جامعة قاصدي مرباح – ورقلة–

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

التخصص: علم النفس العيادي

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

من إعداد الطالب : جلاب محمد

بعنوان:

إستراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف ورقلة ومستشفى سليمان عميرات تقرت

نوقشت بتاريخ: 2019/06/23

لجنة المناقشة:

الأستاذة: بلحسيني وردة (جامعة قاصدي مرباح ورقلة) رئيسا

الأستاذ: خميس محمد سليم (جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مشرفا ومناقشا

الأستاذة: حشاني سعاد (جامعة قاصدي مرباح ورقلة) مناقشا

الموسم الجامعي: 2019/2018

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

إلى الغالية التي لا توفي كل الكلمات بكل اللغات و كل الأفعال حقها

أمي ... أمي ... أمي

إلى كل من علمني حرفا لخدمة العلم

إلى زملائي، أصدقائي و كل من ساهم في نجاح هذا العمل خصوصا و إنجاح مسيرتي الدراسية عموما من قريب أو من بعيد.

إليكم أهدي ثمرة نجاح

شكر و عرفان

الحمد لله رب العالمين

الحمد لله والشكر لله

والصلاة والسلام على رسول الله

والشكر لأمهاتنا على جهادهن صلواتهن ودعواتهن لنا.

ثم الشكر والتقدير للأستاذ الفاضل خميس محمد سليم، والأستاذ الصديق الهاشمي لقوقي

لإشرافهم على هذا العمل المتواضع

كما أتقدم بالشكر و العرفان إلى أساتذة علم النفس و إلى كل من قدم لنا يد العون و المساعدة من قريب ومن بعيد

أتقدم بالشكر لممرضي مصالح الإستعجالات بتقرت وورقلة

و تحية إحترام و تقدير إلى كل زملائي و أصدقائي وإلى كل من ساهم في تقديم هذا العمل بهذا الوجه

جزاكم الله عنا خير الجزاء

ملخص الدارسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و درجة الاكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات، وما هي الإستراتيجيات المستعملة من طرف الممرضين لمواجهة الضغوط كما تهدف إلى قياس الفروق الفردية من حيث الجنس، والخبرة المهنية في كل من إستراتيجيات المواجهة وكذا مستوى الإكتئاب لديهم.

وطبقت الدراسة على عينة تكونت من "100"ممرض وممرضة اختيروا بطريقة عشوائية، وتم تطبيق استبيان استراتيجيات المواجهة للدكتورة واكلي بديعة 2014، ومقياس بيك للاكتئاب BDI II، وتم استخدام المنهج الوصفي لملائمته وطبيعة الدراسة، وتمت المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية SPSS20.

وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الاكتئاب لدى الممرضين.
- يستعمل الممرضون استراتيجيات المواجهة الفعالة بصورة كبيرة في مواجهة الضغوط.
- يخبر الممرضون درجات إكتئابية منخفضة.
- وجود فروق في استراتيجيات " السند الإجتماعي، التجنب، المواجهة الإنفعالية، لصالح الإناث.
- وجود فروق في استراتيجيات مواجهة الضغوط تعزى للخبرة المهنية.
- وجود فروق في درجة الاكتئاب لدى الممرضين لصالح الإناث.
- وجود فروق في درجة الاكتئاب تعزى للخبرة المهنية لصالح فئة" أقل من 5 سنوات" خبرة مهنية.

الكلمات المفتاحية:

- استراتيجيات مواجهة الضغوط – درجة الإكتئاب – الممرضون .

Abstract :

The aim of the current study is to identify the relationship between stress management strategies and the degree of depression among emergency care providers, what strategies are used by nurses to cope with stress, and to measure individual differences in gender and professional experience in both coping strategies and their level of depression.

The study was applied to a sample of 100 randomly selected nurses and nurses. The strategy questionnaire was applied to Dr. Wakely, 2014, and the Beck Depression Scale. The descriptive approach was used for its suitability and the nature of the study. Statistical analysis was carried out using SPSS20.

The results have resulted in:

-There is a correlation between coping strategies and the degree of depression among nurses.

-Nurses use highly effective coping strategies in the face of stress

-Nurses are told to have low depression.

-There are differences in the strategies of "social bond, avoidance, emotional confrontation, in favor of females.

-Differences in coping strategies attributed to professional experience.

-There are differences in the degree of depression among nurses in favor of females.

-Differences in the degree of depression attributed to the professional experience in favor of category "less than 5 years" professional experience.

key words:

-coping strategies - degree of depression - nurses.

الفهرس العام

الفـــــهرس	
الإهداء	أ
الشكر	ب
ملخص الدراسة	ج- د
قائمة المحتويات	هـ-و
قائمة الجداول	ح
قائمة الإشكال و قائمة الملاحق	ط
مقدمة	01
الجانب النظري	
الفصـــل الأول: تقديم الدراســـة	
1- إشكالية الدراسة	04
2- فرضيات الدراسة	08
3- أهداف الدراسية	09
4- أهمية الدراسة	09
5- التعاريف الإجرائية	09
6- حدود الدراسة	10
7- الدراسات السابقة	11
الفصل الثاني : استراتجيات مواجهة الضغوط	
تمهيد	18
1-مفهوم ومصادر الضغوط	19
2- الضغط المزمن والصحة	23
3- مفهوم إستراتيجيات المواجهة	30
4- وظائف إستراتيجيات المواجهة	32
5- تصنيف إستراتيجيات المواجهة	33
6- محددات إستراتيجيات المواجهة	36
7- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة	37

خلاصة	40
الفصل الثالث: الإكتئاب	
تمهيد	44
1 ـ مفهوم الإكتئاب	45
2- مدى انتشار الإكتئاب	46
3- أنواع الإكتئاب	47
4- أعراض الإكتئاب	49
5- عوامل الإكتئاب	50
6- النظريات المفسرة للإكتئاب	53
7- ملخص الفصل	59
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	61
1- منهج البحث	62
2- التذكير بتساؤلات الدراسة	62
3- أدوات الدراسة	62
4- الدراسة الاستطلاعية	65
5- الخصائص السيكومترية لأدوات القياس	66
6- الدراسة الأساسية	69
7- وصف عينة الدراسة الأساسية	70
8- إجراءات الدراسة الأساسية	71
9- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية	71
خلاصة	72
الفصل الخامس : عرض وتحليل نتائج الدراسة	
تمهيد	74
عرض وتحليل الفرضية العامة	75
عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الأولى	76
عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الثانية	76

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة	**77**
عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة	**78**
عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة	**82**
عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية السادسة	**82**
خلاصة	**84**
الفصل السادس : تفسير ومناقشة النتائج	
تمهيد	**86**
تفسير ومناقشة الفرضية العامة	**87**
تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الأولى	**89**
تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثانية	**90**
تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة	**92**
تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة	**94**
تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة	**97**
تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية السادسة	**98**
خلاصة الدراسة والمقترحات	**99**
قائمة المصادر	
الملاحق	

قائمة الجداول		
الرقم	الجدول	الصفحة
1	الدرجات الفاصلة لتحديد مستوى الإكتئاب لدى الذكور	64
2	الدرجات الفاصلة لتحديد مستوى الإكتئاب لدى الإناث.	65
3	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	66
4	الصدق التمييزي لمقياس استراتجيات المواجهة	67
5	دلالات الصدق التقاربي لمقياس استراتيجيات المواجهة	67
6	الصدق التمييزي لمقياس الإكتئاب	68
7	يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	70
8	يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية	70
9	قيمة الارتباط بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و درجة الإكتئاب	75
10	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبنود وأبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة	76
11	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لبنود وأبعاد مقياس الإكتئاب	76
12	الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة	77
13	نتائج تحليل التباين لدلالة الفروق بين أفراد العينة في استراتيجيات المواجهة تبعاً للخبرة المهنية	78
14	يوضح المتوسطات الحسابية لاستراتيجية المواجهة الفعالة لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية	80
15	يوضح نتائج اختبار شيفي (Scheffe) لاستراتيجية المواجهة الفعالة لدى الممرضين	80
16	يوضح المتوسطات الحسابية لاستراتيجية التجنب لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية	80
17	يوضح نتائج اختبار شيفي (Scheffe) لاستراتيجية التجنب لدى الممرضين	81
18	يوضح المتوسطات الحسابية لاستراتيجية المواجهة الانفعالية لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية	81
19	يوضح نتائج اختبار شيفي (Scheffe) لاستراتيجية المواجهة الانفعالية لدى الممرضين	81
20	يوضح نتائج الفروق في درجة الإكتئاب حسب الجنس	82
21	يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة في درجة الإكتئاب	83
22	يوضح نتائج تحليل التباين لدلالة الفروق بين أفراد العينة في درجة الإكتئاب تبعاً للخبرة المهنية	84
23	يوضح نتائج اختبار شيفي (Scheffe) للممرضين في درجة الاكتئاب تبعا للخبرة المهنية	84

قائمة الأشكـــال		
الرقم	الشكـــل	الصفحة
01	المثلث المعرفي الملخص لأسباب نشوء الاكتئاب و ظهوره لدى الفرد	52

قائمة الملاحق	
01	مقياس بيك للاكتئاب BDI II
02	استبيان استراتيجية المواجهة
04	نتائج صدق وثبات أدوات القياس
04	نتائج الدراسة الاحصائية spss

مقدمـــــــة :

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

ولهذا يسعى الفرد بطرق شعورية أو لاشعورية وراء إيجاد سبل للتصدي والمقاومة من أجل التكيف.(محمد بن سعد الحميد،2008،ص:16)، هاته الطرق للتصدي ومقاومة الضغوط هي ما يعرف باستراتيجيات مواجهة الضغوط، وتشير عديد الدراسات إلى أنه في حال نجاح استراتيجيات مواجهة الضغط وتبني استراتيجيات فعالة للمواجهة، فهذا يساعد في الحفاظ على مستوى من الصحة النفسية وغياب الإضطرابات الوجدانية لاسيما القلق والإكتئاب، والعكس بالعكس.

ويعد الإكتئاب من أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعا وانتشارا في الدول المتقدمة، ويمثل أحدث اضطرابات الوجدان.(محمد عبد الله،2000،ص157)

وسرعة التغير الإجتماعي الذي نشهده اليوم، يعمل على زيادة الضغوط النفسية مما يعجل بحدوث الإضطرابات الاكتئابية ويساعد على استمرارها، فقد يكون الاكتئاب عصابيا طفيفا وقد يكون ذهانيا ينتهي إلى تدمير الشخص.

وهذا يعني أن الاكتئاب درجات، وإذا تضافرت أسباب وعوامل عديدة، فقد تصل حدة الاكتئاب إلى مستوى خطير، وتبدو خطورة المستوى المرتفع من الاكتئاب في انعكاس ذلك على تدهور قوى الشخص وهمته ودافعيته،مما ينعكس في النهاية على إنتاجيته وإنجازه. (غريب عبد الفتاح غريب،1993،ص33)

ويعد مجال الصحة من المجالات التي يعاني فيها العاملون من الضغوط والتوترات التي تترك آثارها النفسية والاجتماعية على الفرد. ذلك أنه كثيرا ما يواجه العاملون في قطاع الصحة مواقف وظروف عديدة يتعرضون خلالها لحالات من الاضطراب والقلق والإحباط والغضب، الأمر الذي يؤثر على حالتهم الصحية والنفسية، وينعكس سلبيا على مستويات آدائهم في العمل، والمتتبع لمهنة الممرض يلاحظ أن له دوار هاما في المنظومة الصحية، وكذا في إنجاح العملية العلاجية، فهو الوسيط بين البرنامج العلاجي المسطر من طرف الطاقم الطبي والمرضى .

وتؤكد بعض الدراسات أن الممرضين من أكثر المهنيين تعرضا للضغوط النفسية، نظرا لما تتضمنه مهنة التمريض من مواقف مفاجئة، وشعور بالمسئوولية نحو المرضى، وأعباء العمل الزائدة، خاصة في بعض المصالح الحساسة مثل مصلحة الإستعجالات، نظرا لخصوصية هاته المصلحة، ومعاناة الممرضين الدائمة سواءا مع كل الوضعيات الحرجة المستعجلة، عبء العمل، والإحتكاك المباشر مع كل شرائح المجتمع، والعنف الممارس ضدهم والذي يصل أحيانا حتى العنف المادي.

وتظهر انعكاسات هذا الضغط من خلال مؤشرات كالعطل المرضية المتكررة، الملل ،السلبية، الرغبة في تغيير المصلحة...إلخ. حيث كشفت بعض الدراسات أن المعدلات العالية من الضغط الانفعالي وانخفاض مستوى الإنجاز الشخصي تمثل أكبر مصدر ضاغط، ويتفق هذا مع أفضت إليه نتائج دراسة لعمارة سنة(2003) حول اضطرابات الضغط والاكتئاب بين طاقم التمريض ،أن نسبة الإصابة بالاضطرابات العقلية وصلت إلى 78٪ من أفراد العينة (مثل الاكتئاب، الضغط، والأرق ...إلخ)

ويعتبر هذا البحث إضافة علمية جديدة على مستوى الصحة العمومية في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر ،حيث يسعى الباحث من خلاله للكشف عن الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الضغوط من طرف الممرضين، ومدى انتشار أعراض الإكتئاب لديهم .

ولقد تضمنت هذه الدراسة جانبين جانب نظري وآخر ميداني، حيث تمثلت فصول الجانب النظري في الفصل الأول والذي تناولنا فيه التعريف بإشكالية الدراسة وموضوعها، وفرضياتها، وأهميتها، وأهدافها والمفاهيم الإجرائية لمتغيرات لدراسة، وتطرقنا في الفصل الثاني إلى استراتجيات المواجهة وجذورها التاريخية، ومفاهيمها ونظرياتها وأنواعها وكذا الاستراتجيات الفعالة، والغير فعالة، أما الفصل الثالث فتناولنا فيه الاكتئاب، مفهومه، مدى انتشاره، أنواعه، عوامله، أعراضه، النظريات المفسرة له، واحتوى الجانب الميداني على أربع فصول بدءا بالفصل الرابع، الذي تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة، بدءا بالدراسة الاستطلاعية، وأهدافها، والعينة المستخدمة فيها، وكذا الحدود المكانية و الزمانية و البشرية للدراسة، ضف إلى ذلك الأدوات المستخدمة فيها و خصائصها السيكومترية، ثم الدراسة الأساسية وإجراءاتها، والأساليب الإحصائية المستعملة، أما الفصل الخامس فقد شمل استعراض نتائج الدراسة و تحليلها، ليتم في الفصل السادس مناقشتها وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة و التراث النظري، وختاما تناولنا الاقتراحات والتوصيات وقائمة المراجع والملاحق.

الفصـــــــل الأول:

تقديم الدراســـــــة

1- إشكالية الدراسة .
2- تساؤلات الدراسة .
3- فرضيات الدراسة .
4- أهداف الدراسة .
5- أهمية الدراسة .
6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة .
7- حدود الدراسة .
8- الدراسات السابقة .

1- تحديد الإشكالية :

العصر الذي نعيش فيه هو زمن الضغوط النفسية بامتياز، هذه الضغوط وفي حال ما تفاقمت تؤدي إلى تراجع و تدهور الجانب الصحي الناتج عن اختلال التوازن البيولوجي و النفسي والاجتماعي، وتعد سببا رئيسيا للوفيات، إذ تشير الإحصاءات الحديثة إلى أن(80%)من أمراض العصر مثل النوبات القلبية وارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة والقولون قد تكون بدايتها الضغوط النفسية.(الشخابنة،2010،ص05)

لقد أثبتت الدراسات أنه بإمكان العوامل النفسية، التأثير المباشر على الجهاز المناعي إما بالسلب أو الإيجاب، فالعوامل النفسية الإيجابية كالفرح، السعادة، التسامح ، التفاؤل، الأمل، الرضا، لها تأثير إيجابي على الجهاز المناعي من حيث تعزيز نشاطه وتقويته لاسيما أمام التعرض لمختلف الفيروسات والميكروبات. في المقابل هناك عوامل سلبية كالاكتئاب،القلق،اليأس،التشاؤم وكذا التعرض لمختلف الضغوط النفسية الشديدة لديها تأثير سلبي على الصحة العامة مما يزيد احتمال الإصابة بمختلف الأمراض، وعلى الجهاز المناعي، فتعمل على تثبيط عمله و في إطار التبادل العلائقي بين العوامل النفسية والنظام المناعي.

وهناك العديد من الدراسات التي أكدت على إيجابية العلاقة بين ضغوط الحياة وبين الاضطرابات النفسية المختلفة كالقلق والإكتئاب، ففي دراسة أجراها عبد المعطي (1992) والتي هدفت إلى دراسة أحداث ضغوط الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية، أجريت الدراسة على عينة "168" فردا من الجنسين أعمارهم ما بين (50-23) سنة واستخدم الباحث آدتين لقياس ضغوط الحياة والصحة النفسية وأوضحت النتائج ارتباطا دالا بين الضغوط وجميع الاعراض الإكلنيكية المرضية .(عسكر علي،2000،ص 22)

و بينت دراسة جانيت وموريس djanet et morris (1984)، وجود علاقة موجبة بين أحداث الحياة السلبية والإكتئاب، وتوصلت ليندا وجانيت linda et janet (1985)، في دراستهما إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أحداث الحياة الضاغطة غير المسيطر عليها والاكتئاب بينما ارتبطت أحداث الحياة الإيجلبية سلبا بالإكتئاب، وبين كذلك جاب الله شعبان رمضان (1996) في دراسته أن الدرجة الكلية لتكرار الأحداث تسهم بنسبة ذات دلالة جوهرية في تباين مظاهر الإكتئاب كسمة لدى عينتي الموظفين والطلاب.(واكلي بديعة،2014،ص16)

ومن بين الدراسات التي ارتبطت بالواقع الجزائري، دراسة صبرينة غربي "2009" موضوعها دار حول "مصادر الضغط المهني لدى العاملين بالقطاع الصحي" حيث أكدت الدراسة أن الممرض يعاني من مصادر الضغط المهني. (صبرينة غربي،2009، ص209)

أما دراسة محمد فرج الله مسلم أبو الحصين "2010" فربطت الضغوط النفسية بكفاءة الذات لدى الممرضين العاملين بالمجال الحكومي، وخلصت إلى أن الممرضين يتعرضون إلى ضغوط كبيرة. (محمد فرج الله مسلم أبو الحصين،2010، ص03).

كما توصلت دراسة لعمارة "2003" حول اضطرابات الضغط والإكتئاب بين طاقم التمريض إلى أن نسبة الإصابة بالأمراض العقلية وصلت إلى 78% من أفراد العينة مثل (الإكتئاب، الضغط، الأرق ...).(تواتي نجية،2016،ص03)

تتسبب مثيرات الضغوط في استجابات وردود فعل عاطفية وفيزيولوجية وسلوكية تؤدي إلى استخدام الأفراد لتقنيات ومهارات تعمل على إحداث تكيف مع هذه الضغوط وتخفيف أثارها وحلها، هذه التقنيات يطلق عليها باستراتجيات المواجهة والتي تتمثل في السياقات التي يلجا لها الفرد عند مواجهته الأزمات حسب لازاروس تستعمل فيها مجموعة السلوكيات، والأنشطة المعرفية أو النفسية أو البدنية أو الاجتماعية التي يقوم بها الفرد، من أجل التخفيف من مستوى الضغط النفسي والتكيف معه، سواء كانت تلك الأنشطة عن قصد أو عن غير قصد (عويضة،2007،ص33) .

تعمل هاته الأساليب على إعادة التوازن الجسدي والنفسي و التوافق البيئي، ويختلف الأفراد في استعمال هذه الأساليب حسب نوع الموقف (القلا،2011،ص33)، فهناك من يستعمل أساليب انفعالية وأخرى معرفية وهناك من يركز حول المشكل، وكل هذا بهدف التقليل من حالة الغضب والنكران واحترام الذات أمام الآخرين حيث يلجا الفرد إلى استعمال بعض الميكانيزمات مثل الإنكار والخيال والتبرير والإسقاط..... (مريم بن سكريفة،2015،ص16) .

وما يجعل موضوع طرق مواجهة الضغوط موضوعا هاما لعلماء النفس هو أن الافراد يواجهون الضغوط بطرق مختلفة، بعضها ناجحا فعالا، والبعض الآخر غير ذلك، وعندما يخفقون في استعادة حالة التوازن يبقون تحت رحمة الضغط والتوتر فتظهر عندهم اضطرابات وتناذرات متنوعة (عبد الله محمد قاسم،2001).

فالكيفية التي يتوافق بها الفرد مع ضغوط الحياة ومشكلاتها وكيف يواجهها ويتعامل معها تعكس إلى حد ما تأثره بالضغوط وانعكاس ذلك على حالته الصحية،فهناك أساليب مواجهة إيجابية بناءة تتوجه مباشرة إلى حل الموقف الضاغط (إسماعيل بشرى،2004).

كما يرى كل من costa et mc care نقلا عن يوسف (2000) أن المتوافقين يستخدمون أساليب معينة من المواجهة تجعلهم أكثر سعادة ورضى عن حياتهم، بينما يستخدم سيء التوافق أساليب مختلفة للمواجهة و يشعرون بعدم السعادة. كما استنتج لازاروس lazarus أن الغضب القلق والإكتئاب هي نتيجة لفشل أساليب المواجهة ضد الضغوط، كما أشار كيمبل kimbal 1990) إلى أن الفرد يظهر عرض أو أكثر من أعراض الضغوط إذا فشلت جهود المواجهة. (نقلا عن إسماعيل بشرى 2004)

ويضيف أتكنسون atkinson وآخرون (1990) بأن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة المواجهة غير الناجحة وكذلك الحال بالنسبة لسوء التوافق بين الفرد وبيئته خاصة البيئة الإجتماعية (نقلا عن يوسف 2000).

وبحسب تصريح لازاروس 1993 فإن فائدة أي نوع من أنواع المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرضة للضغط.

ظهر في التصنيفات الحديثة للطب النفسي التصنيف العاشر للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية تحت عنوان "المشكلات المصاحبة للتعامل مع صعوبات الحياة" حالة مرضية أطلق عليها مرض الإحتراق burnout syndrome وتعرف أيضا على أنها حالة الإكتئاب الناتج عن الملل والإجهاد exhustion يميزها الشعور بالملل والإجهاد والتعب، وعدم القدرة على الإستمتاع و الإستفادة من الترويح، وعدم القابلية للقيام بالعمل، أو الإقبال عن الحياة، وكان أول من وصف هذه الحالة هو عالم النفس "كيل" سنة 1991 وذكر أن حالة أو مرض الإحتراق تتميز بما يلي:

أعراض نفسية مثل فقدان الحماس وعدم القابلية للعمل أو القيام بالمسؤوليات والنفور من أنشطة الحياة المعتادة وعدم الإنسجام على المستوى الشخصي أومع زملاء العمل، الشعور بالقلق الضيق والعدوانية وعدم الصبر والعصبية وسرعة الإستثارة، كما يبدوا على الشخص في هذه الحالة مظاهر التعب البدني والإجهاد الذي يمنعه من القيام بأي عمل.

وأعراض بدنية ومنها اضطراب النوم وفقدان الشهية ونقص المناعة لمقاومة الأمراض، وشكاوي بدنية من آلام مختلفة بالجسم.

ومن أمثلة هذه الحالات الأشخاص الذين يصابون بالملل نتيجة رتابة الأعمال التي يقومون بها، أو نتيجة للركود في محيط العمل، وعدم وجود حوافز أو ما يدفع للتجديد والإبداع والنشاط في العمل الذي يقومون به

ومثال على ذلك الموظفون الذين يقومون بأعمال روتينية متكررة، والمدرسون الذين يقومون بعملهم دون حماس لأنهم لا يحبون عملهم، والعمال الذين يعملون تحت ضغوط وظروف عمل قاسية وقد يدفع الملل هؤلاء إلى ترك عملهم أو التقاعد في وقت مبكر.(لطفي الشربيني،2001)

مما سبق ذكره يمكن اعتبار مواجهة الضغط النفسي محاولة من الفرد للتوافق مع الموقف الضاغط، هذه المحاولة إما أن تكون فعالة وناجحة فتخفف من آثار الضغط النفسي، أو أن تكون غير فعالة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي مما يؤثر سلبا على صحة الفرد، كما تشير بعض الدراسات إلى أهمية استراتيجيات المواجهة في عمليات التوافق مع ضغوط الحياة المختلفة، ولاسيما المهنية منها.

ويعتبر قطاع الصحة من أكثر القطاعات عرضة للضغوط، حيث يعد من القطاعات الحساسة والحيوية إذ تقدم خدمات دائمة للمواطنين تتوقف على أساسها حياتهم، وكذا من المؤسسات التي تقوم على العمل المنسق والأداء الفعال بين جميع القائمين والعاملين في القطاع، وخاصة ممرضي مصلحة الإستعجالات وذلك راجع لطبيعة هاته المصلحة الحيوية، من حيث عبئ وضغط العمل المكثف، والتعامل مع كل الوضعيات الإستعجالية المتأزمة والخطيرة للمرضى، والاحتكاك المباشر مع عائلات المرضى وكافة شرائح المجتمع في وضعيات غالبا ما يسودها التوتر الدائم والإنفعالات الحادة، مما يجعلهم عرضة في كثير من الحالات لكل أنواع العنف الرمزي والاعتداء الجسدي، وهذا ما نشهده مؤخرا في كثير من المصالح الإستعجالية، مما يفرض ضغوط كبيرة على الممرضين في مكان العمل، لذا توجب الوقوف على التنظيم الشخصي والوجداني لهذه الشريحة المهمة في المجتمع، من أجل تحديد الطرق المستعملة من طرفهم لمواجهة هذه الضغوط المختلفة، ومدى ظهور اضطرابات وجدانية كالإكتئاب لديهم، في حال فشل هذه الاستراتيجيات في إحداث التوازن النفسي والصحي .

من هنا جاء البحث الحالي لمحاولة الكشف عن التساؤلات التالية:

التساؤل العام : ما علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط بالاكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات؟ .

ويندرج منه التساؤلات التالية:

- ما هي الإستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة الضغوط من طرف ممرضي مصلحة الإستعجالات؟.
- ما هو مستوى الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الجنس؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الخبرة المهنية ؟.
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الخبرة المهنية ؟.

2- فرضيات الدراسة:

أ/ الفرضية العامة

- توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات.

ب/ الفرضيات الجزئية:

- يستعمل الممرضون العاملون بمصلحة الإستعجالات استراتيجيات المواجهة الفعالة، والمواجهة الإنفعالية، والتجنب لمواجهة الضغوط المختلفة .
- يعاني الممرضون العاملون بمصلحة الإستعجالات درجة إكتئاب متوسطة .
- توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الجنس .
- توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الخبرة المهنية.
- توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الجنس .
- توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الاستعجالات تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

3- أهداف الدراسة:

يسعى هذا البحث لتحقيق الأهداف التالية:

- تبيان العلاقة بين إستراتيجيات مواجهة الضغوط المستعملة من طرف ممرضي مصلحة الاستعجالات ودرجة الإكتئاب لديهم.
- الكشف عن مختلف الاستراتيجيات المستعملة من طرف الممرضين العاملين بمصالح الاستعجالات لمواجهة المشكلات الناجمة عن الضغوط المهنية في بعض المؤسسات الاستشفائية في ولاية ورقلة.
- الكشف عن درجة الإكتئاب عند ممرضي مصلحة الاستعجالات .

- الكشف عن أوجه الفروق بين الممرضين العاملين بمصلحة الاستعجالات، في استعمالهم لمختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط ، من حيث" السن ، الخبرة المهنية".
- الكشف عن أوجه الفروق بين الممرضين العاملين بمصلحة الاستعجالات في درجة الإكتئاب ، من حيث" السن ، الخبرة المهنية".
- إضافة علمية إلى التراث العلمي مع الأخذ بعين الاعتبار الطابع الاجتماعي الجزائري لمشكلة الضغط المهني وسبل مواجهته.

4- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية البحث من جانبين نظري وتطبيقي:

أ/ من الجانب النظري:

- تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة، في حدود علم الباحث التي اهتمت بموضوع العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط، والإكتئاب في البيئة المحلية.
- الاهتمام بالصحة النفسية لفئة الممرضين العاملين بمصالح الإستعجالات، لما تحمله هذه الفئة من أهمية في تقديم خدمات متنوعة للمرضى بصورة مستمرة طول اليوم ودون انقطاع.
- تفسير التأثير المتبادل بين الضغوط واستراتيجيات المواجهة، وانعكاس ذلك على الصحة النفسية والمرض " الإكتئاب".

ب/ من الجانب التطبيقي:

- البحث عن الاستراتيجيات الأكثر استخداما عند أطرف أفراد العينة.
- تبيان الإستراتيجيات التي تساعد في الحفاظ على مستوى من الصحة النفسية والعقلية وبالتالي إمكانية إقتراح برامج وقائية لتعزيز التوظيف الفعال لهاته الاستراتيجيات، من أجل الحفاظ على الصحة ومساعدة الممرض على تحقيق التوافق خلال تعرضه للضغوط، عن طريق التدريب على استعمال استراتيجيات فعالة للمواجهة، بدلا عن تلك التي تخل بالتوازن النفسي والصحي للممرض.
- يمكن استغلال نتائج الدراسة في تنمية جوانب الشخصية عند الطاقم الطبي والشبه طبي.

5- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

5-1- استراتيجيات المواجهة:

هي مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد بهدف التعامل وإدارة الطلب الناتج من التفاعل فرد-بيئة وذلك من خلال تقليص، ضبط، تحمل، خفض، وانقاص الضيق النفسي والموقف الذي يقدره الفرد بأنه ضاغط ومهدد ويتجاوز إمكانياته وقدراته الفردية. فالمواجهة هي استجابة للضغوط الداخلية والخارجية بهدف تقليص آثارها على الصحة النفسية والجسدية.

- **حل المشكلات:** استخدام الشخص للمعلومات والمهارات التي اكتسبها سابقا لمواجهة متطلبات موقف جديد غير مألوف، أو هو سلوك موجه لبلوغ هدف معين.
- **المواجهة الفعالة:** تجسيد المعلومات والمهارات المكتسبة في سلوكات ناجعة لمواجهة متطلبات موقف جديد غير مألوف، أو هو سلوك موجه لبلوغ هدف معين.
- **الدعم الإجتماعي:** تشير إلى الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد.
- **التجنب:** تحويل الانتباه من مصدر الضغط و يمكن أن يتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي كممارسة الرياضة، القراءة
- **المواجهة الإنفعالية:** التعامل مع مصدر الضغط بإنفعال سلبي " غضب، لوم الذات، توتر... " .

وتعرف إجرائيا على أنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد في استبيان استراتيجيات المواجهة المستعمل في هذا البحث.

5-2- الإكتئاب:

هو اضطراب نفسي يستدل عليه من انخفاض المزاج للشخص،وفقدان الإهتمام بالأمور الحياتية والشخصية، وفقدان الطاقة والجهد وحدوث تغيرات في الشهية للطعام والوزن والنوم ويحدث فيه صعوبة في التفكير والتركيز والتشعب بالأفكار وتكرارها حول الشعور بالذنب والضعف والتردد وعدم الحسم، والتفكير بالموت أو الإنتحار(APA 2013)، ويعبر عنه إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها الممرض في مقياس بيك 2 للإكتئاب BDI II المستخدم في هاته الدراسة.

5-3- الممرضون العاملون بمصلحة الاستعجالات:

هم الأشخاص الحاصلين على شهادة الكفاءة المهنية في التمريض، مثل" مساعد ممرض، ممرض رئيسي" العاملين بمصالح الإستعجالات في المستشفيات، والذين لديهم مهام محددة " معالجة وتضميد الجروح والإصابات، الحقن بالإبر، تقديم الأدوية اليومية، الأشعة والتحاليل الطبية".

5-4- المتغيرات الفردية:

- **الجنس:** يشمل كل من الذكور و الإناث.
- **الخبرة المهنية:** حددت بثلاث فئات " أقل من 5 سنوات / من 6 إلى 10 سنوات / أكثر من 10 سنوات ".

6- حدود الدراسة:

أ- **الحدود المكانية:** جرت الدراسة بمدينة ورقلة وتقرت " مصلحة الاستعجالات مستشفى محمد بوضياف ورقلة- مصلحة الاستعجالات مستشفى سليمان عميرات تقرت.

ب-الحدود الزمانية: أجريت الدراسة بالموسم الجامعي:2019/2018 خلال شهري، مارس/أفريل.

ج- الحدود البشرية: أجريت الدراسة على 100 من الممرضين العاملين بمصالح الإستعجالات من الجنسين بمدينة ورقلة وتقرت.

7- الدراسات السابقة:

7-1 الدراسات العربية:

- دراسة النيال وعبد الله(1997) هدفت إلى بحث العلاقة بين بعض أساليب مواجهة ضغوط الحياة وبعض الاضطرابات النفسية، كما هدفت إلى معرفة مدى تأثر أساليب المواجهة بمتغيرات الجنس والعمر والتخصص .

وقد تكونت العينة من 244 من الطلاب الجامعيين في المجتمع القطري منهم 195 أنثى و49 ذكراً، طبق عليهم مقياس إستراتيجيات مواجهة ضغوط الحياة ومقياس الاضطرابات الانفعالية، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض أساليب مواجهة ضغوط الحياة، وهي أسلوب التوجه الانفعالي، وأسلوب التوجه التجنبي، وأسلوب التوجه نحو الأداء وبين القلق والاكتئاب، والوسواس القهري.
- لا يوجد أثر لمتغيرات الجنس، والتخصص الدراسي، والعمر على أغلب هذه الأساليب.
- كانت مجموعة مرتفعي الضغوط أكثر ميلاً لاستخدام أسلوب التوجه الانفعالي.
- كانت مجموعة منخفضي الضغوط أكثر ميلاً لاستخدام أسلوب التوجه نحو الأداء.

- دراسة العنزي (1999) في دراسته عن الفروق بين مرضى الاكتئاب الخفيف والأصحاء في أساليب مواجهة الضغوط ، وذلك على عينة بلغت 40 فردا من الذكور السعوديين تتراوح أعمارهم

بين "20–40" مقسمين إلى مجموعتين بالرياض، وقد توصل إلى وجود فروق جوهرية بين مرضى الإكتئاب الخفيف والأصحاء في الدرجة الكلية لأساليب المواجهة الإيجابية، كما أوضحت النتائج أن مرضى الإكتئاب الخفيف يختلفون في أساليب المواجهة المستخدمة، وأنهم يميلون إلى استخدام الأساليب السلبية بنسبة 71% فيما كانت الأساليب الإيجابية لا تتجاوز 29%، بينما الأصحاء يميلون لاستعمال الاساليب الإيجابية بنسبة 86%، أما الأساليب السلبية فلا تتجاوز 14%.

- دراسة سامي عبد القوي (2002) التي بحثت في أساليب التعامل مع الضغوط ودرجة الإكتئاب لدى عينة من الطلبة والطالبات بالإمارات، وهدفت للكشف عن الفروق بين الجنسين في كل من أساليب التعامل مع الضغوط والمظاهر الإكتئابية، والكشف أيضا عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة على الإكتئاب في أساليب تعاملهم مع الضغوط، وشملت عينة الدراسة 234 طالب وطالبة، وأسفرت النتائج على وجود ارتباطات موجبة و دالة بين الأساليب الغير فعالة والإكتئاب، وأن منخفضي الإكتئاب يستعملون أساليب مواجهة فعالة أكثر من مرتفعي الإكتئاب، كما أوضح تحليل التباين إمكانية التنبؤ ببعض الأعراض الإكتئابية من خلال الأساليب غير الفعالة التي يستعملها الفرد مع الضغوط

- أجرت العلمي (2003) دراسة عن التوتر والضغط النفسي والاكتئاب ومهارات التعامل مع الضغوط على عينة من طلبة الجامعات الفلسطينية والأردنية بلغ عددهم 696 طالباً وطالبة واستخدمت الدراسة عدة مقاييس للتوتر والاكتئاب، والضغط النفسي ومهارات التعامل مع الضغوط.

وقد خلصت الدراسة إلى عدد من النتائج نسوق منها ما يهمنا في هذه الدراسة:

- يتعرض الطلبة في الجامعات الفلسطينية إلى ضغوط نفسية شديدة بينما يتعرض الطلبة في الجامعات الأردنية إلى ضغوط نفسية متوسطة القوة.
- يميل الطلبة في الجامعات الفلسطينية إلى استخدام مهارات التكيف بكثرة وبشدة أكثر من طلبة الجامعات الأردنية.
- إن هناك فروقاً بين الطلاب والطالبات بالجامعات الفلسطينية في مهارات التعامل مع الضغوط لصالح الطلاب بينما لم تكشف الدراسة عن وجود فروق بين طلبة الجامعات الأردنية الذكور والإناث في استخدام مهارات التكيف .
- إن أكثر وسائل التكيف شيوعاً لدى الطلبة الفلسطينيين هي الرجوع إلى الدين واللجوء إلى الله، ثم المواجهة النشطة، ثم الدعم الاجتماعي، والضبط الذاتي.

- دراسة (غربي صبرينة 2004) تناولت هذه الدراسة التحليلية والتطبيقية مستويات الضغط المهنى لدى الممرضيين وأسبابه وأعراضه كما تناولت مستويات الاكتئاب وكذا العلاقة بين مستويات الضغط المهنى ومستويات الاكتئاب واثر المتغيرات الفردية التنظيمية على كل من الضغط المهنى والاكتئاب وخلاصة الدراسة إلى أنه فعلا توجد علاقة طردية موجبة بين مستويات الضغط المهنى ومستويات الاكتئاب أما الفروق الفردية فهي فروق غير دالة إحصائيا بالنسبة للمتغيرين المدروسين كما توصلت الدراسة الى بناء مقياس مقنن يتضمن قائمة لمصادر الضغط.
- دراسة (طايبي نعيمة 2013) يسعى البحث إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي التي يخبرها الممرضون وكذا علاقة الاحتراق النفسي بكل من الضغط النفسي المدرك، والأعراض السيكوسوماتية و الإكتئاب، كما يسعى البحث إلى الكشف عن وجود إختلاف في مستويات الاحتراق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم، ولتحقيق أهداف البحث و الاجابة عن التساؤلات والتحقق من فروضه، تم اختبار عينة عشوائية مكونة من 227 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة. تم تطبيق مقياس للاحتراق النفسي ومقياس الضغط المدرك ومقياس إستراتيجيات المواجهة و مقياس الأعراض السيكوسوماتية ومقياس الإكتئاب، وبعد جمع المعطيات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية، توصلنا إلى عدد من النتائج أهمها ما يلي: – معاناة الممرضون من مستويات متفاوتة من الإحتراق النفسي . – وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحتراق النفسي لدى الممرضين. – وجود إختلافات في مستويات الاحتراق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم. – وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين – وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض الاكتئابية لدى الممرضين.
- دراسة (تواتي نجية 2016) يسلط هذا البحث الضوء على مختلف مصادر الضغوط المهنية ومختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة حيالها من طرف العاملين بقطاع الصحة العمومية بالجزائر، وكذا البحث عن الفروق بين مختلف الفئات المهنية الموجودة به من (أطباء، ممرضين، تقنيين، نفسانيين، مساعدين اجتماعيين وإداريين)، وكذا الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية وتفاعلها مع المتغيرات الشخصية والفئات المهنية
- دراسة (سونيا السيد حسين طعمة 2018) كان الهدف من الدراسة هو تقييم الإجهاد في أماكن العمل واستراتيجيات التكيف، ومستويات الاكتئاب بين الممرضات النفسيات، وتم إجراء تصميم

ارتباط وصفي على الممرضات النفسيات العاملات في مواقع الصحة العقلية ببور سعيد مصر، و تم جمع البيانات من 70 ممرضة في مستشفى الصحة العقلية، وكشفت النتائج أن الممرضات النفسيات لديهن مستويات معتدلة من الإجهاد والاكتئاب المرتبطين بالعمل ، وعرض استراتيجيات مواكبة إيجابية في التعامل مع مصادر الضغوط.

الدراسات الأجنبية:

- دراسة (إيبورا إيمانوال لي 2015) (Obiora Emmanuel Iyi 2015) درست العلاقة بين الضغوطات المرتبطة بالعمل والتمريض واستراتيجيات التكيف، وتأثيرها على مستويات الرضا الوظيفي والاضطرابات المزاجية لدى الممرضات، واقترح أن تؤدي المستويات الأعلى من الإجهاد المتصور للعمل واستخدام موانع الإبطال إلى زيادة اضطراب المزاج، في حين أن التقارب المرتكز على المشكلة سيرتبط بانزعاج أقل في حالة المزاج، تهدف الدراسة أيضًا إلى استكشاف "التأثيرات المؤقتة" المحتملة لاستخدام الفكاهة في التعامل مع الإجهاد، وتأثير الرضا الوظيفي على علاقة الإجهاد والمزاج، وكشفت النتائج وجود علاقة إيجابية كبيرة بين الإجهاد التمريضي واضطراب المزاج وعلاقة سلبية كبيرة بين الإجهاد التمريض والرضا الوظيفي، تم العثور على استخدام التغلب على التكيف وتصور الحمل الزائد على العمل لتكون تنبئ كبير من اضطراب المزاج. لم يتم العثور على أي دليل يشير إلى أن استخدام الفكاهة كان له تأثير معتدل على العلاقة بين الإجهاد والمزاج ولكن كان هناك دعم لتأثير الرضا الوظيفي على هذه العلاقة. وقدمت هذه النتائج بعض الدعم لنموذج معاملات الإجهاد، حيث وجد أن العوامل الظرفية تؤثر على تمركز الممرضات وتصوراتها.
- دراسة (كونستانتينوس تساراس ، يوانا باباثاناسيو فيكتور، أنتيغوني باناجيوتوبولو، ماريا أليكساندرا كاتسو ، مارثا كيليسي ، وإيفانجيلوس فراديلوس 2018) , (Konstantinos Tsaras Ioanna V. Papathanasiou , Viktor Vus , Antigoni Panagiotopoulou , Maria Alexandra Katsou, Martha Kelesi , et Evangelos C. Fradelos) كان الغرض من هذه الدراسة هو تقييم مدى انتشار وعوامل الاكتئاب والقلق بين ممرضات الصحة العقلية العاملين في مستشفيات الأمراض النفسية العامة، لتحديد المتنبئين المستقلين لخطر اضطرابات الصحة العقلية، ممرضو الصحة العقلية معرضون بشكل كبير لخطر الإصابة باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والقلق. أن تكون عازبًا أو مطلقًا أو أرملًا أو أكبر سنًا، ولديها سنوات عديدة من الخبرة

وشهادة الدراسات العليا ، يمكنها التنبؤ بالعوامل المرتبطة بالاكتئاب والقلق بين ممرضات الصحة العقلية، وباختصار ، كان لدى عدد كبير من ممرضات الصحة العقلية المشاركين في الدراسة مستويات عالية من الاكتئاب والقلق، كما ظهر أنه لا تؤثر المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية والمهنية ، بخلاف العمر والتعليم والخبرة في العمل ، على انتشار الاكتئاب والقلق. ما يقرب من 50 ٪ من الذين شملهم الاستطلاع لديهم أعراض نشطة من الاكتئاب والقلق.

- دراسة (لوانا، باباتاناس، دينيس ماكنور، كوستانتينوس تساراس، ليوناردو، لابرق ميشال، ليوكاديو 2018) (Leodoro J. Michael C. Leocadio ،Konstantinos Tsaras Labrague، Denise McEnroe-Petitte، Ioanna V. Papathanas 2018)أجريت هذه الدراسة الدولية لتحديد مستوى التوتر ومصادره واستراتيجيات المواجهة بين طلاب التمريض من ثلاث دول: اليونان والفلبين ونيجيريا، أظهرت النتائج أن درجة التوتر ونوع الإجهاد ، وكذلك أنماط المواجهة المستخدمة من قبل طلاب التمريض ، تختلف حسب بلد المنشأ،واستنتج إن تعزيز مهارات التأقلم الإيجابية لدى طلاب التمريض يمكن أن يكون مفيدًا في التعامل بفعالية مع مختلف الضغوطات في تجاربهم المدرسية مع تعظيم التعلم. يمكن أن يكون تطبيق الأساليب التي تم اختبارها تجريبياً مفيدًا في منع تكرار الإجهاد وتخفيف التأثير ، مثل استشارات إدارة الإجهاد وبرامج الاستشارة وإنشاء أنظمة دعم الأقران وصياغة سياسة الأسرة والمستشفى التي ستدعم طلاب التمريض.

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة، يلاحظ عدم وجود دراسات في البيئة المحلية، في حدود اطلاع الباحث تناولت العلاقة بين متغيرات الدراسة الحالية استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي والاكتئاب، كما تتميز بدراسة فئة مهمة من العاملين في مجال الصحة العمومية ألا وهم فئة " الممرضين العاملين بمصلحة الإستعجالات" بالمستشفيات العمومية.

- أكدت الدراسات على وجود علاقة إرتباطية سالبة بين إستراتيجيات التكيف والمواجهة الإيجابية والإكتئاب كما بينت وجود علاقة ارتباطية موجبة بين استراتيجيات المواجهة السلبية مثل التجنب والإنفعال والاكتئاب ، مثل دراسة العنزي (1999)، دراسة(النيال وعبد الله(1997)، سامي عبد القوي (2002)، دراسة (سونيا السيد حسين طعمة 2018)، ودراسة (إيبورا إيمانوال لي 2015).

- أغلب الدراسات السابقة تناولت عينة الطلبة الجامعيين مثل دراسة(النيال وعبد الله(1997) سامي عبد القوي (2002)، دراسة العلمي (2003)، وبعضها الآخر تعرض لعينة الممرضين مثل دراسة (غربي صبرينة 2004) ودراسة (طايبي نعيمة 2013)، و دراسة (تواتي نجية 2016)، و دراسة (سونيا السيد حسين طعمة 2018)، ودراسة (إيبورا إيمانوال لي 2015)، ودراسة (كونستانتينوس تساراس ، يوانا باباثاناسيو فيكتور، أنتيغوني باناجيوتوبولو، ماريا أليكساندرا كاتسو ، مارثا كيليسي وإيفانجيلوس فراديلوس 2018)
- فيما يخص المتغيرات الديموغرافية " الجنس، السن، المستوى الدراسي" أكدت جل الدراسات على عدم وجود فروق فيها، مثل دراسة النيال وعبد الله(1997)، دراسة (غربي صبرينة 2004،) دراسة (تواتي نجية 2016)، دراسة (كونستانتينوس تساراس ، يوانا باباثاناسيو فيكتور، أنتيغوني باناجيوتوبولو، ماريا أليكساندرا كاتسو ، مارثا كيليسي ، وإيفانجيلوس فراديلوس ، أما دراسة العلمي(2003) جاءت بوجود فروق في مهارات التعامل مع الضغوط لصالح الطلاب .
- تمثل منهج الدراسات السابقة في المنهج الوصفي الإرتباطي، كما استعملت مقاييس مختلفة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.

الفصل الثانـي:

استراتيجيات مواجهة الضغوط

تمهيد

1- مفهوم ومصادر الضغوط
2- الضغط المزمن والصحة
3- مفهوم إستراتيجيات المواجهة
4- وظائف إستراتيجيات المواجهة
5- تصنيف إستراتيجيات المواجهة
6- محددات إستراتيجيات المواجهة
7- النظريات المفسرة لإستراتيجيات المواجهة
8- المواجهة الايجابية والمواجهة السلبية

خلاصة

تمهيد

لقد أصبح مفهوم المواجهة coping ذو استعمال متزايد في مجال علم النفس و الطب العقلي وبالأخص في الدراسات حول الضغط، ولا يمكن التحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها، لأن فهم طبيعة وآثار الضغوط ترتبط دوما بفهم أساليب التغلب عليها.

ولأن توفر واستخدام آليات معينة للمواجهة تؤثر بشدة على استجاباتنا النفسية والفسيولوجية للضغوط، فأساليب المواجهة يمكن أن تعبر عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث، والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر. وفي هذا السياق يرى kontsoimon و زملائه (1996) أن خبرة الضغوط ليست هي العامل الحاسم في الإصابة بالحوادث، وإنما الأهم هو كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. ويضيف Atkinson& all (1990) أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة المواجهة غير الناجحة.

كما تعتبر استراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطية بين اثر الضغوط، والنتيجة التكيفية للفرد وبالتالي صحته النفسية والجسدية، وفي هذا الصدد يصرح lazaros و folkman (1988)، أي الطريقة التي يواجه بها الأفراد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية وليس الضغط بحد ذاته .(واكلي بديعة،2014،ص157)

1-الضغط النفسي:

1-1- تعريف الضغط النفسي:

لكلمة ضغط عدة معاني في اللغة العربية، فيقال ضغطه ضغطا أي غمزه إلى شيء كحائط أو نحوه ويقال ضغط الكلام إذا بالغ في اختصاره وإيجازه، بحيث يتخلى عن التفاصيل ومن تصريفات الكلمة ضغط ضاغطة، مضاغطة، أي حين ي ازحم أحدهما الآخر.(جمعة سيد يوسف،2008 ،ص11)

وذكر الرازي في الصحاح "الضغطة بالضم هي الشدة والمشقة والفعل ضغطه يضغطه ضغطا أي عصره وضيق عليه وقهره والضغطة بالضم معناها الضيق والإكراه يقال أخذت فلانا ضغطة أي ضيقت عليه لتكرهه على الشيء والضغطة بالفتح القهر والضيق والاضطرار . (جار الله السنيدي 2008 ،ص71) .

أما في معناها الاصطلاحي فقد تعددت تعريفات الباحثين لظاهرة الضغوط النفسية، كونها ظاهرة معقدة ومتداخلة، ومن هذه التعريفات نجد أن هناك من يعتبره أحد المثيرات بينما نجد آخرين يعتبرونه استجابة وهناك من ينظر إليه على أنه عملية تفاعلية، وهناك من يركز على الجانب الفسيولوجي للضغط ، وهناك من يهتم بالجانب النفسي، وهذا ما سيتم تناوله من خلال هذه التعريفات المتباينة لمصطلح الضغط حيث عرف معجم وبستر Webster New World Dictionary الضغط: بأنه كلمة تعني القوة المجهدة ويقال أيضا أنه القوة التي تقع على الجسم مما يحدث تغيير في شكله كأثر لهذه القوة .

(أحمد محمد عرافي،2013 ص81)

وفي قاموس علم النفس نجد أنها حالة من التهديد تمس العضوية تؤدي إلى فقدان توازنها بسبب مواقف الخطر التي تتعرض لها . (Sillamy Norbert, 2003,P365) ، مما يلاحظ في هذا التعريف أن الضغوط عبارة عن استثارة تمس العضوية تؤدي إلى إنتاج سلوكيات جديدة، والتخلي عن السلوكيات القديمة وفي تعريف ماك ارث"McGrath"، نجد أنه كثرة المتطلبات البيئية التي تثقل كاهل الفرد أما كوكس "Cox"، فيرى أنه عبارة عن ظاهرة إدراك حسي ناتجة عن الموازنة بين متطلبات الفرد والقدرة على التكيف والتأقلم، أما ليفين "Levine" فقد اتجه اتجاها مغايرا في تناوله لمفهوم الضغط حيث عرفه أنه كل ما يؤدي إلى زيادة إفزاز الغلوكوكورتكويد أو ما يسمى بالقشريات السكرية، وهذا ما نجده في تعريف" ماكوين"

Mc.Ween بأنه الأحداث التي تهدد الفرد والتي تثير الاستجابات الفسيولوجية والسلوكية كرد فعل . (p 54 2005, Kimberly.V.Oxington,)

أما "فاروق السيد عثمان "فيرى أنها تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية وقد تنتج الضغوط من الصداع والقلق والإحباط .(فاروق السيد عثمان،2001،ص69)

ويعرف لازروس "Lazarus" الضغط، بأنه مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد إضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر، وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف، وينحى "والتر جاملش"Walter GameLech نفس المنحى في تعريفه للضغوط فهي التوقع الذي يوجد لدى الفرد حيال عدم القدرة على الاستجابة المناسبة لما قد يتعرض له من عوارض قد تكون نتائج استجاباتنا لها غير موفقة وغير مناسبة.(عبد الرحمان الطريري،1994، ص01)

أما "لطفي الشربيني" : فيقول للضغط في الطب النفسي مفهوم معنوي، ويعني التأثير غير المرغوب للموقف والخبرات السلبية من الناحية النفسية، أما ضغوط الأفكار فهو تتابعها وتشويشها وكثرتها بصورة تسبب التشويش الذهني، والضغوط الاجتماعية تؤثر على سلوك الفرد وصحته النفسية، أما "جابر عبد الحميد" و"علاء الدين الكفافي" فيعرفه بأنه المطالب المفرطة أو الضاغطة التي يتعرض لها الفرد والشعور بالضغط قد يتفاوت بتفاوت الأشخاص ويتوقف على مطالبهم التربوية والمهنية والأسرية وغيرها .

(نشوة كرم دردير،2010، ص15)

ويعرفه "وليم الخولي" (1976)، بأنه حالة يتعرض فيها الإنسان لصعوبات بيئية مستمرة مادية ومعنوية وجسمية ونفسية، والتي يتغلب عليها في حياته اليومية بوسيلة من وسائل التكيف مع الظروف البيئية للاحتفاظ بحالة الاستقرار ولكن كثي ار ما تشكل تلك الصعوبات إجهادا لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق ونجد "حسن عبد المعطي" (2006) يرى بأنها تعبر عن الحادث ذاته أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط مما يعني ذلك أن الفرد وقع تحت طائلة ضغط ما، في حين أن "عبد الرحمان مهدي" 1995 يرى أنه التفاعل بين الشخص وبيئته التي يدركها على أنها ضاغطة بالنسبة له والتي تم تقييمها

على أنها مرهقة أو تفوق موارده للتغلب عليها وتعرض حياته للخطر .(عبد الله بن حميد السهلي،2010 ص16)

مما يلاحظ من التعريفات السابقة، أنها اتخذت اتجاهات متباينة ومنعرجات متشعبة في تناولها لمفهوم الضغط النفسي، ففي حين أن البعض يرى أن الضغوطات عبارة عن مثيرات، نجد في الاتجاه المقابل من يرى أنها عبارة عن استجابة، في حين ترى تعريفات أخرى على أنها علاقة تفاعلية، أي أنها تجمع بين المثير والاستجابة، وهناك من يرى أنها استجابة أي ردة فعل، ونجد تعريفات أخرى تركز على الجانب المعرفي.

2-1 : مصادر الضغوط النفسية :

حيث صنفها كوهين و آخرون Cohen & all من حيث الشدة ودرجة إزمانها إلى أربعة فئات رئيسية :

- ضغوط حادة مثل :انتظار عملية جراحية
- نتائج حدث ضاغط ينتج عن أحداث معينة مثل الطلاق أو موت زوج .
- ضغوط مزمنة أو مستمرة مثل البطالة
- ضغوط مزمنة مستمرة ولكنها متقطعة مثل الاتصال بأفراد الأسرة الذين يتسببون في صراعات أو تهديدات مدركة .(عبير بنت محمد الصبان،2003،ص39)

ويصنف "كوبر" و"مارشال" Marchell &Cooper ، مصادر الضغوط إلى ضغوط داخلية وأخرى خارجية وهي كالتالي:

- العمل وما يشمله من تنظيمات الأدوار وعلاقات ومسؤوليات
- مراحل نمو الفرد
- مكونات الشخصية للفرد
- التنظيمات البيئية والمناخ
- العلاقات الداخلية في التنظيمات البيئية . (خالد عبد الله العبدلي،2012،ص37)

ويضيف بيلز "Beals" مصادر أخرى للضغوط النفسية تتمثل في :

– الأحداث اليومية: فالأحداث غير المألوفة والأحداث غير المتوقعة، والتي يصعب التنبؤ بها والأحداث الخارجة عن نطاق التحكم هي أحداث تسهم في الشعور بالضغط النفسي.

– نمط الشخصية: يتميز بارتفاع الطموح والرغبة المستمرة في تحقيق النجاح، كما يتميز هذا النمط بالرغبة في تنفيذ أشياء عديدة في نفس الوقت لذلك فهم يضعون أنفسهم في حالة مستمرة من الشعور بالضغط .

– الحالة الاقتصادية: مما لا يسمح بتوفير الحاجات الفردية في الحياة للفرد، أو فقدان الدخل سواء بالفصل أو العجز عن العمل .

– الظروف الاجتماعية: وتتمثل في القواعد والقوانين والعادات والأنظمة، التي تسنها المجتمعات واتجاهات التحيز أو التعصب عند الناس.(المرجع السابق، ص38)

كما يصنف "سيد جمعة" مصادر الضغوط إلى:

- أحداث الحياة الشاقة :والتي تتراوح بين الأحداث المزلزلة، كوفاة شخص عزيز إلى الأقل شدة كالانتقال إلى مكان جديد للإقامة .
- الشدائد المزمنة chronic strain: تنتج هذه الشدائد عن أحداث ضاغطة أو صادمة تبقى آثارها مع الفرد لسنوات، ويمثل اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) مثالا لهذا النوع من الضغوط المزمنة .
- منغصات الحياة اليومية كالوقوف في طابور الانتظار أو محاولة اتخاذ قرار صعب، وما إلى ذلك من أحداث تواجه الفرد في حياته اليومية . (جمعة سيد يوسف 2008 ص16)

وقد تحدث كل من "جيردانو "Girdinano و"إفرلي" Everly و"داسك"Dusik عن أسباب الضغوط حيث تم تصنيفها إلى :

- أسباب نفسية اجتماعية: تركز على أسلوب الحياة وما يتضمنه من عوامل مثل درجة التكيف والعبء الزائد والإحباط والحرمان
- أسباب البيئة العضوية الحيوية: وتتضمن عوامل مثل الاتزان العضوي، طبيعة التغذية الحرارة والبرودة.
- أسباب شخصية: تتمثل في إدراك الذات والقلق وإلحاح الوقت، والشعور بفقدان السيطرة على الأمور والغضب والعدوانية .

وقد قسمها "الوليدي "إلى مصادر متعلقة بالفرد كمفهوم الذات والتكيف والإحباط وأخرى سلوكية وظروف متعلقة بالعمل وظروفه المادية.(أحمد محمد عرافي،2013،ص19)

2- الضغط المزمن و الصحة : Chronic Stress and Health

من الصعب إجراء الأبحاث التي تحاول إيجاد العلاقة بين الضغط المزمن و الآثار السلبية على الصحة الجسمية و العقلية , إذ يصعب دائما أن نبين بأن ضغوطات مزمنة معينة هي العامل المؤثر في إحداث المرض، ومع ذلك فإن هناك ثروة من الدلائل التي تتسق مع الفكرة القائلة بأن الضغط المزمن في حدوث المرض.

فالأبحاث تكشف بوضوح عن فروقات بين الطبقات الاجتماعية في الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب وعن فروق في معدلات حدوث أمراض معينة, وكما هو الحال بالنسبة لأغلب أنواع السرطان، الأمراض القلبية الوعائية، هناك دلائل تقود إلى الاقتراح بوجود علاقة بين الضغط الناتج عن الفقر, والتعرض للجريمة ,وغيرها من مسببات الضغط المزمنة التي تختلف باختلاف الطبقة الاجتماعية(N.E.Adler,Boyce ,Chesney ,Folkman&Syme,1993).إضافة لذالك فإن كثيرا من الاضطرابات النفسية كالكآبة مثلا قد تكشف عن نمط العلاقة ذاتها (R.J Turner &Lloyd 1999)، فالأشخاص الذين ينحدرون من طبقات اجتماعية متدنية على سبيل المثال يحتلون في العادة منها مكانتها الاجتماعية متدنية مما يجعلهم أكثر عرضة للصراعات الناجمة عن العلاقات مع الآخرين، والى درجات أعلى من الاستشارة مما يمكن أن يؤدي الى زيادة المعاناة النفسية وتغير بالمؤشرات القلبية الوعائية إضافة الى نتائج أخرى لها علاقة بالتعرض للضغط (K.A.Matthews et al 2000)، وكما سنبين في الفصل المتعلق بموضوع الضغط في مكان العمل فإن الضغط المزمن المرتبط بمهن معينة وخصوصا تلك المهن التي تفرض مطالب عالية ويصعب التحكم فيها قد ارتبط بدرجة دالة مع تطور الامراض القلبية الوعائية (Marmot 1998) .(شيلي تايلور،2008،ص 334)

2-1 معوقات دراسة الضغط المزمن : Problems in Studying Chronic Stress

من الصعب إجراء الابحاث التي تتناول العلاقة بين التعرض للإجهاد المزمن، وبين المعاناة النفسية والمرض بدرجة عالية من الدقة، وذالك لعدة أسباب يعود أولها إلها إلى تقييم الإجهاد المزمن يتم بطريقة ذاتية تستند الى بيانات تجمع بطريقة التقرير الذاتي فهو ليس كأحداث الحياة , التي يمكن تقييمها دائما بشكل

موضوعي , وقد يصعب قياس الإجهاد المزمن بموضوعية , لأن من الصعب الجزم بشكل موضوعي ما إذا كان الإجهاد الناجم عن مصدر معين ما زال مستمرا أم لا .

ثانيا : كما هو الأمر بالنسبة لأحداث الحياة , فإن القوائم المعدة لتقييم الإجهاد المزمن قد تستطيع أيضا أن تكشف عن المعاناة النفسية و العصبية بدلا من الكشف عن وجود الظروف الضاغطة ,و أخيرا وكما سبق الإشارة إليه عند الحديث عن قياس أحداث الحياة الضاغطة , فإن القوائم المعدة لقياس أحداث الحياة قد تخلط في التقييم بين الإجهاد المزمن و أحداث الحياة الضاغطة مما يؤدي إلى التقليل من تأثير الإجهاد المزمن على الصحة النفسية و الجسمية (Avision &Turner 1988) بسبب هذه المشاكل التي تواجهنا لدى محاولة قياس الضغط المزمن، فإن الكثير من الأبحاث التي أجريت في هذا المجال تركز حاليا على الضغوط المزمنة التي يمر بها الأفراد ومن الأمثلة على ذالك ما يتعرض إليه الراشدون في مكان العمل .(المرجع السابق،ص 334)

2-2 الضغط في مكان العمل : Stress in Workplace

هناك عدد هائل من الابحاث التي أجريت لفحص الأسباب و النتائج التي يقود إليها الضغط المهني، إذ تبين وجود علاقة بين الضغط المهني و المعاناة النفسية (e.g.Revick &May1985) وبين النتائج الضارة بالصحة (Quick 1999)، وتحتل الدراسات التي تتناول الضغوط المهنية أهمية خاصة وذالك لعدة أمور، أولى هذه الأمور أنها تساعد في تحديد بعض أكثر مصادر الضغط أهمية في حياة الفرد اليومية وثانيا إنها تزود بدلائل إضافية حول العلاقة بين الضغط و المرض، وثالثا إن ضغط العمل يمكن أن يكون واحدا من مصادر الضغط التي يمكن الوقاية منها، مما يتيح الفرصة للقيام بالتدخل (Sauter,Murphy&Hurrell1990)، ومع أنه ليس من الممكن تجنب جميع الضغوط المهنية، إلا أن المعرفة بالجوانب المسببة للضغط في العمل ,تزيد من إمكانية إعادة تصميم الأعمال , وتنفيذ إجراءات التدخل اللازمة للتعامل مع الضغوط المهنية، ورابعا إن الاضطرابات الجسمية و العقلية كما اتضح لصانعي القرارات يرتبط حدوثها مع زيادة التعرض للضغط (Hatfield 1990 Sauter et al1990)، وهذه الاضطرابات مسئولة عن الزيادة الهائلة في المبالغ التي تدفع لقاء الضمان الاجتماعي، ولحالات الاعاقة التي يتعرض لها العاملون, وهذا بدوره جعل الاهتمام بضبط الزيادة في التكاليف من أكثر الأمور التي توليها البرامج الإقتصادية اهتمامها .

2-3 المخاطر الجسمية : Physical Hazards

يتعرض كثير من العاملين بسبب طبيعة أعمالهم، لمخاطر جسمية وكيماوية وبيولوجية (G.W.Evans&Kantrowitz2001)، وينشأ عن هذه المخاطر أضرار صحية جسمية من إصابات وسرطانات وأمراض في الأجهزة التنفسية والقلبية الوعائية (J.S.House & Smith1985).

إضافة لذالك فإن التغيير في أنماط العمل قد يؤدي إلى زوال بعض الجوانب الايجابية الصحية، التي يتم تحقيقها بسبب ممارسة المهنة، فمثلا كانت أغلب المهن الشائعة في السابق قبل الثورة الصناعية ذات طبيعة زراعية، وكانت تتيح الفرصة لممارسة النشاط الجسدي أثناء أداء المهمات المتعلقة بالعمل، وعندما انتقل الناس لأداء أعمال تتطلب الجلوس خلف المكاتب، أو الى بيئات أخرى تتطلب بذل القليل من الجهد الجسمي انحدار معدل النشاط الجسدي الذي أصبح يبذل أثناء القيام بالعمل بشكل كبير (J.S.House & Smith1985)، وبما أن معدل النشاط له علاقة بالحالة الصحية فإن هذا التغيير في طبيعة المهن يزيد من احتمال التعرض للأمراض (Eichner 1983 Rigotti,Thomas & Leaf1983)

وحديثا أخذت الدراسات المعاصرة تركيز اهتمامها على بعض الاضطرابات كالإصابات الناجمة عن تكرار الضغط مثل تناذر الساعد الأنبوبي (Carpal Tunnel Syndrome) وهو من نتائج إتباع أسلوب حياة مبرمج يتسم بكثرة الجلوس .(شيلي تايلور، 2008 ص 335)

2-4 العبء الزائـد : Overload

تعتبر الزيادة في أعباء العمل(Work Overload)، عاملا رئيسيا في حدوث الضغط المهني فالعاملون الذين يشعرون بأنهم مطالبون بالعمل لساعات طويلة، وللقيام بأعمال صعبة للغاية في مهام عديدة متنوعة يكونون أكثر عرضة للشعور بالضغط (Caplan&Jonzs1975)، ولممارسة عادات ضارة بالصحة (Sorensen et al1985)، وللمخاطر الصحية مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من زيادة الأعباء (Repetti 1993). (شيلي تايلور،2008،ص236)

كما أن العلاقة بين عبء العمل الزائد وسوء الأوضاع الصحية أصبحت مؤكدة تماما، ففي اليابان وهي الدولة المعروفة بزيادة عدد ساعات العمل التي يكلف بها العمال، وبأسابيع العمل الطويلة، وندرة الإجازات

يوجد المصطلح كاروشي (Karoshi)، الذي يعني الموت بسبب العمل الزائد، ووفقا للقانون الياباني فإن للأسرة الحق في الحصول على التعويض، إذا استطاعت أن تثبت أن معيلها مات بسبب العمل الزائد.

تشير الأبحاث إلى معاناة العاملين الذين يتعرضون إلى مستويات عالية من الإجهاد المهني ويمارسون قدرا ضئيلا من الضبط على ما يؤدون من أعمال من الضغط الشديد وقد يكونون عرضة لخطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين التاجية .(المرجع السابق،ص236)

ومن المهم أن نتبين مع ذلك بأن الزيادة في أعباء العمل تشير إلى خبرة يمكن قياسها بطريقة ذاتية وموضوعية فمقدار العمل الكلي الذي يؤديه الفرد أي عدد ساعات العمل التي يؤديها في كل أسبوع لا يرتبط بالضرورة بالصحة السيئة أو بتعريض الصحة النفسية للمخاطر (A.R.Herzog.House&Morgan1991 ولكن إدراك الفرد لوجود العبء الزائد في العمل أكثر ارتباطا بحدوث الأمراض الجسمية والمعاناة السيكولوجية.

كما أن ضغط العمل يقود أيضا الى التوتر و الضيق ففي إحدى الدراسات تم مقابلة مجموعة من الرجال في الفترة ما بين 1967 و 1970 بخصوص الضغط الذي يتعرضون له أثناء أدائهم لأعمالهم فتبين أن الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط أكثر في العمل كشفوا عن عدد أكبر من المؤشرات الدالة على الأمراض وكانوا أكثر مراجعة لمراكز الخدمات الطبية إضافة لذلك فإن عمليات المتابعة التي تمت بعد مرور عقد من الزمن بينت أن من كانوا يتعرضون إلى مستوى معتدل أو مرتفع من ضغط العمل و التوتر تعرضوا للموت بمعدل ثلاث مرات أكثر من الفئات التي أقرت بأنها تتعرض لمستويات متدنية من ضغط العمل وتواترته (J.S.House.Strecher.Meltzner &Robbins1986)

أما المسؤولية التي يفرضها العمل فهي سيف ذو حدين فهي من الناحية الأولى تتيح للأشخاص قدرا معينا من حرية التصرف وهو عامل له أهميته في حدوث الضغط لدى من يؤدون منها متدنية كما أن تكون المسؤولية في العمل من الناحية الثانية مصدر ضغط كبير لمن يتحملونها (Iwanaga.Yokoyama&Seiwa2000) (نفس المرجع،ص336)

ويكون الضغط أكبر عندما يتطلب العمل نحمل المسؤولية تجاه الأفرد، وليس المواد ففي إحدى الدراسات التي أجريت بهدف المقارنة بين معدلات الإصابة بالأمراض بين المسؤولين عن توجيه حركة سير الطائرات وبين رجال طيران من الدرجة الثانية مع أن كلتا الوظيفتين تسببان ضغطا كبيرا، إلا أن الرجال الذين يعملون

في مجال ضبط سير حركة الطائرات يتحملون المسؤولية تجاه حياة الكثير من الناس، في حين أن العاملين في المجالات الأخرى في الطيران لا يتحملون مثل هذه المسؤولية تبين من الدراسة، أن ارتفاع ضغط الدم كان أكثر بمعدل أربع مرات بين العاملين في مجال ضبط حركة سير الطائرات، كما أن معدل الإصابة بالسكري وبقرحة المعدة كان أكثر بمعدل مرتين من المعتاد وتم تشخيص الأمراض الثلاث في عمر أبكر بين العاملين في مجال ضبط حركة سير الطائرات وتبين أن فرط ضغط الدم وقرحة المعدة كانا أكثر شيوعا بين العاملين في مجال ضبط حركة سير الطائرات في المطارات التي تكتظ بها حركة النقل الجوي (Cobb1976)

2-5 غموض الدور وصراع الدور : Ambiguity and Role Conflict

ومن الأمور التي تبين أيضا ارتباطها بحدوث الضغط كل من صراع الدور وغموض الدور، وكما بينا سابقا فإن غموض الدور Role Ambiguity يحدث عندما يكون لدى الفرد فكرة بسيطة عما يتوجب عليه القيام به ولا يوجد لديه فكرة عن المعايير التي يستند إليها في تقييم الأداء، أما صراع الدور (Role Conflict) فيحدث عندما يتلقى الفرد معلومات متضاربة من أشخاص مختلفين عن المهام التي يتوجب عليه القيام بها أو عن المستويات التي يجب تحقيقها، فإذا تلقى أستاذ في الجامعة على سبيل المثال معلومة من أحد زملائه تفيد أن عليه أن يقوم بنشر عدد كبير من الأبحاث ومن أخر بأن عليه أن ينشر عددا قليلا و أن يركز على النوعية الجيدة، في حين أخبره ثالث أن عليه أن يركز على تحسين تدريسه ليحصل على تقدير مرتفع فإن الأستاذ في هذه الحالة سيتعرض لغموض الدور وصراع الدور، إن ارتفاع ضغط الدم المزمن و التسارع في ضربات القلب و أمراض أخرى تبين أنها ترتبط بصراع الدور وغموض الدور (e.g.J.R.P.French &Caplan1973) وفي المقابل فعندما يتلقى الناس تغذية راجعة واضحة عن طبيعة أدائهم فإنهم يقرون تعرضهم لمستويات ضغط أقل (S.Cohen&Williamson 1988).(شيلي تايلور،2008،ص237)

كثير من النساء يؤدين أدوارا متعددة، فهن يقمن بأدوار مهنية إلى جانب كونهن ربات بيوت، و أمهات ومع أن تعدد الأدوار قد يحقق لهن إحساسا أكبر بالرضى، إلا أنه قد يجعل المرأة أكثر عرضة للمعاناة من صراع الدور وعبء الدور.

كما تبين أيضا أن عدم وجود الإمكانية لإقامة علاقات اجتماعية مشبعة في مجال العمل، يرتبط أيضا بضغط العمل (J.A.House 1981)، و المعاناة النفسية في مجال العمل (B.P.Buunk Doosje.Jans

(Hopstaken& وسوء الأوضاع الصحية الجسمية و النفسية
(Landsbergis.Schnall.Deitz.Freidman.&Pickering 1992 Repetti1993)، فالعاملون الذين يحصلون على القليل من فرص التفاعل مع الاخرين ، ويكونون أقل رضا بوظائفهم وقد يظهر لديهم ارتفاع في مستويات الكاتيكولامين ((C.J.Cooper & Marshall (1976). (نفس المرجع السابق،ص337)

وتبين أيضا أن العلاقة مع المسؤول ترتبط بشكل خاص مع المعاناة في مجال العمل، وقد تزيد أيضا من مخاطر التعرض لأمراض القلب و الشرايين الناجية
(M.C.Davis.Matthews.Maeilahn&Kiss1995Repetti1993)، وعلى العكس من ذلك فإن توفر المساندة الاجتماعية لدى أولئك الذين تمكنوا من إقامة علاقات اجتماعية ايجابية من الرجال و النساء في أماكن عملهم ساعدهم في الارتقاء بأوضاعهم الصحية (Loscocca & Spitze 1990)

كما أن تحقيق بيئة عمل تسودها المودة يعتمد إلى حد ما على تمتع الفرد بشخصية محبة للآخرين وودودة، ففي دراسة أجريت على العاملين في مجال ضبط حركة النقل الجوي تبين أن الأفراد الذين كانوا محبوبين من قبل زملائهم في العمل، و الذين لم يتوفر لديهم الكثير من المساندة الاجتماعية كانوا أكثر عرضة للمرض والحوادث مقارنة بأولئك الذين كانوا يستمتعون ويشاركون بأجواء اجتماعية تبعث على الرضا (Niemeryk Jenkins Rose &Hurst1987)

إن العلاقات الاجتماعية قد لا تكون مهمة في مقارنة الضغط بحد ذاته، فحسب ولكنها تشكل مصدر وقاية من ضغوط العمل الأخرى، ففي إحدى الدراسات التي أجريت على العاملين في مؤسسة حكومية تبين بأن الزيادة في أعباء العمل يصاحبها زيادة في ضغط الدم المرتفع ومع ذلك فقد وجد أن ضغط العمل لم يكن مرتبطا بارتفاع ضغط الدم لدى العاملين الذين كانت تربطهم مع مشرفيهم علاقات لهم المساندة فالمساندة الاجتماعية يمكن أن تقوم بدور العامل المساعد في تخفيف مطالب العمل الضاغطة تماما كما تعمل على تخفيف الأثار المرضية التي يمكن أن يسببها الضغط على صحة الفرد
(J.R.P.French1974J.A.House 1981)

2-6- الضبط : Control

كما يرتبط انعدام القدرة على التحكم بالأمور في مجال العمل بعدد من مؤشرات الضغط : كالزيادة في إفراز الكاتيكولامين وعدم الرضا الوظيفي و الغياب بدون عذر وتطور أمراض القلب و الشرايين الناجية (Bosma

(et al 1997، والدور الذي تلعبه عدد من هذه العوامل المهنية في تحديد علاقة الضغط بالمرض توضحه الدراسة الكلاسيكية التي أجرتها فرانكين هويزر (Frankenhaeuser 1975) على مجموعة من العمال السويديين في معمل نشر الخشب، شملت العينة بشكل خاص العمال الذين يعملون على تسوية أطراف الخشب (Edgers)، وعمال نشر الخشب الذين يقطعون الخشب إلى أحجام جرى تحديدها مسبقا (Sawyers) و الذين يقومون بتصنيف الخشب إلى فئات حسب درجة الجودة (Graders)، وهؤلاء جميعا يقومون بأعمال مملة جدا ومتكررة وليس لهم سيطرة على سرعة العمل الذي يقومون به إذ يتقرر ذلك بحسب سرعة الآلة، ويبلغ طول دورة العمل 10 ثواني، وهذا يتطلب اتخاد القرار بسرعة حول ما يجب القيام به من هنا يتضح تماما أن هذه المهمة تتيح الفرصة لحدوث القليل من الاتصال الاجتماعي وجدث فرانكين هويزر أن مستويات الكاتيكولاماين كانت عالية جدا لدى هؤلاء العاملين مقارنة بغيرهم من الصداع، وارتفاع ضغط الدم، و الاضطربات المعدية ،و القرحة بمعدلات عالية .(المرجع السابق،ص 338)

ملخص:

1- تدرك الأحداث بأنها ضاغطة عندما يعتقد الناس بأنهم لا يمتلكون الإمكانات (من وقت ,ونقود, وطاقة) الكافية لمواجهة ما تفرضه البيئة من أذى وتهديد وتحد، كما يؤدي الضغط إلى عدة تغيرات تشمل جوانب الاضطراب في الاستجابات الانفعالية و المعرفية و الفسيولوجية و الأدائية

2- اهتمت الأبحاث المبكرة التي تناولت موضوع الضغط بالطرق التي تتبعها العضوية لحشد إمكاناتها للمجابهة (استجابة الكر)، أو الهرب من المثير الذي يسبب التهديد (استجابة الفر)، واستنادا إلى هذا النموذج سيلي مفهوم أعراض التكيف العامة (Adaptation Syndrome –GAS Genaral) مبينا أن ردود الفعل إزاء الضغط تمر بثلاث مراحل هي : البيئة و المقاومة والإنهاك كما وجهت البحوث الحديثة جهود أكبر لدراسة الدور الذي تقوم به ردود الأفعال العصبية الصماوية (Neurondocrine) في تقرير الاستجابات الاجتماعية للضغط، كالاجتماع و التواصل مع الاخرين .

3- تتضمن الاستجابات الفسيولوجية التي تحدث نتيجة التعرض للضغط تدخل الجهاز السمبثاوي المنبه لنخاع الادرينالية (Adrenomedullary–SAM Sympathetic)، وقشرة الادرينالية (Adrenal Cortex) التي تنشطها إفرازات الهيبوثلاموس و الغدة النخامية (Hypothalamic Pituitary Adrenal Cortical –HPA) وعلى المدى البعيد فإن الاستمرار في استثارة هذه الاجهزة يمكن أن يؤدي إلى تراكم الأضرار، وتسمى هذه الحالة بالضرر الناجم عن العبء المتراكم (Allostatic Load) وهذه الحالة تمثل شيخوخة فسيولوجية مبكرة تسببها زيادة الضغوط .

4- تقرر الطريقة التي يقيم بها الحدث ما إذا كان سيعتبر مصدرا ضغط أم لا، فالأحداث السلبية أو التي لا يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها و الغامضة و الضخمة التي تمس الجوانب الرئيسة من الحياة أكثر ميلا لأن تدرك على أنها أحدث ضاغطة .

5- من العادة أن يتكيف الناس مع الضغوط البسيطة أما الضغوط الشديدة فإنها قد تسبب مشاكل صحية وعقلية مزمنة، ويمكن أن تسبب أضرار لاحقة منها استمرار الاستثارة الفسيولوجية ومعاناة نفسية وتدن في مستوى أداء المهمات كما تؤدي مع مرور الزمن إلى تدني مستوى الإمكانات المعرفية، و إلى جموع ضعيفة من الأطفال، والشيوخ، والفقراء بشكل خاص لديها قابلية كبيرة للتأثر السلبي.

6- تشير الأبحاث التي أجريت على أحداث الحياة اليومية المزعجة يمكن أيضا أن تؤثر سلبا على الصحة تماما، كما هو الأمر بالنسبة للضغط المزمن .

7- تبين الدراسات التي أجريت حول الضغوط المهنية أن المضايقات التي تنشأ عن العمل، وعبء العمل الزائد، وضغوط العمل، وصراع الدور، وغموض الدور، وعدم القدرة على إقامة علاقات في مجال العمل، وعدم كفاية فرص التطور المهني، وعدم القدرة على ممارسة ضبط كاف في مجال العمل، والبطالة يمكن أن تسبب زيادة في حدوث المرض وعدم الرضا المهني، والتغيب بدون عذر والبطء، وتغيير العمل إن بغض هذه الضغوط يمكن الوقاية منه أو إيقافه من خلال اتباع إجراءات معينة في التدخل.

8- يمكن أن يؤدي الجمع بين عدة أدوار في أن واحد، مثل أدوار الحياة الأسرية إلى صراع الأدوار و إلى زيادة أعباء الدور، كما يمكن أن يقود ذلك إلى المعاناة النفسية وسوء الوضع الصحي، ومن ناحية ثانية فقد يعزز مثل هذا الدمج من مشاعر تقدير الذات، و الصحة النفسية وعلى كل الأحوال فإن الآثار التي يمكن أن تترتب على تعدد الأدوار تعتمد بدرجة كبيرة على مدى توفر إمكانات معينة مثل الوقت، والمال والمساندة الاجتماعية و المساعدة من الآخرين . (شيلي تايلور 2008ص 344)

3- مفهوم استراتيجيات المواجهة :

ترجع كلمة استراتيجية الى الكلمة اليونانية strategos، والتي تعني "فنون الحرب وإدارة المعارك"ويعرف قاموس "ويبستر websters "الاستراتيجية على أنها علم التخطيط و توجيه العمليات العسكرية.(طبي سهام،2004،ص74)

ويعتبر مفهوم المواجهة من المفاهيم ذات الأصول القديمة، و الذي اهتم به الفلاسفة...فقد اهتم أفلاطون plato من خلال أعماله بتقديم شرح الطرق و الاستراتيجيات التي ينتهجها الأفراد للتعامل مع المواقف و الظروف العصيبة التي تمر في حياتهم، كما قدم شكسبير w.shakespear وصفا لاستجابات الأفراد للمواقف الضاغطة كالفقدان، الصراع، الأزمات و غيرها من المواقف الشاقة و على الرغم من الاهتمام القديم بالمفهوم فإن الاهتمام العلمي به يعد حديثا نسبيا، و يتضح ذلك من خلال المختص النفسي "تايلور taylor" 1970 الذي اهتم بوصف كيفية مواجهة الأفراد لمثيرات المشقة.(مزلوق وفاء،2013،ص106)

و قد اختلف العلماء في نظرتهم لهذا المصطلح، حيث استخدم بعدة معاني منها: استراتيجية (Lois,1962) أو أسلوب (Moos & Tayler,1993) أو مجهود (Meenning,1963/Lazarus,1066) أو استجابة (Pearlin,1978) أو عملية (Freidman & Murphy,1963) أو محاولات (Endler et all,1998) وعلى الرغم من تعدد المصطلحات والتسميات إلا أن الباحثين أكدوا على أن الهدف من عملية المواجهة هو التخلص من الضغوط أو محاولة تخفيف التأثيرات السلبية الناتجة عنها، وتبعا لذلك فقد اختلف الباحثون في ترجمتهم لمصطلح coping فعلى سبيل المثال ترجم إلى: التعامل مع، التعايش، المواجهة، التحمل (رجب علي شعبان،1992.2000) و(مصطفى الشرقاوي،1993) و(لطفي عبد الباسط ابراهيم،1994)(هناء شويخ،2004) (محمد نجيب الصبوة و آخرون،2004) (أميمة رفعت مذكور،2005).(نشوة كرم دردير،2007،ص49)

أما فيما يتعلق بالاستعمال الحديث لهذا المصطلح بدأ مع هانز سيلي 1936 Hanz selye حيث يرى أنه يعبر عن "أعراض التكيف" الذي أطلق عليه اسم "متلازمة التكيف العام general adaptation syndrom" وقد كان يعمل كباحث في الغدد بجامعة مونتريال Montréal بكندا، ويشار عادة بأب الضغط النفسي حيث نشر أول مقالة له حول الموضوع بعنوان syndrome produced by diverse nocusagents في مجلة Nature عام 1936 ولم يكن اكتشاف هذا العالم لمفهوم الضغط النفسي مقصودا بل كان عن طريق الصدفة.(يوسف جوادي،2005،ص،68)

من الرواد في مجال دراسة المواجهة على سبيل المثال "موس Moos ولازاروس Lazarus" فقد أشار "لازاروس 1966" إلى مفهوم المواجهة ووصفه بأنه المجهودات التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة و صنفها إلى مواجهة مركزة على المشكلة و مواجهة مركزة على الانفعال، وقدم نظريته في المواجهة والتي اعتبرها البعض بمثابة نقطة الانطلاق الجادة في البحث في عمليات المواجهة. أما "رودلف

موس Moos,1982" فعرف أساليب المواجهة بأنها ‘‘ الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي في تعامله مع مصدر الضغط’’ وصنف أساليب المواجهة إلى مواجهة إقدامية و أخرى إحجامية، و لكل أسلوب منهما جانبان معرفي و سلوكي.(نشوة كرم دردير،2007،ص61)

ويعرف كل من "لازاروس ولونيي 1978" نقلا عن « Coussonglie et al 1998.p :89 » بأنها مجموعة المجهودات المعرفية و السلوكية الموجهة نحو إدارة وتسيير المتطلبات الخارجية، أو الداخلية الخاصة و التي يدركها الفرد بأنها مهددة و تتجاوز موارده الشخصية. كما يوضح pearlin و schooler 1978 بأنها تلك الأشياء التي يقوم بها الفرد لتجنب الشعور بالضيق والأذى تجاه ضغوط الحياة، و يوجزها "لازاروس Lazarys وكوهين Cohen 1979" بأنها تلك الجهود الموجهة لإدارة الضغط.

أما " ليو وشينج Luo, Shing 1996" فقد أشارا إلى وصفها بأنها جزءا مهما من عملية التوتر والضغط و ينظر إليها بوصفها مجموعة معقدة من العمليات التي تخفف أو تقلل من تأثيرات الحياة الضاغطة في صحة الفرد البدنية والنفسية.(واكلي بديعة،2014 ص،159،158)

4- وظائف استراتيجيات المواجهة:

حيث اهتم عدد من الباحثين بإبراز وظائف استراتيجيات المواجهة كل حسب انتمائه النظري، و فيما يلي عرض لبعض هذه الوظائف حسب باحثين:

1.4. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "ميكانيك Mechanic"

حيث يشير Mechanic(1974) الذي تبنى النظرية النفس_اجتماعية و نقلا عن Lazarus et Folkman 1984,p :149 بأن لاستراتيجيات المواجهة ثلاث وظائف هي:

- التعامل مع المتطلبات الاجتماعية و البيئية.
- خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.
- الاحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود و المهارات نحو المتطلبات الخارجية.

2.4. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "بيرلين و سكولر Pearlin et Schooler "

و يرى بيرلين و سكولر(1978) نقلا عن Lazarus et Folkman 1984,p :151 بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في:

- تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل.
- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.
- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه.

3.4. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman"

حسب لازاروس و فولكمان(1984) أن السلوك موجه لتحقيق وظيفتين:

- العمل على مواجهة المشكل لحل المشكل المولد للضغط.
- العمل على تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة لخفض الضيق الانفعالي.

4.4. وظائف استراتيجيات المواجهة حسب "سولس و فلتشر Suls et Fletcher"

فحسب "سولس وفلتشر" (1985) نقلا عن(Legeron & Andre 1993,p :80) بأن المواجهة تهدف إلى تقليص استجابة الضغط بالتأثير على الاستجابة الفيزيولوجية والانفعالية وعلى الاستجابات المعرفية، وإلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحث عن المعلومات.باختصار دور تكيفي و وقائي.(واكلي بديعة،2014 ص،168)

5 _ تصنيف استراتيجيات المواجهة:

لقد جاء في مقال تحليلي "دو ريدر De Ridder (1997)" نقلا عن M.Bruchon schweitzer 2001.p :72 الذي تم فيه إحصاء الاستراتيجيات حيث وجد أن هناك من 2 إلى 28 بعد في مقاييس المواجهة مكونة من 10 إلى 118 عبارة. هذا ما جعل الاتفاق على عدد معين غير ممكن وهذا راجع لاختلاف وتعدد الاستراتيجيات المتبعة من طرف الأفراد حتى ولدى الفرد الواحد باختلاف الأحداث التي يتعرض لها وكذا باختلاف شدتها. (جبالي صباح،2012،ص91)

1.5. تصنيف فولكمان و لازاروس Folkman et Lazarus (1984)

حيث قام كل من "فولكمان ولازاروس" بوضع نموذج سيرورة المواجهة من خلال بحوث Coping حيث قاما بتطبيق سلم يضم 67 بند على 100 فرد، وقد تم التوصل إلى مجموعتين:

1) مواجهة مركزة حول المشكل 2) مواجهة مركزة حول الانفعال

1.1.5. مواجهة مركزة حول المشكل:

وهو إستراتيجية تهدف إلى خفض طلبات الوضعية و زيادة موارد و قدرات الفرد الخاصة حتى يتمكن من المواجهة بجدارة. (صندلي ريمة،2012، ص64)

و لقد حدد شكلين للمواجهة المركزة على المشكل:أولا جمع المعلومات، ثانيا إتخاذ إجراءات لحل المشكل. و نقلا عن Pierluigi G ,joel S 2004.p :85 أن الفرد في مواجهة الوضعية الضاغطة يقوم بجمع المعلومات و اتخاذ الإجراءات المناسبة من خلال وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل للتخفيف من شدة الموقف أو التحرر منه و إيقافه. (جدو عبد الحفيظ،2014 ص110)

2.1.5. مواجهة مركزة حول الانفعال:

ويشمل على مختلف المحاولات لتنظيم الضغوط الانفعالية الناتجة عن الوضعية. (قماز فريدة،2004 ص197) وتتمثل في:

أولا_ التجنب: عبارة عن تحويل الانتباه من مصدر الضغط و يمكن أن يتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي كممارسة الرياضة، القراءة... (صندلي ريمة،2012، ص65) (جبالي صباح،2012، ص92)

ثانيا_ المساندة الاجتماعية (البحث عن السند الاجتماعي): حيث تشير إلى الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد. (صندلي ريمة،2012،ص65)

ثالثا_ إعادة التقييم الإيجابي: من خلال الاهتمام بالجوانب الإيجابية للموقف الضاغط.

رابعا_ إتهام الذات أو التأنيب الذاتي: (نفس المرجع السابق.2012،ص65)

2.5. تصنيف بلينجس و موس Bullings et Moos (1981)

حيث يصنفان استراتيجيات المواجهة إلى إقدامية و إحجامية:

1.2.5. استراتيجية مواجهة إقدامية: ذلك باستخدام أساليب سلوكية و معرفية محددة تشمل على التحليل المنطقي للموقف الضاغط و إعادة التقييم الإيجابي، البحث عن المعلومات و البحث عن الدعم الاجتماعي و حل المشكلات.

2.2.5. استراتيجية مواجهة إحجامية: تتضمن القيام بمحاولات معرفية بهدف التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف و استخدام أساليب سلوكية للهروب و تجنب الموقف كالتقبل، الإنكار و التنفيس الانفعالي لخفض التوترات. (راضية داود.2012،ص148)

3.5. تصنيف كوهيـن Cohen (1994)

حيث قدم "كوهيـن" مجموعة من الاستراتيجيات شملت:

1.3.5. التفكير العقلاني: أي التفكير المنطقي و العقلاني التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادره و أسبابه.

2.3.5. التخيـل: و هي محاولة الفرد تخيل المواقف الضاغطة التي تواجهه، فضلا عن تخيل الأفكار و السلوكيات التي يمكن القيام بها مستقبلا عند مواجهة مواقف مثيلة لها.

(جدو عبد الحفيظ،2014 ص108)

3.3.5. الإنكـــار: و هي سعي الفرد إلى إنكار الضغوط و مصادر القلق بالتجاهل و الانغلاق كأنها لم تحدث.

4.3.5. حل المشكلة: يتجه من خلاله الفرد لاستخدام أفكار جديدة لمواجهة الضغوط ما يعرف بالقدح الذهني.

5.3.5. الفكاهة (الدعابة): أي التعامل مع الضغوط ببساطة و روح الفكاهة و بالتالي قهرها و التغلب عليها.

6.3.5. الرجوع إلى الدين: عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي و الانفعالي. (عبد الله الضريبي.2010 ص:682،681) (أمل سليمان تركي العنزي،2004ص 223-15)

6- محددات استراتيجيات المواجهة:

1.6. محددات استعدادية:

فحسب "كوهن و آخرون Cohen et al"(1983) أن الشخص لا يتأثر بالخصائص الموضوعية للأحداث بقدر ما يتأثر بخصائصه المعرفية و إدراكه و تفسيره للموقف أو الحدث فإن أدرك الحدث على أنه ذوات خطر عالي فإنه سيتعامل معه على هذا الأساس والعكس صحيح. (فريدة قماز،2009ص191)

2.6. محددات معرفية:

والتي تتمثل في تقويم الفرد لحادث ما في اعتقاداته و تصوراته حول ذاته، حول قدراته في حل المشاكل و الدوافع. كذلك مركز التحكم الداخلي و الخارجي.

و نقلا عن M.Bruchon schweitzer 2001.p :72 تشمل المحددات المعرفية على:

- إعتقادات الفرد (عن ذاته، عن العالم حوله...)
- دوافعه العامة (سواء كانت أهداف، قيم...)
- الخصائص الشخصية (الفعالية الذاتية، التفاؤل...)

(مزلوق وفاء،2013ص،124)

3.6. محددات شخصية:

أكد الكثير من الباحثين على أن للمحددات الإستعدادية و المعرفية دور في التحكم في التقييمات الأولية والثانوية، إلا أن هناك متغيرات أخرى يمكن أن تنبئ بتقييمات خاصة كارتفاع الضغط أو انخفاضه مثل: القلق، الاكتئاب، الصلابة ... مما يعني استخدام استراتيجيات مركزة حول الانفعال، في حين أن المرونة، السعادة، التحمل ...استخدام استراتيجيات مركزة حول المشكل. (فريدة قماز،2009ص،192)

4.6. محددات موقفية:

على الرغم من أن للعوامل الاستعدادية و المعرفية و الشخصية.. دور في تحديد درجة تأثير الاستراتيجية، فإنها تحدد الاستراتيجية المتبعة بالمواقف الحقيقية و المدركة كذلك كطبيعة الخطر، المدة، الغموض، نوع السند الاجتماعي. (فريدة قماز،2009ص،192) (راضية داود،2012ص،150)

7 – الاتجاهات النظرية المفسرة لاستراتيجيات المواجهة : تختلف تفسيرات استراتجيات المواجهة من مدرسة الى اخرى كلا حسب مبادئها وتفسيراتها لضغط وآثاره ونتائجه و هذا ما اظهر الحاجة إلى دراسة

سلوكيات المواجهة التي يعتمدها الفرد في التصدي لهذه المواقف الضاغطة ومن خلال هذا العنصر سنتعرض لأهم النظريات التي درست استراتيجيات المواجهة ومن هذه الاتجاهات نجد :

7-1 نظرية التحليل النفسي : تعمل آليات الدفاع من وجهة نظر التحليل النفسي كإستراتجية بل ومن أهم استراتجيات المواجهة التي تعمل على مقاومة وتصدي الضغوط النفسية إذ يرى " سيجموند فرويد Freud " Sigmundأن الناس يلجئون إليها لحماية أنفسهم والعمل على معالجة الصراعات والاحباطات وبالتالي فهي أساليب عقلية لا شعورية تقوم بتشويه الخبرات وتزييف الأفكار والصراعات التي تمثل تهديدا وتساعد على خفض التوتر والقلق أثناء المواجهة وتشمل عملية المواجهة حسب النظرية التحليلية على سلسلة من الاستراتيجيات تتطور انطلاقا من آليات أولية غير ناضجة إلى آليات ناضجة .

(طبي سهام،2004،ص114)

7-1-1 حسب التحليليون الجدد تقسم أساليب الدفاع إلى :

*حيل الدفاع والإنسحابية(الهروب) : مثل الانسحاب والنكوص والتثبيت والتفكيك والتخيل والتبرير والإنكار وكذا الإلغاء والسلبية -*حيل الدفاع (العدوانية) : الهجومية مثل العدوان والإسقاط والاحتواء

*حيل الدفاع الإبدالية : مثل الإبدال والإزاحة والتحويل والإعلاء والتعويض والتقمص والتكوين العكسي والتعميم والرمزية والتقدير المثالي وتعتبر ميكانيزمات الدفاع أساليب لا شعورية تستعمل لمواجهة الضغوط النفسية للمحافظة على التوازن النفسي من أن يصيبه الاختلال . (عبد الله بن حميد السهلي،2010،ص33) كما بينت عدة أبحاث دور أهمية آليات الدفاع في تكيف بعض المرضى مع حالتهم المرضية ويرى " فيانت (Vaillant" 1992) أن آليات الدفاع هي عبارة عن تشوهات معرفية متواجدة بفضل الانتقاء الطبعي وهذا من أجل التخفيف عن الصراعات وحالات القلق الناتجة عن تغيرات الوسط الداخلي أو الخارجي فهي آليات دفاعية لا شعورية

7-1-2 آليات الدفاعية التي تعمل دور المواجهة حسب "فيانت Vaillant " والتي قسمها إلى أربع مستويات:

***دفاعات ذهانية:** كالإنكار الذهاني و الإسقاط الهذياني -دفاعات غير ناضجة كالإسقاط و الوساوس -
***دفاعات عصابية:** دفاعات ناضجة كالتصعيد و الفكاهة . (بغيجة لياس ،2005،ص105) إذ يرى فرويد

أن العصاب والذهان ما هي إلا عبارة عن شكل من أشكال فشل أو سوء التكيف و المواجهة فالدفاع وما يرتبط به من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات، ويمكن لهذا الصراع أن يتكون من مطالب و طموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط و يفترض أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات وقد تم صهر مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا . (وليدة مرازقة،2008،ص63) فميكانيزمات الدفاع عبارة عن إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد ليحمي نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة فهي تعمل على مستوى اللاشعور كما أنها تحرف وتشوه إدراك الفرد للوقائع كوسيلة لخفض ما يهدده من قلق وضغوط فالفرد لا يلجأ إلى حيلة واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب دفاعي وهي تستثار عن طريق مثيرات داخلية أو خارجية . (طه عبد العظيم،سلامة عبد العظيم،2006،ص 85) وحسب وجهة نظر التحليل النفسي تعتبر الدفاعات النفسية من أهم الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط الداخلية والخارجية فهي أساليب لا شعورية يلجأ إليها الأفراد للتخفيف من الصراعات والاحباطات هدفها الأساسي المحافظة على التوازن النفسي ومنع الاختلال وتتنوع الآليات الدفاعية تبعا لاستخداماتها وتبعا لنوعية المواقف الضاغطة التي يعايشها الشخص منها السوية كالإعلاء والتعويض والتقمص وتوجد أخرى، غير السوية تظهر في السلوك المرضي وتستخدم عندما يستنفذ الدفاعات السوية منها النكوص والتثبيت والعدوان والتحويل.

2-7 النظرية المعرفية: بين "ألبرت أليس Ellis " الأهمية العلاجية لتعديل التوقعات والمعتقدات غير المنطقية كوسيلة لخفض الضغط النفسي والقلق ويشير إلى أنه عندما يصبح الناس مضطربين انفعاليا بسبب تبنيهم أفكارا لا عقلانية فإن هناك مبررا واضحا للاعتقاد بأنه من خلال تعليمهم التفكير بعقلانية أكثر فإنه يمكن خفض الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها وقد بين زملاؤه الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في استمرار ردود الفعل الضاغطة أو خفضها وقد بينت دراساته أن المثيرات المهددة يمكن أن تكون منفردة للفرد من خلال وسائل التقييم المعرفي.(عبد الله بن حميد السهلي،2010،ص41)

إن نظرية لازاروس التي تمثل وجهة النظر المعرفية في تناول المواجهة تقوم على أساس عملية عقلية يقدر بها الفرد الموقف الضاغط وبناء على هذا التقدير يتحدد مستوى الضغط ومن ثم تتحدد إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد ويفترض "كاريف وهيمان(2005) ن استراتيجيات المواجهة تؤدي وظيفتين أساسيتين متمثلتين في :

- إدارة المشكلة: وهو الذي ظهر بسبب الضغط

- التحكم في الانفعالات المرتبطة بتلك الضغوط :لذا فعندما يدرك الفرد الضغوط على أنها متحكم فيها أو تحت سيطرته فإنه في هذه الحالة يلجأ إلى استخدام استراتيجيات مواجهة نشطة أما عندما يدرك الفرد الموقف على أنه ليس مسيطرا عليه فإنه يستخدم استراتيجيات تجنبيه .

(سوسن شلبي،أسماء مبروك،2007،ص 21)

من خلال هذا الطرح الذي تم ذكره حول النظرية المعرفية يتضح لنا أن الاستراتيجيات المعرفية عبارة عن طرق يلجا إليها الفرد أثناء التعرض للمواقف الحياة الضاغطة وبذلك تختلف نوعية الإستراتيجية حسب المواقف الضاغطة بحيث يؤدي إلى ضبط السلوك وتنظيمه وتعديله باستخدام استراتيجيات معينة كعملية التقييم وعملية المواجهة سواء المركزة على الانفعال أو المشكلة.

7- 3 النظرية التفاعلية : يوصف هذا الاتجاه بالاتجاه التكاملي جاء كرد فعل على الاتجاه السيكوديناميي فقد أشار "كابلان و ساليسو وباترسون Patterson& Sallies ,Kaplan"إلى العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة حيث يتدخل بها ثلاث جوانب تتفاعل كل منها مع الأخرى عند حدوث الحدث أو الموقف الضاغط متمثلة في الاستعدادات والصفات الوراثية للفرد أو ما يسمى بالجانب البيولوجي وكذلك الجوانب النفسية وسماته وخصائصه ودور البيئة والمجتمع اذ يؤثر الجانب الاجتماعي بدوره في إدراك الفرد للضغوط . (نشوة كرم دردير،204،ص66)

لكي نفهم جيدا الترتيبات التي يقوم بها الفرد في المواقف التي يحكم عليها على أنها ضاغطة توجد مجموعة من المتغيرات مرتبطة بالفرد والمحيط والتي تجمع بين الموارد والعوائق ومن بين التصنيفات المرتبطة بالموارد والتي تم اختيارها في مجمل المواقف الضاغطة الصحة والطاقة وعدد من المعتقدات الايجابية،الجدارة والتأهيل المرتبط مباشرة بحل المشكل وتأهيلات اجتماعية والدعم الاجتماعي وأخيرا موارد مادية . (بغيجة لياس،2005،ص109)

حدد ميكانيك" Mechanic" (1984) صاحب النظرة النفسية الاجتماعية عن وجود ثلاث وظائف لاستراتيجيات التكيف متمثلة في التعامل مع المتطلبات الاجتماعية مع توفير الدافعية لمواجهة تلك المتطلبات إضافة إلى المحافظة على التوازن السيكولوجي بهدف توجيه الطاقة والمهارات نحو المتطلبات الخارجية وبهذا فإن مقاومة الضغط تستلزم التعامل مع متطلبات البيئة الاجتماعية وهذا يتوقف على مستوى

الدافعية للفرد في مواجهة تلك الوضعية وذلك بهدف تحقيق التوازن النفسي. (مريم بن سكريفة،2008، ص 77)

يتضح في هذا الاتجاه التفاعل الواضح بين خصائص الفرد والمعطيات الخارجية فالفرد والمحيط فهي تعبر عن ثنائية تبادلية لكل متغير أثر على الآخر فالاستجابة للضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه وذلك بدوره يؤثر بشكل فعال في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد حيال المواقف الضاغطة

7-3-1 . النموذج البيو نفسي إجتماعي:

إقترح "أنجل G.Engel (1977)" النموذج الحيوي نفسي اجتماعي و الذي لا زال لحد الآن أحسن نموذج تفسيري في مجال الصحة النفسية.

فحسب هذا النموذج فإن الظواهر النفسية هي ظواهر مركبة تشارك في حدوثها مجموعة من العوامل التي تتفاعل فيما بينها. (قماز فريدة،2009 ص182،183)

8 – المواجهة الايجابية والمواجهة السلبية:

توصل الباحثين المهتمين بالمواجهة إلى انه هناك نوعين رئيسين لاستراتجيات المنتهجة في عملية الدفاع والتصدي للضغوط والأزمات هما:

8-1 المواجهة السلبية الاجترارية للمواقف : تتمثل بانخفاض جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى لا تقدم تلك الحلول بشكل وافي ومباشر في مواجهة المثيرات الضارة أو في حل المشكلات أو تخفيف التوترات الانفعالية الناجمة عنها. (الزيود،2011،ص18)

8- 2 المواجهة الايجابية المتوافقة: ظهر بتأثر علم النفس الايجابي وهو أكثر حداثة وتتمثل بقدرة الفرد على مواجهة الضغوط النفسية محاولا التعامل معها والتكيف مع أثارها أو حلها (الزيود،2011،ص4)، إذ يقوم الفرد الذي يتبنى هذه الاستراتيجيات بمجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الايجابية بهدف السيطرة أو التعامل مع متطلبات الموقف الذي تم إدراكه على انه خبرة غير محببة، فهي طرائق أو أساليب دينامية وسلوكية ومعرفية متعددة يوظفها الفرد عندما يواجه مثيرات ضارة أو مشكلات تحاول أن تضغط على طريقته في التفكير وتشتت انتباهه وتسبب له الأسى، مما يوجه جهوده بطريقة ايجابية ومثمرة ويركز على حلها،

لذلك تعمل هذه الاستراتيجيات على حل المشكلات النفسية بطريقة عقلانية وبحكمة والتخفيف من التوترات الانفعالية المترتبة عليها. (حسين وآخرون، 1990)

توجد عدة تعريفات للمواجهة الايجابية ، منها السيطرة أو التعامل مع متطلبات الموقف الذي تم إدراكه .

8- 3 سمات المواجهة الايجابية:

*يتميز بأنه أسلوب ايجابي قادر على التوافق مع ضغوطات الحياة المختلفة .

* تتضمن عدة استراتيجيات متنوعة تم تعلمها من خلال الخبرة والآخرين . .

* تستثمر كافة الجهود من اجل المحافظة على توازن البنية السيكولوجية والجسمية أمام التحديات الخارجية.

*تخفف من الضغوط وتؤدي إلى الشعور بالراحة، والتمتع بالصحة النفسية وكذا التفريغ الانفعالي.

*تعمل على التخلص من المشاعر السلبية المرتبطة بالموقف الضاغط من خلال التحدث عنه إلى الأهل والأصدقاء وطلب الدعم منهم، وتمارس الدعابة هنا إعادة التقييم و يعمل التفكير الايجابي في مواجهة مواقف الحياة يساعد الفرد على تحقيق التوافق.

خلاصـــــــــــة الفصـــل:

بما أن العصر الراهن هو عصر الضغوط النفسية بامتياز، فإن استراتيجيات المواجهة ذات استعمال متزايد و ضرورة قصوى في الوقت الراهن، وتعبر المواجهة عن الكيفية التي نفكر بها والطريقة التي نستجيب بها للأحداث الضاغطة، سواءا بالإيجاب أو بالسلب، لذلك و نظرا لعدم وجود قاعدة ثابتة في استخدام آليات معينة للمواجهة فقد اختلف العلماء و الباحثين كثيرا في مفهومها تصنيفها ...لأنها تبقى و ببساطة مرتبطة بطبيعة الموقف الضاغط و طريقة إدراك الأفراد لتلك المواقف.

الفصل الثالث:

الإكتئاب

تمهيد

1ـ مفهوم الإكتئاب

2- مدى انتشار الإكتئاب

3- أنواع الإكتئاب

4- أعراض الإكتئاب

5- عوامل الإكتئاب

6- النظريات المفسرة للإكتئاب

7- ملخص الفصل

تمهيد

يعتبر الإكتئاب من أكثر الإضطرابات النفسية المهددة لوحدة الفرد النفسية، و الجسمية وأكثرها انتشارا في الأوساط الاجتماعية فيمس جميع الفئات العمرية (الطفولة، المراهقة، الرشد، الشيخوخة)، ومختلف الطبقات الاجتماعية، وهذا يعني أن كل فرد منا قد يكون عرضة للاكتئاب في أي مرحلة من مراحل حياته هذا من وجهة، ومن جهة أخرى تبدو خطورة هذا الاضطراب في طبيعته كاضطراب يحمل في طياته أفكارا سواء تتضمن في محتواه رسم أو تحديد خطة لنهاية حياة الفرد وذلك بالانتحار، إضافة إلى تجمع الأعراض الخاصة به والتي يتم تصنيفها إلى أنواع وذلك حسب مدتها وشتدتها ومدى تأثيرها على الصحة النفسية والعقلية و الجسدية للفرد، حيث تظهر هذه الأعراض وفقا لمجموعة من الأسباب تسمى بالزملة الاكتئابية. وسنتعرض لها من خلال هذا الفصل: مفهوم الاكتئاب، النظريات المفسرة للاكتئاب، أنواعه و أعراضه، عوامله و مدى انتشاره.

1- مفهوم الاكتئاب

1.1 ـ لغة: يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب" ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم "الكئابة" وهو يعني سوء الحال والانكسار والحزن

وفي اللغة الانجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح (DEPRESSION) ويتكون من ثلاث مقاطع هي

PRECH–UN– DE أما الفعل يكتئب (DEPRESS) فقد أشتق من

(DE PREMERE). ويستخدم لفظ الاكتئاب في عدة مجالات بعدة معاني فمثلا يستخدم في علم النفس بمعنى الانقباض، وفي علم الاقتصاد بمعنى الكساد، وفي علم الجغرافيا بمعنى الانخفاض في الضغط الجوي.(دربين أمينة،2012، ص51).

2.1 ـ اصطلاحا: هو حالة انفعالية تتميز بإدراكات سلبية نحو الذات ونحو الآخرين ونحو المستقبل، تنشأ عن مواقف خارجية كالضغوط الحياتية أو تنشأ عن مواقف داخلية كالتغيرات الفسيولوجية أو النمائية لدى الفرد، والذي ينتج عنه عدم الكفاية وفقدان الحيوية والشعور بالعزلة وفقدان المعنى والتشاؤم، والتي تعتبر في مجملها حالات في مراحل ومواقف معينة لا تصل إلى حد إيذاء الذات أو إيذاء الآخر.(روبي محمد،2013،ص114).

و الاكتئاب هو الشعور بالتعاسة والكدر، وقد يتضمن أيضا مشاعر نفاذ الخلق و يطلق عليه بالزهق، وقد يتضمن مشاعر الذنب وانحطاط قدر الذات، وفتور الهمة واللامبالاة.(الخالدي،2015،ص210).

ويعرفه "**سعيد حافظ يعقوب**" على أنه اضطراب نفسي يتطور بفعل تركيب غير سوي في الشخصية إلى أمراض نفسية وجسمية، ويقول من جهة أخرى أنه رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ، كخسارة مفاجئة أو مصيبة أو خيبة أمل، وقد يكون الاكتئاب بهذا المعنى شكلا مجسما لمل يحدث للشخص العادي حيث تصيبه نكبة طارئة أو صدمة نفسية عنيفة لا يتوقع حدوثها. (الوافي،2016، ص255).

ويعرف الاكتئاب في الطب النفسي: أنه أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى شعور بالحزن و الأسى مثلا فراق صديق أو خسارة مالية.(الشربيني،2001، ص19)

ويعرف حامد زهران الاكتئاب:بأنه عبارة عن حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (روبي،2013، ص113).

و هو استجابة تتميز بالحزن الشديد وبحالة البؤس والتوعك والعجز وبشعور من عدم المرضى وضيق الصدر وعدم الاكتراث بالحوادث أو نتائجها مع شعور بالأعباء وعدم القدم على انجاز عمل أو مهمة. (شاكر مجيد،2015، ص193).

ويعد الاكتئاب أحد الاضطرابات الشائعة في المراهقة، ويعتبر نقص تقدير الذات ونقص التدعيم الاجتماعي وصورة الجسم السالبة هي عوامل للاكتئاب.

(Macphee & Andrews, 2006 – Santos et al., 2007)

2 ـ انتشار الاكتئاب

إن ظاهرة الاكتئاب ظاهرة أمريكية و أروبية فهو ينتشر بنسبة متقاربة في غالبية المجتمعات، وتزداد نسبة انتشاره من جيل إلى جيل، وتتسع قاعدته الزمنية تدريجيا. وأصبح يصيب الأطفال والمراهقين بعد أن كان يعتقد أنه مرتبط بالأعمار الكبرى. فهناك في الولايات المتحدة وحدها أكثر من عشرين مليون من الناس يعانون من اضطراب الاكتئاب.وأن القليل منهم يتلقى علاجا مناسبا. وبين (كالان) أن فرصة الشخص الذي يصل إلى 70 من العمر في الإصابة بأحد اضطرابات الاكتئاب تصل إلى 8 % بالنسبة للذكور، وإلى 20 % بالنسبة للإناث.هذا في الولايات المتحدة. وعلى المستوى العالمي تبين دراسات (منظمة الصحة العالمية) في دراساتها المسحية للاكتئاب في العالم، إن هناك على الأقل من 100مليون شخص يعانون من الاكتئاب، وأن هؤلاء ال100 مليون يؤثرون تأثيرات سلبية –خلال مرضهم– في ما يعادل ثلاثة أضعاف هذا العدد من الآخرين.وتبين أن الاكتئاب ينتشر بنسبة متقاربة في بعض المجتمعات من الولايات المتحدة، بورتوريكو وغرب أوروبا والشرق الأوسط وآسيا واستراليا.(ابراهيم، 1998، ص32).

ولقد أصبح الاكتئاب الآن منتشر بدرجات مرتفعة في كل المجتمعات وتفسير ذلك يقدمه لنا أصحاب المدرسة الاجتماعية، والذين يقدمون بدورهم كثيرا من الأسباب. فالسبب عند البعض منهم يرجع إلى تزايد نسبة الانفصال والطلاق بين الأزواج.وهناك أيضا صلة معروفة ومؤكدة بين الاكتئاب والانتحار فقد تبين أن نسبة

الانتحار بين المكتئبين تزيد على غيرها لتصل إلى ما يقرب من 15 % ومن بين كل حالات الانتحار التي تتم تبين أن نسبة 80% منها تسود بينهم حالات الاكتئاب.ولهذا نجد ما يشير إلى أن نسبة الوفاة المبكر تزيد في حالات الاكتئاب، ربما بسبب تعرض نسبة من المكتئبين للانتحار. ولقد تبين أيضا أن النساء تعاني أكثر من الذكور من اضطراب الاكتئاب.(نفس المرجع السابق، ص32).

3 ـ أنـواع الاكـتـئـاب

1.3 ـ الاضطراب الاكتئابي الجسيم:

A–تواجد خمسة (أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعية، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو متعة.

(1) مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو اليأس) أو يلاحظ من قبل الأخرين (مثل أن يبدو دامعا).

(2) انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا،(ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(3) فقدان وزن بارز بغياب الحمية مع الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5 % في الشهر)أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريبا.

(4) أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.

(5) هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو بطء).

(6) تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

(7) أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهما) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مرضا.

(8) انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).

(9) أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.

B–تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C–لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن عرض حالة طبية أخرى. المعايير A–B تشكل نوبة اكتئابية جسيمة (الحامدي،2015،ص148)

2.3 ـ اضطراب اكتئابي مستمر(سوء المزاج)

يعتبر هذا الاضطراب دمجا للاضطراب الاكتئابي الجسيم المزمن حسب الدليل الرابع واضطراب سوء المزاج.

A–مزاج منخفض معظم اليوم أكثر الأيام، لمدة سنتين على الأقل، كما يستدل عليه إما بالوصف الذاتي أو بملاحظة الآخرين لذلك.

B–وجود اثنين (أو أكثر) مما يلي أثناء انخفاض المزاج:

(1) ضعف شهية أو زيادة في الأكل.

(2) أرق أو فرط نوم.

(3) انخفاض الطاقة أو تعب.

(4) انخفاض الشعور بقيمة الذات.

(5) انخفاض الشعور بقيمة الذات.

(6) مشاعر انعدام الأمل (اللاجدوى).

C– الشخص أثناء فترة سنتي الاضطراب (سنة واحدة بالنسبة للأطفال والمراهقين) أبدا من الأعراض المدرجة في المعياريين A–B لمدة تزيد عن شهرين متواصلين.

D–معايير نوبة اكتئابية جسمية قد تتواجد باستمرار خلال العامين.

E–لم توجد أبدا نوبة هوسية أو نوبة تحت هوسية، كما لم تتحقق أبدا معايير اضطراب المزاج الدوري.

F– لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بوجود مستمر للفصام الوجداني، الفصام أو الاضطراب التوهمي، أو بغيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير محددة والاضطرابات الذهانية الأخرى.

G- لا تنجم الأعراض عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى(مثل قصور الدرق).

H-تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو بحالات الأداء الهامة الأخرى (الحامدي،2015، ص151)

4 ـ أعـراض الاكـتـئـاب

1.4 ـ الأعراض الجسمية:

- انقباض الصدر والشعور بالضيق.
- فقدان شهية الأكل ونقص في الوزن
- الصداع والتعب دون مبرر له.
- الضعف الجنسي والنشاط العام. (الوافي،2016، ص255).

2.4 ـ الأعراض النفسية:

- ظهور البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد وتقلب المزاج وعدم ضبط التنفس.
- الشعور بعدم القيمة الاجتماعية وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص
- الفتور والانطواء والانسحاب والانعزال والصمت
- التشاؤم المفرط فيه وخيبة الأمل والنظرة الحزينة للحيلة.
- نقص الميول والاهتمام واللامبالات.
- صعوبة التركيز والتردد وقلة الكلام والشعور بالذنب. (الوافي،2016، ص256).

3.4 ـ الأعراض الانفعالية:

وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمرح في الحياة، وإنخفاض الثقة بالنفس.

4.4 ـ الأعراض المعرفية:

وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجبه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرارات والحسم، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية. (الخالدي،2015، ص211)

وتتمثل الزملة الاكتئابية بجملة من الأعراض:

- –الإنهاك والكدر.
- –الشعور بتثاقل الأعباء.
- –ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول.
- –الشكاوى الجسمية والآلام العضوية.
- –توتر العلاقات الاجتماعية.
- –الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي.
- –الشعور بالذنب ولو الذات . (إبراهيم، 1998، ص24).

5 ـ عوامل الاكتـئـــاب

1.5 ـ العوامل البيولوجية:

بعض المثيرات (مواد كيميائية) بالجهاز العصبي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية عصبية إلى أخرى مثل (السيرتينين) وقد ثبت من دراسات عديدة أنه يحدث خلل في هذه المواد عند الإصابة بالاكتئاب النفسي، كما ثبتت أن الأدوية والعقاقير التي تعالج الاكتئاب تؤثر على الاستجابات العصبية لهذه المركبات. وقد وجد أيضا خلل في إفراز بعض الهرمونات في مرض الاكتئاب وقد يعود هذا الاختلال إلى اضطراب في الخلايا العصبية التي تحتوي على المثيرات الكيميائية، أيضا اختلال بعض الهرمونات لغدد الجسم كالغدة الدرقية والغدة الفوق كلوية هذا الاختلال يكون في أغلبه من مظاهر الاضطراب في المخ والجهاز العصبي. أما الخلل في الجهاز المناعي يؤدي إلى حدوث أعراض نفسية للاكتئاب النفسي. (كمال الميلادي،2014، ص 278).

2.5 ـ العوامل الوراثية:

توضح الدراسات الحديثة، أن العوامل الوراثية تلعب دورا مؤثرا في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب، وقد وجد أن

حوالي 50% من حالات الاضطرابات الوجدانية (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه، فإذا كان الأب أو الأم مصابا بهذا المرض، فإن طفلهما يكون عرضة للإصابة بنسبة (25-30%) أما إذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه، فإن نسبة إصابة طفلهما ترتفع إلى 60 %.

(نفس المرجع السابق، ص 278).

على سبيل المثال: تشير التواريخ العائلية إلى أن الاكتئاب ينتقل عموما من جيل إلى آخر، كما توفر الأبحاث التي تناولت التوائم أكثر الدلائل إقناعا بأن الاكتئاب يملك مكونا وراثيا، فقد وجدت هذه الدراسات أنه حين يصاب أحد التوأمين المتشابهين بالاكتئاب ثمة احتمال كبير أن يتعرض التوائم الأخر للمرض أيضا أكثر مما يفعل التوائم الأخوي.(روبي،2013، ص121).

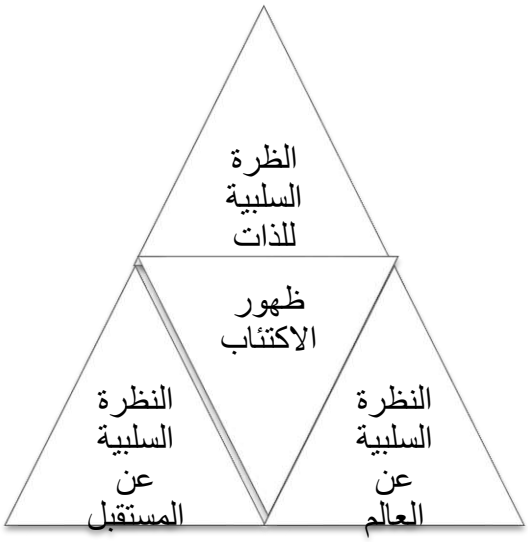
3.5 ـ العوامل الاجتماعية والثقافية:

تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزواج، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين لهن وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في الواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو الدفاع عن الحقوق إذا ما هدرت أو اتخاذ مواقفحازمة تجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية، وأحيانا يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئا على الوقت، أو الصحة، أو الراحة، ولذا قد يشعرون بأنهم وحيدون ويميلون إلى الانسحاب الاجتماعي، كما أثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرا في تكوين الشخصية وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية.وأوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والطلاق والإدمان والتبني والحرمان العاطفي والفقد أو الانفصال عن أحد الوالدين والنشأة في ملجأ أو بيت للحضانة على الشخصية، وأظهرت الدراسات أن ما تعده بعض المجتمعات مرضا يكون في مجتمع آخر مقبولا وظاهرة لا تحتاج لعلاج أو عقاب فإن تقبل مجتمع لنوع من الأعراض والسلوك يكون له نوع من التفاعل الخاص والاستجابة بين الفرد والمجتمع.(روبي، 2013، ص 123).

4.5 ـ العوامل المعرفية:

يرى بيك أن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية، وتغيرات وجدانية، أو دافعية، إنما تترتب على نمط من التفكير السلبي والتشويه المعرفي المميز للمكتئبين، والذي يقوم على الثلاثي المعرفي أي النظرة السلبية للفرد نحو ذاته وعالمه ومستقبله، فالمكون الأول من الثلاثي المعرفي يعني التصور السلبي عن الذات حيث يرى الاكتئابي نفسه بوصفه ناقص الكفاءة ويعاني من القصور والنبذ وينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية كما أنه ينزع إلى رفض نفسه بسببها وفضلا عن ذلك فهو يعتبر أنه تنقصه الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة.

ويرى بيك أن هذا المكون يوجد لدى غالبية المرضى الاكتئابيين، أما المكون الثاني فهو يشير إلى التفسير السلبي لخبرة الحياة، فالمريض الاكتئابي يميل على تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة ،أو أنه محروم من الشعور باللذة أو الإشباع،وأما عن المكون الثالث من هدا الثلاثي المعرفي فهو يتضمن النظر إلى المستقبل بصورة سلبية وهدا المرض يوجد في كل أنواع الاكتئاب تقريبا فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية لما نهاية وهو يتوقع الفشل في كل أعماله،وهذا يعني أن الرؤية السلبية التي يدركها الاكتئابي تجاه ذاته وتجاه العالم ومستقبله هي العامل الرئيس في ظهور الاكتئاب لديه واستمراره،ويمكن فهم أعراض الاكتئاب من خلال المكونات الثلاثة في الشكل التالي:



شكل رقم (01) يوضح المثلث المعرفي يلخص أسباب نشوء الاكتئاب و ظهوره لدى الفرد

(روبي،2013، ص126)

5.5 العوامل الإنفعالية:

تبين أن أكثر المصابين هم الحساسين نفسيا والمضطربين عاطفيا وسريعي الانفعال، وهم الذين يطلبون الكمال في كل شئ.فهم أشخاص نبلاء بكل ما في الكلمة من معنى، يكرهون الخطأ والرذيلة ويحبون الخير والفضيلة وهم غالبا أذكياء، عقلاء بل وأحيانا عباقرة ومشاهير.والكثير منهم يسعى لتصحيح الوضع القائم والدعوة للإصلاح، والبعد عن مهاوي الشيطان وغالبا ما يفشلون فينظرون على أنفسهم.يشعرون وكأنهم مسؤولون عن أخطاء البشر ويجب عليهم إصلاحهم فيقعون في النهاية فريسة للاكتئاب.

(إدريس،2008، ص19)

6.5 ـ العوامل النفسية:

ومن العوامل النفسية التي نذكرها في هذا الشأن عملية الصراع داخل النفس وهي تحدث نتيجة لتعارض رغبتين لدى الإنسان أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد وفي داخل كل منا صراع بين القيم والدوافع المختلفة. ولدى الإنسان دائما صراعات تنشأ دائما بين طموحاته وتطلعاته من جانب، وبين واقعه وقدراته من الجانب الآخر.إضافة إلى مجالات أخرى للصراع مثل إشباع الدوافع الجنسية وقد ركز فرويد على هذه النقطة بالذات. حيث كان يرى أن الحزن والكآبة التي تنشأ عن الخسارة لفقد عزيز إنما تنتج من تحول في الطاقة الجنسية إلى طاقة عدوان ويأس تعظيم الذات .(الشربيني،2001، ص47).

7.5 ـ العوامل البيئية:

كالأزمات المالية والمشاكل العائلية والخلافات في العمل ومع الأصدقاء أو التعرض للمصائب الشديدة كفقدان الأشخاص الأعزاء أو العجز عن تحقيق الطموحات.(شاكر مجيد،2015، ص195).

6 ـ النظريات المفسرة للاكتئاب:

1.6 ـ النظرية السلوكية:

أ) **الكلاسيكيون:** يركز واطن و بافلوف و ثورندايك على قضية المثير والاستجابة، وبالتالي الاكتئاب وفق هذا المبدأ أنه يتشكل في سلوكيات فقط وليس مشاعر للحزن ونستدل على المشاعر من خلال ظهور المثير الذي أدى بالفرد إلى الاكتئاب والسوداوية وهي الأحداث السيئة التي تنتج مشاعر اكتئابية لدى الفرد.

ب) الجدد: يركز وولي و لازاروس و باندورا ونيل ميللر على العمليات المعرفية، ويرى أن الأفكار اللاعقلانية هي سلوكات تم اكتسابها من العالم الخارجي فتم معالجتها عقليا،وبالتالي هي مثير– معرفة– استجابة والاستجابة تمثل (اكتئابا). (روبي،2013،ص 128).

وحسب "**لوسهين**" **1974** الاكتئاب هو نتيجة فقدان الشخص إمكانية وضع علاقة بين الفعل والدعم الإيجابي، وخلال تجربته التي قام بها "**سلقمان**"حول الكلاب يرى أن الكف عن الكلاب المصدومين عن طريق الكهرباء والتي ساهما "بالعجز المكتسب "أو "بخيبة أمل مكتسبة "انطلاقا من تجاربه هذه يرى "**سلقمان**"بأن كل من الحيوانات والأشخاص المكتئبين بعد تعرضهم إلى تجربة صدمية مطولة أو صدمات متكررة يتوقفون عن إعطاء إجابات منتجة.لقد استخدم نموذج العجز المكتئب في إطار المعرفي من طرف كل من (**أبرسمون**) و(**سلقمان**) و(**تسدال**) سنة **1973**.بحيث الشخص المكتئب أمام الفشل مئلا يعطي حكم نسبي (الانتساب أو الغزو الأسباب يكون داخلي عام وثابت).الشخص يرجع كل المسؤولية إلى الفشل (انتساب داخلي) و....هذا الفشل دائم (ثابت) ويذممه في كل مجالات حياته. (برزوان،2012، ص30).

6-2 ـ النظرية المعرفية:

أصحاب النموذج المعرفي للاكتئاب(بيك وشركائه) ينادون بنموذج معالجة المعلومات المكتئبين يجهل المعلومات الايجابية أو يمسك المعلومة السلبية إذن الانحرافات المعرفية في الحالات الاكتئابية حسب النموذج المعرفي هي:

ـ **التداخل العشوائي:** ويتمثل في استنتاج خدمات بدون أدلة خلاصات مبنية على معلومات ناقصة.

ـ **التجديد الانتقائي:** ويتمثل في التركيز على جزء خارج المضمون وعدم إدراك الشكل والمحق العام للموقف.

ـ **المبالغة في التعميم:** بحيث يفهم الشخص تجربته على كل المواقف الممكنة مثلا إخفاق مهني محدود ويصبح في المثير إخفاق معمم على كل المواقف اللاحقة.

ـ **يحسن الايجابيات والانتقاد السلبي:** يتمثل في إعطاء قيمة كبيرة إلى الإخفاقات أو الأحداث السلبية ونقص من قيمة النجاحات والمواقف المفرحة.(برزوان، 2012،ص36).

ـ **الغزو الشخصي:** ويفكر الشخص بصفة أوتوماتيكية بأنه المسؤول الوحيد على كل ما يمكن أن يحدث من أحداث سلبية وينتهي به الأمر إلى تحويل الواقع إلى معاش محزن من خلال المخطط الاكتئابي.

ـ **التفكير الاكتئابي:** مجموعة هذه التشوهات خاصة التداخل العشوائي تترجم عياديا بأحداث معرفية التي تكون مسجلة بنمط من التفكير الثنائي أن ينظر الشخص إلى الأحداث المعرفية التي تكون مسجلة بنمط من التفكير الثنائي أن ينظر الشخص إلى الأحداث أو الناس طبق لمبدأ الكل أولا شئ ليس لديه قيمة ما ينبغي أن يكون لديه الشخص يتعلق في عدم النشاط وعدم الإنتاج.(برزوان، نفس المرجع السابق، ص 45)

3.6 ـ نظرية التحليل النفسي:

إن من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب بالنسبة لتحليل النفسي، الإفراط في لوم الذات والإحساس بالذنب والتأنيب الذاتي. هذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه فيما يبدو في ضوء الصرعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة، والتي ينفرد فيها بالنصر ووجود أنا أعلى متطرف، وشديد الصرامة. أما لماذا يتميز بعض الأشخاص (الذين يستهدفون للاكتئاب فيما بعد) وبالتشدد في بناء الأنا الأعلى .فهذا أيضا ما حاولت النظرية التحليلية أن تقدم به تفسير، في ضوء مفهومين استحدثتهما النظرية التحليلية من أيام "فرويد " وهما اللاشعور والخبرات الطفولية المبكرة فقد ثبتت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤداها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد بما فيها القلق والاكتئاب.هي وفي واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة، ولهذا يرى المحلل النفسي أن التغيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من قلق أو اكتئاب أو أي اضطراب نفسي ما هو إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقة أما الجزء الأكبر المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في الشعور أما "بيبرينج" فيرى أن الاكتئاب يتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ما هي إلا وحدة من ثلاث احتياجات رئيسة أما الاحتياجات الأخرى فتمثل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح الحب فضلا عن الحصول على الحب، ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أو نتيجة للإحباط إي حاجات من الحاجات الثلاث السابقة والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع أي منهم.(إبراهيم، 1998، ص87)

4.6 ـ الفرضية العصبية للاكتئاب:

تتغير عوامل التعرض لنوبات الاكتئاب أثناء فترة المرض، حيث تعد نوبة الاكتئاب الأولى" تفاعلية "إذ تحدث نتيجة عوامل الضغط النفسية الاجتماعية الهامة بينما تصبح الدورات التالية لها " ذاتية المنشأ " أي تسببها عوامل الضغط النفسي البسيطة أو العفوية يتوفر دليل متسق أن انخفاض حجم الحصين ومناطق المخ الأخرى يتعلق بفترة الاكتئاب بما يعني أن عدم علاج الاكتئاب يؤدي لانخفاض حجم الحصين وهو ما يؤدي بدوره لزيادة الحساسية تجاه الضغط النفسي وزيادة احتمال تعرض المريض لتكرار النوبات يعتبر التسمم العصبي للكورتيكويدات السكرية وتسمم الجلوتاميت وانخفاض العوامل العصبية آليات محتملة لتفسير انخفاض حجم المخ في الاكتئاب، إلا أنه لا يتوفر أي دليل مادي بخصوص آلية من هذه الآليات حيث لا يتوافر أي جهاز أشعة لفحص عمليات التسمم العصبي والتغذية العصبية في الأجسام الحية على نحو مباشر . جذب العامل العصبي المغذي الناتج من المخ قدر كبير من الانتباه، حيث أظهرت الدراسات قبل الإكلينيكية ارتباطا بين السلوكيات شبه الاكتئابية الناتجة عن الضغط النفسي وانخفاض مستويات العامل العصبي المغذي الناتج من المخ في منطقة الحصين وقدرة العامل العصبي المغذي الناتج من المخ على التأثير بعد العلاج بمضادات الاكتئاب .ينبغي على الطبيب المعالج إدارك أثر الاكتئاب الذي قد يؤذي المخ وعلاج المرضى المصابين بالاكتئاب على نحو مبكر وفعال قدر الإمكان.

1.4.6 ـ النقل العصبي لحمض جاما–أمينوبيوتيريك

أظهرت سلسلة دراسات التحليل الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي انخفاض إجمالي تركيز حمض جاما –أمينوبيوتيريك في القشرة القفوية وقبل الجبهية في حالات الاكتئاب الحاد ، وهو ما يعكس آثار الضغط النفسي الحاد حيث يبدو أن الضغط النفسي يتسبب في تنظيم قبل المشتبكي للنقل العصبي لحمض جاما – أمينوبيوتيريك. وعلى الجانب الآخر، قد يعكس انخفاض إجمالي التركيز لحمض جاما انخفاض كثافة الخلايا العصبية البينية الناقلة لحمض جاما – أمينوبيوتيريك وحجمها، بالإضافة إلى ذلك، قد يقلل الضغط النفسي المزمن وظيفة مستقبل حمض جاما من خلال تغير تركيب الاستيرويد النشط عصبياً .ويشمل الدليل المتناقض لفرضية جاما الخاصة بالاكتئاب نقص آثار أدوية حمض جاما–أمينوبيوتيريك على أعراض الاكتئاب الرئيسي. وتركيز حمض جاما–أمينوبيوتيريك جاما قبل الجبهي الطبيعي لدى الأشخاص المصابين بالضطراب الاكتئابي الرئيسي تقترح العديد من خطوط الأدلة اختلال وظيفة جهاز النقل العصبي للجلوتاميت في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، حيث تنتج جرعة واحدة من الكيتامين الذي يقاوم مستقبلات

إن ميثايل دي أسبارتيت آثار مضادة للاكتئاب سريعة وواسعة النطاق لدى المرضى المصابين بالإضطراب الاكتئابي الرئيسي المستعصي ، تتميز مثبطات إفراز الجلوتاميت مثل لاموتريجين، و ريلو زول بخواص مضادة للاكتئاب، كما تعد مستويات جلوتاميت غير الطبيعية لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب بناء على نتيجة التحليل الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي ، كما يتوفر دليل على مستقبلات إن ميثايل دي أسبارتيت التي تشير على إعدادات أنسجة ما بعد الوفاة .حيث يعد الجلوتاميت الناقل العصبي المثير الرئيسي المشترك في معظم أنشطة المخ، يستحق تصوير دور الجلوتاميت في الاكتئاب المزيد من الفحوص التى توفر أدلة واحدة على اشتراك مستقبل الجلوتاميت في التحولي بشكل ملحوظ في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي.(المجلة العالمية للطب النفسي)

6-5 الاتجاه البينشخصي:

تكونت ابتداءا من السبعينات بعض النظريات ذات التوجه التفاعلي بين الجوانب النفسية والاجتماعية، وهذا من مختلف الاتجاهات منها التحليلية والمعرفية، ومن أهمها:

6-5-1 ويسمان وكلارمان 1970 اضطراب الأدوار الإجتماعية: تعود جذور هذا الاتجاه إلى التيار الأمريكي للسيكاترية، وترتبط كذلك بالتوجه الثقافي للتحليلية الأمريكية، تفترض هذه النظرية أن الإضطرابات النفسية نعود إلئ التفاعلات الإجتماعية كعوامل مسببة لها.

تفسر هذه النظرية السببية المرضية على أساس الصعوبات البينشخصية كعوامل لنشوء الإكتئاب لدى الراشد : كالضغط الإجتماعي، أحداث الحياة، فقدان المساندة الإجتماعية، فقدان الحميمية، النزاعات الزوجية وغيرها.(cottraux 2004 ,p233)

من جهة أخرى يؤكد ويسمان و كلارمان على أهمية الأدوار الإجتماعية حيث تشير نظريتهما إلى أن اضطرابات الأدوار الإجتماعية تشكل سوابق للإضطرابات النفسية، فغياب التقدير الذاتي وما ينتج عنه من اكتئاب قد يفضي إلى عجز القدرات الشخصية في تحمل مسؤولية الدور الاجتماعي، حينها يدخل الشخص في الاتجاه اللولبي النازل للاكتئاب.(cottraux 2004 ,p 164)

هذا وقد يقترب منظور هذه النظرية مع الدراسات الوبائية الكلاسيكية، التي بينت العلاقة بين الاكتئاب وفقدان المساندة الاجتماعية والصعوبات في الدور الاجتماعي، إذ أشارت هذه الدراسات إلى دور أحداث الحياة السلبية لدى الأشخاص الذين كان لديهم معاش شخصي متدهور(cottraux 2004 ,p 28).

6-5-2 كوين وداوني 1991 والفشل في مواجهة الضغوط:

يركز هذا المنظور في فهم الاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، كما يهتم أيضا بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء واستمرار الاضطراب الاكتئابي . (فايد حسين،2004،ص154)

يقترح كوين ودوني أن الاكتئاب قد يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة،وقد افترضنا أن هذه المواجهة الفعالة مع المشكلات والضغوط يمكن أن تقلل من تأثير هذه المشكلات وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة.

فالمرضى المكتئبون يظهرون شفاءا أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة . وتعتبر استراتيجيات التجنب والمواجهة المركزة على الإنفعال" مثل التفكير الخطأ الذي يرغب فيه الشخص نفسه، لوم الذات، الوحدة النفسية" من أهم العوامل في تفسير الإكتئاب حيث أنها أساليب مواجهة غير جيدة تساعد على بقاء نوبات الاكتئاب.(فايد حسين،2004،ص54).

7- ملخص الفصل:

نخلص من العرض السابق إلى مجموعة من النقاط أهمها:

1- توجد صعوبة فيما يتعلق بتعريف الإكتئاب، وذلك لتعدد جوانبه أعراضه وأنواعه، وقد حاولنا في هذا السياق وضع تعريف شامل لعدد من الجوانب الإجرائية والخاصة بالأعراض والتشخيص والسمات الأساسية للاضطراب.

2- يعد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية والعقلية المرجع الأساسي الذي اعتمدنا عليه لتشخيص الإكتئاب.

3- هناك عدد من النماذج والأطر النظرية المفسرة للإكتئاب.

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهج البحث
2- التذكير بتساؤلات الدراسة
3- أدوات الدراسة
4- الدراسة الاستطلاعية
5- الخصائص السيكومترية لأدوات القياس
6- الدراسة الأساسية
7- إجراءات الدراسة الأساسية
8- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية

خلاصة

تمهيد:

بعد إكمال الجانب النظري لهذه الدراسة والمتمثل في تحديد الإشكالية وعرض كل ما يتعلق بمتغيرات الدراسة، نتعرض في هذا الفصل للخطوات والإجراءات اللازمة المتعلقة بمنهجية البحث وإجراءاته التطبيقية على اعتبارها حلقة ذات أهمية في البحث العلمي، وسيتم التعرض للمنهج المتبع في هذه الدراسة ثم ننتقل للدراسة الاستطلاعية التي نتعرض فيها لوصف العينة وقياس الصدق والثبات بالنسبة لأدوات الدراسة قصد التأكد من مدى صلاحيتها لقياس ما أريد قياسه .

منهج الدراسة:

تعتمد أي دراسة على منهج يتبعه الباحث لمعالجة البيانات ويكون اختياره حسب طبيعة الموضوع و الأهداف التي يسعى لتحقيقها ويعرف المنهج بأنه الوسيلة التي يمكننا عن طريقها الوصول إلى الحقيقة أو مجموعة من الحقائق في أي موقف من المواقف ومحاولة اختبارها للتأكد من صلاحيتها في مواقف أخرى وتعميمها.

(مروان عبد المجيد،2000،ص 23)

وللاجابة على تساؤلات الدراسة والتعرف على طبيعة العلاقة بين إستراتيجية مواجهة الضغوط، و الإكتئاب لدى عينة الدراسة قام الباحث باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، باعتبار أن موضوع الدراسة هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم، و يهدف المنهج الوصفي الارتباطي إلى وصف ما هو كائن من ظواهر أو أحداث معينة بعد جمع البيانات كما يهدف إلى تفسير الظواهر وتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين المتغيرات كما هي في الواقع. (عبد الحليم منسي،2003،ص202)

1- التذكير بتساؤلات الدراسة:

- ما علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط بالاكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات؟ .
- ما هي الإستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة الضغوط من طرف ممرضي مصلحة الإستعجالات؟.
- *ما مستوى درجة الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات؟*
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية ؟.
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الاكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الاكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية ؟.

2- أدوات الدراسة:

الدراسة الحالية اعتمدت على الأدوات التالية:

3-1 استبانة استراتيجيات مواجهة الضغوط:

صمم من طرف الباحثة واكلي بديعة " 2014 " بعد الاطلاع النظري للباحثة على 15 من المقاييس والاستبانات عن المواجهة، حيث قامت بإجراء مسح كامل عن أساليب المواجهة المتاحة بها، ومن ثم تم

حساب تكرارها واختيار الأساليب التي حصلت على 50% فما فوق، فحصلت الباحثة على خمسة أساليب وهي:

- أسلوب حل المشكلات problem solving
- أسلوب المواجهة الفعالة proactive coping strategy
- أسلوب الدعم الإجتماعي seeking social support
- أسلوب التجنب avoidence coping
- أسلوب المواجهة الإنفعالية emotionel coping

ويتكون المقياس من 40 عبارة توزعت حسب كل أسلوب:

- أسلوب حل المشكلات : (1،6،11،16،21،26،31،36)
- أسلوب المواجهة الفعالة: (2،7،12،17،22،27،32،37)
- أسلوب الدعم الإجتماعي: (3،8،13،18،23،28،33،38)
- أسلوب التجنب: (4،9،14،19،24،29،34،39)
- أسلوب المواجهة الإنفعالية: (5،10،15،20،25،30،35،40)

كما تم إعطاء ثلاث إجابات أمام كل عبارة وهي:

تنطبق تماما: 3 درجات

تنطبق أحيانا: 2 درجات

لا تنطبق: 1 درجة

وتحسب درجات كل أسلوب بشكل منفصل، وليس للاستبانة ككل، وبذلك تكون أعلى درجة لكل أسلوب هي 24 إذا أجاب المفحوص على جميع العبارات ب " تنطبق تماما"، وأدنى درجة لكل أسلوب هي 8 إذا أجاب على جميع العبارات ب "لا تنطبق"، بينما أعتبر الفرد يستخدم أسلوبا معينا إذا حصل على درجة تفوق 16، والتي حددناها بضرب الدرجة المحايدة"2" في عدد بنود الاستراتيجية الواحدة " 8 " .

وقد تم التقديم بشرح بسيط للاستبانة من خلال تعليمات المقياس كما هو موضح في الملحق رقم (02) .

3-2 قائمة آرون بيك (beck) للإكتئاب "الطبعة الثانية" BDI II :

تعد قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب(BDI II) أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الإكتئاب، وتتكون من 21

مجموعة بنود لقياس شدة الإكتئاب ابتداءا من عمر 16 سنة، وتتميز بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الإكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الإكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع(DSM-4) للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994.

وقد تم إجراء تعديلات على القائمة سواءا في صورتها الأولى BDI 1961 أو في صورتها الأولى المعدلة سنة BDI-IA 1979 ومن هذه التعديلات ما يلي:

1/ تم حذف أربعة بنود واستبدالها بأخرى وهي : فقدان الوزن – التغير في صورة الجسم – الاهتمامات الجسدية – صعوبات العمل ، واستبدلت بالبنود التالية: التهيج والاستثارة – انعدام القيمة – صعوبة التركيز – فقدان الطاقة. وكان غرض استبدال هاته البنود الأربعة هو الأعراض النمطية لشدة الإكتئاب، أو الإكتئاب الذي يكون صاحبه بحاجة للحجز في المستشفى.

2/ كما تمت تغييرات في بعض البنود الأخرى في القائمة.

3/ وتم التغير في تعليمات تطبيق القائمة، فبينما كان يطلب من المفحوص في الصورة الأولى من القائمة 1961 أن يختار العبارات الأكثر تعبيرا عن حالته في الوقت الراهن، تغيرت التعليمة في الصورة المعدلة سنة 1979، فصار يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيرا عن حالته في الاسبوع الماضي بما في ذلك اليوم، أما في القائمة الثانية 1996 فصار يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيرا عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ونلاحظ أن نطاق الوقت الذي تحدث فيه أعراض الإكتئاب قد اتسع لأسبوعين، وهذا كله لكي تتسق إجابات المفحوصين مع محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية.

4/ وضع لكل بند من البنود 21 عنوان فرعي يشير إلى العرض الذي تقيسه البنود الأربعة، وذلك لجعل المفحوص يركز انتباهه على ذلك العرض.(معمرية 2010، ص 95)

والأعراض ال21 التي تقيسها قائمة بيك الثانية هي:

1/ الحزن. 2/ التشاؤم. 3/ الفشل اليابق. 4/ فقدان الإستمتاع. 5/ مشاعر الإثم. 6/ مشاعر العقاب. 7/ عدم حب الذات. 8/ نقد الذات. 9/ الأفكار الإنتحارية. 10/ البكاء. 11/ التهيج والاستثارة. 12/ فقدان الاهتمام والانسحاب الاجتماعي. 13/ التردد في اتخاذ القرارات. 14/ انعدام القيمة. 15/ فقدان الطاقة. 16/ تغيرات في نمط النوم. 17/ القابلية للانزعاج والغضب. 18/ تغيرات في الشهية. 19/ صعوبة التركيز. 20/ الإرهاق أو الإجهاد. 21/ فقدان الإهتمام بالجنس. (المرجع السابق،ص 95)

أما عن ترجمة القائمة للغة العربية فقد قام **غريب عبد الفتاح غريب** بعدد من الدراسات لتقنين القائمة لغرض استعمالها في البحث النفسي والتشخيص العيادي في البيئة المصرية حيث كان معامل صدقها 0.76 ومعامل ثباتها 0.83 وهي مؤشرات مرتفعة.

تعليمة الإختبار:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة بحدة وعناية ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع رقم حول العبارة التي اخترتها 0 أو1 أو 2 أو 3 وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة تنطبق عليك في مجموعة واحدة ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة، وتأكد دائما أنك تختار عبارة واحدة فقط من كل مجموعة حتى المجموعة 16 المتعلقة بالتغيرات في نظام النوم، والمجموعة رقم 18 المتعلقة بالتغيرات في الشهية.

وفي تقنينه لقائمة بيك على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية، استعمل **بشير معمريه** 2010 أسلوب الدرجات الفاصلة الذي يقوم على مفهوم الدرجات المعيارية التائية التي لها متوسط حسابي ثابت يساوي 50 وانحراف معياري ثابت يساوي 10 ويتمثل الباحث هنا بالطريقة التي تم بها تحديد الدرجات الفاصلة في قائمة مينسوتا متعدد الأوجه لقياس الشخصية (MMPI) ...وبناءا على هذه الطريقة تم تحديد شدة الإكتئاب على أربع مستويات، بحيث تبدأ الدرجة المرتفعة على قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب بجمع المتوسط الحسابي مع انحراف معياري واحد.

جدول رقم(01): الدرجات الفاصلة لتحديد مستوى الإكتئاب لدى الذكور.

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات الإكتئاب
16-0	50-0	لا اكتئاب
24-17	60-50	اكتئاب خفيف
32-25	70-61	اكتئاب متوسط
63-33	71 فأكثر	اكتئاب شديد

جدول رقم(02): : الدرجات الفاصلة لتحديد مستوى الإكتئاب لدى الإناث.

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات الإكتئاب
20-0	50-0	لا اكتئاب
29-21	60-50	اكتئاب خفيف
38-30	70-61	اكتئاب متوسط
63-39	71 فأكثر	اكتئاب شديد

4 - الدراسة الاستطلاعية:

إن القيام بأي بحث علمي يتطلب تتبع مجموعة من الخطوات العلمية والمنهجية من أجل الوصول إلى نتائج أكثر مصداقية، ولعلى أهم خطوة من هذه الخطوات أن يقوم بدراسة أولية (مبدئية) على عينة الدراسة، وهي ما تسمى بالدراسة الإستطلاعية، والتي سيتم تناولها في هذا الفصل، وفيه نقوم بعرض الهدف من الدراسة الإستطلاعية، وصف عينة الدراسة، وأدوات الدراسة الإستطلاعية والتعرض لبعض الخصائص السيكومترية للأدوات، وفيما يلي عرض مفصل لكل عنصر على حدا:

4-1 الهدف من الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أمر جد مهم في بناء البحث، حيث أن إهمالها يفقد البحث أحد العناصر الأساسية فيه، حيث تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة في البحث العلمي، إذ تعتبر دراسة أولية، وتهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على خصائص أفراد العينة المراد دراستها.
- التأكد من دراسة أداة البحث ومعرفة مدى صلاحيتها وصدقها وثباتها من أجل استعمالها أو استخدامها في الدراسة الأساسية.
- التأكد من توفر متغيرات الدراسة في مجتمع البحث.

- التعرف على أهم الصعوبات التي قد تعرقل سير الدراسة الأساسية.

2-4 وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في شهر مارس من الموسم الدراسي 2019، على عينة قوامها(**30**) ممرض بمصلحة الإستعجالات مستشفى سليمان عميرات بتقرت أختيروا بطريقة عشوائية بسيطة من مجتمع الدراسة.

جدول رقم (03) : يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

الجـــنس	العـــدد
ذكور	18
إناث	12
المجموع	30

يبين الجدول السابق توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس، حيث تتشكل من 18 ذكر و 12 إناث.

5-الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

5-1- مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية: للتأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس استراتجيات المواجهة ومدى ملائمتها لخصائص الدراسة الحالية وبيئتها، تم تطبيق المقياس على عينة مقدارها 30 ممرض بمصلحة الاستعجالات مستشفى سليمان عميرات تقرت.

أ / **حساب الصدق:** تم الاعتماد في قياس صدق استراتجيات المواجهة على الطريقة التالية:

- **الصدق التمييزي:** فبعد ترتيب درجات المقياس تنازليا من الأكبر إلى الأصغر تمت المقارنة بين 27 %من المستوى العلوي مع 27% من المستوى السفلي ثم طبق بعد ذلك اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي العينتين وكانت النتيجة مثلما هو موضح في الجدول الموالي.

الجدول رقم (04) يوضح الصدق التمييزي للمقياس.

التقنية الإحصائية / الدرجات	ن	المتوسط "م"	الانحراف "ع"	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجات الدنيا	8	80.87	2.85	9,862	14	0.000
الدرجات العليا	8	95.00	2.87			

استنادا إلى الجدول السابق يتضح أن قيمة "ت" المحسوبة تساوي (9,862) وعند عند درجة الحرية (14) ومستوى الدلالة 0,000 الأمر الذي يدل على صدق الأداة.

- **الصدق التقاربي:** تم تطبيق مقياس المواجهة موضع الدراسة ومقياس المواجهة لصاحبه:" كوسو وآخرون (**Cousson** et al) عام(1996)[1]، على عينة قوامها (30) ممرض وممرضة، ثم حساب الارتباط بينهما باستخدام معامل بيرسون، والجدول رقم (05) يوضح ذلك:

جدول رقم (05) دلالات الصدق التقاربي لمقياس استراتيجيات المواجهة :

المقياس المحكي" مقياس المواجهة ل واكلي بديعة	معامل الارتباط
مقياس المواجهة لـ كوسون	**0.42**

ومن خلال الجدول يتبين أن معامل الارتباط المستخرج بلغ (0.42) وهي قيمة مقبولة وتعطي مؤشراً هاماً للصدق التقاربي للمقياس مدار الدراسة.

ب/ ثبات المقياس :

- * **طريقة التجزئة النصفية** : "وفي هذه الطريقة يتم تقسيم الاختبار إلى قسمين متساويين، لكل مفحوص فيهما درجتان إحداهما على النصف الأول وثانيهما على النصف الأخير" (معمرية، 2012، ص274).

---

1 **مقياس المواجهة لـ** كوسو" وآخرون (**Cousson** et al) عام(1996) : يتكون المقياس من 27 فقرة موزعة على 03 أبعاد هي:
المواجهة المتمركزة حول المشكل: تشمل10 بنود هي البنود رقم : 13- 16- 19- 22- 25- 27. 1- 4- 7- 10-
– المواجهة المتمركزة حول الانفعال: تشمل9 بنود هي البنود رقم : 14- 17- 20- 23- 26. 2- 5- 8- 11-
– المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي: تشمل8 بنود هي البنود رقم: 9- 12- 15- 18- 21- 24. 3- 6-

تم إيجاد معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية بين النصف الأول من المقياس (البند 1 إلى البند 20) والنصف الثاني (البند 21 إلى البند 40)، وبلغ معامل الثبات قبل التصحيح (0.59) وبعد التصحيح بلغت (0.74).

* **طريقة ألفا كرونباخ:** يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار، ومعامل ألفا يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده" (معمرية، 2012، 284)، وقد تم حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وقد بلغ (0.72) وهي قيمة مرتفعة مما يؤكد ثبات المقياس.

5-2- مقياس الاكتئاب:

أ/ حساب الصدق:

- **الصدق التمييزي:** وقد تم اختيار أسلوب المقارنة الطرفية الذي"يقوم على أحد مفاهيم الصدق وهو قدرة الاستبيان على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها"(معمرية، 2012، 231). فبعد ترتيب درجات المقياس تنازليا من الأكبر إلى الأصغر تمت المقارنة بين 27% من المستوى العلوي مع 27 %من المستوى السفلي ثم طبق بعد ذلك اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي العينتين وكانت النتيجة مثلما هو موضح في الجدول الموالي.

الجدول رقم (06) يوضح الصدق التمييزي للمقياس.

التقنية الإحصائية / الدرجات	ن	المتوسط "م"	الانحراف "ع"	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدرجات الدنيا	8	8.37	1.06	15,560	14	0.000
الدرجات العليا	8	21.75	2.18			

استنادا إلى الجدول السابق يتضح أن قيمة "ت" المحسوبة تساوي (15,560) وعند درجة الحرية (14) ومستوى الدلالة 0,000 الأمر الذي يدل على صدق الأداة.

ب/ ثبات المقياس :

نعني بالثبات " مدى الدقة والاستقرار والاتساق في نتائج القياس، لو طبقت أداة القياس مرتين فأكثر على نفس الأفراد أو الأشياء لقياس الخاصية في مناسبات مختلفة " (معمرية، 2012، ص250).

وقد تم حساب معاملات الثبات بواسطة نظام الحزمة الإحصائية SPSS20.

- **طريقة التجزئة النصفية :** تم إيجاد معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية بين النصف الأول من المقياس (البند 1 إلى البند 11) والنصف الثاني (البند 11 إلى البند 21)، وبلغ معامل الثبات قبل التصحيح (0.54)، وبعد التصحيح (0.70).
- **طريقة ألفا كرونباخ:** " وقد تم حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وقد بلغ (0.68) وهي قيمة مرتفعة مما يؤكد ثبات المقياس.

بعد حساب الخصائص السيكومترية من خلال الصدق التمييزي والصدق التقاربي، والثبات بطريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرونباخ، للأداتين وبالتالي أصبحتا في صورتهما النهائية، وبهذا جاز الاعتماد عليهما في الدراسة الحالية.

6 – الدراسة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 100 فردا إناثا وذكورا، تم اختيارهم حسب طريقة العينة العشوائية وهي طريقة ملائمة لطبيعة دراستنا والمتمثلة في عينة ممرضي مصلحة الاستعجالات.

6-1 – وصف عينة الدراسة الأساسية :

أ- توزيع عدد أفراد العينة حسب الجنس :

يتوزع عدد أفراد العينة الكلية حسب الجنس حسب النسب كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول(07) :يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسب المئوية
ذكور	50	% 50
إناث	50	% 50
المجموع	100	%100

يوضح الجدول أعلاه عدد الإناث والذكور حسب العينة الإجمالية والمقدر ة ب 50 ذكر بما يقدر ب 50 %، وقدر عدد الإناث ب 50 بما يعادل 50 % من أفراد العينة الإجمالية.

ب-توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية:

يتوزع عدد أفراد العينة الكلية حسب الخبرة المهنية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول(08) : يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	العدد	النسب المئوية
أقل من 5 سنوات	45	% 45
من 5 إلى 10 سنوات	27	% 27
أكثر من 10 سنوات	28	% 28
المجموع	100	%100

يوضح الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية، حيث صنفت على النحو التالي، فئة أقل من 5 سنوات قدرت ب 45 فرد و يمثل نسبة 45 % من أفراد العينة الإجمالية ، وفئة من 5 إلى 10 سنوات قدرت ب 27 فرد بما يعادل 27% من أفراد العينة الإجمالية، وقدرت فئة أكثر من 10 سنوات ب 28 فرد بما يعادل نسبة 28 % من أفراد العينة الإجمالية.

7- إجراءات الدراسة الأساسية:

تم تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية خلال شهر أفريل 2018، حيث وزع المقياسين معا (مقياس استراتجيات المواجهة ومقياس الاكتئاب) على عينة الدراسة الأساسية البالغ عددها 130 ممرض قبل الحذف وبعد حذف بعض الإجابات صار العدد 100، حيث تم التطبيق في بعض الأحيان بشكل جماعي وأحيانا بشكل فردي ، وللسير الحسن لإجراءات التطبيق تم إتباع الخطوات التالية:

- تعريف الباحث بنفسه والهدف من التطبيق.
- أخذ موافقة أفراد العينة.
- شرح التعليمات الخاصة بالإجابة على المقياسين.
- التأكيد لأفراد العينة بأن يجيبوا بكل بمصداقية وشرح أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

8- الأساليب الإحصائية:

استخدمت الدراسة أساليب إحصائية متنوعة في معالجة البيانات، توزعت على مسارين وهما: أساليب إحصائية في حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وأساليب إحصائية استخدمت للتحقق من فروض الدراسة، وقد تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **SPSS 20** وتم تطبيق المقاييس والأساليب التالية:

1- معامل الارتباط بيرسون، لمعالجة الفرضية العامة
2- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، لمعالجة الفرضية الجزئية الرابعة والسادسة
3- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، لمعالجة الفرضية الجزئية الثانية
4- اختبار تحليل التباين الاحادي **ANOVA**، لمعالجة الفرضية الجزئية الخامسة والسابعة

خلاصة:

تم في هذا الفصل عرض كل ما يتعلق بالإجراءات الميدانية للدراسة، وتتمثل في المنهج المستخدم ثم مجتمع الدراسة وخصائص العينة، وبعدها تم عرض متغيرات وأدوات الدراسة. يلي ذلك التطرق إلى الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، والتي أثبتت نتائجها إمكانية الاعتماد عليها والاطمئنان إلى صدقها وثباتها، وبعدها الأساليب الإحصائية المطبقة، والتي من خلالها حصلنا على نتائج الدراسة التي سنعرضها تفصيلا حسب تسلسل الفرضيات في الفصل الموالي.

الفصل السادس :

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل الفرضية العامة
2- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الأولى
3- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الثانية
4- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة
5- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة
6- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة
7- عرض وتحليل الفرضية الجزئية السادسة

خلاصة

تمهيد:

بعد أن تم التطرق في الفصل السابق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية والأساسية و اختبار ودراسة فرضيات الدراسة الحالية، سوف نقوم بمعالجتها إحصائيا في هذا الفصل مع عرض نتائجها وتحليلها وفق ترتيبها المنهجي.

1- عرض نتيجة الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه : توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط الإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات ، وللتحقق من هذه العلاقة تم استخدام معامل الارتباط بيرسون والجدول الموالي يظهر النتائج:

الجدول رقم(09) يبين قيمة الارتباط بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والإكتئاب

المتغيرات	قيمة "ر"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
حل المشكلات	-0.297	98	0.001
المواجهة الفعالة	-0.463	98	0.001
السند الإجتماعي	0.270	98	0.001
التجنب	0.523	98	0.001
المواجهة الإنفعالية	0.564	98	0.001
الدرجة الكلية	0.314	98	0.001

يتضح من الجدول رقم (09) أن قيمة "ر" بلغت (0,314) بمستوى دلالة قدره (0,001) عند درجة الحرية (98) الأمر الذي يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والإكتئاب لدى أفراد العينة، حيث بين الجدول وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية حل المشكل والاكتئاب، إذ قدرت "ر" ب (-0.297) عند مستوى الدلالة (0.001)، وكذلك وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين إستراتيجية المواجهة الفعالة والإكتئاب، حيث قدرت "ر" ب (-0.463) عند مستوى الدلالة (0.001) ووجود علاقة ارتباطية بين إستراتيجية السند الاجتماعي والإكتئاب إذ قدرت "ر" ب (0.270) عند مستوى الدلالة (0.001)، ووجود علاقة ارتباطية بين إستراتيجية التجنب والإكتئاب، حيث قدرت "ر" ب(0.523) عند مستوى الدلالة (0.001)، ووجود علاقة ارتباطيه بين إستراتيجية المواجهة الانفعالية والإكتئاب قدرت "ر" ب (0.564) عند مستوى الدلالة (0.001)

2-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أنه: يستعمل الممرضون العاملون بمصلحة الإستعجالات استراتيجيات حل المشكل، المواجهة الفعالة، والمواجهة الإنفعالية، لمواجهة الضغوط المختلفة ، ولاختبار هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، و الجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها :

جدول (10) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد الأداة :

الاستراتيجية	العدد	القيمة الدنيا	القيمة العليا	المتوسط	الإنحراف
حل المشكلات	100	14.00	24.00	18.750	2.350
المواجهة الفعالة	100	12.00	24.00	18.840	2.410
السند الإجتماعي	100	11.00	23.00	17.900	2.812
التجنب	100	8.00	23.00	15.590	3.143
المواجهة الإنفعالية	100	9.00	24.00	17.230	3.067

ملاحظة : المتوسط الافتراضي قدر ب 16 و عليه فالاستراتيجيات المستخدمة على التوالي (المواجهة الفعالة , حل المشكلات , السند الاجتماعي . المواجهة الانفعالية)

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن ترتيب الإستراتيجيات حسب المتوسطات الحسابية كان كالتالي: (المواجهة الفعالة 18.840، حل المشكلات 18.750، السند الإجتماعي 17.900، المواجهة الإنفعالية 17.230) .

3- **عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثانية:** تنص الفرضية على أنه: يعاني الممرضون العاملون بمصلحة الإستعجالات درجات اكتئاب متوسطة، ولاختبار هذه الفرضية تم حساب التكرارات والنسب المئوية والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (11) يوضح مستوى الاكتئاب

درجة الاكتئاب	التكرار	النسبة المئوية
لا إكتئاب	78	%78
منخفض	20	%20
متوسط	02	%02
مرتفع	00	%00
المجموع	100	%100

من خلال الجدول (11) يتضح أن مستوى الاكتئاب كان كالآتي:

- يعيش 78% من الممرضين دون أي مستوى من الإكتئاب.
- يعيش 20% من الممرضين مستوى منخفض من الاكتئاب.
- يعيش 02% من الممرضين مستوى متوسط من الاكتئاب.
- لا يعيش الممرضين مستوى مرتفع من الاكتئاب، مما يوضح عدم تأكد الفرضية .

4-عرض نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة: تنص الفرضية الرابعة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس ، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، والجدول الآتي يوضح النتائج:

الجدول رقم (12) يوضح الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة.

التقنية الإحصائية / الدرجات		ن	المتوسط	الانحراف	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوي الدلالة
حل المشكلات	**ذكر**	50	18.96	2.34	0.893	98	0.374
	انثى	50	18.54	2.35			
المواجهة الفعالة	**ذكر**	50	19.30	2.04	1.934	98	0.056
	انثى	50	18.38	2.67			
السند الاجتماعي	**ذكر**	50	17.30	2.76	-2.173	98	0.032
	انثى	50	18.50	2.75			

تجنب المواجهة	ذكر	50	14.70	2.99	−2.939	98	0.004
	انثى	50	16.48	3.06			
المواجهة الانفعالية	ذكر	50	16.32	3.20	−3.092	98	0.003
	انثى	50	18.14	2.65			
الدرجة الكلية	ذكر	50	86.58	6.83	−2.400	98	0.018
	انثى	50	90.04	7.56			

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن قيمة ت في استراتيجية حل المشكلات قدرت ب (0.893) عند الذكور وعند الإناث قدرت ب (0.89) عند مستوى دلالة (0.347) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتجية المواجهة الفعالة عند الذكور والإناث ب (1.934) عند درجة حرية(98) وقدرت دلالة الإحصائية ب (0.056)وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتجية السند الإجتماعي عند الإناث والذكور ب (−2.173) عند درجة حرية قدرت عند الإناث والذكور ب(98) عند مستوى دلالة(0.032) وهي قيمة دالة عند قيمة (0.05)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور ب(17.30) وللإناث ب (18.50) مما يعني وجود فروق في استراتيجية الدعم الإجتماعي لصالح الإناث، وقدرت قيمة ت في استراتيجية التجنب ب(2.939 −) عند مستوى دلالة (0.004) وهي قيمة دالة عند قيمة (0.05)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور ب (14.70) والمتوسط للإناث ب (16.48) مما يعني وجود فروق في التجنب لصالح الإناث،وقدرت قيمة ت في استراتيجية المواجهة الإنفعالية ب(3.092 −) عند مستوى دلالة (0.003)، وهي قيمة دالة عند قيمة (0.05)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور ب (16.32) والمتوسط الحسابي للإناث ب (18.14) مما يعني وجود فروق في المواجهة الإنفعالية لصالح الإناث كذلك .

4 **عرض نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة:** تنص الفرضية الخامسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين (ANOVA) والجدول رقم(13) يبين نتائج ذلك :

الجدول رقم (13) نتائج تحليل التباين لدلالة الفروق بين أفراد العينة تبعاً للخبرة المهنية

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	مستوى الدلالة
حل المشكلات	بين المجموعات	10.65	2	5.32	0.96	0.38
	داخل المجموعة	536.09	97	5.52		
	المجموع	546.75	99			
المواجهة الانفعالية	بين المجموعات	45.85	2	22.93	4.20	0.018
	داخل المجموعة	529.58	97	5.46		
	المجموع	575.44	99			
السند الإجتماعي	بين المجموعات	15.36	2	7.68	0.97	0.38
	داخل المجموعة	767.63	97	7.91		
	المجموع	783	99			
التجنب	بين المجموعات	120.36	2	60.18	6.80	0.002
	داخل المجموعة	857.83	97	8.84		
	المجموع	978.19	99			
المواجهة الإنفعالية	بين المجموعات	81.79	2	40.89	4.66	0.012
	داخل المجموعة	849.91	97	8.76		
	المجموع	931.71	99			

من خلال الجدول رقم (15) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة لحل المشكلات قدرت ب (0.96) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند درجة الحرية (2) ومستوى دلالة 0.05، أي لاتوجد فروق في استراتيجية حل المشكلات تبعا للخبرة المهنية ، أما بالنسبة لاستراتيجية المواجهة الإنفعالية فقد قدرت

قيمة ف ب (4.20) وهي قيمة دالة إحصائيا عند درجة الحرية (2) بمستوى الدلالة 0.018، وهو أقل من 0.05 بمعنى أنه توجد فروق في استخدام استراتجيات المواجهة الانفعالية باختلاف الخبرة المهنية، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في السند الإجتماعي قدرت ب (0.97) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند درجة الحرية (2) بمستوى دلالة (0.38)، وهذا يعني أنه لاتوجد فروق في استخدام إستراتجية السند الإجتماعي بالنسبة للخبرة المهنية، أما قيمة ف لاستراتيجية التجنب بلغت (6.80) عند درجة الحرية (2) بمستوى دلالة (0.002)، وهي أقل من 0.05 بمعنى أنه توجد فروق في استخدام استراتجية التجنب باختلاف الخبرة المهنية، وبلغت قيمة ف لاستراتيجية المواجهة الإنفعالية ب (4.66) عند درجة الحرية (2) بمستوى دلالة (0.012)، وهي أقل من 0.05 بمعنى أنه توجد فروق في استخدام استراتجية المواجهة الانفعالية باختلاف الخبرة المهنية .

- ولمعرفة اتجاه هذه الفروق في كل من استراتيجية المواجهة الفعالة، والتجنب، والمواجهة الإنفعالية تم استخدام اختبار شيفي لكل استراتيجية على حدى.
  - **إستراتيجية المواجهة الفعالة**

الجدول رقم(14) يوضح المتوسطات الحسابية لاستراتيجية المواجهة الفعالة لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية:

الفئات	المتوسط	الانحراف
أقل من 5 سنوات	18.133	2.445
من 5 إلى 10 سنوات	19.111	2.470
أكثر من 10 سنوات	19.714	1.997

الجدول رقم(15) نتائج اختبار شيفي (Scheffe) يوضح الفروق في استراتيجية المواجهة الفعالة لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية:

الخبرة المهنية	اقل من 5سنوات	من 5 الى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
اقل من 5سنوات		0.233	0.022
من 5 الى 10 سنوات	0.233		0.634
اكثر من 10 سنوات	0.022	0.634	

يتضح من الجدول رقم (14) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في استراتيجية المواجهة الفعالة عند مستوى الدلالة 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة (أكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح أكثر من

10سنوات حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (18.133) ، ولفئة أكثر من 10 سنوات (19.714).

- **استراتيجية التجنب:**

الجدول رقم(16) يوضح المتوسطات الحسابية لاستراتيجية التجنب لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية:

الفئات	المتوسط	الانحراف
أقل من 5 سنوات	16.800	3.042
من 5 إلى 10 سنوات	14.703	2.523
أكثر من 10 سنوات	14.500	3.248

الجدول رقم(17) نتائج اختبار شيفي (Scheffe) يوضح الفروق في استراتيجية التجنب لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية:

الخبرة المهنية	اقل من 5سنوات	من 5 الى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
اقل من 5سنوات		0.018	0.007
من 5 الى 10 سنوات	0.018		0.968
اكثر من 10 سنوات	0.007	0.968	

يتضح من الجدول رقم (15) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في استراتيجية التجنب عند مستوى الدلالة 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة من(5 الى 10 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح (أقل من 5سنوات) حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (16.800) ، ولفئة من5 الى 10 سنوات(14.703)، ولفئة أكثر من 10 سنوات (14.500).

- **المواجهة الانفعالية:**

الجدول رقم(18) يوضح المتوسطات الحسابية لاستراتيجية المواجهة الانفعالية لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية:

الفئات	المتوسط	الانحراف
أقل من 5 سنوات	17.866	2.760
من 5 إلى 10 سنوات	17.666	3.025
أكثر من 10 سنوات	15.785	3.201

الجدول رقم(19) نتائج اختبار شيفي (Scheffe) يوضح الفروق في استراتيجية المواجهة الانفعالية لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية:

الخبرة المهنية	اقل من 5سنوات	من 5 الى 10 سنوات	أكثر من 10 سنوات
اقل من 5سنوات		0.962	0.017
من 5 الى 10 سنوات	0.962		0.067
اكثر من 10 سنوات	0.017	0.067	

يتضح من الجدول رقم (19) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في استراتيجية المواجهة الانفعالية عند مستوى الدلالة 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة (أكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح أقل من 5 سنوات حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (17.866) ، ولفئة أكثر من 10 سنوات (15.785).

6- **عرض نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة:** تنص الفرضية السادسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في الأعراض الإكتئابية لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس ، ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين، والجدول الآتي يوضح النتائج:

الجدول رقم (20) يوضح الفروق بين الجنسين في درجة الإكتئاب .

التقنية الإحصائية / الدرجات	ن	المتوسط	الانحراف	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوي الدلالة
ذكر	50	11.52	5.11	-4.571	98	0.000
انثى	50	16.96	6.68			

يتبين من الجدول رقم (20) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (11.52) وبانحراف معياري قدره (5.11) وهو أقل من المتوسط الحسابي للإناث الذي بلغ (16.96) وبانحراف معياري قدره (6.68)، كما أن قيمة (ت) المحسوبة تساوي (-4.571) عند درجة الحرية 98 بمستوى الدلالة (0.000) الأمر الذي يدل على وجود فروق بين الجنسين في الأعراض الإكتئابية لصالح الإناث .

7- **عرض نتيجة الفرضية الجزئية السادسة:** تنص الفرضية السابعة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية، أولا تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فئة، وهي مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة في درجة الإكتئاب تبعاً للخبرة المهنية

الرتبة الوظيفية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
اقل من 5سنوات	45	16.80	6.86
من 5 الى 10 سنوات	27	13.74	6.22
اكثر من 10 سنوات	28	10.60	4.12

ولمعرفة الفروق في درجة الإكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية ، تم استخدام اختبار تحليل التباين (ANOVA) والجدول رقم (16) يبين نتائج ذلك :

الجدول رقم (22): نتائج تحليل التباين لدلالة الفروق بين أفراد العينة في درجة الإكتئاب تبعاً للخبرة المهنية

المصدر	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	671.176	2	335.588	9.198	0.000
داخل المجموعات	3539.064	97	36.485		
الكلي	4210.240	99			

من الجدول رقم(22) ، يظهر إن قيمة " ف "بلغت (9.198) بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من 0.05، ومنه نستنتج أنه توجد فروق في درجة الإكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية. ولمعرفة اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار شيفي (Scheffe)، والجدول رقم (23) يشير إلى النتائج:

الجدول رقم(23) نتائج اختبار شيفي (Scheffe): درجة الإكتئاب لدى الممرضين تبعاً لمتغير الخبرة المهنية.

الرتبة الوظيفية	اقل من 5سنوات	من 5 الى 10 سنوات	اكثر من 10 سنوات
اقل من 5سنوات		0.120	0.000
من 5 الى 10 سنوات	0.120		0.163
اكثر من 10 سنوات	0.000	0.163	

يتضح من الجدول رقم (23) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة (اكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح فئة أقل من 5سنوات حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (16.80) ، ولفئة أكثر من 10 سنوات (10.60).

خلاصة:

تم التطرق خلال هذا الفصل إلى عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة، تبعا لترتيبها المنهجي اعتمادا على الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرضية، حيث تحققت فرضيتنا العامة التي تنص على وجود علاقة بين استراتجيات المواجهة والأعراض الإكتئابية لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات، كما تحققت فرضيتنا الثانية والتي تنص على أن الممرضين يستعملون استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط، وبينت الدراسة وجود أعراض إكتئابية بدرجات منخفضة عموما لدى العينة، وأظهرت كذلك وجود فروق في استعمال استراتجيات المواجهة لدى العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وأنه لاتوجد فروق في المواجهة تعزى لمتغير الخبرة المهنية، أما من حيث الأعراض الإكتئابية فأظهرت الدراسة وجود فروق لدى الممرضين من حيث الجنس والخبرة المهنية .

الفصل السابع :

تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

تفسير ومناقشة الفرضية العامة

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الأولى

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة

تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة

خلاصة الدراسة والمقترحات

تمهيد:

بعد ما تم عرض وتحليل نتائجها، في الفصل السابق باستعمال التحليل الإحصائي للبيانات الدراسة الأساسية، سيتم في هذا الفصل مناقشة وتفسير فرضيات الدراسة الحالية، في ضل ما توفر من تراث نظري، ودراسات سابقة تناولت متغيرات الدراسة الحالية، ثم بطرح خلاصة عامة للنتائج المتوصل إليها من الدراسة، وبعض الدراسات المقترحة التي من شانها أن تدفع عجلة البحث العلمي إلى الأمام وتثريه.

1-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية العامة:

- نصت الفرضية على أنه: توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط، والإكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات.

اتضح من الجدول رقم (09) أن قيمة "ر" بلغت (0,314) بمستوى دلالة قدره (0,001) عند درجة الحرية (98) الأمر الذي يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ،والإكتئاب لدى أفراد العينة، حيث بين الجدول وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية حل المشكل، والاكتئاب إذ قدرت "ر" ب (0.297-) عند مستوى الدلالة (0.001)، وكذلك وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين إستراتيجية المواجهة الفعالة، والاكتئاب حيث قدرت "ر" ب (0.463-) عند مستوى الدلالة (0.001)، ووجود علاقة ارتباطية بين إستراتيجية السند الاجتماعي، والاكتئاب إذ قدرت "ر" ب (0.270) عند مستوى الدلالة (0.001)، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين إستراتيجية التجنب، والاكتئاب قدرت "ر" ب(0.523) عند مستوى الدلالة (0.001)، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة بين إستراتيجية المواجهة الانفعالية،و الاكتئاب قدرت "ر" ب (0.564) عند مستوى الدلالة (0.001).

وتتفق نتيجة دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة سامي عبد القوي (2002)، التي بحثت في أساليب التعامل مع الضغوط ودرجة الإكتئاب لدى عينة من الطلبة بالإمارات، وشملت عينة الدراسة 234 طالب وطالبة، وأسفرت النتائج على وجود ارتباطات موجبة و دالة بين الأساليب الغير فعالة والإكتئاب، وأن منخفضي الإكتئاب يستعملون أساليب مواجهة فعالة أكثر من مرتفعي الإكتئاب، كما أوضح تحليل التباين إمكانية التنبؤ ببعض الأعراض الإكتئابية من خلال الأساليب غير الفعالة التي يستعملها الفرد مع الضغوط .(سامي ع القوي 2002 ص210) (واكلي بديعة 2014، ص 238).

إن الحل غير الفعال للمشكلات قد يؤدي للإكتئاب، والمكتئب قد يتوصل إلى قناعة بأنه غير قادر على تجاوز المشكلات والتحكم في أحداث الحياة الضاغطة، وحتى المواقف الحياتية الراهنة والمستقبلية.(يوسف جمعه سيد2001،ص 168)

- وتوصل كومباس وآخرون 1993) في دراستهم إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجيات حل المشكل ودرجة الإكتئاب، وأن المواجهة المركزة على المشكل عامل منبئ بالاكتئاب، وهذا يطابق ما توصل إليه ميرس وآخرون (2001) Muris et all

وبينت دراسة قام بها أندري وسميث (2006) André et shmitt على عينة من الممرضات، وجود علاقة ارتباطية سالبة بين استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وشدة الإكتئاب.(واكلي بديعة،2014،ص240)

من هنا نستخلص أن استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل لها ارتباط إيجابي بالصحة النفسية كما أوضحه العديد من الدراسات، كأعمال ديلانجيس، جراون، فولكمان ولازاروس

Delongis ,Greun,Folkman et Lazarus (1986)

- أما فيما يخص استراتيجية السند الاجتماعي فجاءت النتائج مخالفة لما هو متوقع، وما هو شائع حيث أظهرت الإرتباط إيجابيا بأعراض الإكتئاب وإن كانت القيمة ليست مرتفعة (0.270)، فهناك الكثير من الباحثين الذين يتحدثون عن مفهوم السند الإجتماعي باعتباره مفهوم يتطلب الكثير من التحليل ، وقد أشار كومان وآخرون (1990) Kooman et all إلى ضرورة التمييز بين السند الاجتماعي المرتبط بالاحتياج النسبي للأفراد، واستنتجوا أن السند الاجتماعي يعتبر فعالا عند الأشخاص الذين يستشعرون أدنى درجة من السند، بينما يبقى هذا الأخير متوافرا بكثرة طلب السند الاجتماعي ويدركون أنه غير كاف ، ويعود هذا إلى الخصائص الشخصية للأفراد، وبالتالي يمكن القول أن الجهود المبذولة في تقديم السند الإجتماعي لا تؤدي دائما إلى النتائج المنتظرة أو المتوقعة. (1994) Valantier et all (واكلي بديعة،ص 224)

ويمكن أن نفسر هاته النتيجة، على أنها ربما تعكس مستوى النرجسية التي تعيشها مجتمعاتنا اليوم حسب ملاحظات بعض المختصين، فإن التوجهات ذاتية نرجسية ظاهرة عبر العديد من السلوكيات خصوصا ما يتعلق بالمصلحة العامة، وفي ظل هذه الرأسمالية العمياء والتصنع، هذا ما أدى إلى تراجع مظاهر التكافل الإجتماعي بصورة واضحة بين الأصدقاء وحتى أفراد الأسرة الواحدة، وانعدمت الثقة وفقدنا قيمة إجتماعية مهمة لوحدة وتماسك المجتمع، لهذا ربما حتى توفر الدعم الإجتماعي عند البعض بغير معنى، ولا يعطي جدوى، وبل العكس ممكن يزيد من مظاهر البؤس والإحباط، في ظل هذا السباق الفردي الكبير.

- و ذكر العديد من الباحثين أمثال بريشون –شويتزر (1996) Bruchon– chwizer أن استراتيجية التجنب لها علاقة موجبة مع المشاكل النفسية عامة والاكتئاب خاصة، وبينت كذلك دراسة مايسة شكري، وجود علاقة إيجابية بين الإكتئاب واستراتيجية التجنب.(مايسة شكري1997،ص287)

كما توصل فولكمان و لازاروس إلى أن الاشخاص ذوي الأعراض الإكتئابية الشديدة كثيرا ما يستعملون استراتيجية التجنب.(Lazarus et Folkman,1986,p 215) (المرجع السابق،ص242)

كما توصل كل من توماس مالكارن وفاندكارو (1988) Kompas-Malkarn et fandacaro إلى أنه توجد علاقة إيجابية بين المواجهة المركزة على الإنفعال والاكتئاب.(طايبي 2000)

وأشار كل من فولكمان وآخرون (1986) وتيري (1995) Folkman et all an Terry إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المواجهة المركزة على الإنفعال والاضطرابات النفسية والاكتئاب.

إذن ومن خلال هذا العرض نقول أن أغلب الدراسات أجمعت على الإرتباط السلبي لاستراتيجيات المواجهة الفعالة المركزة على المشكلات درجة الاكتئاب، كما أنها أجمعت كذلك على الإرتباط الإيجابي لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال درجة الاكتئاب.

2-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الأولى :

- نصت الفرضية على أنه: يستعمل الممرضون العاملون بمصلحة الإستعجالات استراتيجيات حل المشكلات، المواجهة الفعالة، والمواجهة الإنفعالية لمواجهة الضغوط المختلفة .

واتضح من خلال الجدول رقم (10) أن ترتيب الإستراتيجيات حسب المتوسطات الحسابية كان كالتالي: (المواجهة الفعالة 18.840، حل المشكلات 18.750، السند الإجتماعي 17.900، المواجهة الإنفعالية 17.230) .

و جاءت نتائج دراستنا موافقة لدراسة (تواتي نجية 2016) حول استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين بمصالح السرطان بالجزائر العاصمة، حيث أظهرت النتائج أن الممرضين يستعملون استراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط من أهمها " الإنابة إلى الله 93% التفكير الإيجابي 62% استراتيجية التخطيط 59% البحث عن الدعم الإجتماعي 31 % ثم التجنب13%.

كما تدعم دراسة(ريناتو ميندونسا ريبيرو 2015) نتيجة فرضيتنا، حيث في دراسته استراتيجيات تكيف الممرضات في أقسام الطوارئ بالمستشفيات بالبرازيل، أظهرت النتائج أن المشاركين لم يقتصروا على استخدام إستراتيجية مواجهة واحدة ، وأن الإستراتيجيات الوظيفية (حل المشكلات ، إعادة التقييم الإيجابي والدعم الاجتماعي) كانت أكثر انتشارا عن الاستراتيجيات السلبية المختلة وظيفيا. (Acta Paul. São Paulo (2015 (2015) Obiora Emmanuel Iyi)

و تتمثل فعالية المواجهة في قدرة التحكم في الوضعية، مثلما يري ماركس وشولتز (Marx & Schultz, 1991)، كما جاء في كتاب "علم النفس الصحة" لشويتزر(Psychologie de la santé, 2002) Shweitzer بأن إستراتيجية حل المشكل تكون فعالة عندما يمكن التحكم في الوضعية الضاغطة لأنه في هذه الحالة يمكن أن يخفض من شدّة الحصر، أما في حالة عدم التحكم في الوضعية الضاغطة فإنه يزيد من شدة الحصر.(Shweitze , 363MB , 2002, p554.). (برزوان حسيبة برزوان 2014،ص 104)

ويتضح لنا أن ممرضي الاستعجالات يستعملون استراتجيات مواجهة الضغوط النفسية بشكل متدرج حيث يعتمدون بشكل كبير و أولي على المواجهة الفعالة و التركيز حول المشكل، وبعدها يعتمدون على الدعم الاجتماعي، ثم المواجهة الإنفعالية، وهذا هو الشكل الفعال للتصدي للضغوط حسب معالجة المعلومات وحل المشكلات حيث يستعمل العقل التعرف على المشكل أو الموقف أولا وتقدير حجم المواقف والإنذار بعدها تأتي الاستجابات البيولوجية والهرمونية والجسدية حسب نظرية الضغط لسيلي(SELY).

3-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية على أنه: يعاني الممرضون العاملون بمصلحة الإستعجالات درجة إكتئاب متوسطة .

من خلال الجدول (11) اتضح أن مستوى الاكتئاب كان كالآتي، يعيش 78% من الممرضين دون أدنى مستوى من الإكتئاب، ويعيش 20% من الممرضين مستوى منخفض من الاكتئاب، ويعيش 02% من الممرضين مستوى متوسط من الاكتئاب، ولم يظهر أن للممرضين مستوى مرتفع من الاكتئاب، مما يوضح عدم تأكد الفرضية .

و نفسر هاته النتيجة، بأن اعتماد الأفراد على استعمال استراتيجيات فعالة في مواجهة الضغوط، يكفل لهم مستوى عال من التكيف ومن الصحة النفسية، ويبعدهم عن مستويات القلق والاكتئاب، كما يرى البعض أمثال TERRY (1991) بأن هناك ارتباط موجب بين المواجهة الفعالة ومستوى الصحة النفسية والابتعاد عن القلق والاكتئاب.

و أكد العنزي (1999) في دراسته عن الفروق بين مرضى الاكتئاب الخفيف والأصحاء في أساليب مواجهة الضغوط ، وذلك على عينة بلغت 40 فردا من الذكور السعوديين تتراوح أعمارهم بين "20-40" مقسمين إلى مجموعتين بالرياض، وقد توصل إلى وجود فروق جوهرية بين مرضى الإكتئاب الخفيف والأصحاء في الدرجة الكلية لأساليب المواجهة الإيجابية، كما أوضحت النتائج أن مرضى الإكتئاب الخفيف

يختلفون في أساليب المواجهة المستخدمة وأنهم يميلون إلى استخدام الأساليب السلبية بنسبة 71% فيما كانت الأساليب الإيجابية لا تتجاوز 29%، بينما الأصحاء يميلون لاستعمال الأساليب الإيجابية بنسبة 86%، أما الأساليب السلبية فلا تتجاوز 14%.

كما تعتبر استراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطية بين اثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد وبالتالي صحته النفسية والجسدية وفي هذا الصدد يصرح lozorns و folkman (1988) أي الطريقة التي يواجه بها الأفراد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية وليس الضغط بحد ذاته. (واكلي بديعة ،2014ص157)

وتتفق نتيجة دراستنا مع دراسة مايسة شكري(1999) عن التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بأساليب مواجهة الضغوط على عينة قدرت ب 210 من طلاب الجامعة (85طالب و125طالبة)، وأوضحت النتائج وجود ارتباط ايجابي موجب بين التفاؤل واستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل، وبين التشاؤم واستراتيجية المركزة على الانفعال والتجنب (مايسة شكري،1999ص187).

وتشير دراسة سامي عبد القوي (2002) التي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط ومظاهر الاكتئاب لدى عينة شملت 234 من الطلبة وطالبات جامعة الإمارات، أن منخفضي الدرجة على الاكتئاب يتميزون بأساليب أكثر فعالية من مرتفعي الدرجة، كما أوضح تحليل التباين إمكانية التنبؤ ببعض المظاهر الاكتئابية من خلال الأساليب غير الفعالة التي يستعملها الفرد في تعامله مع الضغوط، كما بينت دراسة كوبازا (1979) Kobaza التي هدفت لتبيان بعض المتغيرات النفسية التي من شأنها أن تساعد الفرد على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسمية رغم تعرضه للضغوط على عينة من 79 فرد تتراوح أعمارهم بين 40-49، أوضحت أن الأشخاص الأكثر صلابة أقل تعرضا للضغوط، وأنهم أكثر صمودا وإنجازا وسيطرة وقيادة وضبطا داخليا، كما أنهم أكثر مرونة وكفاية واقتدار واقتحاما وواقعية.

و أكد الكثير من الباحثين على أن للمحددات الإستعدادية و المعرفية دور في التحكم في التقييمات الأولية والثانوية، إلا أن هناك متغيرات أخرى يمكن أن تتبئ بتقييمات خاصة كارتفاع الضغط أو انخفاضه مثل: القلق، الاكتئاب، الصلابة ... مما يعني استخدام استراتيجيات مركزة حول الانفعال، في حين أن المرونة، السعادة، التحمل ...تشير لاستخدام استراتيجيات مركزة حول المشكل. (فريدة قماز.2009ص:192)

وحسب ما أشار إليه Lazarus أنه لا يجوز النظر إلى أساليب التعامل على أنها مجرد مجموعة من العمليات التي تحدث استجابة للمشاكل التي تنشأ من مصدر محدد للضغط، بل يجب النظر إليها على انها جهود تسعى إلى تحقيق أهداف معينة، وتمركز جهود التعامل على 5 مهمات أساسية وهي:

- تحقيق الظروف البيئية المؤذية وتعزيز احتمالات الشفاء.
- التحمل أو التكيف مع الأحداث أو الواقع السلبي.
- الحفاظ على الصورة الإيجابية للذات.
- الحفاظ على التوازن الانفعالي.
- الاستمرار في إقامة العلاقات المعيشية مع الآخرين.

ولتحقيق الفعالية في التعامل مع المشاكل على الفرد أن يقوم بالتعامل مع المطالب المباشرة التي تفرضها الموقف الضاغط نفسه. ثم يحدد أي نتيجة سلبية او مشكلة مركبة يسببها الحدث الضاغط.(شيلي تايلور :2008,ص459)

4- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة: نصت الفرضية الرابعة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس.

وقد تبين من الجدول رقم (12)، أن قيمة ت في استراتيجية حل المشكلات قدرت ب (0.89) عند الذكور وعند الإناث عند درجة حرية(98)، بمستوى دلالة (0.347) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتجية المواجهة الفعالة عند الذكور والإناث ب (1.93) عند درجة حرية(98) وقدرت الدلالة الإحصائية ب (0.056)وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتجية السند الإجتماعي عند الإناث والذكور ب (2.17-) عند درجة حرية قدرت عند الإناث والذكور ب(98) عند مستوى دلالة(0.032) وهي قيمة دالة عند قيمة (0.05)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور ب(17.30) وللإناث ب (18.50) مما يعني وجود فروق في استراتيجية الدعم الإجتماعي لصالح الإناث، وقدرت قيمة ت في استراتيجية التجنب ب(2.93 -) عند مستوى دلالة (0.004) وهي قيمة دالة عند قيمة (0.05)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور ب (14.70) والمتوسط للإناث ب (16.48) مما يعني وجود فروق في التجنب لصالح الإناث،وقدرت قيمة ت في استراتيجية المواجهة الإنفعالية ب(3.09 -) عند مستوى دلالة (0.003)، وهي قيمة دالة عند قيمة (0.05)، حيث بلغ المتوسط الحسابي للذكور ب (16.32) والمتوسط الحسابي للإناث ب (18.14) مما يعني وجود فروق في المواجهة الإنفعالية لصالح الإناث كذلك .

يتضح من خلال نتيجة دراستنا عدم وجود فروق في المواجهة الفعالة وحل المشكلات، و وجود فروق في استراتيجيات " السند الاجتماعي، التجنب، المواجهة الانفعالية لصالح الإناث".

يرى فولكمان و لازاروس (نقلا عن جمعه يوسف،2000) أن التوافق والتقدير يتأثران بالفروق الفردية في الامكانيات السيكولوجية والمصادر الشخصية والإلتزامات والقيم، أي أن خصائص الفرد وقدراته وامتلاكه لمهارات التوافق تؤثر في الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة.

و تباينت نتائج الدراسات التي تناولت الفروق في المواجهة بين الجنسين، منها من توصل إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة الفعالة مثل: دراسة شعبان (1995) في مصر،و دراسة عبد المعطي (1992)، دراسة ستون (STONE 1984) و دراسة لازاروس (Lazarus1998)، وأكدت (تواتي نجية 2016) التي درست مختلف مصادر الضغوط المهنية ومختلف استراتيجيات المواجهة المستعملة حيالها من طرف العاملين بقطاع الصحة العمومية بالجزائر، وكذا البحث عن الفروق بين مختلف الفئات المهنية الموجودة به من (أطباء، ممرضين، تقنيين، نفسانيين، مساعدين اجتماعيين وإداريين)، أنه لا توجد فروق دالة في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس في استراتيجيات " التفكير الإيجابي، التخطيط، تجميع الطاقة، الإنابة إلى الله، وبينت وجود فروق في استراتيجية البحث عن الدعم الإجتماعي لصالح الإناث.

و دراسة أمل أبو عرام (2005) للتعرف على أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب المرحلة الثانوية، تكونت عينة الدراسة من 891 طالب وطالبة، وأكدت النتائج على وجود فروق في "استراتيجية اللجوء للدين، تحمل المسؤولية، تأكيد الذات" لصالح الإناث .

وجاءت دراسة حسن علي حسين(2016)تقييم استراتيجيات التكيف في التقليل والسيطرة على الإجهاد النفسي المتبعة من قبل الممرضين العاملين في ردهات المستشفيات النفسية والعقلية ببغداد على عينة قوامها"90" ممرض، وكشفت النتائج أنه توجد فروق دالة في استراتيجيات التكيف لصالح الإناث، كما هدفت دراسة نومر(Nummer ,2001) للتعرف على العلاقة بين الجنس العمر وإستراتيجية المواجهة وتقدير الذات، على عينة تكونت من 321 طالب وطالبة، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المواجهة بين الجنسين لصالح الإناث في أكثر الإستراتيجيات استخداما وهي إستراتيجية الميل إلى التجنب والانفعال. (الهلالي 2009).كما نذكر دراسة منى محمود (2002) ودراسة سامي عبد القوي (2002) أيضا، حيث أظهرت النتائج أن الإناث أكثر استخداما لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال.

وما يجدر الإشارة إليه أن الاختلاف في استراتيجيات المواجهة يظهر في المواقف التي تقيم النساء فيها المواقف على أنها أكثر ضغطا من الرجال، وما عدا ذلك فلا يكون اختلاف في استراتيجيات المواجهة حسب الجنس. (Folkman, S ;2006, p73) (واكلي بديعة،2014،ص223)

وقد يعود هذا الفرق في استراتيجيات المواجهة إلى التغير الثقافي والاجتماعي الكبير لدى الإناث، بصورة إيجابية وضمن المسموح به من الحرية والحقوق، حيث نجد أن المرأة في المجتمع الجزائري أصبحت على قدر من التعليم والمكانة الرفيعة، مما يتيح لها التعبير عن ذاتها بكل حرية، في المقابل نجد أن الذكور لا يفضلون أن التحدث عن همومهم النفسية وضغوطاتهم العصبية، ويعتقدون أنهم يستطيعون السيطرة على ضغوطهم المختلفة، ولكن إذا اشتدت الأزمة يصبحون أكثر معاناة من الهموم المتراكمة على مدى السنين على عكس الإناث اللواتي يصارحن أقرب المحيطين ويسارعن للبحث عن الحلول في محاولة لمعالجة الضغوط، والتخلص من الكرب.

5-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة: نصت الفرضية الخامسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

من خلال الجدول رقم (15) اتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة لحل المشكلات قدرت ب (0.96) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند درجة الحرية (2) ومستوى دلالة 0.05، أي لاتوجد فروق في استراتيجية حل المشكلات تبعا للخبرة المهنية ، أما بالنسبة لاستراتيجية المواجهة الإنفعالية فقد قدرت قيمة ف ب (4.20) وهي قيمة دالة إحصائيا عند درجة الحرية (2) بمستوى الدلالة 0.018، وهو أقل من 0.05 بمعنى أنه توجد فروق في استخدام استراتجيات المواجهة الانفعالية باختلاف الخبرة المهنية، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في السند الإجتماعي قدرت ب (0.97) وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند درجة الحرية (2) بمستوى دلالة (0.38)، وهذا يعني أنه لاتوجد فروق في استخدام إستراتجية السند الإجتماعي بالنسبة للخبرة المهنية، أما قيمة ف لاستراتيجية التجنب بلغت (6.80) عند درجة الحرية (2) بمستوى دلالة (0.002)، وهي أقل من 0.05 بمعنى أنه توجد فروق في استخدام استراتجية التجنب باختلاف الخبرة المهنية، وبلغت قيمة ف لاستراتيجية المواجهة الإنفعالية ب (4.66) عند درجة الحرية (2) بمستوى دلالة (0.012)، وهي أقل من 0.05 بمعنى أنه توجد فروق في استخدام استراتجية المواجهة الانفعالية باختلاف الخبرة المهنية .

ولمعرفة اتجاه الفروق، اتضح من الجدول رقم (14) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في استراتيجية المواجهة الفعالة عند مستوى الدلالة 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة (أكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح أكثر من 10سنوات حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (18.133) ، ولفئة أكثر من 10 سنوات (19.714).

ومن خلال الجدول رقم (15) تبين أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في استراتيجية التجنب عند مستوى الدلالة 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة من(5 الى 10 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح (أقل من 5سنوات) حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (16.800) ، ولفئة من5 الى 10 سنوات(14.703)، ولفئة أكثر من 10 سنوات (14.500).

كما ظهر من خلال الجدول رقم (19) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في استراتيجية المواجهة الانفعالية عند مستوى الدلالة 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة (أكثر من 10 سنوات) ، وذلك لصالح أقل من 5 سنوات حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (17.866) ، ولفئة أكثر من 10 سنوات (15.785).

إن متغير السن والخبرة المهنية، يؤثر على تقييم الضغط وبالتالي فهو يؤثر على اختيار استراتيجيات المواجهة، لكن التقدم في السن لا يجعل بالضرورة استراتيجيات المواجهة المستعملة فعالة.

و أوضحت الأعمال الإمبريقية أن استراتيجيات المواجهة يمكن أن تتغير قليلا فقط في سن الرشد فالأشخاص المتكيفين والذين يستعملون استراتيجيات فعالة لمواجهة ضغوط الحياة اليومية في سن الثلاثين أو أقل، يبقون على الأرجح كذلك في سن لاحقة حتى سن الشيخوخة، أما الأشخاص الذين يستعملون استراتيجيات غير فعالة في سن الثلاثين من المحتمل أن يبقوا كذلك في سن لاحقة حتى الشيخوخة، ويحدث تغير في استراتيجيات المواجهة بحالة واحدة، هي إن وردت تدخلات جديدة تسببت في تغيير هاته الاستراتيجيات.(Zeinder et all,1996,p493-494) (واكلي بديعة2014،ص227)

- وأوضح كويهاجن(1982) Quayhagen أن استراتيجية حل المشكلات هي الاستراتيجية الأكثر استعمالا للتعامل مع الضغوطات في كل الفئات العمرية،هذه النتيجة توصل إليها في دراسته على عينة غير إكلينيكية تكونت من 77 رجلا و 141امرأة، تراوحت أعمارهم بين 40 و 70 سنة.

و تتفق نتيجة دراستنا في جزء منها مع دراسة النيال وعبد الله(1997) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين بعض أساليب مواجهة ضغوط الحياة وبعض الاضطرابات النفسية، كما هدفت إلى معرفة مدى تأثر أساليب المواجهة بمتغيرات الجنس والعمر والتخصص، أسفرت الدراسة عن النتائج أنه لا يوجد أثر لمتغيرات الجنس والعمر على أغلب هذه الأساليب.

وجاءت دراسة حسن علي حسين(2016)تقييم استراتيجيات التكيف في التقليل والسيطرة على الإجهاد النفسي المتبعة من قبل الممرضين العاملين في ردهات المستشفيات النفسية والعقلية ببغداد على عينة قوامها"90" ممرض، وكشفت النتائج أنه لا توجد فروق دالة في استراتيجيات التكيف تعزى للخبرة المهنية للممرضات.

- أما دراسة إيزوهامي(1996) Isohami بينت أن الأفراد ذوي الأساليب التكيفية والفعالة، يتميزون باستعمال استراتيجيات مواجهة فعالة كلما تقدم بهم السن، بالمقارنة مع أقرانهم ذوي الإستراتيجيات غير الفعالة.

وأما عن عدم وجود فروق في استراتيجية السند الإجتماعي تبعا للخبرة المهنية، فيمكن إرجاعه إلى كون أن أفراد المجتمع باختلاف سنوات الأقدمية، فإنهم يسعون للوصول إلى تحقيق ما يتمنون من طموحات في حياتهم، كبناء أسرة سعيدة، وأن يقيموا علاقات إجتماعية طيبة، كما أن صعوبة المواقف المعاشة في مهنة التمريض والتعرض للضغوط المختلفة، يحتم على الممرضين وباختلاف أقدميتهم البحث عن الدعم والمساندة الإجتماعية، فالحاجة للدعم لا تعترف بالسن أو الخبرة والكل فيها سواء.

كما تتناسب نتيجة دراستنا مع الدراسات التي أثبتت أن الأقل سنا وخبرة يميلون لاستعمال استراتيجية التجنب أكثر من غيرهم، مثل دراسة ألدوين (1991) Aldwin الذي طبق استبيان على 228 رجل وامرأة تراوحت أعمارهم بين 18 و78 سنة لدراسة أساليب المواجهة التي يستعملونها، فنوصل إلى أن الأشخاص المتقدمين في السن يستعملون استراتيجية التجنب والانسحاب بدرجة أقل مقارنة بالأصغر سنا.

وجاءت دراسة عبد المعطي (1994) التي أشارت إلى أن الفئات العمرية الأكبر سنا كانت أكثر ميلا إلى استعمال المواجهة الفعالة، وتنمية الكفاءة الذاتية، والعمل من خلال الحدث، أما الفئات الأقل سنا كانت أكثر ميلا لاستعمال أساليب التجنب والإنكار والإلحاح القهري للحدث، والمساند الإجتماعية، وتتفق كذلك مع دراسة جاد الله(2002) التي أشارت إلى أن الزيادة في العمر تكسب الفرد مهارات وأساليب يستطيع بها التكيف مع الضغوط.

نلاحظ أن الباحثين لا يتفقون تماما على تأثير السن والأقدمية المهنية على استراتيجيات المواجهة، فبعضهم يشير إلى أن الشباب الأقل خبرة وسنا يستعملون المواجهة المركزة على الإنفعال، والبعض الأخر يرى أنهم يستعملون استراتيجيات مركزة على المشكلات، ونفس الفكرة تنطبق على الأكبر خيرة وسنا،و وهذا الغموض قد يرجع إلى الأساليب والوسائل المستعملة لقياس استراتيجيات المواجهة، ومن الصعب معرفة ما إذا كانت هذه النتائج ثابتة أم لا.

6-تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الخامسة: تنص الفرضية السادسة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الجنس.

وتبين من خلال الجدول رقم (14) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ (11.52) وبانحراف معياري قدره (5.11) وهو أقل من المتوسط الحسابي للإناث الذي بلغ (16.96) وبانحراف معياري قدره (6.68)، كما أن قيمة (ت) المحسوبة تساوي (4.357180-) عند درجة الحرية 98 بمستوى الدلالة (0.000) الأمر الذي يدل على وجود فروق بين الجنسين في درجة الإكتئاب لصالح الإناث.

من النتائج المألوفة فى دراسات انتشار الاضطرابات العقلية ، أن النساء أكثر عرضة للاضطرابات الوجدانية من الرجال(Turns, 1978)

تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة (Gherardi-Donato et all 2015) التي تشير أن الإكتئاب ينتشر بصورة أكبر لدى الممرضات منه عن الممرضين الذكور، وتتفق كذلك مع دراسة (Bjelosovic et all,2013) التي تشير أن الإكتئاب ينتشر لدى الطبيبات والممرضات بدرجة أكبر من الأطباء والممرضين الذكور.(وفاء خالد الدعمس2017،ص 740)

و تتفق نتيجة بحثنا مع عديد الدراسات، التي نذكر منها دراسة إبراهيم إبراهيم (1997) حيث هدفت الدراسة الى التعرف على مدى انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها القلق والاكتئاب والعداوة والاستعداد للمرض النفسي. وتكونت عينة الدراسة من (1024) من الذكور و (989) من الإناث من اطر ثقافية واجتماعية متباينة بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية، واستخدمت الدراسة مقاييس مقننة للقلق والاكتئاب والعداوة. وتوصلت الدراسة إلى أن النساء قد سجلت درجات مرتفعة عن الذكور في كل المتغيرات وتزداد هذه الفروق بين طالبات المدارس الثانوية والجامعية. (إبراهيم إبراهيم ،1998، ص38)

وتتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية أن نسبة انتشار الاكتئاب الشديد تفوق لدي الإناث عنه لدي الذكور (391. 1994). DSMIV .

ومن أهم القضايا المتعلقة بموضوع الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب اثنتان: الأولى تقوم على التفسيرات البيولوجية لوجود هذه الفروق ، والتى يرى أصحابها أن تفوق المرأة على الرجل فى الاكتئاب ظاهرة عالمية ،وهذا قد يشير إلى وجود زيادة فى حساسية المرأة للإصابة بالاكتئاب ، ترتبط هذه الحساسية الزائدة بخصائص بيولوجية تختص بها المرأة دون الرجل، وهذا ما تؤكد عليه معظم الدراسات الأجنبية أما الثاني فمتعلق بالتفسيرات النفس -اجتماعية لوجود الفروق بين الجنسين فى الاكتئاب والتى ترى ارتباط هذه الفروق بثقافة المجتمع، وأساليب التنشئة الاجتماعية وغير ذلك من العوامل البيئية .(جويرية بنت الحارث)

استعرض وايزمان و كليرمان قوائم لدراسات عديدة تمت فى الولايات المتحدة والعديد من بلاد العالم وأوضحا بأن الدراسات في اغلبها توضح تفوق المرأة على الرجل في الاكتئاب وكان هذا التفوق يتراوح ما بين 1.1 : 1 و 6.7 : 1 نساء : رجال(Weissman & Klerman, 1979, PP. 385-387) .

أراد بعض الباحثين مثل رادلوف و أنسيل التأكد من الفرض السابق (Radloff, 1975; Ensel, 1982, Cited In Nolen – Hoeksema, 1987, P. 265) وذلك بمقارنة متوسطات النساء والرجال على مقياس للاكتئاب بعد أن تم ضبط عوامل مستوى الدخل ومستوى التعليم والوظيفة . وظهرت النتائج فى كلا الدراستين تؤكد بأن المرأة ظلت تحصل على متوسط أعلى فى الاكتئاب من الرجل بعد ضبط العوامل السابقة المتصلة بالمستوى الاقتصادى الاجتماعى وأكدت هذه النتائج أن الفروق الملاحظة بين الجنسين فى الاكتئاب لا يمكن إرجاعها إلى فروق فى المستويات الاجتماعية والاقتصادية. (نفس المرجع السابق)

7- **تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية السادسة:** نصت الفرضية السابعة على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا في درجة الإكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

من خلال الجدول رقم(22) ، ظهر إن قيمة " ف "بلغت (9.198) بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من 0.05، ومنه نستنتج أنه توجد فروق في درجة الإكتئاب لدى الممرضين تعزى لمتغير الخبرة المهنية. ولمعرفة اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار شيفي (Scheffe)، واتضح من الجدول رقم (23) أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين فئة (أقل من 5سنوات) وفئة (أكثر من 10 سنوات) وذلك لصالح فئة أقل من 5سنوات حيث بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (16.80) ، ولفئة أكثر من 10 سنوات (10.60).

إن الشاب في مقتبل العمر، وعند تواجده ببيئة مهنية تعتبر غريبة عليه في بداية المشوار، وخصوصا عند تعرضه لمستوى مرتفع من الضغوط المختلفة، مع عدم اكتسابه الخبرة اللازمة والتكيف الكلي مع ضغوطات العمل والعبء الزائد، و مع عدم توفر إمكانيات المساعدة فإنه مع التعرض المتكرر للضغوط والكرب يستجيب بطريقة مزاجية انفعالية حيال ذلك مما يجعله عرضة لظهور الأعراض الإكتئابية خصوصا في بدايات مشواره المهني، وبمرور الوقت وشيئا فشيئا يندمج أكثر ويكتسب من الخبرة ما يؤهله للتأقلم والتكيف أكثر مع الوضعيات الضاغطة المختلفة.

وتتفق نتيجة دراستنا مع دراسة(Cheng and Yip ,2015) التي تشير أن الإكتئاب ينتشر عند الأفراد أقل خبرة، وتتفق كذلك مع دراسة (Hernandez et all,2010) التي توصلت إلى أن الإكتئاب يزداد عند طلاب الطب الجدد الأصغر سنا والأقل خبرة .(وفاء خالد الدعمس2017،ص 740)

وتتفق مع دراسة (الزهراني 1993) التي هدفت الى تشخيص مرض الاكتئاب والعوامل المرتبطة به مثل الجنس والعمر ومستوى التعلم والحالة الاجتماعية. باستخدام مقياس بك. وتكونت عينة الدراسة من (200) مريضاً من ثلاثة مناطق رئيسية بالمنطقة الغربية من السعودية، وتم استخدام مقياس بك للاكتئاب وتوصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بمرض الاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس والعمر ومستوى التعلم. (الزهراني ،1993، ص1)

استنتاج عام :

من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات، خلصت هاته الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و درجة الاكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات، بتطبيق معامل الإرتباط بيرسون وكشفت أن الممرضين يستعملون استراتيجيات فعالة في مواجهة الضغوط بالترتيب، حيث يعتمدون على استراتيجية المواجهة الفعالة، و حل المشكلات ، ثم طلب المساندة الإجتماعية، وأخيرا المواجهة الإنفعالية وهذا بدوره أظهر انخفاض في درجة الإكتئاب لدى أفراد العينة، بعد تطبيق مقياس بيك المعدل للإكتئاب كما بينت النتائج أن الممرضات أكثر استعمالا لاستراتيجيات" السند الإجتماعي، التجنب والمواجهة الإنفعالية مع وجد فروق في استراتيجيات المواجهة الفعالة لصالح فئة أكثر من 10 سنوات خبرة مهنية، أي الأكبر سنا و وجود فروق في استراتيجية التجنب والمواجهة الإنفعالية لصالح فئة أقل من 5 سنوات خبرة مهنية، أي الأقل سنا، كما حصلت الممرضات على درجات أعلى للإكتئاب مقارنة بالممرضين، إضافة إلى وجود فروق في درجات الإكتئاب لفئة الأقل من 5 سنوات خبرة مهنية .

التوصيات والمقترحات :

- ضرورة أن تتوافر المستشفيات على برامج لتدريب الممرضين على استراتيجيات المواجهة الفعالة وخاصة العاملين في المصالح الحساسة .
- التكوين الجيد بمراكز التكوين الشبه طبي للممرضين بما يلائم طبيعة التمريض مع الواقع المعاش والرفع من مستواهم التكويني، لإعانتهم على التحمل والمواجهة الفعالة للضغوط.
- إجراء دراسات تهدف إلى بناء برامج إرشادية للتعامل مع الآثار الانفعالية السلبية للضغوط النفسية والتي تؤدي بدورها على الاكتئاب.
- إجراء المزيد من الدراسات حول إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى فئة الممرضين.
- إعداد مقاييس لأساليب المواجهة تلائم المجتمع الجزائري بتوسيع عدد أفراد العينة حتى يمكن الإستفادة منها في مجال الممارسة النفسية مع العاملين بقطاع الصحة.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

1. أبو بكر دردير نشوة كرم. (2007). **الاحتراق النفسي للمعلمين ذوو النمط (أ) و (ب) و علاقته بأساليب مواجهة المشكلات**. مذكرة ماجستير. جامعة الفيوم
2. إدريس أحمد أكرم. (2008). **الاكتئاب**. دمشق. ط1. أفاق معرفة متجددة.
3. أنور الحمادي. (2015). **الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5**، بيروت. ط1. دار العربية للعلوم ناشرون.
4. إيمان أبو غربية.(2007). ***التطور من الطفولة حتى المراهقة***. دار جرير.عمان. الأردن.
5. الخالدي، أديب محمد. (2015). ***علم النفس الإكلينيكي***، عمان، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع وطباعة.
6. بشير معمريه .(1998). **مدى إنتشار الإكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين**، مجلة علم النفس. ج1.منشورات جامعة الجزائر. الجزائر. العدد53 سنة 2000.
7. بشير معمرية. (2010). **تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية**. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 25-26 .
8. جمعة ،سيد يوسف.(2008). ***إدارة الضغوط، ط1***، جامعة القاهرة:مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية.
9. حاتم محمد ادم.(2005). **الصحة النفسية للمراهق**. ط1. دار اقرأ لنشر و التوزيع. مصر القاهرة
10. حسيبة برزوان. (2012). ***دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي دراسات نفسية وتربوية***.مخبر تطوير الممارسة النفسية و التربوية. جامعة الجزائر.
11. حسيبة برزوان. (2016). **فعالية استراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي**.مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية العدد 24- جوان 2016 جامعة الجزائر.
12. راضية داوود. (2012) **الضغط النفسي و استراتيجيات المواجهة لدى المعاق حركيا**.رسالة ماجستير . جامعة سطيف.

13. رجاء مريم. (2007). **الإستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية** مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس . العدد1. المجلة 05.

14. روبي محمد. (2013). **الأفكار اللاعقلانية عند المراهقين**، الجزائر. ط1. دار الخلدونية. للنشر والتوزيع.

15. ريمة صندلي.(2012). **الضغوط النفسية و استراتيجات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار**. رسالة ماجستير. جامعة سطيف.

16. سهام طبي.(2005). **أنماط التفكير و علاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة**. مذكرة ماجستير. جامعة باتنة.

17. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك، وآخرون.(2008).***علم النفس الصحي***، الأردن. دار حامد للنشر و التوزيع عمان.

18. صباح جبالي. (2012). **الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون**. مذكرة ماجستير. جامعة سطيف.

19. عبد الحفيظ جدو. (2014). **استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم**. رسالة ماجستير. جامعة سطيف.

20. عبد الرحمان الوافي. (2016). ***مدخل إلى علم النفس***. الجزائر.ط7 . دار هومة لنشر والتوزيع.

21. عبد الرحمن الوافي. (2016). **مدخل إلى علم النفس**. دار هومة للنشر و التوزيع. د ط. بوزريعة. الجزائر.

22. عبد الستار إبراهيم. (1998). **الاكتئاب**، الكويت. ط1. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

23. عبد الفتاح غريب. (1988). **دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الإكتئاب لدى عينة مصرية**. مجلة الصحة النفسية. مجلد رقم 29. مصر. القاهرة.

24. عبد الله بن حمد السهيلي. (2010). **أساليب مواجهة الضغوط لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى**.رسالة دكتوراه. جامعة أم القرى.

25. فتيحة بن زروال. (2008). **أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد (المستوى، الأعراض، المصادر، و استراتيجيات المواجهة)**. أطروحة دكتوراه. جامعة قسنطينة.

26. كمال طارق الميلادي عبد المنعم. (2014). **الأمراض والصحة النفسية (الوقاية والعلاج)**.

إسكندرية، ط1، دار النشر والتوزيع.

27. لطفي الشربيني. (2001). ***الاكتئاب المرض والمعالج***. الإسكندرية. ط1. منشأ المعارف.

28. منسي عبد الحليم محمود. (2004). ***مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية***، *القاهرة، مصر: دار الكتاب الحديث.*

29. نجية تواتي. (2017). **استراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين بمصالح معالجة السرطان**. مجلة الأكاديمية للعلوم الاجتماعية والإنسانية العدد 18–جوان 2017.

30. وفاء خالد أحمد الدعمس. (2017). **الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضى الوظيفي والإكتئاب لدى الأطباء والممرضين**. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية العدد 5 – نوفمبر 2017

31. وفاء مزلوق. (2014). **استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى مرضى السرطان**. مذكرة ماجستير جامعة سطيف.

32. وليد سرحان. جمال الخطيب. محمد حباشنة. (2001). **الاكتئاب**. دار مجدلاوي للنشر و التوزيع عمان. الأردن.

33. يوسف جوادي. (2006). **مصادر و مستويات الضغط النفسي لدى الأستاذ الجامعي**. رسالة ماجستير . جامعة قسنطينة.

المراجع الأجنبية :

1 Blackburn et Cottroux. (2004), Thérapie cognitive de la dépression, collection médecine et psychothérapie ;3éme édition Paris.

2- CHANG Y, WANG P.-C, LI H.-H. & LIU Y.-C. (2011) Relations entre la dépression, l'efficacité personnelle et l'optimisme chez un échantillon d'infirmières à Taiwan, *Journal of Nursing Management* 19**,** 769–776 .

3- Hassan Ali Hussein, (2016) Assessment of Coping Strategies to Lessen and Control the Stress Used by Nurses Working at Psychiatric Wards of Hospitals Baghdad City, KUFA JOURNAL FOR NURSING SCIENCES Vol. 6 No. 3 May through December 2016 **.**

4- Macphee, A., Andrews , J. (2006): Risk Factors for Depression in Early Adolescence, Adolescence, V. 41, N. 163, P. 435.

5- Obiora Emmanuel Iyi. (2015), Stress Management and Coping Strategies among Nurses. A Literature Review Supervisor (Arcada): Pamela Gray Commissioned by: Lovisa City, Finland .

6- Renato Mendonso Ribeiro , Daniele Alcalá Pompeo , Maria Helena Pinto , Rita by Cassia Hilo Mendonso Ribeiro .(2016), Strategies for adapting nurses in emergency departments in hospitals, Medical College of Sao Jose do Rio Preto, Sao Jose do Rio Preto, State of Sao Paulo, Brazil.

قائمة الملاحق

- ملحق رقم "01" مقياس الإكتئاب

العمر:..... الجنس: ..... الخبرة المهنية: ..... الدرجة: .....

أخي العزيز

يتضمن هذا المقياس (٢١) مجموعة من العبارات، فالرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية، ثم تختار من كل مجموعة عبارة واحدة تصف بطريقة ما أفضل ما تشعر به خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. ضع دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها، ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تنطبق عليك بطريقة متساوية؛ ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة وتأكد أنك لا تختار أكثر من عبارة في أي مجموعة بما في ذلك المجموعة (١٦) أو المجموعة (١٨).

		البند			البند
الحزن 1	0	لا أشعر بالحزن.	التشاؤم 2	0	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.
	1	أشعر بالحزن اغلب الوقت.		1	أشعر بضعف الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة اكبر مما اعتدت
	2	أنا حزين طول الوقت.		2	لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.
	3	أنا حزين أو غير سعيد لدرجة لا استطيع تحملها.		3	أشعر أن لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف يزداد سوءاً.
الفشل 3	0	لا أشعر بأنني شخص فاشل.	فقدان الاستمتاع 4	0	أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.
	1	لقد فشلت أكثر مما ينبغي.		1	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.
	2	كلما نظرت إلى الوراء أرى الكثير من الفشل.		2	أحصل على قدر قليل جداً من الاستمتاع بالحياة التي اعتدت أن استمتع بها.
	3	أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.		3	لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة التي أعتدت الاستمتاع بها.
	0	لا أشعر بالذنب	الشعور	0	لا أشعر بأنه يمكن أتعرض للعقاب أو الأذى.

مشاعر الإثم (تأنيب الضمير) 5	1	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها.	بالتعرض للعقاب أو الأذى 6	1	اشعر بأني يمكن أتعرض قليلا للعقاب أو الأذى .
	2	أشعر بالذنب أغلب الأوقات.		2	أشعر أني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو الأذى .
	3	أشعر بالذنب في كل الأوقات.		3	أشعر أني سوف أتعرض دائما للعقاب أو الأذى .
عدم حب الذات 7	0	شعوري نحو نفسي عادي.	نقد الذات ولومها 8	0	لا أنقد أو ألوم نفسي.
	1	فقدت الثقة في نفسي.		1	أنقد وألوم نفسي أكثر مما اعتدت.
	2	أصبت بخيبة أمل في نفسي.		2	أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي.
	3	لا أحب نفسي.		3	أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.
الأفكار والرغبات الانتحارية 9	0	ليس لدي أي أفكار للانتحار.	البكاء 10	0	لا أبكي أكثر مما اعتدت.
	1	لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها.		1	أشعر بالرغبة في البكاء .
	2	أريد أن انتحر.		2	أبكي أكثر مما تعودت .
	3	قد انتحر لو سمحت لي الفرصة.		3	أبكي بكثرة جدا .

		البنـد			البنـد
الهيجان الاستثارة "عدم الاستقرار" 11	0	أشعر بالهيجان و الاثارة بدرجة عادية .	فقدان الاهتمام أو الإنسحاب الاجتماعي 12	0	لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.
	1	أشعر بالهيجان و الاثارة أكثر مما تعودت.		1	أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.
	2	اتهيج وأثور لدرجة انه من الصعب عليا البقاء مستقرا.		2	فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى.
	3	أتهيج وأثور لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شيء ما.		3	من الصعب أن اهتم بأي شيء.
التردد	0	أتخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة.	انعدام القيمة	0	لا أشعر بأنني عديم القيمة.
	1	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.		1	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون .

في اتخاذ القرارت 13	2	لدي صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات.	14	2	أشعر بأنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين.
	3	لا أستطيع اتخاذ القرارات.		3	أشعر بأنني عديم القيمة تماماً.
فقدان الطاقة على العمل 15	0	لدي نفس القدر من الطاقة كالمعتاد.	تغيرات في نظام النوم 16	0	لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي.
	1	لدي قدر من الطاقة أقل مما اعتدت.		1	أ – أنام أكثر من المعتاد إلى حد ما. ب –أنام اقل من المعتاد إلى حد ما.
	2	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.		2	أ – أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير. ب–أنام اقل من المعتاد بشكل كبير.
	3	ليس لدي طاقة كافية لعمل أي شيء.		3	أ – أنام معظم اليوم. ب–استيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتان ولا استطيع أن أعود للنوم مرة أخرى.
القابلية للغضب أو الانزعاج 17	0	أغضب بدرجة عادية .	تغيرات الشهية 18	0	لم يحدث أي تغير في شهيتي.
	1	أغضب أكثر مما تعودت .		1	أ – شهيتي أقل من المعتاد إلى حد ما. ب–شهيتي أكبر من المعتاد إلى حد ما.
	2	أغضب أكثر بكثير مما تعودت.		2	أ – شهيتي اقل كثيرا من المعتاد. ب–شهيتي اكبر كثيرا من المعتاد.
	3	أكون في حالة غضب طوال الوقت.		3	أ – ليست لي شهية على الإطلاق. ب–لدي رغبة قوية للطعام طول الوقت.
صعوبة التركيز 19	0	أستطيع التركيز بكفاءتي المعتادة.	الإرهاق أو الإجهاد 20	0	لست أكثر إرهاقا أو إجهاداً من المعتاد.
	1	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة.		1	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد.
	2	من الصعب عليا أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة.		2	يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عملها.
	3	أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.		3	أنا مرهق أو مجهد جداً لعمل اغلب الأشياء التي اعتدت عليها.
فقدان الاهتمام بالجنس 21	0	إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام			
	1	أنا أقل اهتمام بالجنس هذه الأيام مما اعتدت.			
	2	أنا أقل اهتماماً بالجنس بدرجة كبيرة هذه الأيام.			
	3	فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.			

❖ ملحق رقم "02" استبانة المواجهة

أمامك مجموعة من الأساليب التي تستخدم عادة لمواجهة المواقف الضاغطة في حياة الناس اليومية (العامة، الشخصية، المهنية) ونرجوا منك:

1- قراءة هذه الأساليب بدقة
2- التفكير بمدى تطابقها مع أساليبك الشخصية
3- ضع علامة أمام كل عبارة لبيان مدى تطابقها عليك، وفق درجات المقياس

الرقم	العبـــــــــارة	تنطبق تماما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق
1	أضع خطة لحل المشكل وأنفذها			
2	أحب التحدي لتحقيق أهدافي			
3	أطلب مشاركة أحد الزملاء لإيجاد مخرج من الموقف الضاغط			
4	ألجأ للنوم عندما تختلط الأمور علي			
5	أستسلم بسهولة عند مواجهة الموقف الضاغط			
6	أستفيد من خبراتي السابقة لحل المشكل الحالي			
7	أبادر فورا بحل المشكلة المسببة للضغط النفسي			
8	أتحدث عن مشكلتي لشخص أثق بنصائحه وطريقة تفكيره			
9	أجد متعة كبيرة في تناول الطعام عند وجود مشكلة			
10	تشعرني المواقف الضاغطة بقدر كبير من المعاناة			
11	أضع بدائل مختلفة لحل المشكل			
12	أثابر من أجل الحصول عاى ما أريد			
13	أسأل الآخرين عما يفعلونه في الأوضاع المشابهة			
14	أترك المشكلة حتى يسمح لي الوقت بحلها			
15	أصبح شديد التوتر عند مواجهتي مشكلة ما			
16	أتنبأ بالنتائج المحتملة للمشكلة			
17	أبذل جهدا مضاعفا كي أحقق الأهداف الصعبة			
18	تفيدني مناقشة الأخرين في إدراك أوسع للمشكلة			

الرقم	العبـــــــــارة	تنطبق تماما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق
19	ألوم نفسي عندما أعجز عن إيجاد حل لمشكلتي			
20	ألجأ للرياضة كالمشي مثلا كي أخفف من الوضع الضاغط			
21	أستعرض خطوات الحل قبل البدأ في التنفيذ			
22	أتقبل انتقادات زملائي وأناقشها معهم			
23	لدي أصدقاء مخلصون أستطيع الاعتماد عليهم عندما أحتاجهم			
24	أشغل نفسي بمشاهدة التلفاز كي أنسى المشكلة			
25	أصبح شديد الغضب عندما أكون في مأزق			
26	أدرس عواقب ونتائج الحل الذي سأنفذه			
27	أتجنب الحلول الوسطى			
28	أبحث عن علاقات دافئة مع الآخرين			
29	أتجنب الإختلاط بالآخرين عندما تكون لدي مشكلة			
30	أصبح حزينا جدا عندما أكون في موقف ضاغط			
31	أحدد المشكل الأهم وأبدأ في حلها			
32	أواجه الشخص الذي سبب لي المشكل			
33	أرتاح بقضاء وقت مع أصدقائي عندما أواجه مشكلة ما			
34	أتجنب التفكير بالمشكلة			
35	ألوم نفسي على المشكل الذي حصل لي			
36	أغير خططي لتتوافق مع المشكلات الجديدة			
37	لا أترك شيئا يقف في طريقي لتحقيق ما أريد			
38	أحتاج أن أبوح بخوفي وقلقي لشخص مقرب لي أثناء المشكلة			
39	أتجنب مواجهة المتسببين في المشكلة			
40	ألوم أنفسي لأني أتعامل بانفعال مع المشكلة			

ملحق 03 :صدق وثبات أدوات القياس

- **مقياس المواجهة:**

الصدق التمييزي

Statistiques de groupe

	VAR00005	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
VAR00004	1.00	8	95.0000	2.87849	1.01770
	2.00	8	80.8750	2.85044	1.00778

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de différence	
									Inférieure	Supérieu
0004	Hypothèse de variances égales	.013	.910	9.862	14	.000	14.12500	1.43225	11.05313	17.1
	Hypothèse de variances inégales			9.862	13.999	.000	14.12500	1.43225	11.05310	17.1

ملحق "04" الصدق التقاربي

Corrélations

		المواجهة.مقياس	المحك.المواجهة.مقياس
المواجهة.مقياس	Corrélation de Pearson	1	.421
	Sig. (bilatérale)		.040
	N	30	30
المحك.المواجهة.مقياس	Corrélation de Pearson	.421	1
	Sig. (bilatérale)	.040	
	N	30	30

ملحق "05" نتيجة الفا كرونباخ

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.720	40

ملحق "06" نتيجة التجزئة النصفية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.657
		Nombre d'éléments	20[a]
	Partie 2	Valeur	.640
		Nombre d'éléments	20[b]
	Nombre total d'éléments		40
Corrélation entre les sous-échelles			.592
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.742
	Longueur inégale		.741
Coefficient de Guttman split-half			.751

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020.

b. Les éléments sont : VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025 VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036, VAR00037, VAR00038, VAR00039, VAR00040.

- **مقياس الاكتئاب:**

ملحق "07" الصدق التمييزي

Statistiques de groupe

	VAR00005	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
VAR00004	1.00	8	21.7500	2.18763	.77344
	2.00	8	8.3750	1.06066	.37500

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% différence	
									Inférieure	Supéri
R00004	Hypothèse de variances égales	1.684	.215	15.560	14	.000	13.37500	.85956	11.53143	1
	Hypothèse de variances inégales			15.560	10.119	.000	13.37500	.85956	11.46283	1

ملحق "08" الفا كرونباخ

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
.683	21

ملحق "09" التجزئة النصفية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	.686
		Nombre d'éléments	11[a]
	Partie 2	Valeur	.664
		Nombre d'éléments	10[b]
	Nombre total d'éléments		21
Corrélation entre les sous-échelles			.545
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		.701
	Longueur inégale		.702
Coefficient de Guttman split-half			.715

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011.

b. Les éléments sont : VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021.

ملحق "10" نتائج معالجة الفرضيات على spss

الفرضية1

الفرضية الأولى : دالة إحصائيا عند 0.01

Correlations

Correlations

		الاكتئاب	الاستراتيجيات
الاكتئاب	Pearson Correlation	1	.314**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	100	100
الاستراتيجيات	Pearson Correlation	.314**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	100	100

Correlations

		الاكتئاب	الاستراتيجيات
الاكتئاب	Pearson Correlation	1	.314**
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	100	100
الاستراتيجيات	Pearson Correlation	.314**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	
	N	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

هذه تمثل العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب وأبعاد الاستراتنيجيات (إضافة)

Correlations

Correlations

		الاكتئاب	الاستراتيجيات	المشكلات	الفعالة	السند	التجنب	الانفعالية
الاكتئاب	Pearson Correlation	1	.314**	-.297-**	-.463-**	.270**	.523**	.564**
	Sig. (2-tailed)		.001	.003	.000	.007	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100
الاستراتيجيات	Pearson Correlation	.314**	1	.359**	.278**	.688**	.545**	.722**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000	.005	.000	.000	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100
المشكلات	Pearson Correlation	-.297-**	.359**	1	.594**	.114	-.322-**	-.143-
	Sig. (2-tailed)	.003	.000		.000	.259	.001	.155
	N	100	100	100	100	100	100	100
الفعالة	Pearson Correlation	-.463-**	.278**	.594**	1	-.040-	-.418-**	-.108-
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.000		.695	.000	.283
	N	100	100	100	100	100	100	100
السند	Pearson Correlation	.270**	.688**	.114	-.040-	1	.306**	.369**
	Sig. (2-tailed)	.007	.000	.259	.695		.002	.000
	N	100	100	100	100	100	100	100
التجنب	Pearson Correlation	.523**	.545**	-.322-**	-.418-**	.306**	1	.580**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000	.002		.000
	N	100	100	100	100	100	100	100
الانفعالية	Pearson Correlation	.564**	.722**	-.143-	-.108-	.369**	.580**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.155	.283	.000	.000	
	N	100	100	100	100	100	100	100

الفرضية 2

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
حل_المشكلات	100	14,00	24,00	**18,7500**	**2,35005**
المواجهة_الفعالة	100	12,00	24,00	**18,8400**	**2,41092**
السند_الاجتماعي	100	11,00	23,00	**17,9000**	**2,81231**
التجنب_المواجهة	100	8,00	23,00	**15,5900**	**3,14336**
المواجهة_الانفعالية	100	9,00	24,00	**17,2300**	**3,06777**
N valide (listwise)	100				

الفرضية 4

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
حل_المشكلات	ذكر	50	18,9600	2,34703	,33192
	أنثى	50	18,5400	2,35788	,33345
المواجهة_الفعالة	ذكر	50	19,3000	2,04291	,28891
	أنثى	50	18,3800	2,67177	,37785
السند_الاجتماعي	ذكر	50	17,3000	2,76457	,39097
	أنثى	50	18,5000	2,75718	,38992
التجنب_المواجهة	ذكر	50	14,7000	2,99148	,42306
	أنثى	50	16,4800	3,06554	,43353
المواجهة_الانفعالية	ذكر	50	16,3200	3,20357	,45305
	أنثى	50	18,1400	2,65737	,37581
استراتيجية_المواجهة	ذكر	50	86,5800	6,83356	,96641
	أنثى	50	90,0400	7,56188	1,06941

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
حل_المشكلات	Hypothèse de variances égales	,035	,853	,893	98	,374	,42000	,47049	-,51368	1,35368
	Hypothèse de variances inégales			,893	97,998	,374	,42000	,47049	-,51368	1,35368
المواجهة_الفعالة	Hypothèse de variances égales	4,540	,036	1,934	98	,056	,92000	,47564	-,02390	1,86390
	Hypothèse de variances inégales			1,934	91,700	,056	,92000	,47564	-,02471	1,86471
السند_الاجتماعي	Hypothèse de variances égales	,001	,979	-2,173	98	,032	-1,20000	,55218	-2,29577	-,10423
	Hypothèse de variances inégales			-2,173	97,999	,032	-1,20000	,55218	-2,29577	-,10423
التجنب_المواجهة	Hypothèse de variances égales	,069	,793	-2,939	98	,004	-1,78000	,60575	-2,98209	-,57791
	Hypothèse de variances inégales			-2,939	97,941	,004	-1,78000	,60575	-2,98210	-,57790
المواجهة_الانفعالية	Hypothèse de variances égales	1,316	,254	-3,092	98	,003	-1,82000	,58863	-2,98812	-,65188
	Hypothèse de variances inégales			-3,092	94,764	,003	-1,82000	,58863	-2,98862	-,65138

استراتيجية_المواجهة	Hypothèse de variances égales	,045	,832	-2,400	98	,018	-3,46000	1,44139	-6,32038	-,59962
	Hypothèse de variances inégales			-2,400	97,012	,018	-3,46000	1,44139	-6,32075	-,59925

الفرضية 5

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
حل_المشكلات	سنوات 5 من اقل	45	18,4667	2,17004	,32349	17,8147	19,1186	15,00	23,00
	10 الى 5من	27	19,2593	2,78171	,53534	18,1589	20,3597	14,00	24,00
	10 من اكثر	28	18,7143	2,17489	,41102	17,8710	19,5576	15,00	24,00
	Total	100	18,7500	2,35005	,23500	18,2837	19,2163	14,00	24,00
المواجهة_الفعالة	سنوات 5 من اقل	45	18,1333	2,44578	,36459	17,3985	18,8681	12,00	23,00
	10 الى 5من	27	19,1111	2,47034	,47542	18,1339	20,0883	14,00	23,00
	10 من اكثر	28	19,7143	1,99735	,37746	18,9398	20,4888	15,00	24,00
	Total	100	18,8400	2,41092	,24109	18,3616	19,3184	12,00	24,00
السند_الاجتماعي	سنوات 5 من اقل	45	18,3333	2,86832	,42758	17,4716	19,1951	11,00	23,00
	10 الى 5من	27	17,5556	2,81935	,54258	16,4403	18,6709	11,00	23,00
	10 من اكثر	28	17,5357	2,71460	,51301	16,4831	18,5883	14,00	23,00
	Total	100	17,9000	2,81231	,28123	17,3420	18,4580	11,00	23,00
التجنب_المواجهة	سنوات 5 من اقل	45	16,8000	3,04213	,45349	15,8860	17,7140	9,00	23,00
	10 الى 5من	27	14,7037	2,52396	,48574	13,7053	15,7021	8,00	19,00

	10 من اكثر	28	14,5000	3,24893	,61399	13,2402	15,7598	9,00	20,00
	Total	100	15,5900	3,14336	,31434	14,9663	16,2137	8,00	23,00
المواجهة_الانفعالية	سنوات 5 من اقل	45	17,8667	2,76011	,41145	17,0374	18,6959	11,00	24,00
	10 الى 5من	27	17,6667	3,02553	,58226	16,4698	18,8635	9,00	21,00
	10 من اكثر	28	15,7857	3,20136	,60500	14,5444	17,0271	10,00	23,00
	Total	100	17,2300	3,06777	,30678	16,6213	17,8387	9,00	24,00
استراتيجية_المواجهة	سنوات 5 من اقل	45	89,6000	7,92407	1,18125	87,2193	91,9807	66,00	106,00
	10 الى 5من	27	88,2963	5,86262	1,12826	85,9771	90,6155	77,00	100,00
	10 من اكثر	28	86,2500	7,55045	1,42690	83,3222	89,1778	73,00	108,00
	Total	100	88,3100	7,37823	,73782	86,8460	89,7740	66,00	108,00

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
حل_المشكلات	Inter-groupes	10,651	2	5,325	,964	,385
	Intra-groupes	536,099	97	5,527		
	Total	546,750	99			
المواجهة_الفعالة	Inter-groupes	45,859	2	22,930	4,200	,018
	Intra-groupes	529,581	97	5,460		
	Total	575,440	99			
السند_الاجتماعي	Inter-groupes	15,369	2	7,685	,971	,382
	Intra-groupes	767,631	97	7,914		
	Total	783,000	99			
التجنب_المواجهة	Inter-groupes	120,360	2	60,180	6,805	,002
	Intra-groupes	857,830	97	8,844		

Test d'échantillons indépendants

	Total	978,190	99			
المواجهة_الانفعالية	Inter-groupes	81,796	2	40,898	4,668	,012
	Intra-groupes	849,914	97	8,762		
	Total	931,710	99			
استراتيجية_المواجهة	Inter-groupes	193,710	2	96,855	1,808	,169
	Intra-groupes	5195,680	97	53,564		
	Total	5389,390	99			

الفرضية 6

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
درجة.الاكتئاب	ذكر	50	11.5200	5.11596	.72351
	انثى	50	16.9600	6.68217	.94500

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confian différenc	
									Inférieure	
درجة.الاكتئاب	Hypothèse de variances égales	6.478	.012	-4.571-	98	.000	-5.44000-	1.19016	-7.80184-	
	Hypothèse de variances inégales			-4.571-	91.754	.000	-5.44000-	1.19016	-7.80385-	

الفرضية 7

Descriptives

درجة.الاكتئاب

ة

		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum	Variance inter-composantes
						Borne inférieure	Borne supérieure			
سنوات5 من اقل		45	16.8000	6.86427	1.02326	14.7377	18.8623	4.00	37.00	
سنوات 10 الى 5 من		27	13.7407	6.22398	1.19780	11.2786	16.2029	3.00	29.00	
سنوات 10 من اكثر		28	10.6071	4.12166	.77892	9.0089	12.2054	4.00	18.00	
Total		100	14.2400	6.52132	.65213	12.9460	15.5340	3.00	37.00	
Modèle	Effets fixes			6.04030	.60403	13.0412	15.4388			
	Effets aléatoires				1.90790	6.0310	22.4490			9.25729

ANOVA à 1 facteur

درجة.الاكتئاب

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	671.176	2	335.588	9.198	.000
Intra-groupes	3539.064	97	36.485		
Total	4210.240	99			

Comparaisons multiples

Variable dépendante: درجة.الاكتئاب

Scheffe

المهنية.الخبرة (I)	المهنية.الخبرة (J)	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
سنوات5 من اقل	سنوات 10 الى 5 من	3.05926	1.47040	.120	-.5962-	6.7147
	سنوات 10 من اكثر	6.19286*	1.45390	.000	2.5784	9.8073
سنوات 10 الى 5 من	سنوات5 من اقل	-3.05926-	1.47040	.120	-6.7147-	.5962
	سنوات 10 من اكثر	3.13360	1.62922	.163	-.9167-	7.1839
سنوات 10 من اكثر	سنوات5 من اقل	-6.19286-*	1.45390	.000	-9.8073-	-2.5784-
	سنوات 10 الى 5 من	-3.13360-	1.62922	.163	-7.1839-	.9167

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

ملخص الدارسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط و درجة الاكتئاب لدى ممرضي مصلحة الإستعجالات، وما هي الإستراتيجيات المستعملة من طرف الممرضين لمواجهة الضغوط كما تهدف إلى قياس الفروق الفردية من حيث الجنس، والخبرة المهنية في كل من إستراتيجيات المواجهة وكذا مستوى الإكتئاب لديهم.

وطبقت الدراسة على عينة تكونت من "100"ممرض وممرضة اختيروا بطريقة عشوائية، وتم تطبيق استبيان استراتيجيات المواجهة للدكتورة واكلي بديعة 2014، ومقياس بيك للاكتئاب BDI II، وتم استخدام المنهج الوصفي لملائمته وطبيعة الدراسة، وتمت المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية SPSS20.

وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الاكتئاب لدى الممرضين.
- يستعمل الممرضون استراتيجيات المواجهة الفعالة بصورة كبيرة في مواجهة الضغوط.
- يخبر الممرضون درجات إكتئابية منخفضة.
- وجود فروق في استراتيجيات " السند الإجتماعي، التجنب، المواجهة الإنفعالية، لصالح الإناث.
- وجود فروق في استراتيجيات مواجهة الضغوط تعزى للخبرة المهنية.
- وجود فروق في درجة الاكتئاب لدى الممرضين لصالح الإناث.
- وجود فروق في درجة الاكتئاب تعزى للخبرة المهنية لصالح فئة" أقل من 5 سنوات" خبرة مهنية.

الكلمات المفتاحية:

- استراتيجيات مواجهة الضغوط – درجة الإكتئاب – الممرضون .

Abstract :

The aim of the current study is to identify the relationship between stress management strategies and the degree of depression among emergency care providers, what strategies are used by nurses to cope with stress, and to measure individual differences in gender and professional experience in both coping strategies and their level of depression.

The study was applied to a sample of 100 randomly selected nurses and nurses. The strategy questionnaire was applied to Dr. Wakely, 2014, and the Beck Depression Scale. The descriptive approach was used for its suitability and the nature of the study. Statistical analysis was carried out using SPSS20.

The results have resulted in:

-There is a correlation between coping strategies and the degree of depression among nurses.

-Nurses use highly effective coping strategies in the face of stress

-Nurses are told to have low depression.

-There are differences in the strategies of "social bond, avoidance, emotional confrontation, in favor of females.

-Differences in coping strategies attributed to professional experience.

-There are differences in the degree of depression among nurses in favor of females.

-Differences in the degree of depression attributed to the professional experience in favor of category "less than 5 years" professional experience.

key words:

-coping strategies - degree of depression - nurses.