

الإجهاد النفسي عند العاملين في ميدان التمريض

جنادي لمياء^{1*} ، أوشيك نورة²

^{2,1} جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2 (الجزائر)

Psychological stress in nursing staff

Lamia Djenadi^{1,*} , Nora Ouchikh²

ldjenadi@yahoo.fr

^{1,2} Constantine2 University

تاريخ الاستلام: 2018/11/25؛ تاريخ القبول: 2020/01/05؛ تاريخ النشر: 2020/10/31

Abstract. Nursing is a difficult profession requiring night shifts and quick intervention for emergency situations. which makes the practitioners of this goddess on heightened alert; in order to avoid any confrontation. Practice in this area requires precision, concentration and workmanship, because a falling error can lead to the patient's life a risk. Nurses also play social and rational roles; in front of these responsibilities, the roles may be helped by stress.

In this article we will try to diagnose the psychological stress of nurses; in the context of the roles conflict, we conducted a comparative study between the stress symptoms of each of the nurses. We used the descriptive approach on 70 nurses.

The results showed significant psychological stress symptoms in both sexes. Appeared in the form of physical and emotional symptoms.

ملخص. تعد مهنة التمريض من المهن الصعبة التي تتطلب مناوبات ليلية وتدخلات سريعة لحالات الطوارئ، أين يتم التعامل اليومي مع المرض والألم، الأمر الذي يجعل ممارسي هذه المهنة في حالة استنفار قصوى تجنباً لمواجهة أي طارئ. إن الممارسة في هذا المجال تحتاج إلى الدقة والتركيز والإتقان، لأن الوقوع في الخطأ قد يؤدي بحياة المريض إلى الخطر. إلى جانب هذه المهنة يقوم الممرضون أيضاً بممارسة أدوار أخرى علائقية واجتماعية، وأمام صراع الأدوار الذي يعيشه الممرضون قد نجدهم يعانون بشكل كبير في أداء مهامهم باستنفاد طاقتهم وقدراتهم على المواجهة ليصبحوا فيما بعد ضحايا للكثير من المشكلات النفسية كالإجهاد مثلاً. سنحاول من خلال هذا المقال تشخيص الإجهاد النفسي عند الممرضين، حيث قمنا بدراسة مقارنة بين أعراض الإجهاد عند كل من الممرضين والممرضات من خلال تطبيق المنهج الوصفي على عينة مكونة من 70 ممرضا وممرضة، وقد أسفرت النتائج عن وجود إجهاد نفسي هام عند كلا الجنسين تظاهر في أعراض جسدية وانفعالية وأخرى علائقية.

الكلمات الدالة. مهنة التمريض ؛ الإجهاد النفسي؛ الممرض ؛ المعاناة في العمل ؛ قدرات المواجهة.

*Corresponding author

1. مقدمة

إن الفرد وفي إطار علاقته مع البيئة قد يواجه صعوبات وضغوطات كثيرة تجعله يستنفذ طاقته في مواجهتها، وقد يصل إلى درجة الإجهاد، هذا الأخير ما هو إلا ردّ فعل للتغيرات السريعة للحياة المعاصرة التي أصبحت تعرف بعصر الإجهاد. ومما لا ريب فيه أن هذه الضغوطات التي يتعرض لها الفرد ستؤثر على نفسيته وعلى علاقاته بمحيطه الاجتماعي، وقد تدفعه إلى استجابات سلوكية غير ملائمة لحل هذه المشكلة، إذ يعتبر الإجهاد كاستجابة تكيفية لإسهامات المحيط تتكوّن من ردّ فعل الحذر أو التكيف أو القطيعة من منظور بيولوجي ونفسي وسلوكي، هذه الاستجابة تكون مُتكيفة عندما يكون الفرد المجهّد مُزوّد بقدرات دفاعية كافية لمواجهة الوضعية المُجهدة، وتكون غير مُتكيفة بل ومرضية عندما تفشل دفاعات الفرد في مواجهة هذه الوضعية.

1.1. مشكلة الدراسة.

إنّ من بين الوضعيات المجهدة في حياة الفرد ممارسته لمهن صعبة تتطلب تركيزاً ودقة عالية في الأداء، كمهنة التمريض التي تعتبر من بين المهن الضاغطة كونها تستلزم حالة من الاستنفار لمواجهة الطوارئ بحكم أن الممرض يتعامل بشكل يومي مع المرض والألم، فهو ملزم بإتقان عمله، من جهة، وبأداء بقية أدواره الاجتماعية الأخرى، من جهة أخرى، الأمر الذي يجعله عرضة للضغوط المستمرة التي قد تصل إلى الإجهاد. وفي هذا الصدد أشار كلٌّ من فورثان **Fortin** وبيجرا **Bigras** إلى أنّ حالة الإجهاد هي نتاج عدم التوازن بين متطلبات وضعية صعبة وقدرات الفرد في مواجهة الوضعية المُجهدة. إذن فالإجهاد يمكن أن يتعلّق بحادث تفاعلي كعوامل خارجية مُجهدة (ضغوطات وصعوبات المهنة)، لكن هو أيضاً ردّ فعل العضوية والنفسية على حدّ سواء، التي تحاول الاستجابة لآثار الضغوطات الخارجية (أي ردّ فعل الإجهاد). (**Bigras et Fortin, in Anaut.M, 2003**)

سنحاول في هذه الدراسة الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما هي أعراض الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض؟
- وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الممرضين والممرضات فيما يخص أعراض الإجهاد؟

2.1. فرضيات الدراسة. بالرجوع إلى الإشكالية السابقة وللإجابة عن التساؤل الأول قمنا بصياغة الفرضية التالية:

يظهر الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض في شكل أعراض متعددة. والتي نتجت عنها الفرضيات الجزئية الآتية:

- 1 يظهر الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض في شكل أعراض جسدية.
- 2 يظهر الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض في شكل أعراض نفسية وانفعالية.
- 3 يظهر الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض في شكل أعراض سلوكية.
- 4 يظهر الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض في شكل أعراض فكرية وعلائقية.

أما الإجابة عن التساؤل الثاني فهي تستلزم صياغة الفرضية الصفرية التالية:

الفرضية الصفرية " ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والممرضات فيما يخص أعراض الإجهاد عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ "

3.1. أهداف الدراسة. تسعى هذه الدراسة إلى الكشف عن:

- الفروق بين أعراض الإجهاد في ميدان التمريض عند كلا الجنسين.
- أشكال الإجهاد النفسية والعلائقية والسلوكية والانفعالية.

4.1. أهمية الدراسة. تأتي أهمية هذه الدراسة في التركيز على آثار الإجهاد الذي يعاني منه الممارسون في ميدان التمريض لما له من تأثير وانعكاس كبيرين على جوانب متعددة من حياتهم والذي قد يصل إلى درجة الاحتراق النفسي، في ظل صراع الأدوار.

5.1. مفاهيم الدراسة إجرائيا.

أ. الإجهاد: يعتبر كل من فولكمان Folkman ولازاريس Lazarus الإجهاد " كتنسوية بين الفرد ومحيطه، أين تكون الوضعية المقيّمة من طرف الفرد هي المفجّرة لقدراته على المواجهة والتي بإمكانها أن تشكّل مصدر خطر وتهديد لأمنه". (Anaut.M, 2003, P18). فالإجهاد هو رد فعل جسدي وانفعالي اتجاه المواقف المهددة في البيئة، فكلما كان هناك نقص في قدرات وإمكانات الأفراد للتوافق مع متطلبات بيئتهم فسيشعرون بالإجهاد وسيكونون غير قادرين على الاستجابة لمثيرات البيئة.

ب. مهنة التمريض: هي الممارسة الشبه طبية التي تتركز أساسا على مراقبة السيرورة العلاجية للمرضى.

ج. الممرض: هو الشخص الذي يتبع نظام تعليمي معروف في بلده وينجح بامتياز في دراسته المتعلقة بمهنة التمريض، كما تكون لديه خبرة الكفاءة في الأداء المتمثل في السهر على معالجة المرضى.

6.1. مقارنة نظرية للإجهاد

استخدم طبيب الأمراض العقلية دولاي J.Delay مصطلح الإجهاد للدلالة على حالة ضغط حاد مميزة للعضوية والتي تجبر الفرد على استخدام ميكانيزمات دفاعية لمواجهة وضعية تهديدية. (Porot.A,1984). ويعرف الإجهاد في العمل "بأنه تجربة ذاتية لدى الفرد تحدث نتيجة عوامل شخصية وأخرى بيئية بما في ذلك المنظمة، حيث يترتب على هذه العوامل حدوث آثار جسمية ونفسية وسلوكية على الفرد والتي تؤثر بدورها على أدائه للعمل، مما يستلزم معالجة هذه الآثار وإدارتها بطريقة سليمة". (هيجان عبد الرحمان بن أحمد. 1997. ص 23). من خلال هذا المعنى يمكننا تحديد مفهوم الإجهاد إجرائيا كاستجابة غير محددة، يشعر الفرد من خلالها باختلال على مستوى البدن والنفسية، ومن مصادره ظروف الحياة والمتغيرات البيئية، ومن آثاره اضطرابات فزيولوجية ونفسية وانفعالية وسلوكية وعلائقية.

ولفهم الإجهاد بشكل معمق تناولت العديد من المقاربات هذا المفهوم بالدراسة والتحليل من بينها:

أ النموذج البيولوجي: لا تهمل النظريات البيولوجية أهمية العوامل النفسية والاجتماعية لكنها تركز على السيورورات البيولوجية للفرد في مواجهة الإجهاد. ومن أهم رواد هذه النظرية العالمان سيلبي/كانون Cannon/selye، حيث قد عرف selye سنة 1950 الإجهاد "بمجموعة التغيرات التي تطرأ على الجسم الذي يستجيب للعوامل الطبيعية والنفسية والاجتماعية غير المتحكم فيها" (M.Schwob, 1999, p, 10)، وأعاد تعريفه سنة 1951 كما يلي «الإجهاد هو تفاعل بين القوة والمقاومة المعارضة لها». (M.schwob, 1999, p16) وقد قسّم سيورورة الإجهاد إلى ثلاثة مراحل هي:

1 مرحلة الإنذار: تتجهز آلية حماية الجسم من أجل مواجهة عامل الإجهاد بضبط استجابته عن طريق الجهاز الهرموني الذي ينظم الوظائف الجسدية المختلفة، بما فيها جهاز المناعة والنمو والأبيض. وتشمل هرمونات الإجهاد على منبهات قوية كالأدرينالين والنورأرينالين والكورتيزول، وتسمى هذه المرحلة بالمرحلة الانفعالية لأنها غنية بردود الأفعال النفسية كالحيرة، الارتباك، القلق، والخوف، كما تختلف شدتها تبعاً لنوعية الشخصية.

2 مرحلة المقاومة أو التكيف: تحدث عندما يكون التعرض لعامل الإجهاد متلامزماً مستمراً مع التكيف، حيث تخفّي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى، لتظهر بدلها تغيرات أخرى تدل على التكيف وفي هذه المرحلة ينظم الفرد دفاعاته، كما يضاعف قوته الداخلية ليقاوم أكثر وهذا عن طريق نظامه العصبي الغدي الهرموني، وقد تظهر في هذه المرحلة مجموعة من الاضطرابات النفسية الجسدية كالقرحة المعدية وارتفاع ضغط الدم... فالمرض يترجم سيورورة تكيف سلبي لوضعية الإجهاد وإذا تعقدت الظروف المحيطة ولم يستطع الفرد المواجهة ستتهار قواه الدفاعية وتظهر أعراض الإجهاد.

3 مرحلة الإنهاك: تعقب هذه المرحلة المقاومة والتكيف ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت وإذا اشتدت الاستجابات الدفاعية واستمرت لمدة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف أو ما يعرف بالتناذر العام للتكيف.

نتخلص أنه ومنذ الأعمال الأولى للعالم سيلبي H.selye حاولت الدراسات البيولوجية والعصبية الفزيولوجية إعداد نماذج تعمل على استدخال بنيات عصبية تشريحية منشطة بواسطة مجموعة من المثيرات المرتبطة بدورها بمواد كيميائية (الوسائط العصبية) التي يتم تحريرها على مستوى نقاط الاشتباك العصبي، وكذلك بمجموعة من مستقبلات المثيرات (الأحشاء والعضلات) مع تنشيط هذه الأخيرة بشكل سريع من طرف أوامر قادمة من الجهاز العصبي المركزي.

ب النموذج العصبي النفسي للإجهاد.

إن المثير العادي يتحوّل إلى عامل إجهاد تبعاً للمعنى الذي يعطيه الفرد للوضعية المجهدّة أو للحدث حيث تتفاعل عوامل الإجهاد الموضوعية (الظروف الخارجية المحيطة بالحدث) وعوامل الإجهاد الذاتية (نوعية العاطفة التي يسقطها الفرد على الحدث) لتولد انفعالا حاداً مع قلق شديد، ويتم تنظيم الإجهاد على مستويين:

- المستوى الأول لأوليات تنظيم الإجهاد: يعمل الدماغ على تعديل وتسيير أوليات التكيف أمام عوامل الإجهاد انطلاقاً من الحواس الخمسة يفهم ويحلل ويستنتج باستمرار، ويصدر سلوكيات مناسبة من شأنها التحكم في الوضعية كالبكاء، الهروب، الحركات، التعبير والصراخ. كذلك يمكن للسحب الانفعالي أثناء النوم أن يكون سلوكاً تجنبياً للإجهاد، كما يمكن لسيرورة الهوام أن تسمح بالتخلص من الضغوطات الداخلية وبالتالي تحقيق التوازن البدني. (M.Schnob,1999).

- المستوى الثاني لأوليات تنظيم الإجهاد: عندما يتفاهم الحدث وتزيد شدة التهديدات يلجأ الأنا إلى تكثيف أوليات أكثر لتحقيق الاتزان البدني **Homéostasie** لكن هذه المرة تتعب النفسية في المواجهة، فتنخفض قوة التركيز والتفكير وتضطرب وظيفة الفهم والتحليل مع يقظة مبالغ فيها، وفي بعض الأحيان يظهر الاكتئاب وكذلك سلوكيات عدوانية وإذا تفاهم الوضع أكثر تحاول أوليات دفاع الأنا أن تعزل الفرد عن الواقع عن طريق فقدان الوعي. وفي حالة السحب عن الواقع بواسطة الإزاحة يحدث ألم نفسي شديد نتيجة الاتصال غير الكافي بالآخر بمعنى يسقط الفرد كل نزواته العدوانية بدافع التفريغ الانفعالي، وفي بعض الأحيان يظهر السحب عن الواقع تحت شكل إنكار للواقع، من جانب آخر قد تظهر سلوكيات انحرافية جنسية كالاستمناء وكذلك اضطرابات توهم المرض مع اضطرابات نفسية جسدية التي تسمح بتحقيق تسوية بين صراعات الفرد ونزواته اللاشعورية ونشير هنا أن أوليات تنظيم الإجهاد في المستويين هي مؤقتة واستعجالية.

ج النموذج المعرفي.

لرّدود فعل الفرد اتجاه الإجهاد ترتكز على نوعية الأفكار و الإسنادات المعرفية التي تعقب الأحداث ومهما تعددت النظريات المعرفية المفسرة للإجهاد، إلا أنها تشترك في تقييم التفسيرات الشخصية للأحداث وتعتبرها كمحددات أساسية ومن أهم هذه النظريات ما يلي:

* **نظرية الإسناد:** تقرر بوجود علاقة سببية بين الإسنادات المتعاقبة لبعض الأحداث وبين مستوى الإجهاد الذي يعيشه الفرد ويعد نموذج ألوي Alloy (1990) القائم حول ثنائية (العجز اليأس) و(الاكتئاب اليأس) من أهم النماذج المعرفية الأساسية في علم النفس المرضي. وتوضح هذه النظرية أن تعاقب الأحداث السلبية قد تتسبب في تفجير الاكتئاب والقلق، حيث تبعا للحدث يحدد الفرد إمكاناته في التحكم سواء كانت أسباب الحدث مستقرة (متعاقبة) أو غير مستقرة (عابرة) أو عامة (آثار على مستوى كل ميادين الحياة) أو نوعية (آثار في ميدان واحد). وينتج كل من القلق والاكتئاب عن الشعور بعدم التحكم لكنهما يختلفان من حيث توقع النتائج السلبية، وهكذا عندما يتم تقييم الأحداث الماضية أو الحاضرة بأنها غير قابلة للتحكم يقوم الفرد بإسقاطها على كل الأحداث المستقبلية ويكوّن بداخله معارف مرتبطة بالعجز واليأس وكنتيجة لكل ذلك يظهر القلق.

بالمقابل إذا قيم الفرد سبب الحدث بأنه سلبي وغير قابل للتحكم وعام ومستقر، ستترسخ لديه فكرة أن الأحداث السلبية غير قابلة للتحكم ومن شأن هذه الأفكار أن تدخله في الاكتئاب الذي يمكن أن يصاحبه تقدير سلبي للذات إذا تعاقبت الإسنادات (عجز يأس) العامة والمستقرة. ومن جانب آخر يبين هذا النموذج النظري أن خصائص شخصية الفرد تلعب دورا كبيرا في تحديد قابليته لإعداد إسنادات سببية اكتئابية المنشأ ويعرف هذا العامل باسم الأسلوب الإسنادي الذي قد يشكل سببا غير مباشر للاكتئاب.

* **نظرية البناءات الشخصية لـ كيلي Kelly:** يسمح هذا النموذج النظري بفهم العلاقة القائمة بين المظاهر التحتية لكل عملية تقييمية معرفية لمضمون الحدث، والتقييمات الماضية التي تنشأ عليها الشخصية. وحسب كيلي "يراد بالبناء الشخصي إعطاء تفسير ومقارنة الأحداث على مستوى قاعدة الاختلافات والتشابهات (P.Graziani/J.Swendsen,2004). إذن الفرد هو في حركة دائمة، مما يكسبه القدرة على تصور الأحداث وبناء نظام قادر على توقع الأحداث خاصة المتعاقبة منها، فهو بمثابة سيرورة مستمرة تتوجه نفسيا عن طريق شبكة انتقال مرنة يمكن أن تتغير تبعا للنتائج المتحصل عليها.

وتجدر الإشارة أن المسلمة الأساسية لكيلي يمكن طرحها كما يلي:
"نفسيا يواجه الفرد سيروراته المعرفية حسب الطريقة التي يتوقع بها أحداثه، حيث يتوقع باستمرار الأحداث مستخدما مواضيع متكررة داخل بناءات متعاقبة الأحداث، بشرط أن يتم توجيه السيرورات نفسيا بواسطة شبكة من القوانين التي لا تتغير بالصدفة". وإضافة إلى ذلك تؤكد هذه المسلمة الاستنتاجات التالية:

- يتوقع الفرد الأحداث مكونا أجوبة لها وفي تفسيره يبحث دائما عن أفكار تكرارية يمكن اعتبارها خصائص لبعض الأحداث دون غيرها.
- يختلف الأفراد في بناء الأحداث وتفسيرها تبعا للفردانية. (P.Graziani/J.Swendsen,2004).

* **النظرية المعرفية لبك Beck:** اعتبر بيك المعاملة الإجهادية كنتيجة لسيرورة نشطة ومستمرة تشمل تحليلات وتفسيرات وتقييمات متعاقبة للوضعية الخارجية وأيضا مخاطر وإيجابيات الاستجابة الخاصة، فالمثيرات توصف بالخطيرة إذا فسرت كذلك من طرف الفرد بمعنى آخر، إذا تهيأ الفرد إلى إصدار سلوك خاص تسمى إدارة القوة لديه بالاحتراف السلوكي أين تمثل شدته انعكاس درجة Iarousal. وقد وصف بيك نظام تحليل وتفسير المثيرات على أساس بنيات منظمة تسمى بالتصميمات المستقرة التي تشمل معالجة نوعية للمثيرات وللسيرورات المعرفية النوعية و ان بناء خاص للمعلومات. إن هذا النموذج النظري يطرح مسلمة مفادها أن كل مرض كونه من تصميمات متعددة وغير متكيفة مع الحياة.

من جانب آخر أقر بيك بأن الأفراد يمتلكون عددا من المناطق الحساسة، فكلما واجهوا أحداثا معينة فسيستجيبون معرفيا باستخدام شكل من التفكير القاسي غير المتوقع والمميز للسيرورات المعرفية الأولية، حيث تعمل الاستجابة الخلقية على تنشيط أنظمة الدافعية وتؤدي إلى الإجهاد. هذه الأخيرة أي التصميمات الخلقية *idiosyncrasiques*

يمكن أن تقع تحت تأثير الإثارة الخارجية فتتحول إلى تناذرات العدائية، الخوف والقلق والاكنتاب. (P.Graziani/J.Swendsen,2004)

- نستخلص من هذه النظريات أن مفهوم الإجهاد يتحدّد حسب الآثار المترتبة عنه، وعليه فإنه ينقسم إلى:
- إجهاد إيجابي: يراد به الإجهاد الذي يدفع الفرد العامل إلى زيادة القدرة على الإنتاج وإنجاز المهام بجدية، الأمر الذي يولد الشعور بالسعادة والسرور والرغبة في النجاح.
 - إجهاد سلبي: هو إجهاد له آثار سلبية على الصحة الجسمية والنفسية للفرد، مما ينعكس على أدائه وإنتاجيته في العمل مثل الإجهاد الناتج عن عدم الرضا في العمل.
 - وفي مجال العمل قسم جينس **Jains** الإجهاد إلى:
 - الإجهاد البسيط: ويستمر من ثوانٍ محدودة إلى ساعات طويلة ويكون ناتجاً عن مضايقات صادرة عن أحداث قليلة الأهمية في الحياة.
 - الإجهاد المتوسط: يمتد من ساعات إلى أيام وينتج عن فترة العمل الإضافية وزيارة شخص مسئول أو غير مرغوب فيه.
 - الإجهاد المضاعف: يستمر لأسابيع وأشهر وينجم عن النقل من العمل والإيقاف أو موت شخص عزيز.
- (لوكيا الهاشمي/زروال فتيحة، 2006).

2. الإجراءات الميدانية للدراسة.

- 1.1. المنهج المستخدم.** اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، باعتباره الأكثر ملائمة لمثل هذه الدراسات، وبعد الإحاطة بالمعطيات النظرية للدراسة قمنا ببناء أداة البحث المتمثلة في سلم الإجهاد والتي تمّ تحكيما من طرف مجموعة من الأساتذة المختصين، احتوى هذا السلم على 49 بنداً يقوم من خلالها الممارسون لمهنة التمريض باختيار تفضيلي حسب أهميته، وتُقيّم درجة الأهمية من 0 إلى 3 درجات (0 "أبداً"، 1 "قليلاً"، 2، "أحياناً" و 3 "كثيراً") مع العلم أنّ هذا السلم ينقسم إلى أربعة أبعاد كما يلي:
- ± بعد الأعراض الجسدية ويضم 13 بنداً، 2 بعد الأعراض النفسية والانفعالية ويضم 14 بنداً، 3 بعد الأعراض السلوكية ويضم 08 بنود، 4 بعد الأعراض العلائقية والفكرية ويضم 14 بنداً.
- 2.2. عينة الدراسة.** بالنسبة لعينة الدراسة فقد كانت قصدية، مكوّنة من 70 ممرضا (35 ممرضة و 35 ممرضا). بمستشفى الولادة والأمومة بسيدي مبروك، مستشفى الكلى بحي الدقسي، المستشفى الجامعي، والعيادة المتعددة الخدمات بحي الدقسي بمدينة قسنطينة.
- أمّا المعالجة الإحصائية فقد كانت كما يلي:

1 حساب معامل الارتباط والثبات وفق طريقة التجزئة النصفية، حيث قسّمنا بنود السلم إلى قسمين متساويين، يحتوي القسم الأول على الفقرات الفردية (1 3 49...)، والقسم الثاني يحتوي على العبارات الزوجية (2 4 48...)، نستخرج بذلك معامل الارتباط بين الدرجات الفردية والزوجية من خلال استخدام معادلة سبيرمان وكانت النتيجة: $r_{1.2}=0.75$

2 قمنا بعد ذلك بحساب معامل الثبات الذي كانت نتيجته: $r=0.85$.

3 نظرا لتوفر الشروط العامة لتطبيق رانز الاختبار k_2 والمتمثلة في:

* مستوى القياس (سلم قياس لفظي).

* حجم العينة أكثر من 30 قياس.

* القيمة النظرية للفئة أكبر أو تساوي 5. قمنا أيضا بحساب الدلالة الإحصائية بين المتغيرين من أجل الإجابة على الفرضية الصفرية "ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الممرضين والممرضات فيما يخص أعراض الإجهاد عند مستوى الدلالة = 0.05" وذلك بتتبع الخطوات التالية:
أو لا: طرح الفرضية الصفرية.

ثانيا: معالجة النتائج عن طريق برنامج **Spss** (النسخة 20). ويعد عملية المقارنة بين الكاف سكوير النظري والكاف سكوير الحسابي يؤخذ القرار بشأن الفرضية الصفرية إما بالقبول أو بالرفض كما يلي:

k_2 نظري < k_2 حسابي: فرضية صفرية مقبولة.

k_2 نظري > k_2 حسابي: فرضية صفرية مرفوضة.

k_2 نظري = k_2 حسابي: فرضية صفرية مرفوضة وذلك في حالات نادرة.

3. عرض و مناقشة نتائج الدراسة.

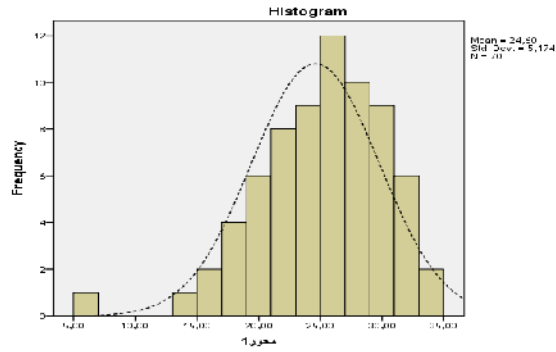
1.3 عرض النتائج الخاصة بفرضيات الدراسة: فيما يلي عرض لنتائج الدراسة الخاصة بالفرضية الأولى المتمثلة

في: يظهر الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض في شكل أعراض متعددة:

باستقراء نتائج الجدول رقم 01 نستنتج أن المتوسط الحسابي للبعد الخاص بالأعراض الجسدية كان متوسطا نوعا ما إذ بلغت نسبته 24.60، في حين الوسيط بلغت نسبته 25. وهي نسب متقاربة تدل على اتساق وتقارب بين بنود هذا البعد.

جدول رقم 01: يمثل نتائج بعد الأعراض الجسدية

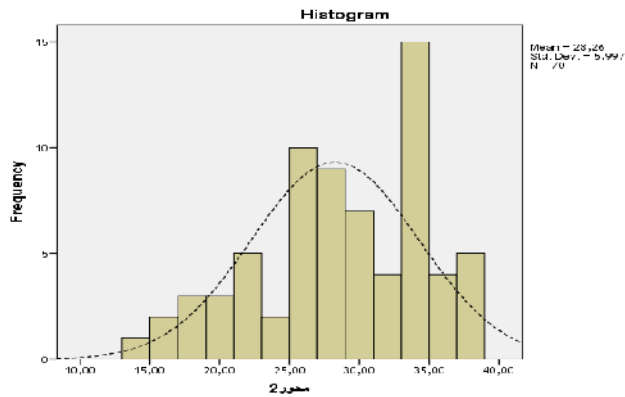
1		
N	Valid	70
	Missing	0
Mean		24,6000
Median		25,0000



أسفرت نتائج الجدول رقم 02 على التقارب بين نسب المتوسط الحسابي والوسيط والتي قدرت بـ 28.25 و 28.50 على التوالي.

جدول رقم 02 : يمثل نتائج بعد الأعراض النفسية الانفعالية

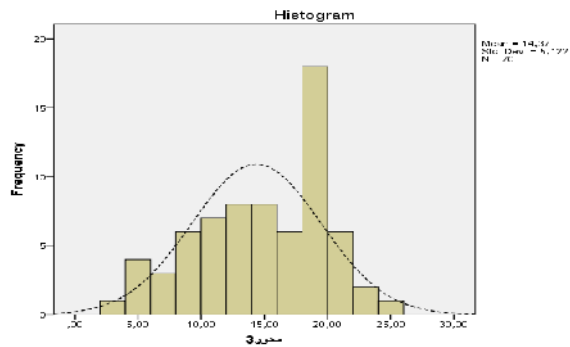
2		
N	Valid	70
	Missing	0
Mean		28,2571
Median		28,5000



لاحظنا أيضا من خلال نتائج الجدول رقم 03 تقارب نسب المتوسط الحسابي الذي قدر بـ 14.37 والوسيط الذي قدر بـ 14.50.

جدول رقم 03 : يمثل نتائج بعد الأعراض السلوكية

3		
N	Valid	70
	Missing	0
Mean		14,3714
Median		14,5000

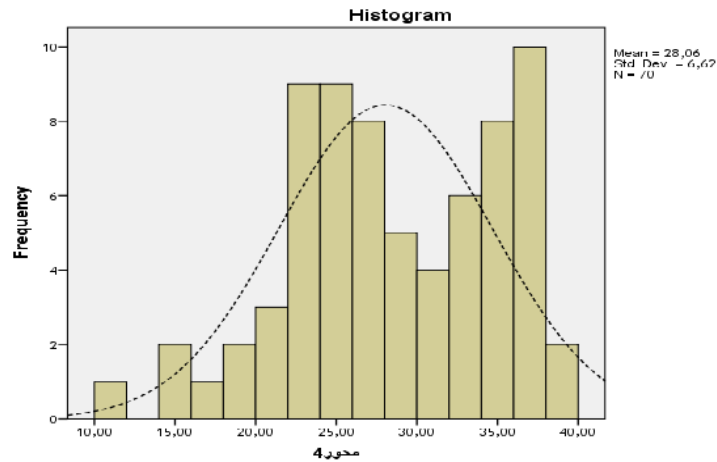


بالمثل أسفرت نتائج الجدول رقم 04 عن تقارب نسبة المتوسط الحسابي الذي قدر بـ 28.05 بنسبة الوسيط الذي قدر بـ 27.50.

جدول رقم 04 : يمثل نتائج بعد الأعراض الفكرية العلائقية

4

N	Valid	70
	Missing	0
Mean		28,0571
Median		27,5000



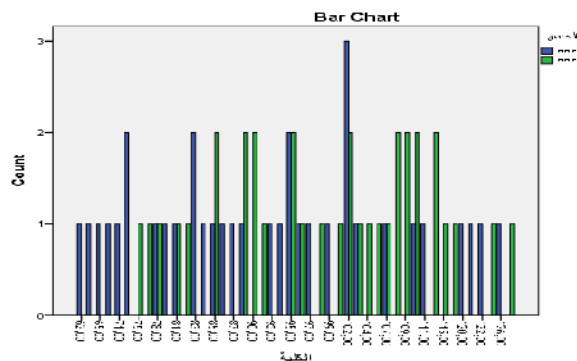
أما بالنسبة لنتائج الفرضية الصفرية المتمثلة في: "ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الممرضين والمرمضات فيما يخص أعراض الإجهاد عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ "، فقد أثبتت النتائج المتحصل عليها بعد معالجة المعطيات الإحصائية ببرنامج Spss أن $k2$ النظري أكبر من $k2$ الحسابي لجميع بنود السلم، مما يدل على أن الفرضية الصفرية مقبولة وبالتالي لا توجد فروق بين الجنسين فيما يخص أعراض الإجهاد المتمثلة في المحاور الأربعة، كما هو موضح في الجدول والمخطط التالي.

جدول رقم 05: يوضح نتائج رائز K2

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,200 ^a	45	,548
Continuity Correction			
Likelihood Ratio	59,445	45	,073
Linear-by-Linear Association	4,289	1	,038
N of Valid Cases	70		

مخطط يوضح نتائج رائز K2



3. مناقشة نتائج الدراسة.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أعراض الإجهاد عند ممارسي مهنة التمريض، وإذا ما كانت هناك فروق بين الجنسين (الممرضون والممرضات) فيما يخص هذه الأعراض. وللوصول إلى هذه الأهداف اتبعنا سيرورة من الإجراءات المنهجية المتمثلة في تطبيق المنهج الوصفي واستخدام أسلوب Spss .

إنّ النتائج المتوصل إليها تتفق مع حقيقة مفادها أنّ ممارسة مهنة التمريض كونها مهنة صعبة تتطلب الكثير من التركيز والدقة واليقظة في التعامل مع المرضى، قد تكون سببا في الإجهاد عند ممارسيها، فالإجهاد في العمل هو تجربة ذاتية لدى الفرد تحدث نتيجة عوامل شخصية وأخرى بيئية بما في ذلك المنظمة، حيث يترتب على هذه العوامل حدوث آثار جسمية ونفسية وسلوكية على الفرد، والتي تؤثر بدورها على أدائه للعمل، مما يستلزم معالجة هذه الآثار وإدارتها بطريقة سليمة. (هيجان عبد الرحمان بن أحمد.1997).

ويمكننا تحديد مفهوم الإجهاد كاستجابة غير محددة، يشعر الفرد من خلالها باختلال على مستوى البدن والنفسية ومن مصادره ظروف الحياة والمتغيرات البيئية، أما آثاره فقد تتمثل في اضطرابات فسيولوجية ونفسية وانفعالية وسلوكية وعلائقية. وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الأولى، حيث أظهرت عينة الدراسة إجهادا واضحا تجلّى من خلال أعراض متفاوتة الشدة ومختلفة التواتر كما يلي:

احتلت الأعراض النفسية الانفعالية الصدارة في ترتيب النتائج أين قدر المتوسط الحسابي بـ28.25، وبدل ذلك على أن عينة الدراسة تعاني من هذا النوع من الأعراض بشكل واضح ومتواتر على حساب بقية الأعراض، وإن لبّ ذلك فإنما يدل على أن ممارسة مهنة التمريض تشكل عبئا ثقيلًا بالموازاة مع أهميتها، الأمر الذي يتعب النفسية أين تنخفض قدرة التركيز والتفكير وتضطرب وظيفة الفهم والتحليل مع اليقظة المفرطة، كما يتم السحب عن الواقع بواسطة تنشيط الإزاحة وإسقاط النزوات العدوانية بدافع التفريغ الانفعالي، أو عن طريق إنكار الواقع وهنا قد تظهر الاضطرابات الجنسية التي تسمح بتحقيق تسوية بين صراعات الفرد ونزواته اللاشعورية. وفي هذا السياق أشار Schwob.M إلى أن الانفعال المفرط هو عبارة عن إشارة لمحدودية الميكانيزمات المسؤولة عن تنظيم الإجهاد. (Schwob.M.1999).

من جانب آخر أقر Chousos et Gold أن أعراض القلق في حالة الإجهاد تكون ناتجة عن اضطراب الاستجابة العامة للإجهاد التي تصبح غير تكيفية، مما يحدث إفراطا في اليقظة l'arousal وينتج عنهما الأرق واضطراب النوم وخفض الليبيدو. (Grazianie et swendsen.2004) وهذا ما تجلّى بشكل واضح من خلال نتائج الدراسة.

بالنسبة للأعراض الفكرية العلائقية احتلت المرتبة الثانية بمتوسط حسابي قدره 28.05 وبدل ذلك على أن معالجة الضغوطات الناتجة عن مهنة التمريض تبقى غير مكتملة في غياب استيعابها بهدف إدماجها وإدراكها إلى غاية

التكيف معها. ولهذا تبقى إدراكات الممرض المرتبطة بالوضعية المجهدة فعالة تحت شكل عنيف في اللاشعور وتعمل على الرجوع إلى ساحة الشعور لإعادة تحليلها وإدماجها مما ينتج اضطرابات علائقية كالانعزال وفكرية كالصعوبات في التركيز. وفي هذا الصدد أوضح **Lazarus** و **Folkman** أن التقييم المعرفي للوضعية التفاعلية الإجهادية يحدث ألياً في شكل تقييم مزدوج (أولي /ثانوي)، حيث يسمح التقييم الأولي بتقدير الخطر والتهديد الذي قد تمثله الوضعية، من ناحية طبيعتها وخصائصها ودلالاتها وخطورتها ومدتها، ويطلق على ذلك الإجهاد المدرك. أما التقييم الثانوي فيسمح بتكثيف إمكانات المراقبة لمواجهة التهديد وخلال ذلك يتم اختيار إستراتيجيات سلوك الإستحصال المناسبة، سواء لتغيير الوضعية أو تقبلها أو البحث عن معلومات لحلها أو تجنبها ويطلق على ذلك المراقبة المدركة. (P.Graziani/J.Swendsen,2004).

أظهر أيضاً جميع أفراد العينة أعراض جسمية واضحة وذلك ما دلت عليه درجة المتوسط الحسابي للمحور ذاته والتي قدرت بـ 60، 24، وقد يعود ذلك إلى فشل ردود فعل الإجهاد التكيفي الذي يهدف إلى إنذار وتنشيط الدفاعات، مما يؤدي إلى ضعف التحكم في الوضعية الإجهادية والشعور أكثر بالإثارة السلبية. فأتساءل الاستجابة للعوامل المجهدة الناتجة عن مهنة التمريض وأيضاً تعميم معتقدات التحكم السلبية بفعل الإسنادات السببية المبهمة، تولدت مشاعر العجز وعدم القدرة على مواجهة إجهاد العمل، مما انعكس سلباً على كل الوظائف الجسمية والتي اتخذت شكل آلام على مستوى كل الجسم مفصحة عن تدني عام للصحة الجسمية وذلك ما أكده **Moser** قائلاً "يرتبط ارتفاع وانخفاض النشاط العصبي الإغاشي مباشرة بالوظيفة التقييمية وإمكانية التحكم عند الفرد، مما ينعكس سلباً على وظائف الجسم المختلفة". (P.Graziani/J.Swendsen,2004,P63)، إضافة إلى ذلك أوضح **Schwob** " أن ارتفاع ضغط الدم، غالباً ما يعزى إلى إجهاد نفسي". (M.Schwob;1999,P 69). وهذا ما لاحظناه فعلاً في نتائج محور الأعراض الجسمية عند أغلبية أفراد العينة وقد يعود ذلك إلى ظروف مهنة التمريض الشاقة.

بالنسبة لنتائج البعد الخاص بالأعراض السلوكية فقد كشفت نتائج الدراسة عن تواتر الأعراض السلوكية عند كل أفراد العينة وذلك ما دلت عليه درجة المتوسط الحسابي للمحور نفسه والمقدرة بـ 14.37. وقد يرتبط ذلك بتكرار واستمرار العوامل المجهدة الناتجة عن مقتضيات مهنة التمريض وما تحتويهن إر هاقات جسمية ونفسية وأيضاً طبيعة التنظيمات الشخصية ونوعية القيم والمعايير السائدة. كذلك قد يفسر ظهور الأعراض السلوكية عند أفراد العينة إلى عدم تحويل الانحراف السلوكي إلى نشاط، مما يؤدي إلى زيادة درجة الإثارة السلبية حتى في غياب المثير وفي سياق ذو صلة يؤكد **Karasek** قائلاً "يحدث الإجهاد عندما تتغلب مقتضيات العمل على حرية النشاط السلوكي" (P.Graziani/J.Swendsen, 2004,P 28).

إنّ مجرد النظر في الفرق بين مراتب الأعراض الخاصة بالإجهاد لا يعطي صورة واضحة عن طبيعة هذا الفرق وحجمه أو شدته، وما إذا كان هذا الفرق جوهرياً يعكس التفاوت الحقيقي بين المجموعتين. ناهيك أنه يهمل تماماً

الأثر الذي تتركه العلاقة التفاعلية بين متغيرات الدراسة وهذا ما اقتضى منا التوجه نحو الخطوة الثانية المتمثلة في إخضاع النتائج المحصّل عليها لرائز الاختبار k2 بهدف قياس الدلالة الإحصائية لأعراض الإجهاد بين المتغيّرين (الذكور والإناث)، بالإضافة إلى استخراج الكاف سكوير في الأبعاد الأربعة لسلم الإجهاد من أجل الكشف عن مصدر هذا الفرق وتحديد المجالات العرضية المسؤولة عنه.

لقد أظهرت نتائج هذه المرحلة من الدراسة عدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية بين المجموعتين عند مستوى الدلالة =0.05 على مستوى الأبعاد الأربعة للإجهاد، النتيجة المهمة التي توصلت إليها هذه الدراسة تمثلت في عدم وجود تفاوت حقيقي بين إطار متغير الجنس، إذ لم تظهر الفروق الدالة إحصائياً بين المجموعتين، الأمر الذي يسمح لنا بالقول أنّ الفرضية الصفرية مقبولة، وهذا إن دلّ على شيء فإنّما يدلّ على حجم التأثير الكبير الذي مارسه متغير الإجهاد على ظهور أعراضه عند الجنسين. حيث بين أوروبيتز Horowitz في هذا الصدد أنّ المرحلة الأولى للإجهاد تتركز في ردود فعل عادية كالغضب، محاولات الاقتراب من الآخرين أو العكس أي الانسحاب الاجتماعي. (Brillon.P2005)، في حين أنّ المعاناة المستمرة في العمل تكون حملاً ثقيلاً للمعطيات وليس بإمكان الفرد استيعابها، ممّا يسبّب شحنة انفعالية معرفية. أمّا المرحلة الثانية فهي تعرف بمرحلة التجنّب، أين يتمّ توظيف النكران وانفصال الوجدانات كميكانيزمات دفاعية بهدف حماية التوازن النفسي للفرد، وتتخلّص ردود الفعل التجنّبية في هذه المرحلة في سلوكيات الهروب والإحساس باللاواقعية، بالإضافة إلى قلة التركيز والعياء النفسي.

ولأنّ عينة الدراسة لم تستطع تتبّع سيرورة الحلّ الطبيعي لهذه العملية المعرفية، أو بمعنى آخر استيعاب شدة المعاناة والموامة معها، أي تقبّلها، فإنّها استجابت ببعض الأعراض الانفعالية الحادة كالقلق الشديد والإنهاك النفسي، والشعور بالخوف من فقدان القدرة على المواجهة، كما استجابت بأعراض أخرى جسدية كارتفاع ضغط الدم والشعور بالألام على مستوى المعدة وأجزاء مختلفة من الجسم.

خاتمة.

استناداً إلى النتائج المتحصّل عليها من خلال تطبيق سلم الإجهاد نستخلص أنّ عينة الدراسة المكونة من (35) ممرض و(35) ممرضة تعيش معاناة جسدية كالتعب الشديد ونفسية كنبوات الغضب والانفعال، كما تعاني من مشاكل اجتماعية كالاضطراب في تحقيق التوازن بين المهنة والعلاقات الاجتماعية من جراء الممارسة المتعبة لمهنة التمريض، ويتجلى ذلك واضحاً من خلال ما أظهرته من إجهاد متجاوز أفصحت عنه الأعراض الجسمية والنفسية الانفعالية والسلوكية والعلائقية والفكرية، وقد يدل ذلك عن عدم تكيف اجتماعي مهني ناتج عن فشل سيرورات الإجهاد التكيفي وتنشيط رد فعل الإجهاد المتجاوز.

قائمة المراجع.

أحمد بن سليمان.(2003). *أثر إجهاد العمل على الأداء الوظيفي*. الأردن. جامعة الشرق الأوسط.
لوكيا الهاشمي وبن زروال فتيحة.(2006). *الإجهاد*. الجزائر. دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.
هيجان عبد الرحمان بن أحمد.(1997). *ضغوط العمل: مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها*. الرياض. معهد الإدارة العامة.

Anaut.M. 2003. *La résilience*. Paris Ed. Dunod.

Boudarene.M.(2005). *Le stress*. Alger .Ed Berti.

Graziani.P et Swendsen.J.(2004). *Le stress émotionnel et stratégies d'adaptation*. Paris. Ed Nathan.

Koorosh.M.(2009). *Le stress professionnel*. Bruxelles. Ed Peter Lang.

Schwob,M.(1999). *Le stress*. France. Ed Flammarion.