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية.

39- هيجان عبد الرحمان(أ).(1998)، **مفهوم ضغوط العمل، مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها**، مكتبة فهد الوطنية، ط1، الرياض، السعودية.

1-2-قائمة المذكرات:

1- البدوي (ط).(2000)، **درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدي الممرضين العاملين في المستشفيات محا فضة عمان وأثر بعض المتغيرات في ذالك**، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الأردن.

2- الزهران (ن). (2008)، **الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدي العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة**، رسالة شهادة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، السعودية.

3- الشافعي (أ). (2002)، **التوافق المهني للممرضين العاملين بالمستشفيات الحكومية وعلاقتها بسماتهم الشخصية**، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

4- شتوحي جلول (ن).(2003)، **الإنهاك المهني عند الممرضين وإستراتجيات المقاومة المستخدمة**، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.

5- صندلي (ر).(2012)، **الضغوط النفسية وإستراتجيات المواجهة المستخدمة لدي المراهق المحاول الإنتحار**، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.

6-طايبي(ن). (2013)، **علاقة الاحتراق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفس جسمية لدي الممرضين**، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2، الجزائر.

7- عيطور (د).(1997)، **الضغط النفسي الاجتماعي لدي ممرضين**، دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي الجزائر2، الجزائر.

8-مخلوف (س).(2006)، **الضغط النفسي ومدى تأثيره علي سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية**، رسالة ماجستير، جامعة المنتوري، قسنطينة، الجزائر.

9-ميهوبي (ف).(2008)، **علاقة المناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي لدي ممرضين**، رسالة ماجستير في علم النفس تنظيم وعمل، جامعة الجزائر، الجزائر.

10- يحياوي (ش).(2015)، **الضغط النفسي عند الأم الطفل الأصم**، رسالة ماجستير قسم علوم الاجتماعية، جامعة البويرة، الجزائر.

1-3- قائمة المجلات:

1-البرغوثي (س).(1995)، كيف تتغلب علي التوتر العصبي والنفسي والذهني، **المجلة الثقافة**، ص42، عمان، الأردن.

2- الجعافرة (أ)،وآخرون.(2013)، الاحتراق النفسي لدي الطلبة الجامعيين القاطنين في منازل داخلية وعلاقته بعدد من المتغيرات، **مجلة العلوم الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية**، المجلة الحادي والعشرون، العدد الأول، قسم العلوم التربوية كلية الأميرة عالية الجامعية، جامعة البلقان.

3- السيف (ف).(2000)، محددات الإعياء المهني بين الجنسين، دراسة تطبيقية في مؤسسات الرعاية الصحية، **مجلة الإدارة العامة**، دون مكان.

4- الشيخ (د).(2002)، سيكولوجية العلاقة بين الرضا المهني و الاحتراق النفسي، **المجلة العربية لتربية**، مجلد 22، العدد 2، دون مكان.

5- **الجريدة الرسمية** القانون رقم 90-11 المؤرخ في 26 رمضان عام 1410هـ الموافق ل 21 أفريل لسنة 1990 المتعلق بعلاقات العمل.

2- المراجع باللغة الأجنبية:

1-Buyel (P).(2005), **Sante conjuguee**, averil, paris.

2- Freud (E).(1974), **Staff burnout**, journal of social issues, vol 30, p 165.

3-Hoffman (A).(2005), **Sante conjugée**, burnout biographie, averil, p 32 .

4-Laville (A).(1976), **l'ergonomie que – sais – je**, 1es éd, paris.

5- Maslash (C).(1976), **Characteristies of staff burnout in mental health sttings hôpital & community phychiatry**.

6- Maslach (C), jackson (S).(1981), **The measurement of experienced burnout**, journal of occupational behaviar, vol 2, p 90 – 113 .

7- Reece (B), bradit (R). (1999), **Effective humane relation in organisation**, houghyon mifflin company, 6 th éd, new York.

الملاحق

مقياس الضغط النفسي

التعليمة :

-لكل عبارة من العبارات التالية ، ضعي علامة (*) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين .

الرقم	البنود	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
01	تشعر بالراحة				
02	تشعر بوجود متطلبات لديك .				
03	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق .				
04	لديك أشياء كثيرة للقيام بها .				
05	تشعر بالوحدة أو العزلة .				
06	تجد نفسك في مواقف صراعية .				
07	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا .				
08	تشعر بالتعب.				
09	تخاف من عدم استطاعتك أداء الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء .				
11	لديك عدة قرارات لإتخاذها .				
12	تشعر بالإحباط .				
13	آنت مليء بالحيوية .				
14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم .				
16	تشعر بأنك في عجلة من أمرك .				
17	تشعر بالأمن والحماية.				
18	لديك عدة مخاوف .				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين .				
20	تشعر بفقدان العزيمة .				
21	تمتع نفسك .				
22	أنت خائف من المستقبل .				

23	تشعر بأنك وضع انتقاد وحكم .				
24	أنت شخص خالي من الهموم .				
25	تشعر بالإنهاك والتعب الفكري .				
26	لديك صعوبات في الاسترخاء				
27	تشعر بعبء المسؤولية .				
28	لديك وقت كافي لنفسك .				
29	تشعر أنك تحت ضغط مميت.				
30	تشعر أنك قمت بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها .				

مقياس الاحتراق النفسي

الرقم	الفقرات	يحدث قليلا في السنة	يحدث مرة واحدة في الشهر أو اقل	يحدث بضع أحيان في الشهر	يحدث مرة في أسبوع	يحدث بعض الأحيان في الأسبوع	يحدث يوميا
01	اشعر بأنني منهار انفعاليا جراء ممارسة مهنتي .						
02	اشعر أن طاقتي مستنفذة مع نهاية اليوم المهني .						
03	اشعر بالتعب عندما استيقظ من نومي واعرف أن علي مواجهة عمل جديد .						
04	استطيع أن افهم بسهولة مشاعر المرضي .						
05	اشعر إنني أتعامل مع بعض المرضي ببرودة .						
06	إن التعامل مع الناس طوال اليوم عمل يتطلب مني جهد كبير .						
07	احل بفعالية عالية مشكلات المرضي .						
08	اشعر بالاحتراق النفسي من ممارستي لهذه المهنة						
09	يبدو لي إنني أؤثر إيجابيا في الأشخاص الذين احتك بهم في عملي .						
10	أصبحت اقل شعورا بالناس منذ التحاقي بهذه المهنة .						
11	اخشي أن يجعلني هذا العمل قاسيا .						
12	اشعر بالحيوية والنشاط .						
13	اشعر بالإحباط من ممارستي لمهنة التمريض .						
14	اشعر أني اعمل في هذه المهنة بإجهاد كبير .						
15	حقيقة لا أهتم بما يحدث لبعض من المرضى .						
16	إن العمل بشكل مباشر مع الناس يسبب لي ضغوطا شديدة .						
17	استطيع بكل سهولة أن اخلق جوا نفسيا مريحا مع المرضى .						
18	اشعر بالسعادة بعد العمل مع المرضي عن قرب						
19	لقد أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة في مهنتي .						
20	اشعر وكأنني علي حافة الهاوية جراء ممارستي لمهنتي .						
21	أتعامل بكل هدوء مع المشكل الانفعالية أثناء ممارستي لمهنتي .						
22	اشعر أن المرضي يلومونني عن بعض المشكل التي تواجههم .						

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف شعورك، الرجاء أن تحدد التكرار الشدة بوضع علامة(*) في الخانة المناسبة.

الملحق SPSS

الفرضية الأولى:

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
النفسي الضغط	92,2667	13,11996	30
النفسي الاحتراق	86,6000	5,06918	30

Corrélations

		النفسي الضغط	النفسي الاحتراق
النفسي الضغط	Corrélation de Pearson	1	,207
	Sig. (bilatérale)		,272
	N	30	30
النفسي الاحتراق	Corrélation de Pearson	,207	1
	Sig. (bilatérale)	,272	
	N	30	30

الفرضية الثانية:

ANOVA à 1 facteur

النفسي الضغط

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1291,800	2	645,900	4,713	,018
Intra-groupes	3700,067	27	137,040		
Total	4991,867	29			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النفسي الضغط

Scheffe

(I) السن	(J) السن	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
29-25 سنة	34-30 سنة	-7,70000	4,53386	,254	-19,4429	4,0429
	40-35 سنة	-22,50000*	7,55644	,022	-42,0714	-2,9286
34-30 سنة	29-25 سنة	7,70000	4,53386	,254	-4,0429	19,4429
	40-35 سنة	-14,80000	7,40377	,155	-33,9760	4,3760
40-35 سنة	29-25 سنة	22,50000*	7,55644	,022	2,9286	42,0714
	34-30 سنة	14,80000	7,40377	,155	-4,3760	33,9760

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفرضية الثالثة:

ANOVA à 1 facteur

النفسي الضغط

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1296,450	2	648,225	4,736	,017
Intra-groupes	3695,417	27	136,867		
Total	4991,867	29			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النفسي الضغط

Scheffe

(I) الاقدمية	(J) الاقدمية	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
سنوات5-9	سنوات10-14	-6,25000	4,77611	,436	-18,6203	6,1203
	سنة15 من أكثر	-18,00000*	5,84951	,017	-33,1504	-2,8496
سنوات10-14	سنوات5-9	6,25000	4,77611	,436	-6,1203	18,6203
	سنة15 من أكثر	-11,75000	5,84951	,153	-26,9004	3,4004
سنة15 من أكثر	سنوات5-9	18,00000*	5,84951	,017	2,8496	33,1504
	سنوات10-14	11,75000	5,84951	,153	-3,4004	26,9004

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفرضية الرابعة:

ANOVA à 1 facteur

النفسي الضغط

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3006,009	2	1503,004	20,435	,000
Intra-groupes	1985,858	27	73,550		
Total	4991,867	29			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النفسي الضغط

Scheffe

العمل أقسام (I)	العمل أقسام (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
النساءوالتوليد طب	الأطفال وجراحة الأطفال طب	32,10000*	5,19311	,000	18,6497	45,5503
	الإستعجالات	9,28947	4,01615	,087	-1,1125	19,6914
الأطفال وجراحة الأطفال طب	النساءوالتوليد طب	-32,10000*	5,19311	,000	-45,5503	-18,6497
	الإستعجالات	-22,81053*	4,31058	,000	-33,9751	-11,6460
الإستعجالات	النساءوالتوليد طب	-9,28947	4,01615	,087	-19,6914	1,1125
	الأطفال وجراحة الأطفال طب	22,81053*	4,31058	,000	11,6460	33,9751

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

الفرضية الخامسة:

ANOVA à 1 facteur

النفسي الاحتراق

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	85,350	2	42,675	1,746	,194
Intra-groupes	659,850	27	24,439		
Total	745,200	29			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النفسي الاحتراق

Scheffe

السن (I)	السن (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
29-25سنة	34-30سنة	-3,15000	1,91464	,275	-8,1090	1,8090
	40-35سنة	-4,41667	3,19106	,396	-12,6816	3,8483
34-30سنة	29-25سنة	3,15000	1,91464	,275	-1,8090	8,1090
	40-35سنة	-1,26667	3,12659	,921	-9,3646	6,8313
40-35سنة	29-25سنة	4,41667	3,19106	,396	-3,8483	12,6816
	34-30سنة	1,26667	3,12659	,921	-6,8313	9,3646

الفرضية السادسة:

ANOVA à 1 facteur

النفسي الاحتراق

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	103,117	2	51,558	2,168	,134
Intra-groupes	642,083	27	23,781		
Total	745,200	29			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النفسي الاحتراق

Scheffe

(I) الاقدمية	(J) الاقدمية	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
سنوات5-9	سنوات10-14	-2,58333	1,99085	,442	-7,7397	2,5730
	سنة15 من أكثر	-4,91667	2,43828	,151	-11,2319	1,3986
سنوات10-14	سنوات5-9	2,58333	1,99085	,442	-2,5730	7,7397
	سنة15 من أكثر	-2,33333	2,43828	,637	-8,6486	3,9819
سنة15 من أكثر	سنوات5-9	4,91667	2,43828	,151	-1,3986	11,2319
	سنوات10-14	2,33333	2,43828	,637	-3,9819	8,6486

الفرضية السابعة:

ANOVA à 1 facteur

النفسي الاحتراق

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	9,868	2	4,934	,181	,835
Intra-groupes	735,332	27	27,235		
Total	745,200	29			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: النفسي الاحتراق

Scheffe

العمل أقسام (I)	العمل أقسام (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
النساءوالتوليد طب	الأطفال وجراحة الأطفال طب	1,90000	3,16006	,836	-6,2847	10,0847
	الإستعجالات	,92105	2,44387	,932	-5,4086	7,2507
الأطفال وجراحة الأطفال طب	النساءوالتوليد طب	-1,90000	3,16006	,836	-10,0847	6,2847
	الإستعجالات	-,97895	2,62303	,933	-7,7727	5,8148
الإستعجالات	النساءوالتوليد طب	-,92105	2,44387	,932	-7,2507	5,4086
	الأطفال وجراحة الأطفال طب	,97895	2,62303	,933	-5,8148	7,7727