جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس

مستوى الصحة النفسية و إستراتيجية مواجهة الضغوط المهنية لدى الأخصائيين العياديين الممارسين

دراسة مقارنة بين عمال القطاع الصحي العام و القطاع الصحي الخاص

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث(ل.م.د) علم النفس : تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

مزياني عائشة

إشراف:

أ . د ميزاب ناصر

لجنة المناقشة :

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
خلفان رشيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة مولود معمري	رئيسا
ميزاب ناصر	أستاذ التعليم العالي	جامعة مولود معمري	مشرفا ومقررا
عزيرو سعاد	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري	عضوا
أيت مولود يسمينة	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري	عضوا
بن تونس سجية	أستاذة التعليم العالي	جامعة سعد أبو القاسم	عضوا
أشروف كبير سليمة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة أكلي محند أولحاج	عضوا

السنة الجامعية 2023/2022

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس

مستوى الصحة النفسية و إستراتيجية مواجهة الضغوط المهنية لدى الأخصائيين العياديين الممارسين

دراسة مقارنة بين عمال القطاع الصحي العام و القطاع الصحي الخاص

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث(ل.م.د) علم النفس : تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

مزياني عائشة

إشراف:

أ . د ميزاب ناصر

لجنة المناقشة :

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
خلفان رشيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة مولود معمري	رئيسا
ميزاب ناصر	أستاذ التعليم العالي	جامعة مولود معمري	مشرفا ومقررا
عزيرو سعاد	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري	عضوا
أيت مولود يسمينة	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري	عضوا
بن تونس سجية	أستاذة التعليم العالي	جامعة سعد أبو القاسم	عضوا
أشروف كبير سليمة	أستاذة محاضرة (أ)	جامعة أكلي محند أولحاج	عضوا

السنة الجامعية 2023/2022

كلمة شكر

عملا بقول النبي صلى الله عليه وسلم " من لم يشكر الناس لم يشكر الله" .

أشكر الأستاذ ميزاب ناصر على صبره علي وعلى النصائح التي قدمها لي طيلة سنوات الإشراف والمجهودات التي بذلها لتلقى هذه الأطروحة النور .

شكري لكل الأساتذة الذين ساهموا من قريب أو بعيد في تأطيري : جامعة تيزي وزو ، جامعة البويرة ، جامعة الجزائر 2.

شكري الخاص إلى الأستاذة أشروف كبير سليمة ، الأستاذة جديد عفيفة اللتان قدمتا لي يد المساعدة .

أشكر كل من ساعدني ولو بالقليل لإنهاء هذا العمل .

الشكر موصول لكل الإداريين وعمال جامعة تيزي وزو .

الإهداء

أهدي ثمرة نجاحي وتفوقي إلى من أنارا دربي وأسعدا قلبي ورافقاني بحبهما ونصحهما طوال مشواري الدراسي (إلى أمي الحبيبة و أبي الغالي)

إلى زوجي وقرة عيني إلى نصفي الثاني الذي كان لي نعم الزوج ،الذي ساندني طيلة مشوار الدكتوراه .

إلى مصدر سعادتي و فرحي إلى فلذتا كبدي أبنائي : وائل أيهم ، رسيم عبد المؤمن .

إلى من كانوا لي نعمة الإخوة والأخوات ، إلى زوجاتهم وأزواجهم ، إلى أبنائهم وبناتهم.

إلى روح إبن أختي الطاهرة التي رحلت عنا مؤخرا محمد فارس.

إلى روح جداي وجدتاي الطاهرة.

إلى عماتي وأعمامي ، إلى خالي وخالاتي ، إلى أبنائهم وبناتهم .

إلى كل صديقاتي وحبيباتي ورفيقات دربي أخص بالذكر مريم ، سهة ، إبتسام ، ليندة ، فهيمة وأعتذر من كل من لم أذكر أسمائهم .

إلى كل من يعرفني من قريب وبعيد.

عائشة

ملخص البحث : يهدف البحث الحالي إلى معرفة إن كان المحتص العيادي الممارس في القطاع العام والخاص يعاني من الضغط المهني ، معرفة دلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية بين العياديين الممارسين في القطاع العام والخاص التي تعزى إلى متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية ، الخبرة المهنية) ، بالإضافة إلى التعرف على الإستراتيجيات الأكثر إستعمالا من قبل العياديين الممارسين في القطاع الصحي العام والخاص ، التعرف على دلالة الفروق في إستراتيجيات المواجهة (حل المشكل ، الإنفعال ، التجنب) بين الممارسين العياديين في القطاع العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس ، الحالة الاجتماعية ، الخبرة المهنية)

معرفة إن كان هناك إرتباط بين مستويات الصحة النفسية و إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية لدى العياديين الممارسين في القطاع الصحي العام والخاص.

ولتحقيق الغرض من البحث تم إختيار عينة قصدية قوامها 60 أخصائي عيادي ممارس من القطاعين الصحيين العام والخاص .حيث اعتمدت الباحثة على ثلاث أدوات للقياس وهي مقياس للصحة النفسية للعياديين الممارسين من بناء الباحثة ، إستبيان كرازاك للضغوط المهنية ، قائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة أندلر وباركر 1990 المقنن من طرف مجموعة من الباحثين بمركز البحث crasc بوهران و المكيف على البيئة الجزائرية ، ولمعالجة النتائج المحصل عليها تم الإعتماد على الإحصاء الوصفي: (المتوسط الحسابي ، الإنحراف المعياري ، النسب المئوية) والإحصاء الإستدلالي :(تحليل التباين ثنائي التصنيف ، معامل الإرتباط بيرسون) ، وذلك باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss ، حيث خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

يعاني الممارسون العياديون من إجهاد الوظيفة في كلا القطاعيين العام والخاص، لاتوجد فروق في مستوى الصحة النفسية للممارسين العياديين في القطاع الصحي العام والخاص تبعا لمتغيرات (الجنس ، الحالة الإجتماعية، الخبرة المهنية)

عدم وجود فروق في استراتيجية الانفعال بين العياديين الممارسين في القطاع العام والممارسين في القطاع الخاص تعزى إلى متغير سنوات االأقدمية ، لكن توجد فروق في استراتيجية الانفعال تعزى إلى القطاع لصالح القطاع العام (الممارسيين في القطاع العام أكثر استخداما لاستراتيجية الانفعال من الممارسيين في القطاع الخاص).

عدم وجود فروق دالة إحصائيا في استراتيجية التجنب بين العياديين الممارسين في القطاع العام والممارسين في القطاع الخاص ، تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية. لكن يوجد تفاعل دال إحصائيا بين القطاع والحالة الاجتماعية لدى فئة المطلقين.

توجد علاقة إرتباطية بين مستوى المتوسط من الصحة النفسية ، وإستراتيجية (الإنفعال) لمواجهة الضغوط المهنية.

توجد علاقة إرتباطية بين المستوى المرتفع من الصحة النفسية وإستراتيجية الدعم الاجتماعي .

Abstract :the current study aims to find out if the practical specialist in the public and private sectors suffer from job stress, knowing the significance of the differences in the levels of mental health between clinicians practicing in the public and private sectors back to

variables (gender ,marital status , professional experience)

In addition to identifying strategy of coping most used by clinicians practicing in the public and the private health sectors.

Recognize the significance of differences in coping strategies (problem solving, emotional and avoidance among clinical practitioners in the public and the private health sectors back to variables (gender, social status and professional experience) . Find out if there is of a

statistically significant relationship be ween levels of mental health and strategy for coping with occupational stress among clinician practicing in in the public and the private health sectors.

To achieve the purpose of the study, an international sample was selected, consist of 60 practicing clinical specialist from in the public and the private health sectors.

The research relied on 03 tools measurement which are : 1 - Mental health scale for the clinical practitioners made by the researcher. 2- Karazak occupational stress questionnaire .3- Coping list of the stressors Endler and Parker 1960.to treat the results descriptive statistics were used ,and the inferential statistics ,the study deed in to the following results:

- Clinical practitioners suffer from gob strain in both the public and the private sectors
- There are no statistically significant differences in the level of mental health of clinical practitioners in both and private health sectors according to the variables (gender, social status and professional experience .
- There are no statistically significant differences in the emotion strategy between the practicing clinicians in the public sector and those in the private sector due to the variables, years of experience, but there are differences in the strategy of emotion, its causes are attributed to the sector in favor of the public sector.
- Practitioners in the public sector are more likely to use the emotion strategy than practitioners in the private sector
- There is a correlation between a high level of mental health and a social support strategy

الفهرس العام

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
كلمة شكر	
الإهداء	
ملخص البحث	
الفهرس العام	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقدمة	
الفصل الأول : الإطار العام للإشكالية	
1- مشكلة البحث	26
2- الفرضيات	33
3- أهداف البحث	34

4- أهمية البحث	34
5- ضبط المفاهيم	35
الفصل الثاني: الصحة النفسية والنظريات المفسرة لها	
تمهيد	51
1- تعريفات الصحة النفسية (المفهوم السلبي /الإيجابي)	51
2- مظاهر الصحة النفسية	53
3- سمات الشخص الصحيح نفسيا	56
4 -علامات إضطراب الصحة النفسية	56
5- مستويات الصحة النفسية	58
6- معايير الصحة النفسية	59
7- نسبية الصحة النفسية	62
8- المدارس النظرية المفسرة للصحة النفسية	64
8-1 مدرسة التحليل النفسي	65
8-2 المدرسة الوجودية	69
8-3 المدرسة الإنسانية	70

4-8 المدرسة السلوكية	71
5-8 المدرسة المعرفية	72
9- علاقة الصحة النفسية بالتكيف	73
10- علاقة الصحة النفسية بالتوافق	74
11- علاقة الصحة النفسية بالوظيفة	75
خلاصة	76
الفصل الثالث **الضغط المهني**	
تمهيد	79
1- تعريفات الضغط	79
2- تعريفات الضغط النفسي	80
3- مراحل الضغط المهني	82
4- أنواع الضغط المهني	83
4-1 حسب نتائجها	84
4-2 حسب الأثار المترتبة عنه	84

5- التأثيرات السلبية للضغط	85
6- مصادر الضغط المهني	86
6-1 المصادر التنظيمية أو المتعلقة بالعمل	87
6-2 مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية	89
6-3 المصادر الذاتية للأفراد	90
7- النظريات المفسرة للضغط المهني	91
7-1 نموذج التناذر العام للتكيف هانز سيلي .	91
7-2 نظرية التقدير المعرفي لموراي	94
7-3 النموذج التفاعلي للازاروس وفولكمان	95
6-4 نموذج كرازاك	96
6-5 نموذج عدم التوازن (المجهودات /المكافئات)	97
خلاصة الفصل	98
الفصل الرابع **إستراتيجية المواجهة**	
تمهيد	

1- تطور مفهوم المواجهة	101
2- تصنيفات الكوبين	102
2-1 تصنيف لازاروس وفولكمان	102
2-2 تصنيف بولهان وبورجو	104
2-3 تصنيف موس	104
2-4 تصنيف اندلر وباركر	105
2-5 تصنيف فليتشر و أخرون	105
3- فعالية استراتيجية المواجهة	108
4- مصادر المواجهة	110
4-1 المصادر الشخصية	110
4 -2 المصادر الاجتماعية	112
4-3 العوامل الديمغرافية	113
5- أليات الدفاع و إستراتيجية المواجهة	113
6- التكيف والمواجهة	116
7-النماذج المفسرة للمواجهة	116

7-1 النموذج التفاعلي للازاروس وفولكمان	116
7-2 النموذج الحيواني	119
7-3 النموذج التحليلي	120
خلاصة الفصل	121
الفصل الخامس : الأخصائي النفسي و الممارسة العيادية	
تمهيد	124
1- لمحة تاريخية عن تطور علم النفس العيادي	125
2-علم النفس العيادي وتعريفاته	126
3- السمات الشخصية للأخصائي العيادي	127
3-1 سمات الشخصية للأخصائيين العياديين العاملين بالمستشفيات	128
4- شخصية العيادي النفساني	129
5- مجالات وميادين تدخل الأخصائي العيادي	130
6- تصنيف ومهام الأخصائي النفساني العيادي للصحة العمومية في الجزائر	132
7-إعداد المختص العيادي	133
8- الممارسة العيادية وتعريفاتها	136

8-1 جوانب الممارسة العيادية	136
8-2 القواعد الأخلاقية للممارسة المهنية	137
8-3 معوقات الممارسة العيادية	139
خلاصة الفصل	141
الفصل السادس : الإجراءات المنهجية	
تمهيد	144
1- منهج البحث	144
2- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية	144
3- عينة الدراسة الإستطلاعية	144
4- الدراسة السايكومترية : (الصدق والثبات)	147
4-1 صدق وثبات مقياس الصحة النفسية	147
4-2 إستبيان كرازاك	150
4-2-2 -1 صدق وثبات المقياس في البيئة الفرنسية	150
4-2- 2 -2 صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية	151
4-2-2-3 صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية	152

3-4 قائمة الكوبين في الوضعيات الضاغطة	152
4-3-2 -1 الخصائص السيكومترية للقائمة في البيئة الأمريكية	154
4-3-2-2 صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية	154
4-3-2-3 صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية	156
5- عينة البحث	
5-1 خصائص عينة البحث	158
5-2 التعريف بالمقاييس وكيفية تطبيقها	160
5-3 الأساليب الإحصائية المستخدمة	166
الفصل السابع : عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج	
1- عرض النتائج و تحليلها	169
2- مناقشة النتائج	171
3- مدى تحقق الفرضيات	202
4- الإستنتاج العام	206
5- إمتدادات البحث	208
6- إقتراحات	209

7- قائمة المراجع	211
الملاحق	

قائمة الجداول:

عنوان الجدول	الصفحة
الجدول (1) : مقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية.	92
الجدول (2) : الوضعيات الأربعة للعمل حسب كرازاك.	104
الجدول (3) يوضح بعض تصنيفات المواجهة.	111
الجدول (4) : يبين توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب نوع القطاع .	145
الجدول(5):توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الحالة العائلية .	146
الجدول(6): توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الأقدمية المهنية .	147
الجدول (7) : صدق المقياس بواسطة معامل الإرتباط بيرسون.	148
الجدول (8) : يوضح نتائج المقارنة الطرفية للصدق التمييزي لمقياس الصحة النفسية .	149
الجدول(9): معاملات إرتباط النسخة الفرنسية (الصدق) .	150
الجدول (10) : يوضح نتائج المقارنة الطرفية للصدق التمييزي لإستبيان كرازاك .	151

الجدول (11) : نتائج معاملات ألفا كرونباخ لثبات قائمة الكوبين.	154
الجدول(12) : يوضح صدق الإتساق الداخلي من خلال معاملات الإرتباط.	155
الجدول (13) : يوضح توزيع أفراد عينة البحث حسب الولايات التي يزاولون فيها عملهم.	157
الجدول(14) : يوضح توزيع عينة البحث حسب الجنس.	158
الجدول (15) : يوضح توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة العائلية.	158
الجدول (16) : يوضح توزيع أفراد عينة البحث حسب الأقدمية المهنية.	159
الجدول (17) : توزيع بنود قائمة الكوبين حسب الأبعاد.	165
الجدول (18) : توزيع البنود حسب الأبعاد الفرعية للكوبين.	166
جدول(19) : الفروق في الصحة النفسية بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الجنس.	169
الجدول (20) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين .	170
الجدول (21): الفروق في مستوى الصحة النفسية بين ممارسي القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب الحالة العائلية .	172
الجدول(22) تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية والقطاع في مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين .	173

الجدول (23) : الفروق في مستوى الصحة النفسية بين ممارسين القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب متغير الأقدمية المهنية.	175
الجدول (24) : تحليل التباين الثنائي لتأثير التفاعل بين الأقدمية المهنية والقطاع في مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين.	176
الجدول(25): نتائج إستبيان كرازاك للعياديين الممارسين في القطاع الصحي العام والخاص .	178
الجدول (26): درجات مقياس إستراتيجيات المواجهة (الإنفعال– التجنب) للعياديين الممارسين في القطاع العام.	180
الجدول (27) : درجات مقياس إستراتيجيات المواجهة (حل المشكل) للعياديين الممارسين في القطاع الخاص.	181
الجدول(28) : الفروق في إستراتيجية حل المشكل بين ممارسي القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب متغير الجنس.	183
الجدول(29) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في إستراتيجية حل المشكل للممارسين العياديين .	184
الجدول(30) : الفروق في إستراتيجيات حل المشكل بين ممارسي القطاع العام والخاص حسب متغير الحالة العائلية.	184

الجدول (31) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية والقطاع في إستراتيجية حل المشكل للعياديين الممارسين .	185
الجدول(32): الفروق في إستراتيجية حل المشكل بين ممارسي القطاع الصحي العام و الخاص حسب متغير الأقدمية المهنية.	136
الجدول (33) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الأقدمية المهنية والقطاع في إستراتيجية حل المشكل للعياديين الممارسين .	187
الجدول (34) : الفروق في إستراتيجية الإنفعال بين ممارسي القطاع الصحي العام و الخاص حسب متغير الجنس.	188
الجدول (35) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في إستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين.	189
الجدول (36) : الفروق في إستراتيجية الإنفعال بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الحالة العائلية.	190
الجدول (37) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية والقطاع لإستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين.	191
الجدول (38) : الفروق في إستراتيجية الإنفعال بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الأقدمية المهنية.	192

الجدول(39) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الأقدمية المهنية والقطاع في إستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين .	193
الجدول (40) : الفروق في إستراتيجية التجنب بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الجنس.	194
الجدول (41): تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين .	195
الجدول (42): الفروق في إستراتيجية التجنب بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الحالة العائلية.	196
الجدول(43) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية والقطاع في إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين.	197
الجدول (44): الفروق في إستراتيجية التجنب بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الأقدمية المهنية.	198
الجدول (45) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الأقدمية المهنية والقطاع في إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين.	199

قائمة الأشكال:	
عنوان الشكل	**الصفحة**
الشكل (1) الميكانزم البيولوجي للضغط (سيلي1977)	92
الشكل رقم (2) يوضح التعامل مع الوضعية الضاغطة حسب لازاروس.	103
الشكل البياني (3) توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب نوع القطاع .	145
الشكل البياني (4) توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الأقدمية المهنية .	146

مقدمة : يجرنا الحديث عن علم النفس العيادي كعلم قائم بذاته منفصل وذو إستقلالية عن باقي فروع علم النفس ، للحديث عن الممارسة العيادية والذي تعتبر أهم سماتها تعامل المختص العيادي مع مفحوصين أو عملاء أسوياء أو مضطربين نفسيا؛ فهو في كلتا الحالتين عبارة عن شخص ذو سمات شخصية فريدة في تعامل مع شخص أخريملك هو الأخر سمات شخصية متميزة بدورها هي الأخرى .إن الممارسة العيادية وما تحمله من معنى ودلالة سامية تصنف ضمن المهن النبيلة لكن هذا لا يعني خلوها من الصعوبات والمعوقات سواء كانت مادية كإنعدام الوسائل اللازمة والتجهيزات التي تسمح بتيسير العمل العيادي هذه الأمور تكون بارزة وظاهرة للعيان في القطاع الصحي العام ، أو الصعوبات والمعوقات المعنوية أغلبها النظرة السلبية لهذه المهنة سواء من أفراد عامة الناس أو من زملاء العمل ، حيث نجد بالإضافة إلى عدم إعطاء مكانة للأخصائي العيادي في الفريق الطبي بعدم إشراكه في القرارات التي تخص مفحوصيه ، فإننا نجد خاصة في المستشفيات إستقطاع مهامه وجلساته مع مفحوصيه ، وغيرها من المعوقات التي يمكن اعتبارها المصادر أو الأسباب التى قد تؤدي به لإرتفاع مستوى الضغوط المهنية لديه. هذا الإرتفاع قد يؤثر على المختص العيادي وعلى صحته النفسية ، سواء كانت أثارا إيجابية فيؤدي به إلى رفع التحدي وإثبات كفاءته ونفسه مما يزيد في ثقته بنفسه الأمر الذي ينعكس إيجابا على صحته النفسية ، أو أثارا سلبية تجره إلى الإصابة بالعديد من الإضطرابات سواء السيكوسوماتية كالسكري ، ضغط الدم وغيرها ، أو النفسية كالإكتئاب ، القلق ، الإحتراق النفسي التي تفضي إلى إختلالات وتدني مستوى الصحة النفسية للعيادي الممارس سواء كان ذلك في القطاع الصحي العام أو الخاص.

إن ما يسمح بتسيير الضغوط و التقليص من أثارها على الصحة النفسية ، هو إستراتيجية المواجهة التي تعرف بأنها كل المجهودات السلوكية ، والمعرفية التي تسمح بتسيير الضغوط لكن ما يمكن أن نلمسه من هذا التعريف هو أن كل الإستراتيجيات التي يستعملها المختص العيادي هدفها هو تقليص أثار

الضغوط على الصحة النفسية. لكن النتائج التي توصلنا إليها توحي بأن فعالية إستراتيجيات المواجهة هي التي تحدد وتحد من الأثار السلبية على الصحة النفسية . فهذه الإستراتيجيات المستخدمة من قبل العياديين الممارسين في القطاعين الصحيين العام والخاص لم تتأثر بالعوامل الديموغرافية، ونوع القطاع ولا حتى بالخبرة المهنية ، والحالة الاجتماعية ولهذا قلنا بأن إختلاف تصنيفات المواجهة لم يكن له تأثير بل الدور الذي تؤديه هذه الإستراتيجية و فعاليتها هما اللتان كانتا الفيصل في تحديد مستويات الصحة النفسية .

وبغرض دراسة الصحة النفسية وإستراتيجية مواجهة الضغط المهني لدى العيادي الممارس في القطاعيين الصحيين العام والخاص ، قامت الباحثة بتقسيم البحث إلى جانبين : جانب نظري ضم ثلاثة فصول وهي :

الفصل الأول الإطار العام للإشكالية تناولته الباحثة في : إشكالية البحث و فرضياته ، أهدافه و أهميته، ضبط المفاهيم .

أما في الفصل الثاني فعنون بالصحة النفسية والنظريات المفسرة لها تناولت فيه : المفهوم الإيجابي والسلبي الصحة النفسية ، نسبيتها ، مستوياتها و المؤشرات العامة لها، معايير الصحة النفسية السليمة والمختلة ، علاقة الصحة النفسية بالتكيف والتوافق ، علاقتها بالوظيفة ، النظريات المفسرة لها.

في حين تناولت الباحثة في الفصل الثالث الضغط المهني و فيه تعريفات الضغط ، تعريفات الضغط النفسي ، مراحله و أنواعه ، أثاره و مصادره لدى الأخصائي العيادي والنظريات المفسرة له.

الفصل الرابع جاء بعنوان إستراتيجية المواجهة ونجد فيه لمحة تاريخية عن إستراتيجية المواجهة ، تصنيفاتها ، فعاليتها ، أليات قياسها و مصادرها، التكيف والمواجهة ، أليات قياس الكوبين ، النماذج المفسرة لها.

خصصت الباحثة الفصل الخامس للممارسة العيادية وجاء فيه: لمحة تاريخية عن تطور علم النفس الإكلينيكي ، تعريفات علم النفس العيادي ، سمات شخصيته ، السمات الشخصية للعيادي الممارس ، إعداده ، مهامه ومجالات عمله، تعريفات الممارسة العيادية ، جوانبها ، ميادينها،التصنيف الإداري للممارس العيادي ، أخلاقيات المهنية للممارسة العيادية ، معوقات الممارسة النفسية العيادية ، خلاصة.

الجانب الثاني بعنوان الإجراءات المنهجية ضم الجانب العملي:الفصل السادس وبدوره ضم قسمين هما الدراسة الإستطلاعية ونجد فيها: المنهج المستعمل في البحث ، زمان إجراء الدراسة الإستطلاعية ، عينتها ، الدراسة السايكومترية لأدوات القياس .الدراسة الأساسية وفيها : خصائص عينة البحث ، التعريف بالمقاييس وكيفية تطبيقها، الأساليب الإحصائية.

الفصل السابع نجد فيه عرضا وتحليلا و مناقشة وتفسييرا للنتائج وكذا مدى تحقق فرضيات البحث و الإستنتاج العام ، بالإضافة إلى الإقتراحات، مع فهرس المراجع والملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

- مشكلة البحث
- فرضيات البحث
- أهداف البحث
- أهمية البحث
- ضبط المفاهيم

1- مشكلة البحث :

ظهرت مفاهيم متنوعة في ميدان علم النفس من بينها مصطلح الصحة النفسية ، إذ يعود الفضل في إستخدامه أول مرة لأدولف ماير، وإستخدام هذا المصطلح يشير إلى نمو السلوك الشخصي والإجتماعي نحو السواء (أشرف و علي،2017، ص. 202) . في حين أن الطرح الذي قدمه حامد زهران جاء مخالفا لما سبق ، فالصحة النفسية حسبه هي "حالة دائمة نسبيا يكون الفرد متوافقا نفسيا، يشعر بالسعادة مع نفسه ومع الأخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته، وإستغلال قدراته وإمكاناته إلى أبعد حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مصاعب الحياة، ذو شخصية متكاملة وسوية (محيميد وصالح، 2008، ص.128).

إذ تشير مظاهر الصحة النفسية حسب رشاد (2001) إلى توافق الفرد مع ذاته والرضا عنها وتقبلها بكل جوانبها، وأن يكون لديه مفهوم إيجابي عن ذاته، حيث تلعب الأسرة دورا هاما في تكوين هذا المفهوم الإيجابي عن الذات من خلال تعامل الوالدين وأسلوبهما الإيجابي السوي الموجه داخل الأسرة، ويعتبر التوافق الاجتماعي من مظاهر الصحة النفسية الذي يتمثل في إقامة علاقات إجتماعية سليمة، والاتزام بالتقاليد والعادات والمعايير المتبعة في المجتمع ، واحترام القوانين وعدم الخروج عنها ، والتوافق السليم مع الأسرة والشعور بالسعادة وتحقيق الذات، وإستغلال الإمكانيات الذاتية ، والقدرة على مواجهة الأزمات والإتزان الإنفعالي وتحمل المسؤولية (عداي ونصير،2013، ص. 46) .

حيث تتأثر الصحة النفسية للإنسان بالعديد من المواقف والظروف التي تتعرض لها ، تتجلى ذلك في العوامل الاجتماعية والإقتصادية والثقافية والفردية و المهنية ، مما يجعلها من بين المتغيرات الغير ثابة بين المجتمعات بل نذهب أبعد من ذلك حتى بين الأفراد من نفس الأسرة ، إذ يستحيل أن تنحصر أوتكون متمركزة في مستوى واحد . هذه المواقف الحياتيه الضاغطة أو المهنية التي يمكن أن يدركها الفرد على

أنها تهديد لكينونته قد تفضي إلى إضطرابات ، و إختلالات عميقة في الصحة النفسية ، وخاصة تلك الضغوطات المتعلقة بالجانب المهني ، و هذا حسب ما أوضحته دراسة مانوسو manuso(1981) عن مدى شيوع الإضطرابات النفسية في بيئات العمل تتمثل في القلق بنسبة 25% ، الإكتئاب 20%، أوجاع الرأس15%، وإساءة إستخدام العقاقير ب15%، والإضطرابات المتعلقة بحوادث العمل والمشاكل المالية ب 10% (ناجي، 2020، ص.490) .

من بين مظاهر الصحة النفسية : الشعور بالسعادة، والتوافق النفسي والجسدي حيث يسعى الإنسان من خلال العمل للحصول على الرفاهية ورخاء العيش وبالتالي الحصول على أعلى مستوى من الصحة النفسية لكن العمل مهما تنوع ، فهو رغم ما يجلبه من ربح مادي وسعادة نفسية فإن ما يحمله من صعوبات و مشكلات، قد يفرض ضغوطات نفسية ومهنية حيث أشار سيلي إلى أن الإنسان في كل الأزمنة والأوقات يعايش الضغط وإن كان بدرجات متفاوتة وكذلك المهن التي يقوم بها الإنسان مثقلة بالضغوط بدرجات متفاوتة هي الأخرى (مقداد و خليفة ،2012، ص. 176) . ونخص منها بالذكر : مهنة الأخصائي النفساني التي تتمثل في (التشخيص ، العلاج النفسي ، المشكلات الأسرية ، مشكلات الطفولة والمراهقة ، وغيرها من الأدوار) . هذه المهام تتخللها صعوبات ومعوقات تتعلق بالجانب الشخصي (شخصية الأخصائي النفساني ، معاشه النفسي وغيرها)، الجانب الأكاديمي(الإعداد النظري والتطبيقي)، الجانب المادي (عدم توفر الإختبارات ومكتب يكون مجهز بالوسائل اللازمة) ،الجانب العلاقي (العلاقة مع الفريق الطبي وخاصة في المستشفيات هو عدم إحترام مهنة الأخصائي العيادي كإستقطاع مهامه) ، هذه الأمور التي تؤدي به إلى الشعور بالضغط المهني فحسب الطواب وأخرون (1999) هناك الكثير من المهن لاسيما ذات الطابع الإنساني كالتعليم، التمريض ،الطب والإرشاد تتعرض إلى معوقات تحول دون قيام الموظف بدوره المطلوب بشكل فاعل

الأمر الذي يشعره بالعجز ، وعدم القدرة على أداء العمل بالمستوى الذي يتوقعه هو أو يتوقعه الأخرون منه عن(أبو العمرين،2008، ص.1) .

هذه الصعوبات والمعوقات قد تكون من بين الأسباب التي تعرضه إلى الضغوط بشتى أنواعها (نفسية، مهنية) حيث تزداد ويرتفع مستواها عندالأخصائي العيادي الممارس بحكم المهام الموكلة إليه، وبحكم أنه عبارة عن جهاز نفسي يتعامل مع جهاز نفسي أخر، فهنا يمكن أن يمثل هذا عامل ضغط قد ينعكس بالسلب على صحته النفسية. فقد أكد العيد أوزنجة أنه بات الإعتراف بحقيقة بديهية مفادها أن السيكولوجي العيادي الممارس في الجزائر لا يمتلك سمات الصحة النفسية السليمة المسلم بها سلفا ، والمحددة على هدى دراسات أكاديمية وبحوث نفسية دقيقة وشاملة.

ليعود وينفي قوله هذا بعد الدراسة التي قدمها بعنوان " عوامل الصحة النفسية للممارس العيادي الجزائري" حيث أفضت النتائج إلى أن سلوك الأخصائيين العياديين الممارسين يمتاز سلوكهم بالصحة والسواء ، كما أنهم لا يعانون من إضطراب الصحة النفسية عن (أوزنجة ،2013، ص. 247) .

و مع تسارع وتيرة الحياة وكثرة الكوارث الطبيعية وكثرة الأوبئة وخاصة في السنتين الأخيرتين التي أصبح عنوانها جائحة كورونا أوكوفيد 19 ، ومع ارتفاع عددالإصابات وكذلك عدد الوفيات ودخول أفراد المجتمع في دوامة من الصراعات النفسية أفضت إلى ظهور العديد من الإضطرابات الأمر الذي جعل حجم العمل النفسي أوعمل المختص العيادي يزداد . في المقابل فإن تلك النظرة السلبية لمهنة المختص العيادي قد تغيرت ، أدى ذلك إلى زيادة الطلب على الإستشارة النفسية سواء من المضطربين نفسيا أو من المحيطين بهم وحتى الأشخاص الذين يعانون من مشاكل أسرية، وصعوبات إجتماعية وغيرها من الشرائح بالإضافة للأشخاص المصابين بالكوفيد والمرافقين لهم . فالدور الذي أصبح يلعبه الاخصائيين العياديين فرض ضرورة تواجدهم في عدد كبير من المؤسسات ، سواء كانت العامة وحتى في القطاع الخاص ،

فالأدوار التي تؤديها هذه الفئة ليس حصرا على الأوضاع الصحية الراهنة بل هو عمل متواصل تفرضها أهمية المهنة ودورها في كل مؤسسات المجتمع.

في ظل تفشي هذا الوباء أصبحت مصادر الضغوط المهنية التي يتعرض لها المختص كثيرة ومتعددة من جهة خوفهم على أنفسهم، ومحاولة المحافظة على أرواحهم وأرواح عائلاتهم ، ومن جهة أخرى الواجب والمهام الموكلة لهم في هذه الفترة العصيبة قد يكون هو الأخر مصدرا من مصادر الضغط على المختص العيادي، ومصدر أخر لظهور عدة إضطرابات نفسية لديه قد تؤدي بهم إلى إختلال صحتهم النفسية . ففي الدراسة التي قدمها العدينات (2013) جاءت نتائجها مخالفة لهذا الطرح نظرا لأن الدراسة كانت قبل ظهور الجائحة ، والتي أثبتت نتائجها تمتع الأخصائيين العيادين بمستوى عالي في بعد المهارة العيادية ، بعد الثقة بالنفس و بعد صورة الجسد كأبعاد للصحة النفسية، مع غياب الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى الأخصائيين العياديين حسب الجنس والمستوى الأكاديمي (ليسانس، ماجستير، دكتوراه).

لخصت دبراسوا (2010) مصادر الضغوط التي يتعرض لها الأخصائي العيادي في دراستها حول الضغط النفسي والأخصائي ببسكرة إلى صعوبة التشخيص 83.33% ، وصعوبة في تطبيق الإختبارات 77.77% صعوبة في العلاج 61.11% ، وتدني الراتب 58.33% ، صعوبات إدارية 52.77% وعدم وجود تعاون بين الأخصائيين 50 % وعدم إشراكهم في الملتقيات الجامعية 33.33% ، والنظرة السلبية للمجتمع لمهنة الأخصائي العيادي 25% أما الصعوبات الذاتية التي تمس الجانب التكويني فهي ضعف في التكوين الجامعي 83.33 % ، ونقص التدريب 69.44% ونقص الخبرة الميدانية 41.44 % (منصوري، 2016، ص.213) .

وفي دراسة شملت عمال قطاع الصحة لولاية تيارت والتي كانت لقويدر بن أحمد وخيرة حابي بعنوان "الضغط المهني لدى عمال قطاع الصحة لولاية تيارت " (2016) توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود مستوى منخفض بنسبة 69.18% وما قابلها بنسبة 30.9% مستوى مرتفع من الضغط المهني، عدم وجود فروق في مستوى الضغوط المهنية التي تعزى لمتغير الجنس، التخصص، الأقدمية المهنية (بن قويدر و حابي،2016،ص.71) .

الضغوطات التي يتعرض لها الفرد قد تترك أثارها سواء على الأفراد أو على المنظمات التي يعملون فيها ، أو على المجتمع الذي يعيشون فيه بصفة عامة. هذه الضغوطات تعد القاتل الصامت كما أطلق عليها الباحثون من أمثال بار – أونوقرينبرغ ،(مزياني ، 2015، ص .54) ، فبالإضافة إلى الخسائر المادية التي تحملها جراء التغيب عن العمل و العطل المرضية وغيرها فإن تبيعاتها النفسية على العمال بصفة عامة و الأخصائيين العياديين بصفة خاصة ، الذين يقدمون المساعدة النفسية للأخرين تتجلى في ظهور عدة إضطرابات نفسية ، التي تأثر بصفة كبيرة على الصحة النفسية وتؤدي إلى إختلالها و إنخفاض مستواها كالقلق والإكتئاب.(مزياني،2015، ص.56)

وإذا اعتبرنا أن أمام هذه الضغوطات التي يدركها الفرد والمختص العيادي بإعتباره جزء لايتجزأ من هذا المجتمع كتهديد له يفضى إلى إختلالات عاطفية تترك أثار سيئة على الصحة الجسمية والنفسية فإن الفرد لا يبقى عادة سلبي مقارنة بما هو قادم فهو يحاول دائما التكيف والتوافق بغرض التصدي للضغوط ومخلفاته على الصحة النفسية، نتحدث هنا عن إستراتيجية المواجهة سواء كانت فعالة أو غير فعالة لتحديد طريقة تكيف لتسوية الوضعيات الصعبة. والمقصود بالمواجهة هو كل المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد بهدف التعامل وإدارة الطلب الناتج من التفاعل فرد – بيئة فهي إستجابة للضغوط الخارجية والداخلية ، بهدف تقليص أثارها على صحة الفرد النفسية والجسمية.

حسب الدراسات التي أوردها كل من – لازاروس وفولكمان (1984) ، سمين (1997) ، على (2001)– فإن الصحة النفسية لا تتأثر بالضغط المهني والنفسي بقدر ما تتأثر بطريقة تقييم و بفعالية إستراتيجيات المواجهة ، والدراسات المدعمة لهذا الطرح عديدة لعل أبرزها الطرح الذي قدمه كوبس(1982) أن أساليب المواجهة تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعد للإحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا، بشرط أن يعي الفرد طرق المواجهة و ماهي الأساليب الملائمة لمعالجة موقف ما ، كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الإحتفاظ بالتوافق النفسي و الإجتماعي أثناء الفترات الضاغطة في حياته (القانوع، 2011، ص.3) .

في حين ذهب البعض أمثال تيريTERRY (1991) أن هناك إرتباطا سلبيا بين الإستراتيجيات الموجهة نحو المشكلة والإجهاد ، كما أن هناك إرتباطا بينه وبين مفهوم الصحة النفسية ، إبتعاده عن مفهوم الإكتئاب والقلق . في حين وجد إرتباط موجب بين الإستراتيجيات الموجهة نحو الإنفعال ومستوى الإجهاد بحكم أن الإستراتيجيات التي ترتكز على العاطفة تعتبر إستراتيجية تجنب وتخلق إختلال وظيفي يؤدي إلى الإجهاد، عدم الرضا الوظيفي والإكتئاب (بوغازي ،2018، ص .417) .

وفي دراسة مخالفة لأي نوع من الإستراتيجيات الأكثر فعالية والتي كما لاحظنا في االدراسات التي قدمناها هي إستراتيجيات التي ترتكز على المشكل و هي تصنف أيضا ضمن الإستراتيجيات الإيجابية .

ذهب بوزازة مصطفى في دراسته بعنوان: الأثار الوسيطية لإستراتيجيات المواجهة على الصلة ضاغط – عمل – توتر حيث ، أسفرت النتائج أن إستراتيجيات المواجهة التي تتوسط ضواغط العمل المدركة والتوتر تتمثل في التفريغ الإنفعالي، والبحث عن الدعم الاجتماعي هما الأكثر دلالة بين إستراتيجيات المواجهة مقارنة بإستراتيجية المبادأة بالفعل النشط ، وهي شكل من أشكال المواجهة المرتكزة على المشكل لتمكن من التخفيف من أثر ضواغط العمل المدركة .

وهذه الدراسة إستمدت من دراسة إلفالد (1980) الذي أكد أن النشاط التفاؤل – وهي مواجهة مرتكزة على الموقف – لديه أثر تافه لخفض ضواغط العمل المدركة، بل أكثر من ذلك هو يضخم مشاعر توتر العمل والأعراض النفسجسدية (بوزازة ،2016 ،ص.530) .

طبيعة عمل المختص العيادي والأطر المحدد له تختلف من قطاع عام تحكمه مراسيم وقواعد وظروف عمل خاصة تحتم عليه إنتهاج طرق علاج تتلائم والوسائل والأدوات المتاحة له، الأمر الذي قد يعد مصدرا أو عاملا قد يزيد من حجم الضغوطات هذه الحالة قد تدخله في حالة ما نسميه الضغط المهني الذي قد يخلف أثار على الصحة النفسية تستدعي الإستجابة، أو توظيف وإستعمال نوع خاص من إستراتيجيات المواجهة الأقرب إلى ذلك هي الإستراتيجيات السلبية كالتجنب والإنفعال. في حين أن الإستقلالية التي يتمتع بها عمال القطاع الصحي الخاص التي تمس جميع الجوانب في إمتلاكه الإمكانيات اللازمة التي تمنحه حرية إختيار نوع العلاج المطبق الأمر الذي قد يخفف من حدة الضغط عليهم مما قد ينعكس إيجابا على الصحة النفسية لهم فتكون ذو مستويات مرتفعة لديهم مما يجعل فرص إستخدام إستراتيجيات إيجابية (التي ترتكز على المشكل) مرتفعة أكثر . فرغم إختلاف تصنيفات استراتيجيات المواجهة و تعدد وجهات النظر عن أيها أكثر فعالية في خفض الضغط و تسييره فإن الدراسة التي جاء بها veron و T.saias لدى المختص العيادي (2013) هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على إستراتيجية المواجهة التي يستعملها المختص العيادي لتسيير معاناة المفحوص التي تقابله يوميا في إطار علاقة المساعدة التي تربطه بالمفحوص وكانت النتائج: مقابل معاناة ومشاكل المفحوص يستعمل الأخصائيين إستراتيجيات التجنب بصفة رئيسية والإستراتيجيات الأكثر تواترا هي "المراقبة" ،"العمل على الذات" ،"والتحدث مع الزملاء." أما لتسير معاناتهم الشخصية يستعمل الممارسين إستراتيجية ترتكز حول المشكل وهذا بصفة رئيسة ، وكانت الإستراتيجية الأكثر تواترا هي التخفيف من جدول

أعمالهم . فهذه الدراسة جاءت لتحدد فقط نوع الإستراتيجية المستخدمة من قبل الأخصائيين العياديين الممارسين .

إن الدافع من إستعمال إستراتيجية المواجهة هو التكيف والتوافق فإذا إستطاع الفرد إشباع حاجاته فإن حالة التوتر تنتفي عنده ويشعر بالرضا والطمأنينة وإذا فشل فإنه يبذل محاولات أخرى وأساليب أخرى مثل :الانسحاب، والتبرير ،أو إتباع أسلوب غير سوي مرضي وفي هذه الحالة الأخيرة يكون التكيف السيء دليل إعتلال الصحة النفسية، وإذا كان التكيف حسنا وحقق الإنسجام والتآلف المطلوب فإنه دليل على الصحة النفسية (شربيت، 2002، ص.119) .

إنطلاقا من ما سبق وكمحاولة لربطه بمتغيرات البحث إستخلصت الباحثة الأسئلة التالية:

- هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس، الأقدمية المهنية ،الحالة العائلية)؟
- ماهي استراتيجيات المواجهة الأكثر إستعمالا من قبل العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتجيات المواجهة (حل المشكل ، التجنب ، الإنفعال) بين الممارسين العياديين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس ،الخبرة المهنية ،الحالة الاجتماعية)؟
- هل يعاني المختص العيادي الممارس في القطاع العام والخاص من الضغط المهني؟

2- الفرضيات :

- توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس، الأقدمية المهنية، الحالة الاجتماعية).

- يميل العياديون الممارسون في القطاع الصحي العام إلى إستعمال إستراتيجيات سلبية لمواجهة الضغوط المهنية (الإنفعال– التجنب).
- يميل العياديون الممارسون في القطاع الصحي الخاص إلى إستعمال إستراتيجيات إيجابية لمواجهة الضغوط المهنية (حل المشكل).
- توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، الخبرة المهنية)
- يعاني الممارس العيادي في القطاعيين الصحيين العام والخاص من الضغط المهني .
- **3-أهداف البحث:**

– التعرف على دلالة الفروق في مستويات الصحة النفسية وكذلك إستراتجية مواجهة الضغوط المهنية بالنسبة للعياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص

– التعرف على أكثر إستراتجية مواجهة الضغوط المهنية إستعمالا من قبل العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص.

– التعرف ما إذا كان العيادي الممارس في القطاع العام والخاص يعاني من الضغط المهني.

4 – أهمية البحث:

– تكمن أهمية البحث في كون للأخصائي العيادي دور كبير في تشخيص وعلاج والتخفيف من معاناة وألام الأخرين والتكفل بهم ولذا وجب علينا كباحثين التوجه لدراسة الأخصائيين العياديين والممارسين كأشخاص وأفراد في المجتمع ، بغرض معرفة مستوى صحتهم النفسية وطرق تعاملهم مع الضغوط المهنية التي تواجههم.

-حسب إطلاعات الباحثة فإن معظم الدراسات التي إهتمت بالعياديين ربطت بمتغيرات أخرى كأبعاد الصحة النفسية ، الأداء الوظيفي وغيرها من الدراسات لكن ما تم ملاحظته أنه لا توجد دراسة مشابهة للموضوع الحالي وبنفس المتغيرات وهذا حسب إطلاعاتي وبالتالي فأهمية الموضوع تتمثل في الكشف عن جوانب لأخرى من شخصية العيادي الممارس.

- وضع تصور جديد لجوانب تطبيقية قد تزيد أو ترفع من تبني العياديين أساليب وإستراتجيات إيجابية في مواجهة الضغوط المهنية التي تواجههم وبذلك نكون قد ساعدناهم في تخطي العقبات والتكيف وتحقيق التوازن النفسي للعطاء أكثر .

5- ضبط المفاهيم :

5-1 الصحة النفسية : يمكن أن نعطيها عدة تعريفات في عدة سياقات هي :

5-1-1 التعريف اللغوي : صحة من المصدر صح ، يتمتع بصحة جيدة : ببنية جسمية سليمة ، لا إعتلال في جسمه .نفس جمع أنفس نفوس "يعتمد على نفسه : على ذاته.

5-1-2 التعريفات الإصطلاحية : هناك العديد من التعريفات الإصطلاحية ، حيث عمدنا على عرض أكبر قدر ممكن من التعريفات ذات العلاقة بالمفهوم الإيجابي للصحة النفسية:

عرفها مغاريوس (1974) مدى أو درجة نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة ، وفي التوافق الخارجي وفي علاقاته في بيئته المحيطة بما فيها من موضوعات وأفراد.

عرفها ماسلو (1978) أنها قدرة الشخص على تحقيق ذاته عن طريق إشباع حاجاته الجسمية ، والنفسية و الاجتماعية عن (عصفور وكاظم ، 2011، ص.229) .

عرفها عبد العزيز القوصي (1982) الصحة النفسية هي التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة ، مع القدرة على مواجهة الأزمات العادية التي تطرأ عادة على الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية (الكيكي وبشير ،2013، ص.283) .

عرفها فريدمان (1988) بأنها قدرة الفرد على التأقلم مع المتغيرات اليومية والتفاعل الإجتماعي من دون الخوض في سلوكيات ، أو مشاعر غير ملائمة. والصحة النفسية هي أكثر من غياب الإضطرابات النفسية والعقلية ويمكن أن تتأثر بالعوامل الداخلية (الفرد ذاته) أو بالعوامل الخارجية (خارجة عن إرادة الفرد مثل خلل بيولوجي أو مرض عضوي).

عرف كيلاندر الصحة النفسية على أنها تقاس بمدى قدرة الفرد على التأثير في بيئته ، وقدرته على التكيف مع الحياة بما يؤدي بصاحبه إلى قدرة معقولة من الإشباع الشخصي والكفاءة والسعادة عن (الخالدي ، 2009، ص.31) .

يرى "علي أحمد " أن الصحة النفسية تتمثل في شعور الفرد بالرضا والإستقرار مع نفسه ومع الناس ، وتظهر الصحة النفسية في شكل إحساس يترجم إلى سلوك من جانب الفرد بالسعادة والإيجابية ، والقدرة على مواجهة المواقف والمشكلات التي تقابل الفرد في مختلف نواحي حياته والتوافق والتكيف السوي (بوشلالق ، 2013 ، ص.175) .

ويرى العدييات وكالهون (1996) بأن الصحة النفسية تكيف مستمر ومتصل وحالة نسبية ، تقبع هدفا خالدا حسوما ضروريا لنمو الشخصية السوية ، ويرى روجرز أن الأخصائي النفسي يستبصر قدرة إدراك ذاته وقريحة إنسجام أفعاله التي تعكس تبصره لذاته الإيجابية التي تشع صحة نفسية سليمة.

كما يتفقان في أنها حالة إيجابية تشمل كافة المكونات المعرفية ، والسلوكية ، والإنفعالية ، والإجتماعية المتكاملة ، والنامية في عملية التوافق الهادفة إلى تمكين الأخصائي علا المراتب في تحقيق ذاته (العدينات ،2013، ص.67) .

وسعى كالهون(1990) والعدينات في منظورهما المعرفي لمفهوم الصحة النفسية في إعتماد التمثيل الذهني للأخصائي النفسي في تناوله التقييمي لمجالات النشاطات الإجتماعية ، والمهنية ووقفا على أن تدعيم الشعور بالفعالية الذاتية يساهم في تعزيز الصحة النفسية، بمهارات إستراتيجية في حل المشكلات وإعتماد أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية ، تمنحه الأمل وتشعره بالسكينة والثقة والإقتدار (نفس المرجع السابق ، 2013، ص.66) .

عرفها دستور منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من السعادة الكاملة جسميا، وعقليا، وإجتماعيا ، ولم تكن مجرد الإبتعاد عن مرض أوعاهة من العاهات، ويشير المؤتمر العالمي للصحة النفسية إلى أن مفهوم الدرجة القصوى من الصحة النفسية لا يشير إلى الحالة المطلقة أو المثالية بل هي تعني الوصول إلى أفضل حالة ممكنة وفقا للظروف المتغيرة (زبدي و فالح،2016، ص.215) .

ما هو ملاحظ من خلال التعريفات السابقة أن إعطاء تعريف شامل للصحة النفسية لا يمكن أن يخرج عن الإطار الإيجابي ، بحيث تمركزت تعريفات الباحثين حول تكيف ، و توافق الفرد مع ذاته. ويتحقق ذلك حسب ماسلو بتحقيق الذات و ذلك عن طريق إشباع حاجاته الجسمية ، والنفسية و الإجتماعية ، وتوافقه مع الأخرين كل هذه الأمور تجلب له السعادة وهي إحدى مظاهر الصحة النفسية ، أما مظاهر التكيف فتتجلى في قدرة الفرد على تسير ، و إيجاد حلول لمشاكله بمهارات إستراتيجية تضمن له التوافق والتكيف السوي . وحسب الخالدي فإن الصحة النفسية تنظيم متسق بين عوامل التكوين العقلي ، وعوامل

التكوين الإنفعالي للفرد إذ يسهم هذا التنظيم في تحديد إستجابات الفرد الدالة على إتزانه الإنفعالي ، وتوافقه الشخصي، والإجتماعي.

فحسب هارلفيد " الصحة النفسية هي التعبير الكامل والحر عن الطاقات الموروثة والمكتسبة ، فهي تعمل بتناسق لتحقيق أهداف الشخصية ، وحتى يتحقق ذلك لابد من التنسيق بين الطاقات الموروثة و المكتسبة مع التكامل مع الأبعاد المختلفة لهذه الطاقات" عن (كاظم وصادق ، 2011، ص.58) .

5-1-3 التعريف الإجرائي : تعرف الصحة النفسية إجرائيا بأنها الدرجة التي يتحصل عليها العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص على مقياس الصحة النفسية للعياديين الممارسيين بأبعاده الثلاثة (البعد الشخصي ، البعد الإجتماعي ، البعد المهني) الذي قامت الباحثة ببناءه.

5-2 الضغط المهني : الضغط المهني من المفاهيم التي يصعب إيجاد تعاريف لها موحدة ومتفق عليها ، وتكمن المشكلة في أنه تكوين فرضي وليس شيئا ملموسا واضحا يسهل قياسه ، هذا من جهة ومن جهة أخرى يعد إختلاف الإنتماءات الفكرية والتصورية للباحثين كسبب آخر فهذا الإختلاف كعلم النفس ، علم الإجتماع وغيرها من العلوم (رجوح و زرزور، 2019 ،ص.649) .

5-2-1 التعريف اللغوي : حسب قاموس المعاني جاء لفظ ضغط (ضغط ، يضغط ، ضغطا ضغطه ضغطة) يقال " ضغط عليه في أمر " تشدد وضيق عليه"، ضغطة بمعنى إكراه على الأمر، ضغطه أي كبسه ، شده .

5-2-2 التعريفات الإصطلاحية: فقد وردت عدة تعاريف من أبرزها نجد التعريف الذي ورد في المعجم العلمي الضغط بأنه قوة تنزع إلى تغيير شكل جسم ما ، وغالبا ما يعبر عنه بالقوة الواقعة على وحدة المتاحة .

وقد إستخدمت كلمة الضغوط في القرن "18" لتعني الإكراه والقسر والجهد القوي ، وإجهاد وتوتر لدى الفرد أو لأعضاء الجسم أو القوة العقلية .

كما تعود أول محاولة عملية تفسيره إلى العالم الطبيب هانز سيلي الذي عرف الضغط بأنه إستجابة جسدية غير محددة لمطلب معين (قدوري ،2016، ص.128) .

- **تعريف الضغط النفسي المهني** : تجربة ذاتية لدى الفرد تحدث نتيجة لعوامل في الفرد نفسه أو عوامل في المنظمة التي يعمل لديها الفرد، مما يؤدي إلى أثار جسمية أو نفسية ، أو سلوكية (رجاء و الأحمد ،2008 ، ص.481).

تعريف ديكياستر وهانز من منظور نفسي على أنها " عبارة عن إستجابة العامل أمام متطلبات الوضعية التي تجعله يشك في مدى تمتعه بالموارد الضرورية التي تمكنه من المواجهة .

حيث يعد الضغط المهني شكل من أشكال الضغط التي يتعرض لها الفرد العامل في بيئة العمل، فبالرغم من الكتابات الكثيرة في هذا المجال إلا أنه لم يتم التوصل إلى تعريف محدد لمفهوم الضغوط المهنية، ويرجع السبب في ذلك أساسا لإرتباط الضغط المهني بعدة علوم أخرى ، فهو يمثل أحد الإهتمامات المشتركة بين الباحثين في كل من المجالات الطبية ، الاجتماعية ، الاقتصادية و الإدارية .

يعتبر لازاروس وفولكمان " الضغوط المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقة ، ومرهقة ، وتتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد ، أي أنها تنشأ من عدم التوازن بين مطالب العمل وقدرة العامل على الإستجابة لها، و أن الإحتراق يظهر في عدة أعراض جسمية، إنفعالية ، دافعية وسلوكية مختلفة (بن قويدر و حابي ،2016، ص.76) .

أما تايلور taylor (1986) فقد عرف الضغوط بأنها نتيجة تقييم الأحداث على أنها مواقف ضارة ومهددة ، أو الإستجابات لهذه الأحداث على شكل تغييرات إدراكية و إنفعالية ، وفسيولوجية (عسيري ،2012، ص.103).

كما جاء في تعريف" killy " الضغط المهني تجربة ذاتية يدركها الفرد نتيجة لعوامل أو مسببات متعلقة بالبيئة التي يعمل فيها ، بما في ذلك المنظمة حيث يترتب عن هذه العوامل أثار أو نتائج جسمية ، نفسية أو سلوكية على الفرد وتؤثر بدورها على أدائه للعمل ".

فحسب رشيد (1997) أن الضغوط هي تعبر عن حالة من الإجهاد العقلي أو الجسمي ، وتحدث نتيجة للحوادث التي تسبب قلقا إزعاج أو تحدث نتيجة لعوامل عدم الرضا ، أو نتيجة للصفات العامة التي تسود بيئة العمل أو أنها تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه المسببات جميعا ، كما تعرف الضغوط بأنها النتيجة النهائية للمحاولات غير الناجحة للتغلب على المصاعب ، وظروف العمل السلبية المختلفة.

من جهته سيد عبد العال يعرف الضغط المهني "بأنه مجموعة التغيرات الفيزيولوجية ، الجسمية والنفسية التي يعاني منها العامل كرد فعل من المثيرات المؤثرة عليه في بيئة العمل ، والتي لم يعد العامل قادر على تحملها أو الوفاء بمتطلباتها" (بن قويدر وحابي ،2016، ص.76) .

وينظر الباقي (2004) إلى الضغوط المهنية على أنها مجموعة من المثيرات التي تتواجد في بيئة عمل الأفراد ، والتي ينتج عنها مجموعة من ردود الأفعال التي تظهر في سلوك الأفراد في العمل ، أو في حالتهم النفسية والجسمانية ، أو في أدائهم لأعمالهم نتيجة تفاعل الأفراد مع بيئة عملهم التي تحتوى الضغوط .

أما المنظمة العالمية للصحة (2004) فتشير للضغوط المهنية على أنها مجموعة من إستجابات الموظفين الممكنة في حالة مواجهتهم لمتطلبات وضغوطات مهنية لا تتناسب مع معارفهم وكفاءاتهم ، والتي تستدعي إستعمال قدراتهم في موقف العمل (الأحسن،2015، ص ص .194.195) .

قام غرينبارغر (2005) بتعريف الضغوط (stress) بأنها نمط معقد من حالة عاطفية ووجدانية ، وردود فعل فسيولوجية إستجابة لمجموعة من الضغوط الخارجية ، أما الإجهاد (strain) فهو التأثير المتجمع للضغوط والذي يتمثل بشكل رئيسي في الإنحراف عن الحالة المعتادة بسبب التعرض للحوادث الضاغطة وتحدث الضغوط إلى المدى الذي يدرك فيه الأفراد :

- إن الموقف الذي يواجه الفرد يتضمن بعض التهديدات .
- إنه لن يستطيع أن يتكيف مع مطالب الموقف أو مع تلك المخاطر ، بمعنى أن المواقف تخرج عن نطاق السيطرة (شحاذة ، 2017، ص.242) .

3-2-5 التعريف الإجرائي : يعرف الضغط المهني إجرائيا من خلال الدرجات التي يتحصل عليها العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص على مقياس كراساك لضغوط المهنية بأبعاده (الموقف القراري ، المطالب النفسية ، الدعم الإجتماعي).

3-5 إستراتجية المواجهة (الكوبين) :

5-3- 1 التعريف اللغوي: تعرف إستراتيجية لغويا بأنها فن الخطط والحركات العسكرية في المعركة ، أو فن تنسيق القوى العسكرية والإقتصادية والمعنوية في زمن الحرب بغية إحراز النصر.أما كلمة مواجهة فهي من المصدر واجه ، يقال " ينبغي مواجهة الحقيقة " مجابهتها وجها لوجه، ويقال أيضا " مواجهة الأعداء "بمعنى مقاومتهم .

5-3-2 التعريفات الإصطلاحية :

عرفها روتر (1981) المحاولات التي يبذلها الفرد لإزالة الضغوط النفسية ، وإبتكار أساليب جديدة مجدية في مواجهة مواقف الحياة"

يعرفها لازاروس وفولكمان (1984) بأنها سيرورات ألية متغيرة حسب الوضعية العامة ، حسب حالة الموضوع (الشخص) وحسب مرحلة التفاعل بين الشخص والموقف (الوضعية) ، نلمس من هذا التعريف بعدين متداخلين بشكل أساسي إبتداء من تقدير المخاطر ، التركيز على المشكل (الإستجابة والتدخل) ، التركيز على الإنفعال (المراقبة ، التعبير عن الإحباط النفسي) .

وحسبهما "هي الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة بإستمرار ، تتميز بتسيير المتطلبات الداخلية أو الخارجية المحددة التي يدركها الفرد كتهديد أو كفائض من مصادر الضغط E. Grebot et al) " ,2006 ,p.316)

كما يضيفان بأنها مجموع السيرورات المعرفية والسلوكية التي تتدخل بين الفرد نفسه ، وحدث يدرك كتهديد بهدف تقليص أو التحكم فيه ، أو تحمل آثاره على سلامته الجسدية والنفسية" (I.pulhan, M. bourgeois,2008,p.6)

يعتبر لازاروس وفولكمان المواجهة على أنها عملية ديناميكية تتطور بإستمرار حسب الطلب الداخلي (الموارد المتاحة) والخارجية (طبيعة الوضعية) ، وكذلك التقييم الفكري للوضعية المهددة . كما أن هذا التعريف يشير إلى أنه يمكن الوصول إلى مجموعة واسعة نسبيا من إستراتيجيات المواجهة في وقت مبكر ، ولكن يتم إستدخالها بشكل مختلف إعتمادا على الفرد /أو الوضعيات (C .tarquinio,E.spitz, 2012, p.110) .

حسب بيرلون وشولر الكوبين يتكون من مجموعة الأفعال التي يسعى الأشخاص من خلالها تجنب الضرر من التوترات التي يعايشها.

وقد إعتمدا في تعريفهم على نظريتهم الثلاثية الأبعاد هي :

1- تشير إلى المحاولات لتغير الوضعية (إزالة مصادر التوتر).

2- الجهود المبذولة لتغير المعنى أو تقدير الضغط (تقليل تأثير الحدث).

3- الطريقة التي وضعت للسيطرة على مشاعر الإحباط (تسيير الضغط).

يعرفه فلشمان (1984) بأنه السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي يقوم بها الفرد للتقليل من الضغوط النفسية"(الشخابنة ،2010)

ماتتي وأخرون 1986 يعرفون المواجهة بأنها أي مجهود صحي أو غير صحي ، شعوري أو لاشعوري للوقاية والتقليل من مسببات الضغط أو تحمل نتائجها بأقل الأضرار . Syed et Alain,2013 (,p.97)

حسب ستيبتو steptoe 1991 إستراتيجية المواجهة هي الإستجابات التي يستعملها الفرد لمواجهة مواقف أو وضعيات ضاغطة قد تكون ذو طبيعة (معرفية ، إنفعالية) ويمكن أن تتخذ أشكال سلوكية مباشرة أكثر .مثال "المواجهة العلنية للمشكل تبني سلوك التجنب ، البحث عن السند .,.l.pulhan (M. bourgeois ,2008,p.41)

يعرفها كل من بولهان وبورجو(1995) على أنها عمل يتكون من تعديل المباشر لشروط العلاقة (الفرد ، محيطه) بإستعمال مجهودات سلوكية لمواجهة المشكل بحله.

تعريف الأمارة 1995 بأنها المحاولة التي يبذلها الفرد لإعادة إتزانه النفسي والتكيف للأحداث التي أدرك تهديداتها الأنية والمستقبلية"

حيث يقول بولهان " لم نعد نسعى لوصف ردود فعل الفرد إتجاه الأحداث الضاغطة التي يتعرض ولكن الاهتمام بالطريقة التي يدير بها الموقف ، الشخص هو العامل النشط القادر على التأثير في موقف الضاغط بإستخدام الإستراتيجيات المعرفية، أو الإنفعالية بهدف التكيف (C. tarquinio,E.spitz,2012,p.29) .

تعريف موس بأنها مجموعة من الأنماط السلوكية التكيفية والمتعلمة والتي تتطلب عادة بذل الجهد ، وتحددها الحاجة وتستهدف حل المشكلة ، كما يمكن السيطرة عليها وكفها أو قمعها ، وبالتالي فهي تستخدم بمرونة كافية كلما تطلب الموقف الضاغط (الضريبي ،2010، ص.680) .

حسب شابرول و كالهان(2004) إستراتيجية المواجهة تسمح إما بتغيير المشكل (حله، إنقاصه ،تأجيله) أو التغيير يكون في الشخص نفسه(تنظيم إنفعالاته، معارفه، حالته الفيزيولوجية), (c. razural et al 2011,p.48)

تعريف أتواتر " أساليب تعامل يقوم بها الفرد اتجاه المثيرات التي تفقده توازنه وتتجاوز قدرته على التوافق."

تعريف شوبل بأنها إستراتيجيات تساعد الفرد في الحصول على التوازن في الحياة اليومية الضاغطة.

ويعرفه حسين والزيود "مجموعة من الأساليب أو الطرق والنشاطات الدينامية والسلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد في مواجهة الموقف الضاغط لحل المشكلة وتخفيف التوتر الإنفعالي المترتب عليها (تواتي،2017، ص.6) .

تعريف دانشيف "إنها مجموعة متناقضة غير متجانسة مع المعارف و المواقف السلوكية والقدرات السيكولوجية والدفاعات النفسية بإعتبارها عنصرا من إستراتيجية التكيف لمواجهة المتطلبات الداخلية والخارجية"

كما يضيف المواجهة عبارة عن المجهودات المبذولة لمحاولة حل المشكل الذي خلفته المتطلبات الخارجية أو الداخلية التي تطبق على العضوية والتي يدركها الفرد كمهددات محتملة تهدد توازنه" (برزوان ،2010 ،ص. 135).

يرى ولمان : أن أساليب مواجهة الضغوط عبارة عن مجموعة من الوسائل التي تيسر التكيف مع البيئة ومواقفها الضاغطة بغرض تحقيق هدف أو بعض الأهداف (الضريبي والنحيلي،2010، ص.679) .

أما "ريان " فيرى أنها إستراتيجيات توافقية متعلمة ، مكتسبة تمثل محتوى السلوك ، وتستخدم للسيطرة على أزمات الحياة وظروفها الضاغطة" (نفس المرجع السابق ،2010، ص.676) .

عرفها سبيلبرجر عملية وظيفتها فحص أبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد لها "

وقد عرفها معجم علم النفس في الطب النفسي" سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل إستجابات الفرد في مثل هذه المواقف واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل إستخدام الحيل الدفاعية واللفظ يطلق على الإستراتيجيات التي تصمم لمعالجة مصدر القلق عكس الحيل الدفاعية ،التي تتوجه لمعالجة القلق مباشرة وليس المصدر (طبي سهام، 2005).

يعرف توتس مهارات المواجهة " بأنها مجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والإجتماعية المكتسبة والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط وهذه المهارات يمكن أن تكون فعالة

وهي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتوافق مع الحدث" (بزوران ،2014، ص.97) .

يرى كذلك لوي كروك أن الإستجابة للضغط ضرورية لأنها تجعل الشخص في حالة إنذار وتجعله يستعد لإستعمال السلوكيات التكيفية التي تسمح له للمواجهة والتعامل الأحسن مع الموقف الضاغط"

يعرف فريديريك والفرد " المواجهة على أنها محاولات الفرد للتعامل مع ضغوط الحياة والألام الإنفعالية من أجل تخفيض الإجهادات ، والإرهاق الذي تحدثه هذه الأخيرة" .

يعرف كالن المواجهة في بيئة العمل "بأنها جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدراته على التنبؤ بالموقف ، وتساعده على إدراك الضبط في التعامل مع المشكلات التي تحدث في المستقبل (نفس المرجع السابق ، 2014، ص.98).

من خلال التعريفات التي تم عرضها نلاحظ أن إستراتيجية المواجهة أو الكوبين هي عبارة عن عمليات أو سيرورات سواء كانت معرفية أو إنفعالية ، سلوكية يقوم الفرد بتوظيفها سواء بطريقة شعورية أو

لاشعورية ، واعية أو غير واعية للتخفيض أو التقليص من الضغوط بشتى أنواعها ، والصعوبات التي تواجهه في الحياة الشخصية أو الحياة العملية ، أو الاجتماعية.

وعليه يمكن إعتبارها كل العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة من الممكن أن تأخذ صورتين الصورة الأولى: هي عملية التكيف مع الوضع الضاغط وهي عبارة عن عمليات وإجراءات روتينية يعمد الفرد إلى مزاولتها وعادة ما تكون هذه العمليات أوتوماتيكية ومتكررة ، وأسلوبا ثابتا يزاوله الفرد في مثل هذه المواقف ،أما الصورة الثانية: فهي عملية المواجهة وهي عبارة عن إجراءات يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه ومن ثم العودة إلى الوضع الإنفعالي الطبيعي، وعادة ما تكون هذه الإجراءات

نتيجة تقييم الفرد للموقف الذي تمر به أكثر من كونها صفة ثابة أوإجراءات روتينية (الطريري ،1994 ص.102) .

إن لفظ الكوبين ينطوي على مواجهة فعالة وشعورية (واعية) للموقف ويمثل مجال مهم من السيرورات التنظيم الذاتي أكثر عمومية وأكثر خصوصية في التنظيم الإنفعالي ردا على الظروف أو الأحداث الضاغطة (G.dorad,et al,2013,p.114).

5-3-3 التعريف الإجرائي : تعرف إستراتجية المواجهة إجرائيا بأنها الدرجات التي يحصل عليها العياديين الممارسيين في القطاعيين الصحيين العام والخاص على مقياس قائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة بأبعاده الثلاثة الرئيسية (التي ترتكز على حل المشكل ، التي ترتكز على الإنفعال ، التجنب).

5-4 الأخصائي النفساني : لقد تناولنا تعريف الأخصائي النفساني من عدة جوانب هي :

5-4-1 التعريف اللغوي : كلمة " نفساني "منسوب إلى النفس ،" نفساني " بمعنى روحي ، " طبيب نفساني " جاءت بمعنى طبيب يعالج إضطرابات النفس البشرية و أمراضها.

5-4-2 التعريفات الإصطلاحية :

قدم آلان بانيو تعريفه للأخصائي النفساني العيادي بأنه الشخص الذي يدرس الحياة العاطفية ، العلقية ، والسلوكية للأفراد فهو يستعمل طرق خاصة للتحليل ، التقييم والعلاج النفسي والإرشاد والوقاية .يختص في تحليل السلوك ، الأفكار ، الإنفعالات الإنسانية فهو يدرس الإنسان في ديناميكيته الفردية وفي علاقته مع الأخرين ، كما يهتم أيضا بخصوصات التوظيف النفسي (برزوان ،2016،ص. 357) .

يرى حسن مصطفى عبد المعطي أن المختص هو ذلك المتخصص الذي يستخدم الإجراءات السيكولوجية ، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق النفسي كل واحد في حدود إمكاناته ، وفي

تفاعل إيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته ، والتنبؤ بإحتمالات تطور حالته ومدى إستجابته لمختلف أساليب الإرشاد والعلاج ، ثم العمل للوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من التوافق الشخصي والإجتماعي (غريب و سايحي،2010 .ص.244) .

الأخصائي النفسي : هو الذي يعمل في مجال القياس النفسي وإجراء الإختبارات ودراسة سلوك العميل وإتجاهه العام ، ومساعدة المعالج النفسي والأخصائي الذي يعمل في مجال القياس النفسي لابد أن يكون متخرجا من أحد أقسام علم النفس ، وتجدر الإشارة أن كل من يعمل في ميدان الصحة النفسية من أخصائي نفسانيين والأخصائي الإجتماعي وغيره يجب أن يتمتعوا بصحة نفسية سليمة ومتوافقا نفسيا ، كما يجب أن يكون الأخصائي من الناحية السلوكية قدوة للمفحوصين (شريت وحلاوة ،2002، ص.34) .

3-4-5 التعريف الإجرائي : يعرف بأنه الحاصل على درجة علمية سواء كانت ليسانس ، ماجستير ، ماستر ، أو دكتوراه في تخصص علم النفس العيادي ، ويمارس عمله في عيادة خاصة أو مؤسسة عامة إستشفائية أو تربوية ، أو عقابية أو تأهيلية ، ويعمل على تشخيص وعلاج الإضطرابات النفسية (العدينات ، 2013، ص.71) .

الفصل الثاني

مستوى الصحة النفسية والنظريات المفسرة لها .

- تمهيد
- تعريفات الصحة النفسية (المفهوم السلبي /الإيجابي).
- مظاهر الصحة النفسية
- سمات الشخص الصحيح
- علامات إضطراب الصحة النفسية
- مستويات الصحة النفسية.
- معايير الصحة النفسية .
- نسبية الصحة النفسية
- المدارس النظرية المفسرة للصحة النفسية
- علاقة الصحة النفسية بالتكيف
- علاقة الصحة النفسية التوافق
- علاقة الصحة النفسية بالوظيفة.
- خلاصة

تمهيد : يعد موضوع الصحة النفسية ذو أهمية بالغة، الأمر الذي جعلها تحضى بإهتمام كبير سواء من عامة الناس (أفراد الأسرة والمجتمع) وخاصة الناس من علماء النفس والأطباء العقلين وعلماء التربية ، والباحثين في ميادين الخدمة الإجتماعية وذلك بغرض مسايرة الأسس الصحة النفسية و إجرائاتها وإنجازاتها، ونحن بدورنا كباحثين أردنا تسليط الضوء على هذا الموضوع لكن لدى فئة تعمل هي على مساعدة الأشخاص على تحسين أو الرفع من مستوى صحتهم النفسية ألا وهم الأخصائيين العياديين في فصل سميناه " مستوى الصحة النفسية والنظريات المفسرة لها " حيث سنتناول فيه تعريفات ومؤشرات الصحة النفسية ، نظرياتها ، مستوياتها ، أبعادها ، مظاهرها، وعلاقتها بالتوافق والتكيف.

1- تعريفات الصحة النفسية : يرتبط تحديد مفهوم الصحة النفسية بتحديد معنى السواء واللاسواء حيث نجد تعريفين لأصحاب الإتجاهين الإيجابي والسلبي :

1-1 المفهوم السلبي : يرى أصحاب هذا الإتجاه بأن الصحة النفسية هي البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي ، ما يعني أن الصحة النفسية هي الخلو من المرض النفسي . هذا يعد تعريفا سلبيا لأن الصحة النفسية لا تعني الخلو فقط من المرض النفسي بالإضافة إلى أنهم ركزوا على جانب واحد فقط من جوانب الصحة النفسية فهناك الكثير من الأشخاص الخاليين من أعراض المرض النفسي ولكنهم غير متوافقين نفسيا ، وغير قادرين على تحقيق علاقات إجتماعية طيبة سواء في العمل أو الحياة الإجتماعية ، والتي تتسم بالإضطراب وسوء التكيف (غزالي وأخرون ، 2008، ص.12).

ويعتبر " كنغيلام " من بين العلماء الذي ركزوا في تعريف الصحة النفسية على السواء والمرض النفسي حيث يرى أنه لا يتحدد سواء الفرد كوحدة متميزة إلا بالنسبة لشمولية الوسط الذي يعيش فيه، بشكل الذي يستطيع أن يبسط فيه حياته بصفة أفضل ، ويحافظ فيه على معيار الخاص بطريقة أحسن (قادري ،2015، ص.4).

الصحة النفسية حسب حليمة قادري هي الحالة النفسية التي يشعر بها الفرد بالسواء ، والاتزان الإنفعالي ، والرضا عن الذات ، ويتم تشخيصها في هذه الدراسة بناءا على نتائج الملاحظة والمقابلة المجراة مع الحالات (نفس المرجع السابق ، 2015، ص.4) .

1-2 المفهوم الإيجابي: هي حالة دائمة نسبيا يكون الفرد متوافقا نفسيا يشعر بالسعادة مع نفسه ومع الأخرين ، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أبعد حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مصاعب الحياة ، ذو شخصية متكاملة وسوية (محيميد و صالح ، 2008، ص.128).

حيث يعتبر في نظر علماء الصحة النفسية شخصا سويا لأنه يتميز بالقدرة والسيطرة على العوامل التي تؤدي إلى الإحباط أو اليأس، والعيش في وفاق وسلام مع أنفسهم من جهة ومع غيرهم في محيط الأسرة ،أو العمل أو المجتمع الخارجي من جهة أخرى (غزالي وأخرون ، 2008، ص.13).

يلاحظ من هذين التعريفين حصر مفهوم الصحة النفسية في جانب واحد وهو الخلو من المرض فبالنسبة لهذا التوجه فكل شخص خال من العرض النفسي هو صحيح نفسيا وهذا حسب الإتجاه الطبي ، أما الاتجاه الإيجابي فقد حاول إعطاء معنى أعم وأشمل من الاتجاه الأول حيث ركز أصحابه على معظم الجوانب سواء كانت فردية كتحقيق الذات ، التوافق ، أو في علاقة الفرد مع المجتمع .

الصحة النفسية حسب هذا الإتجاه هي عبارة عن نسق متكامل تجتمع فيه المكونات الداخلية للفرد أي شخصيته ، وكل ماهو متعلم ومكتسب من مهارات اجتماعية في التكيف والتوافق، والقدرة على تسيير وحل المشكلات التي تواجهه على الصعيد الشخصي والإجتماعي.أثبتت دراسة هارتر أن الأشخاص الذين كانوا يتمتعون بصحة نفسية كانوا يتميزون بالقدرة على حل المشاكل و احتمال النتائج ، والتخطيط للمستقبل كما كانت قدرتهم جد عالية لمواجهة الإحباط (بوشلاق ،2013، ص.186) .

2-مظاهر الصحة النفسية : مؤشرات أو دلالات وتشير هذه إلى مظاهر سلوكية محددة يتوافر كثير منها لدى الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة من الصحة النفسية سنتناول هذه المؤشرات بصفة مختصرة فيما يلي :

- **التوافق** : بشقيه الذاتي والإجتماعي.
- **التوافق الذاتي** : هو نجاح الفرد في التوفيق بين دوافعه ، وحسن تكيفه مع نفسه ورضاه عنها والتحكم فيها ، وحسم صراعاته.
- **التوافق الإجتماعي** : ويقصد به حسن تكيفه مع الأخرين في المجالات التي تقوم على العلاقات الحوارية بين الأفراد وأهمها الأسرة ، المدرسة ، الجامعة ومكان العمل ويتضمن نجاح الفرد في عقد علاقات إجتماعية تتسم بالتعاون والحب ، والتسامح ، والإثار والثقة والإحترام والتقبل هذا الإتفاق أو الوفاق لا يكون مع جميع البشر لكن يكون الفرد متوافقا مع الجماعة التي إختار الإنتماء لها ، ويبقى الخلاف وارد لكن قياس التوافق بالعدد الكلي لمواقف الوفاق مقارنة بالشقاق (بوشلالق ، 2013، ص.183).
- **القدرة على تكوين علاقات إجتماعية:** ترى إليزبيت هرلوك أن السوي نفسيا لديه الفرص الكافية ليتعلم الأنماط السلوكية المقبولة إجتماعيا ، وأيضا تعلم المهارات الاجتماعية التي تؤهله للتوازن في مختلف المواقف ،إن السوي نفسيا يشعر بالراحة الفكرية ، والتحرر الفكري لذلك يجد سهولة كبيرة لإقامة علاقات مع الغير.

مثل هذا الفرد لديه فرصا أكبر للمساهمة في شتى مجالات الحياة ولديه واقعية قوية للقيام بذلك أكثر من الشخص غير السوي نفسيا نتيجة لذلك فإن فرص تعلم المهارات الاجتماعية تزداد ، كما أن كفاءته

الاجتماعية تزداد ، وهذا عكس غير المتوافق نفسيا . ويرى قوتمان في هذا الصدد أن السوي نفسيا على دراية كبيرة بكيفية كسب الأصدقاء.

كما ترى "إليزبيت هرلوك " أن الفرد المقبول يتميز بالتمركز حول الجماعة وليس متمركزا حول الذات فهو يفكر في الغير أولا ، ويساعدهم على بناء ذواتهم كما أنه يمدح الأخرين ويذكر محاسنهم بدلا من نقدهم ، وتذكيرهم بسلبياتهم ونقائصهم (بوشلالق ،2013، ص. 183) .

- **الشعور بالسعادة** : ترى " إلزابيت هرلوك" أن الشخص السعيد يتميز بالصحة الجيدة وبالنشاط والحيوية ،أما التعاسة فإنها تحطم طاقاته وقدراته ، وتشعره بالفتور الجسدي .إن السعادة تزوده بدافعية قوية للقيام بالأعمال عن (بوشلالق ،2013، ص،181) .

من بين الأدلة على أن الفرد سعيد هو شعوره بالطمأنينة والأمن ، والرضا عن النفس وتقبلها وإحترامها والإستمتاع بالحياة ، والرضا عنها (عبد الخالق ،1993، ص.25) .

- **تحقيق الذات** :إن فكرة الفرد عن ذاته هي عامل أساسي في تكيفه الشخصي و الإجتماعي فالذات تتكون من مجموع إدراك الفرد لنفسه ، وتقييمه لها فهي إذن تتكون من خبرات إدراكية وإنفعالية ، ودلائل تحقيق الذات تتمثل فيما يلي :فهم النفس ، التقييم الواقعي للقدرات والإمكانيات ، تقبل نواحي القصور، إحترام الفروق الفردية ، تنوع النشاط وشموله ، تقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا ، تقدير الذات حق قدرها . وكذلك يظهر تحقيق الذات في تعبير الفرد عن مشاعره وأفكاره وأراءه (دايلي ،2018، ص.187) .

- **النجاح في العمل** : نجاح الفرد في عمله ورضاه عنها من المظاهر السلوكية التي تدل على درجة مرتفعة من الصحة النفسية ومن أهم عوامل النجاح في العمل رضا الفرد عنه وميله إليه ، تناسبه مع ما لديه من قدرات و إستعدادات ، توفر فرص الترقية (عبد الخالق ،1993، ص.25) .
- **الإتزان الإنفعالي** :الشخص الصحيح نفسيا هو الذي يسيطر على إنفعالاته ويعبر عنها بشكل يتناسب مع المواقف المختلفة ، وعدم اللجوء إلى كبت الإنفعالات أو إخفاءها ، أو الخجل منها أو المبالغة في إظهارها.
- **ثبات الإنفعالات** : ثبات الإستجابة الإنفعالية في المواقف المتشابهة هو علامات على الصحة النفسية ، والإستقرار الإنفعالي . والمقصود بالثبات هو ثبات الإستجابة الإنفعالية الإيجابية فإستجابة الخوف في موقف يستدعي ذلك هي إستجابة إيجابية معقولة فإذا تكرر الموقف وأبدى الفرد خوفا مرة ولا مبالاة مرة أخرى دل ذلك على عدم ثبات الإنفعالات لديه.
- **ثبات السلوك**: ويعني ذلك التمسك بالمبادئ المعينة التي يرتضيها الفرد والأساليب السلوكية الإيجابية المرتبطة بذلك ، والتي يتبعها في حياته ويعني الإلتزام الواعي بالأفكار والأعمال (الخالدي و العلمي ،2009، ص.12) .

القول عن شخص ما بأنه يتمتع بمستوى عال من الصحة النفسية أو أنه شخص سوي ، أو أنه شخص مضطرب نفسيا أي شاذ. يكون ذلك من خلال معرفة درجة توازنه النفسي وثبات انفعالاته وسلوكاته في المواقف الصعبة الأمر الذي يجعله متوافقا مع ذاته أو العكس ، بالإضافة إلى معرفة طبيعة علاقته مع الجماعات التي ينتمي إليها هل لديه القدرة على تكوين علاقات ناجحة ؟ هل يستطيع تكييف أهدافه مع ما يخدمه ويخدم صالح الجماعة ؟ وغيرها من الأشياء التي تجعله متوافقا إجتماعيا فحسب رأي الشخصي فإن التوافق بشقيه (الشخصي ، والإجتماعي) هو المفتاح إلى

الشعور بالسعادة والرضا في حياته العملية والشخصية مما يدفعه للنجاح سواء في العمل ، أو على الصعيد الشخصي وبتحقيق كل هذه الأمور يكون قد وصل إلى قمة هرم الحاجيات الذي وضعه ماسلو وهو تحقيق الذات . في هذه المرحلة نحن نتحدث عن أعلى مستوى من الصحة النفسية.

3- سمات الشخص الصحيح نفسيا: يتسم الشخص ذو الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية بسمات عدة أهمها : الخلق القويم ، الكفاءة ، الإتزان السلوك السوي (العادي) ، تكامل الشخصية القدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها التغلب على أزمات الحياة (عبد الخالق ،1993، ص.32).

وعليه فإن إجتماع هذه المظاهر التي تم الإشارة إليها تعني أن صاحبها هو شخص ذو صحة نفسية مرتفعة إذا قدرناها كميا ، وكلما نقص مظهر من مظاهرها كلما إنخفض مستوى الصحة النفسية لديه حيث يمكننا القول أن هذه المظاهر هي نفسها مستويات الصحة النفسية الفرق يكمن في أن مظاهر الصحة النفسية هي تقدير كيفي ومستويات الصحة النفسية هي تقدير كمي .

4- علامات إضطراب الصحة النفسية : لقد سبقت الإشارة إلى مظاهر الصحة النفسية ، هذه المظاهر التي بعد قلبها تصبح مؤشرات لإختلال الصحة النفسية وتختلف هذه الأعراض من إضطراب لأخر ،

إن توافر أعراض مجتمعة بإسم الزملة أو التناذر ووجودها مؤشر لإختلال الصحة النفسية ، أو الشذوذ :

4-1 إضطراب العمليات المعرفية : وهي إضطراب الوظائف النفسية العقلية التي تتدخل في معرفتنا بالبيئة وفهمنا لها منها :

4-1- 1 إضطراب الإدراك : ومن بينها الهلوسات هي الإدراك الخاطئ والمنحرف للمنبهات وأشياء ليست موجودة في الواقع إطلاقا .وكذلك نجد الإنخداع أو الوهم وهو إدراك منحرف لشيء

ما موجود في الواقع والعالم الخارجي ولكن المضطرب يدركه على غير حقيقته (عبد الله ، 2004 ، ص.66) .

4 -1-2 إضطراب التفكير: هو العملية العقلية المتمثلة في فهم الخبرات والمدركات وحل المشكلات حين تتفاعل مع البيئة ويبدو الإضطراب الذي تحدث على مستوى التفكير يبدو في أشكال منها:

- **إضطراب محتوى التفكير:** حيث يمس الإضطراب الموضوعات ، والعناصر التي يتناولها الأفكار ويظهر الخلل على شكل ما يسمى التوهم ، أو الهذيان .
- **إضطراب في سياق التفكير ومجراه** :حيث يكون الخلل في تتابع الأفكار وتسارعها ويبدو ذلك في الأشكال التالية : تطاير الكلام ، خلل الكلام، إعاقة التفكير،المداومة، كف التفكير وتأخره.
- **إضطراب شكل التفكير** : حيث يبدو تفكير الشخص إما عيانيا حسيا أو فيه شمولية زائدة .فالتفكير المشخص الحسي هو عدم القدرة على تجاوز فكر الشخص للأشياء غير الملحوظة والمحسوسة حيث يتركز فكره على الأشياء الحسية العيانية.
- **إضطراب حيازة التفكير:** الذي يأخذ نوعين وهما الوساوس و إغتراب الأفكار (نفس المرجع السابق ،2004 ، ص. 66).

4-1-3 إضطراب الذاكرة : هي عملية إستدعاء وإعادة إنتاج للمعرفة المكتسبة ، والخبرات والأفكار السابقة ويمس الإضطراب بفقدان لذاكرة سواء كان فقدان جزئي أو كلي.

4- 2 إضطراب الإنفعال : بأنواعها المختلفة (خوف ، فرح ، غضب..) يمس الإضطراب الإنفعال ويأخذ أشكال متعددة منها:

التبلد الإنفعالي وتأخر الإستجابة ، عدم القدرة على الإستجابة الإنفعالية ، وعدم التناسب بين الإستجابة الإنفعالية وشدة المؤثر أو المنبه الذي يستثيره ، التذبذب الإنفعالي ، عدم النضج

الإنفعالي الذي تدل عليه مؤشرات عديدة مثل تأثر الفرد وإنفعالاته إتجاه منبهات بسيطة أو عدم القدرة على التعبير عن الإنفعال المناسب ، أو عدم القدرة على ضبط إنفعالاته.

4-3 إضطراب السلوك : هو أي شكل من أشكال النشاط والفعل الصادر عن الإنسان حين تفاعله مع الأخرين في مواقف الحياة المختلفة، ويظهر إضطراب السلوك على شكل تصرف مخالف لما تقبله الجماعة أو أي شكل من الإضطراب الوظيفي ، وقد تظهر إضطرابات السلوك على شكل حركات نمطية (عبد الله ،2004، ص.67) .

5- مستويات الصحة النفسية : يتوزع الأفراد فيما يخص الصحة النفسية على أساس المواقع التي يشغلونها تبعا للمؤشرات السلوكية التي تصدر عنهم ، وتوزيع هذه الدرجات إعتدالي وتعتبر النظرة الكمية أدق من النظرة الكيفية ، ويمكن أن نحدد خمس مستويات وهي كالتالي:

- **المستوى المرتفع** : هم أصحاب الأنا القوية أو السلوك القويم أو التوافق المرتفع ، المحققون لذواتهم وتبلغ نسبة الأفراد في هذه المجموعة 2.5% تقريبا.
- **المستوى فوق المتوسط:** وهم يقلون عن المستوى الأول قليلا ولهم سلوك جيد ، وتبلغ نسبتهم 13.5% تقريبا.
- **المستوى العادي أو المتوسط:** وهم يقعون في الوسط بين الصحة النفسية المرتفعة و المنخفضة من مميزاتهم أن لديهم جوانب قوة ونواحي ضعف يظهر أحدها أحيانا ، ويترك مكانه للأخر أحيانا أخرى وتبلغ نسبتهم حوالي 28% ويمثلون أكبر فئة (عبد الخالق ،1993،ص.33) .
- **المستوى أقل من المتوسط** : وهم من يقلون عن المستوى العادي في مستوى الصحة النفسية ويتسمون بدرجة من سوء التوافق والسلوك غير المقبول، وهم الفاشلون في تحقيق ذواتهم ويندرج تحت هذا المستوى بعض أنواع الإنحرافات غير الشديدة، وتبلغ نسبتهم 13.5% تقريبا.

- **المستوى المنخفض:** ولهم أقل درجة من سوء التوافق وأعلى إضطراب في السلوك لديهم مشكلات معقدة ، ويمكن أن يصبحوا خطرا على أنفسهم أو على الأخرين ولذا فهم يتطلبون العزل في مؤسسات خاصة ، وتبلغ نسبتهم 2.5% تقريبا (عبد الخالق ،1993، ،ص.33) .

إن مستويات الصحة النفسية تتحدد حسب المعيار الإحصائي بتواتر السلوكات والمؤشرات الدالة على سلامة الصحة النفسية فكلما إجتمع أكبر قدر من مؤشرات السواء كلما إرتفع مستوى الصحة النفسية ، وكلما كان مجموع السلوكات التي تدل على إضطراب الصحة النفسية كلما إنخفض مستوى الصحة النفسية ، وحسب رأي الشخصي فإن الإعتماد على هذا المعيار بمعزل عن المعايير الأخرى قد لا يعطينا الصورة الحقيقية لمستويات الصحة النفسية فقد يصادف الشخص بعض الظروف والأحداث التي تجعل سلوكاته في ذلك الوقت تبدو شاذة في حين أن لوأعيد له التشخيص ، بالإعتماد على هذا المعيار في ظروف مغايرة لأظهرت النتائج العكس.

6- معايير الصحة النفسية: تدعى عملية وصف سلوك ما والكشف عن مدى سواءه من إضطرابه ، بالعملية التقويمية ، تنطلق من فرضيات مبنية ومحددة بشكل دقيق ، تكون مستنبطة وفقا لاسس نظرية و أطر مرجعية وإلى معايير لا تكون ثابة أي ليست قوانين ، بل مختلفة حسب التوجهات النظرية للمقيميين ، وحتى حسب الهدف من عملية التقييم إن كان الهدف تشخيصي ، تربوي ، علاجي وغيرها من الأهداف.

6-1 المعيار الإحصائي : هذا النوع من المعايير يقوم على مدى تكرار سلوك ما في مجتمع من المجتمعات ، أو في عينة منه ويتم تمثيل هذا التوزيع أو التكرار في منحنى غوس وتطلق على المجال المتوسط في هذا التوزيع نسميه المدى الطبيعي أو المدى المتوسط ، السوي حيث يساوي المتوسط هنا المتوسط الحسابي مضاف إليه الإنحراف المعياري في حين تعتبر المجالات المتطرفة الموجودة في كلا

الجانبين شاذة ، أو غير سوية . ومن خلال حساب المعايير الإحصائية يتم تحديد القيمة التي يعتبر عندها السلوك قد تجاوز المعيار ، فالشخص الذي يمتلك سمة من السمات أو يتصرف في موقف من المواقف بشكل أقل ، أو أكثر من المجال المتوسط في مجتمع مماثل يعد سلوكا منحرفا عن المعيار (العدينات ،2013، ص.123).

إن النقد الموجه لهذا المعيار هو أنه لا يميز بين الشذوذ الإيجابي والشذوذ السلبي وذلك فيما يخص قياس الذكاء ومثال ذلك هو أن الذكاء لا يعتبر شاذا إلا عندما تقع درجة ذكاء الفرد في المجال المنخفض فقط من مقياس التكرار الطبيعي ممثلا بمنحى غوس ، أما الدرجة المرتفعة من الذكاء أو العبقرية فلا تعتبر أمرا شاذا أو غير سوي على الرغم من أن الإنحراف الإحصائي واضح عن المعيار فيما يخص الذكاء في الإتجاه المرتفع بل على العكس من ذلك يتم تقييمها بشكل إيجابي.

6-2 المعيار المثالي : إتخذ أصحاب المنحى المثالي من تمام الفعل في الخير والجمال والحكمة معيارا لسوائه وما دون ذلك إنحرافا، ونظروا للإنسان نظرة كمال في التكوين والسلوك وجعلو السواء في طبع النفس بالرضا وخلوها من التوتر، والألم والصراع . حيث إعتبر بعض علماء النفس الصحة النفسية المثالية محكا لسواء وغيابها محكا للإنحراف ، إذ عرفوا الصحة النفسية المثالية بالصحة النفسية الجيدة أو تحقيق الذات ،أو تحقيق الإنسان الكامل وجعلوا الإنحراف في غياب الصحة النفسية في العكس . والإنتقاد الموجه لهم هو أن غالبا مايظل تحقيق المعايير المثالية مطلبا فحسب ذلك أنها تعتبر معيارا مطلقا مصاغا بشكل مستقل عن المعطيات الواقعية ، فالسؤال عن ماهية الصحة مثلا يمكن أن يقود إلى وضع قائمة لا تنتهي من هذه المعايير يكون مشكلة بحد ذاته لصعوبة قياسه ، فالمعيار المثالي يشتق على أساس منظومات مختلفة من القيم ومتناقضة في بعض الأحيان.

6-3 المعيار الذاتي : يرى أصحاب هذا المنحى أن الإنسان معيار كل شيء فهو الذي يحكم على سلوكه بالسواء و الإنحراف فالسلوك السوي يحقق لصاحبه الشعور بالإرتياح ، ويحرره من الصراع والقلق ويساعده على التوافق مع نفسه ومع الناس. أما السلوك المنحرف فهو الذي يشعره بالقلق ، وعدم الإرتياح ويوقعه في الصراع ويجعل توافقه سيئا مع نفسه ومع الناس. فحسب رأيهم حكم الشخص على سلوكه بالسواء أو عدمه ليس حكما ذاتيا بل موضوعيا لأن حكمه هذا نابع على أحكام تعلمها من مجتمعه وثقافته ، الأمر الذي يجعل حكمه يتوافق مع حكم أفراد مجتمعه. يلقى هذا المعيار قبول من المختصين في الصحة النفسية لأنه يقوم على أساس مسؤولية الإنسان على أفعاله وإرادته في السلوك الذي يحقق له التوافق الشخصي وتكامل.

6-4 المعيار الطبي : في إطار الحكم على شخص بتمتعه بالصحة أو بحالة مرضية يتم إستخدام الفحص العيادي بإعتماد الأدوات ، والمقاييس المختلفة بالإضافة إلى المقابلة النفسية بين المفحوص والأخصائي العيادي وغيرها من الأساليب كالملاحظة المتخصصة (العدينات،2013، ص.127) .

6-5 المعيار الإجتماعي و الثقافي: يركز هذا المعيار على أهمية المعايير الإجتماعية والأخلاقية في المجتمع ، ويرى أصحاب هذا المعيار أنه من الصعب تحديد مفهوم السواء بمعزل عن نظام القيم وهم يستخدمون مفهوم السواء لوصف مدى إتفاق سلوك الفرد مع المعايير الأخلاقية السائدة في المجتمع وكيف يكون مقبولا ، فالفرد السوي هو المتوافق إجتماعيا والفرد الغير سوي هو بالطبع حسب رأيهم الغير متوافق إجتماعيا.

فيما يتعلق الأمر بالمعيار الثقافي فلكل مجتمع ثقافة وعلى حسبها يتحدد السواء واللاسواء فالأمور هنا قابلة للتحول فما هو سوي في مجتمع ما قد يتحول في وقت لاحق إلى مرضي، فالثقافة في حد ذاتها نسبية ، فالسواء هو تركيب ثقافي يرتكز على التوافق الإجتماعي وهي معايير متغيرة طالما أن الثقافات

تتباين ، ففي الثقافة الواحدة نجد أن المعايير والقيم السائدة تتغير من وقت لأخر نتيجة لعوامل الغير والتطور فما هو شاذ في ثقافة معينة في زمن معين قد يصبح سويا في نفس الثقافة لكن في زمن مختلف (دايلي ، 2018، ص.181) .

6-6 المعيار التفاعلي: لا يمكن الاعتماد على معيار واحد من المعايير السابقة في علم النفس المرضي والممارسة العيادية أو الصحة النفسية ، ومن المؤكد أن المعايير المختلفة ليست منعزلة عن بعضها وإنما ترتبط مع بعضها بطريقة تفاعلية ، وعليه وصف براندشتتر وجود علاقة متبادلة بين المعايير الوصفية الإحصائية والمعرفية (المثالية، الوظيفية) فكما يمكن للمعايير المعرفية أن تحصل على معلومات بواسطة الوسائل الإحصائية حول وجود تغيير ما يمكن للمعايير الوصفية أن تحدد تكرار أو إحتمال ظهور سمات محددة (رضوان ،2002، ص.66) .

الشيء الإيجابي في هذا المعيار أنه لم يمل إلى جانب كمي بحت أو كيفي بحت بل جمع بينهما وهذا الأمر الذي يجعل الإعتماد عليه كمعيار الأنسب والأصح حسب رأي الشخصي.هذا الكلام الذي يدعمه شينك (schhenk,1977) حيث إنتقد التعامل مع المعايير الإحصائية، ويظهر بأن هذة المبادئ الطرائقية (المعايير) لا يستطيع أن يكون مقنعا إذ أخذ بحد ذاته كمعيار مستقل ، ويؤيد الأسلوب التكاملي الذي يتضمن كل العوامل الثلاثة ، وحسبه رغم أن الأسلوب التكاملي أو التفاعلي لا يحل مشكلة التفريق بين السواء والشذوذ كلية ، لكنه يقود إلى مراعاة خاصة للصفات والخصائص والمستويات المختلفة.

7- نسبية الصحة النفسية : التعريف المقدم للصحة النفسية "حالة دائمة نسبيا "هذا يعني أنها حالة ديناميكية متحركة ونشطة، نسبية تتغير من فرد لأخر. ونظرا إلى أنها نسبية فهي لا يمكن أن تكون مطلقة فهي لا تتبع قانون الكل أو لا شيء كما أن كمالها التام أمر غير منطقي ، و إنتفائها الكلي غير متوقع هذا يعني أنه لا يوجد شخص معدوم الصحة النفسية أو تلتقي لديه جميع علامات الصحة

النفسية (غزالي و حزم ،2008، ص.14) . والصحة النفسية ليست ثابتة بل تمر بفترات من التذبذب صعودا ونزولا ، وذلك تبعا لضغوطات الحياتية من ناحية وتبعا لتحديات مصاعب الحياة وتحولاتها من ناحية ثانية (حجازي ،2004، ص.31) .

ترجع نسبية الصحة النفسية إلى إختلاف المعايير بين المجتمعات بل وتتغير بتغير مراحل النمو عند الفرد وكذلك الزمان والمكان (بن عبد الله،1999،ص.37) .

7-1 نسبية الصحة النفسية من فرد إلى أخر: يختلف الأفراد في درجة صحتهم النفسية كما يختلفون من حيث الطول والوزن والذكاء والقلق وغيرها. فالصحة النفسية نسبية غير مطلقة إنها لا تخضع لقانون الكل أو لا شيء ، فكمالها التام غير موجود ، و إنتفاءها الكلي غير موجود إلا قليلا جدا فلا يوجد شخص كامل في صحته النفسية كما هو الحال في الصحة الجسمية.

ولا يكاد يكون شخص تنتفي لديه علامات الصحة النفسية ومظاهرها فمن الممكن أن نجد بعض الجوانب السوية (الإيجابية) لدى أشد الناس إضطرابا .

فالصحة النفسية على إعتبارها مصطلح نسبي يجعل من المستحيل أن تكون بنفس المستويات لدى أشخاص مختلفين بل أبعد من ذلك حتى التوائم يستحيل أن تتطابق الصحة النفسية لديهم ، وتكون بنفس الدرجة من السواء أو الشذوذ.

7-2 نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت إلى أخر: فلا وجود للشخص الذي يشعر في كل لحظة من لحظات حياته بالسعادة والسرور ، كما أن الفرد الذي يشعر بالتعاسة والحزن خلال سنين حياته غير موجود أيضا. فالشخص يمر بمواقف سارة وأخرى ليست كذلك ، فيجب أن نشير إلى أن الفرد الذي يتمتع بمستوى عال من الصحة النفسية يتميز بأن لديه درجة مرتفعة من الثبات النسبي أيضا في

حين أن الدرجة المنخفضة من الصحة النفسية تتميز بالتغير، والتذبذب من وقت لأخر (عبد الله ، 2010، ص.25) .

وعليه ما يمكن قوله هو أن المعاش النفسي للفرد يتغير بتغير الظروف والأزمنة فالإنسان يمكن أن يكون راضيا عن نفسه وحياته يشعر بالسعادة لفترة معينة ، هذا الشعور الذي يمكن أن يتلاشى لتحل محله مشاعر الألم والأسى نتيجة لتعرضه صدمة كفقدان شخص عزيز أو إصابته بالمرض وغيرها من الأحداث الغير سارة.

3-7 نسبية الصحة النفسية تبعا لمراحل النمو : يتأثر تحديد الصحة النفسية بمراحل النمو التي يمر بها الإنسان ويتصل ذلك بما يسمى بالمعايير العامة لنمو أو المعايير الشائعة له ، فإذا فهمنا الصحة النفسية على ضوء مفهوم السلوك السوي (العادي) فإن إطلاقنا لوصف "سوي" يحمل في طياته حكما نسبيا فقد يعد سلوك ما سويا في مرحلة عمرية معينة في حين يعد مشكلة سلوكية في مرحلة عمرية أخرى (عبد الخالق ، 1993، ص.43) .

ومنه نستنتج أن الإنسان عبر مراحل النمو تحدث له تغيرات فيزيولوجية ونفسية تجعل صحته النفسية متغيرة وغير ثابة أي نسبية فمثلا الطفل في المراحل العمرية الأولى يقوم بعض السلوكات التي تعتبر في تلك الفترة سوية ، في حين أنه لو تكررت هذه السلوكات في مرحلة عمرية أخرى لأعتبر ذلك شذوذا فمثلا الطفل يمكن له أن يلامس ويداعب أعضاءه التناسلية رغبة في إكتشاف الإختلاف بينه وبين أفراد من غير جنسه وهذا السلوك يعد سوي ، في حين لو بدر هذا السلوك من شخص بالغ فهذا يعد إضطراب من بين إضطرابات الجنسية وهذا السلوك يعد خلل وظيفي في الصحة النفسية.

8-المدارس النظرية المفسرة للصحة النفسية: إن التفسيرات النظرية للصحة النفسية تختلف حسب المدارس التي ينتمي إليها المنظرين ، فحسب مدرسة التحليل النفسي بزعامة فرويد فالصحة النفسية تتحدد

طبقا لتفاعل بين منظمات الجهاز النفسي (الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى) ، فطبيعة هذه العلاقة هي التي تحدد السواء والشذوذ، أما بالنسبة للفرويديون الجدد أمثال أدلر وغيره فقد أضافوا أبعاد أخرى في تفسيراتهم للصحة النفسية . حيث تحدث أدلر عن الشعور الجمعي، وعقدة النقص ، والتعويض ، أما فروم وهورناي فقد تحدثا عن دور العوامل الإجتماعية في الصحة النفسية.في حين ذهب أصحاب المدرسة السلوكية إعتبار السلوك الإنساني القابل للملاحظة مهما كان سويا أو شاذا ، فهم لا يهتمون بتركيب الشخصية ولا بالدوافع الداخلية فالشخصية السوية والتي تشع صحة نفسية هي كل ما تم تعلمه وإكتسابه والمحافظة عليه عن طريق التعزيز.

أما أصحاب الاتجاه الإنساني فقد أعطو للإنسان أبعاد تجعله محل إحترام وتقدير ، فهو يتصف بالخير ويتعارض مع الشر ، حيث أن مصالحه لا تتعارض مع مصالح مجتمعه ، فهو مسؤول عن أفعاله وحر في إتخاذ قراراته بما يتوافق مع نفسه ومجتمعه ، فأصحاب الإتجاه الإنساني يطلقون على مصطلح الصحة النفسية بالتوافق .

8-1 مدرسة التحليل النفسي : إن مفهوم الصحة النفسية في المدرسة الفرويدية يختلف عما هو عليه في المدرسة السلوكية و الإتجاه المعرفي و الإتجاه الإنساني فحسب فرويد فإن الصحة النفسية هي تحقيق التوازن الداخلي بين قوى النفس وتحقيق التوازن بين الفرد والمجتمع والصحة النفسية تعني قوة الأنا ونجاحها في تحقيق التوازن بين مطالب الهو، والأنا الأعلى، والواقع (أبو حويج و الصفدي ، 2001، ص.5) .

وبالنسبة لفرويد فإن الصحة النفسية الكاملة مجرد خرافة بعيدة المنال في الحياة الواقعية فهو لم يبين في كتاباته النظرية الطريقة التي ينمي بها الفرد صحته النفسية ، حيث ركز جل إهتماماته بالصراعات التي تعيق الفرد في تحقيق صحته النفسية حيث قسم النفس البشرية إلى ثلاثة أجزاء ، الهو يمثل مركز الغرائز

البيولوجية (الحياة ، الموت، والعدوان) وعمل هذا الجزء وفق اللذة وتجنب الألم وإشباع الغرائز الجنسية والعدوانية دون الإلتزام بالمعايير الأخلاقية، والإجتماعية ، والدينية وهو ما يضعف الصحة النفسية للفرد . أما الجزء الثاني هو الأنا الأعلى وهو يتعارض مع الجزء الأول لأنه يمثل القيم الأخلاقية والضمير والمعتقدات التي تكتسب عن طريق التنشئة الاجتماعية للفرد ، إن أصحاب هذه الشخصية يتصفون بالتزمت والجمود والوساوس وهذا يؤثر على الصحة النفسية ، أما الجزء الأخير فهو الأنا إن هذا الجزء عند فرويد يمثل الجانب العقلاني ، والمنطقي يعمل بتوازن بين الهو الغرائزي و الأنا الأعلى المثالية (النصراوي ،2017، ص.310) .

وعليه فحسب فرويد فإن الصحة النفسية الجيدة تتمثل في قدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع ، وأن الإنسان وفقا لرأيه لا يستطيع أن يصل إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية نظرا لأنه في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع (بني يونس ، 2007، ص17) .

وعلى حسبه لا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات أو عدم وجودها وإنما تتجلى الصحة النفسية من خلال القدرة الفردية على حل الصراعات ومواجهتها (رضوان ،2002، ص.36) .

كارل يونغ : يري أن الصحة النفسية تكمن في إستمرار نمو الفرد الخصي من غير توقف أو تعطيل ، وأكد على أهمية الذات الحقيقية ، وأهمية التوازن في الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية (بن ناصر وحريزي،2017،ص.150) . والتي تتطلب تكامل أربع عمليات هي : الإحساس ، والإدراك والمشاعر والتفكير وأن الإضطرابات النفسية عبارة عن محاولات فاشلة للتكيف مع الواقع ، كما يرى أن الشخص الإنبساطي يتجه بفعالية إلى الأخرين ويكون أكثر إهتماما لما يحدث في العالم الخارجي ، أما الشخص الإنطوائي فيتجه بفعالية إلى الذات وهو أكثر ميلا للتأمل والإستبطان ويهتم بالخبرات الشخصية

وتأثيرها بالعالم الخارجي ومن ثم فإن الصحة النفسية تتطلب الموازنة بين الميول الإنطوائية والميول الإنبساطية (الكيكي و بشير ، 2013، ص. 286) .

أدلر : يعتبر الطرح الذي قدمه أدلر عن الصحة النفسية مختلفا تماما عن التحليل النفسي التقليدي ، فقد إعتبر أدلر العصاب على أنه "شكلا خاطئا من أسلوب الحياة " و " الشذوذ الاجتماعي" ، وإنطلاقا من الإستنتاج الذي توصل إليه أدلر أن المجتمع، أو المحيط يشكل بنية أساسية للمخلوق الإنساني لا يمكن إلغاؤها أو إبطالها فقد حدد علم النفس الفردي بقيادة أدلر مصطلح " الشعور الجماعي " معيارا لصحة النفسية وللتفريق بين العصاب (الإضطراب) و السواء (رضوان،2002،ص.37) . كما أكد على أن الشعور بالنقص، والإهمال ،والرفض ، والتدليل الزائد يؤدي إلى ظهور الإضطرابات النفسية مما يؤدي إلى إعتلال الصحة النفسية للفرد .ويرى أدلر أن الشعور بالخوف من مواجهة المواقف الحياتية أو وجود ضعف بدني هو الأساس في تكوين وإنماء مشاعر النقص لدى الفرد (البرزنجي ،2015، ص.531) .

ويرى أن الإنسان كائن إجتماعي وهذا الميل الإجتماعي لديه يساعده في التغلب على مشاعر النقص ، وتلعب أساليب التنشئة الإجتماعية دورا في تنمية شخصيته بحيث يتجاوز مشاعر النقص وتحقيق صحته النفسية ، كما أكد على وجود هدف معين و مدرك لسلوك الفرد يحاول توظيفه لتجاوز شعوره بالضعف مما يساعده في تكوين شخصية قوية ، وقادرة على مواجهة متطلبات الحياة (بني يونس ،2007 ، ص.17) . وقد عارض أدلر النظرة التشاؤمية لفرويد ورأى أن الإنسان يستطيع أن يتغلب على الشعور بالنقص ويحقق الصحة النفسية (العناني ،2003، ص.11) .

إريك فروم : يعتر فروم أن الأسرة ومن ورائها المجتمع مسؤولة عن التنشئة السليمة للفرد ، حيث يرى أن الصحة النفسية للفرد مرهونة بتوافر علاقات مشبعة ودافئة تتسم بالحب والإحترام داخل الأسرة،أما إذا تعرض الطفل لأساليب خاطئة أو متشددة في التربية فإن الطفل يشعر بالإغتراب والعجز داخل الأسرة مما

يؤثر بالسلب على صحته النفسية ، ولكي يواجه الطفل الجو الأسري المضطرب قد يسعى للمسايرة الألية متنازلا عن مطالبه الفردية ، أو ينزع إلى السلوكيات العدوانية وهذا لا يمكنه من تحقيق التوافق النفسي السوي وعليه فإن الطرح الذي قدمه فروم هو مغاير تماما لمفهوم الصحة النفسية حيث أكد من خلاله على دور العوامل الإجتماعية في تكوين الشخصية ورأى أن المجتمع التسلطي يعمل على نمو شخصية سلبية إعتمادية ، بينما المجتمع المثالي يعمل على نمو الشخصية المنتجة القادرة على الحب وتحقيق إمكاناتها وهي الشخصية التي تتمتع بالصحة النفسية.

هورناي : ترى أن اضطراب الصحة النفسية ينشأ من بيئة إجتماعية مضطربة غير طبيعية مشحونة بالعداء، والأذى ، وفقدان الأمان الاجتماعي . مما يؤدي إلى تولد حاجات عصابية لدى الفرد تجعله يلجأ إلى التوافق العصابي بأحد الأساليب الثلاثة (الخضوع ، الإبتعاد ، العدوان)، كما يمكن التمييز بين الشخص السوي والشخص العصابي ، فهذا الأخير يتصف بالتصلب والجمود ويواجه كل المواقف بالذات الأسلوب أما الشخص السوي يتصف بالمرونة والتنوع في سلوكياته التكيفية حسب ظروف المواجهة كما أن الشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يقتنع بإشباع أي حاجة من حاجاته أما الفرد العصابي فإنه غير قنوع ، وكلما زاد ما أخذه زاد وعيه بالحصول على المزيد (البرزنجي، 2015،ص.532) .

كما تضيف بأن الصحة النفسية تتمثل في إدراك الذات وتحقيقها والمقدرة على إضفاء التكامل بين معظم الحاجات النفسية (العناني ،2003،ص.12) .

سوليفيان: يرى أن الإنسان يسعى في حياته إلى تحقيق هدفين في حياته الأول إشباع الحاجات البيولوجية والثاني تحقيق الشعور بالأمن ، عن طريق العمليات الثقافية ويمتزج هذان الهدفان وعملياتهما في نسيج واحد تحقيقا للوصول إلى القبول الاجتماعي (كاظم،2011 ، ص.60) .

2-8 المدرسة الوجودية : يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الإنسان سليم ويعتبر المرض شكلا قاصرا من الصحة ، ويتجنب التحليل الوجودي الحديث عن عصابات و تضررات الإنسان ، ويؤكد على أنه يمكن في العصابات إيجاد مساحات متدرجة من الحرية ينبغي توسيعها وهو المبدأ الذي ينادي به "أنتونوفسكي" (intoufsky) كذلك ، وتعد الإنحرافات الجنسية بالنسبة " لميدارد بوس" (limidradbos)على سبيل المثال أمثلة مهمة للتحليل الوجودي التي تمثل رغبة منكمشة يصعب إدراكها للحب والقرب ، وعندما نقود الإنسان على أساس الأجزاء السليمة الباقية من نفسيته نحو الإعتراف بنفسه وبالعالم أو توكيد ذاته والعالم، بدلا من البحث في أعماقه عن دوافع شاذة أو عن الصدمات التي لا يمكن إصلاحها أو عن مشاعر النقص فإنه يشعر بأنه مفهوم بشكل أفضل (رضوان،2002، ص.40) . كما أكدوا أن الصحة النفسية تتمثل في أن يعيش الإنسان وجوده أي أن يدرك معنى الوجود وأن يدرك إمكاناته وقدراته ويكون حرا في تحقيق ما يريده ، وبالأسلوب الذي يختاره ويدرك نواحي ضعفه ويتقبلها وأن يكون مدركا لطبيعة هذه الحياة بما فيها من تناقضات فإن فشل في ذلك يعني أنه سيكون مضطربا نفسيا وذي صحة نفسية سيئة (الكيكي و بشير ، 2011، ص.287) .

وبنسبة لهذا الإتجاه فإن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية هو القادر على خلق حالة من الإتزان بين الأشكال الثلاثة للوجود (الوجود المحيط بالفرد، الوجود الخاص، الوجود المشارك في العالم)

وقد أشار "فرانكل" إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد الذي تدفعه بالدرجة الأولى الرغبة في إيجاد المعنى والهدف في حياته بغرض تحقيق وجوده الشخصي، ويضيف أن ما يحتاجه الإنسان للوصول للصحة النفسية هو ليس حالة اللاتوتر وإنما على العكس من ذلك فالإنسان لا يحتاج التخلص من التوتر لكنه يحتاج دائما إلى السعي و الإجتهاد في سبيل تحقيق معنى وجوده الشخصي ، وهذا لا يحدث إلا في حالة التوتر والمعاناة (البرزنجي،2015، ص.533) .

3-8 المدرسة الإنسانية : يعد المذهب الإنساني في علم النفس مذهبا حديثا نسبيا وجاء هذا المذهب كرد على المدرستين الفرويدية والسلوكية ، ويعتبر إبراهام ماسلو وكارل روجرز من أشهر رواد هذا الإتجاه وهو يتعارض في دراسته للصحة النفسية مع المدرستين السابقة الذكر فهم يرون أن الصحة النفسية تتمثل أو تتعلق بمدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا، ويختلف الأفراد في تحقيقهم لإنسانيتهم هذا الإختلاف هو الذي يحدد مستويات الصحة النفسية أو الإختلاف فيها (بوشلالق ، 2013، ص.23) .

حسب إبراهام ماسلو فإن للإنسان حاجات متنوعة تتوزع بصورة هرمية مقسمة إلى مستويين مستوى أدنى (الحاجات الفيزيولوجية ، الحاجة للأمن والسلامة ، الإنتماء)

مستوى الأعلى (تقدير الذات ، المعرفة ، تحقيق الذات) ولا يتحقق المستوى الأعلى قبل أن تتحقق الحاجات الدنيا فالإنسان إذا كان مرتاحا ومشبعا لحاجاته الجسمية ، وشعوره بالأمان في هذه الحالة يسعى الفرد لإشباع حاجاته ذات المستوى الأعلى وهذا ما يطلق عليه الحاجات الإجتماعية ويعد تحقيق حاجة الصداقة، والعطف ، والحنان ،والإنتماء يسعى الفرد لإشباع دوافع التحصيل والتقدير. ثم يأتي دافع تحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم ماسلو وحسبه تتحقق الصحة النفسية عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية ويحقق إنسانيته الكاملة (نفس المرجع السابق ،2013، ص.14) .

ويرى ماسلو بأن الإعتلال في الصحة النفسية قد ينشأ من إحباط في إشباع الحاجات الأساسية لدى الفرد ويرى بأن هذا الإحباط قد يعطل إرتقاء الإنسان نحو تحقيق الحاجات العليا ،وحاجات تحقيق وتقدير الذات . لأن طاقة الفرد تصرف في إشباع الحاجة المحبطة دون أن يكون هناك إعتبارات لإشباع الحاجات العليا.

يرى كارل روجرز أن الإنسان مدفوع فطريا لتحقيق الذات وأن النجاح في تحقيق الذات تساعده للوصول إلى الصحة النفسية ، كما يؤكد على ضرورة وأهمية التفاعل الاجتماعي وتشكل الخبرات وضرورة

إنتظامها لبناء مفهومه عن ذاته ، كما أعد روجرز المرض النفسي حالة من الصراع بين الذات الواقعية والذات المثالية وأن الفرد السوي هو الذي يتمتع بمفهوم إيجابي عن ذاته أما الفرد العصابي فهو الذي يتمتع بمفهوم سلبي عن ذاته (البرزنجي،2015، ص.533) .

و يتفق كارل روجرز مع ماسلو في طرحه فقط يضيف روجرز نقطة مهمة تتعلق بمظاهر الصحة النفسية إذ يرى أنها تتجلى في حريته على إستبصار الحل لمشكلاته وفي إختيار قيم تحدد إطاره في الحياة وتعطي معنى لها (بن ناصر و حريزي، 2017، ص. 150) .

4-8 المدرسة السلوكية : ترى هذه المدرسة أن السلوك ينشأ من البيئة وأن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع ، والمثير ، والإستجابة (السلوك) هذا يعني أن لا تعلم بدون مثير وبدون دافع فإذا إجتمع الإثنان ظهرت الإستجابة وبهذه الطريقة يكتسب أو يتعلم الفرد سلوكات ، ولكي يقوى الرابط بين المثير والإستجابة لابد من التعزيز و غياب التعزيز يؤدي إلى إضعاف الرابطة بين المثير والإستجابة ، وبالتالي فشل عملية التعلم .وترى هذه المدرسة أن السلوكات السوية التي تبدر عن الإنسان تكون متعلمة بهذا الشكل نتيجة التعزيز (دايلي ، 2018 ، ص.183) .

هذه المدرسة تستند على المعيار الإجتماعي في تعريف الصحة النفسية فهي ترى بأن الفرد عليه أن يأتي بسلوك مناسب في كل موقف حسب ماتحدده الثقافة والبيئة التي يعيش في كنفها . (مزاور و تشعبت ، 2017، ص.193)

كما تقر بأن الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص الذي إكتسب سلوكات مقبولة إجتماعيا والتي تمكنه من التوافق مع نفسه ومع المجتمع توافقا يشبع حاجاته ويرضي المجتمع ، في حين الشخص ذو المستوى المنخفض من الصحة النفسية فهو الذي فشل في إكتساب هذه السلوكات أو إكتسب سلوكات

غير مقبولة إجتماعيا تثير سخط المجتمع عليه أو تعلم سلوكات متناقضة في الموقف الواحد تجعله في صراع الإقدام والإحجام فيقع في دوامة الصراع النفسي (أبو حويج و الصفدي ،2001، ص.22) .

وترى هذه المدرسة أن السلوك المرضي يمكن إكتسابه كما يمكن التخلص منه ، وقد أكد على ذلك واطسونwatson رائد المدرسة السلوكية أن الإضطراب في الصحة النفسية ناتج عن تعلم خاطئ وأن البيئة هي المسؤولة عن إكتساب السلوك السوي والشاذ، أما بافلوف pavlove فقد أشار أن الإعتلال في الصحة النفسية نتيجة إضطراب في عملية التطبع الشرطي وخلل في التدريب في الصغر مما يعطي إيعازات خاطئة للدماغ ، في حين ذهب سكنر إلى تأكيد بأن حالة المرض النفسي والإضطرابات النفسية ناتجة عن التعزيز السلبي (العقاب). إلا أن سكنر يتفق مع بافلوف في إعتلال الصحة النفسية ينتج بسبب أخطاء في التعلم الشرطي للفرد (البرزنجي،2015، ص.533) .

8-5 المدرسة المعرفية : يرى المعرفيون أن الصحة النفسية تعتمد جزئيا على الطريقة التي يفسر بها الأفراد و يقيمون الحوادث في البيئة ، كما يرون أن زيادة الإحساس بالفاعلية الذاتية يساهم في تعزيز الصحة النفسية الجسمية عند الأفراد فالشخص الذي يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل ، ومن إستعمال مهارات مناسبة في حل المشكلات وإستعمال أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية ، بينما الشخص الذي لا يتمتع بصحة نفسية مناسبة هو الذي يفقد الأمل ويشعر بالعجز ، ولا يتمكن من الإستجابة بفعالية لمتطلبات البيئة كما يعجز عن الأساليب المعرفية المناسبة في مواجهة الضغوط النفسية (بني يونس ،2007، ص.17) .

تعددت وجهات النظر والنظريات المفسرة للصحة النفسية لكن ما هو ملاحظ رغم إختلاف في وجهات النظر إلا أن كل مدرسة ركزت على معتقداتهم ومبادئ التي تقوم عليها مدارسهم ولم تخرج عن ذلك الإطار ، ضف إلى ذلك تركيزهم على معيار من معايير الصحة النفسية فالمدرسة التحليلية ركزت على

المعيار الذاتي ، المدرسة السلوكية والمعرفية ركزت على المعيار الإجتماعي وإن كان المعرفين ركزوا على الجانب المعرفي للفرد في تناولاتهم للصحة النفسية أي هذا التوجه ركز كذلك على المعيار الذاتي ، في حين إستند أصحاب التيار الانساني إلى المعيار المثالي في تفسيراتهم للصحة النفسية. ضف إلى ذلك فإن الإتجاه النفسي أكد على دور الأنا في تقسيمات فرويد في معالجة المشكلات العصابية وضعف الأنا ، في حين ذهب الإتجاه الوجودي إلى تأكيد بأن التوافق النفسي هو التطابق بين الذات والخبرة فإذا كان التطابق إيجابي عند الفرد عن طريق تشكيل المفهوم الإيجابي للمجتمع يؤدي إلى النمو الإيجابي ويشعر بالسعادة ، والتوافق الإيجابي وبالتالي تحقيق الصحة النفسية. أما العكس فيؤدي إلى معاناة الفرد من سوء التكيف والتوافق في البيئة التي يعيش فيها ، أما عن الإتجاه السلوكي فالصحة النفسية بالنسبة له تعتمد على إستجابات الفرد السلوكية السوية على المثيرات فتعلم السلوك الناجح تمكنه من التعامل الفاعل مع التغيرات ومشكلات الحياة والفشل في ذلك يؤدي إلى صعوبة تسيير المشكلات التي تواجهه وعدم القدرة على التوافق النفسي والإجتماعي.

9- علاقة الصحة النفسية بالتكيف: تجدر الإشارة إلى أن مصطلح التوافق والتكيف يؤدي نفس المعنى فقد أستعار علماء النفس المفهوم البيولوجي أطلق عليه علماء البيولوجيا مصطلح التلائم أو التوافق "adaptation" ، وإستخدم في المجال النفسي الإجتماعي تحت مصطلح تكيف " ajustement" (عبد الله ،2004، ص.14).

يمتلك الإنسان حاجات متعددة يسعى دائما لتحقيقها وإشباعها ولو تم ذلك بطريقة سهلة لما كان هناك داع لعملية التكيف ، إن هذه الحاجات والدوافع في الواقع دينامية متحركة إنها تحرك السلوك بإستمرار ومن الصعب للفرد إشباعها ، وقد تعترضه في ذلك عقبات شتى بعضها ذاتي وبعضها خارجي ، وإذا إستطاع الفرد إشباع حاجاته فإن حالة التوتر تنتفي عنده ويشعر بالرضا والطمأنينة وإذا فشل فإنه يبذل محاولات

أخرى وأساليب أخرى مثل : الانسحاب ، والتبرير ، أو إتباع أسلوب غير سوي مرضي وفي هذه الحالة الأخيرة يكون التكيف السيء دليل إعتلال الصحة النفسة . وإذا كان التكيف حسنا وحقق الإنسجام والتآلف المطلوب فإنه دليل على الصحة النفسية .

10- علاقة التوافق بالصحة النفسية: التوافق هو مفهوم مركزي في علم النفس بصفة عامة والصحة النفسية بصفة خاصة فمعظم سلوكات الفرد هي محاولات من جانبه لتحقيق توافقه الشخصي أو على المستوى الإجتماعي .وكما سبق وذكرنا الأهمية البالغة لمفهوم التوافق في الصحة النفسية فنجد العلماء والباحثين في تناولهم لهذين المفهومين والعلاقة بينهما إنقسموا إلى ثلاث إتجاهات : الإتجاه الذي رأى ضرورة توحيد المفهومين ، ورأوا أن دراسة الصحة النفسية ماهي إلا دراسة للتوافق وإن حالات عدم التوافق مؤشر لإختلال الصحة النفسية (شربيت و حلاوة ، 2002، ص.119) . وحسبهم يتحقق التوافق بتحقيق الفرد لحاجياته سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ، وبتحقيق التوافق تتحدد مستويات الصحة النفسية (الخالدي ،2009، ص.13) . تتفق الباحثة والإتجاه الذي يرى بأن التوافق ليس هو الصحة النفسية بل أحد مظاهرها فالصحة النفسية حالة أو مجموعة شروط والسلوك التوافقي دليل توافرها. أما الإتجاه الثالث والأخير فيرى أن الشخصية السوية مرادف لمصطلح الصحة النفسية والحقيقة أن التداخل كبير بين هذه المصطلحات (شريت وحلاوة ، 2002، ص.119) .

يمكن أن نقابل ما بين الصحة النفسية والتوافق كذلك ما بين إعتلال الصحة النفسية وسوء التوافق ، فالصحة النفسية تقود إلى التوافق ولكن العلاقة ليست سببية أو تفسيرية ولكنها علاقة جدلية تؤدي إلى الفهم وتشير إلى التفاعل المتبادل ، إذ أن درجة عالية من الصحة النفسية ترفع من حالة التوافق للشخص مع الذات ومع الأخر ، كما أن زيادة درجة التوافق مع الذات ومع الأخر تزيد من رصيد الفرد في الصحة النفسية (الداهري،1999، ص.55) .

11- علاقة الصحة النفسية بالوظيفة (العمل):إن العلاقة التي تربط هذين المتغييرين هي علاقة إرتباطية طردية فكلاهما يؤثر ويتأثر بالأخر.

يعد النجاح في العمل من بين مظاهر الصحة النفسية السليمة ، إلا أن الصعوبات التي يواجهها العمل في بيئة عمله قد يؤدي به للتعرض للضغط المهني هذا الأخير الذي تعود تبيعاته بالسلب على الصحة النفسية فيؤدي إلى إصابة العامل بإضطرابات نفسية كالقلق ، الإكتئاب حيث أظهرت دراسة دراسة غابريال ليماتين (gabriel limatiane 2001) حول الأمراض النفسية الأكثر إنتشارا في بيئة العمل ، بأن الإكتئاب هو الأكثر شيوعا حيث يصيب واحد من كل عشرة عمال كل سنة (بن حفيظ ومناع ،2015، ص.168) .

هذه الإضطرابات التي تؤثر في مردودية العامل ،عدم الرضا الوظيفي ، نقص الكفاءة المهنية لديه التغيبات وغيرها حيث حدد كسلر (kessler) وزملاءه قيمة أيام التغيب عن العمل بسبب الإكتئاب في الولايات بحوالي 17 بليون دولار سنويا.

ضف إلى ذلك فإن طبيعة العمل يمكن أن تؤثر سلبا على الصحة النفسية ، فهناك بعض المهن التي تحتم على العامل التعامل مع أشخاص يتصف سلوكهم بأنه سيء كالمنحرفين و المجرمين ، المضطربين نفسيا كمهنة الأخصائي العيادي مثل هذه المهن تؤثر على سلوك العاملين تأثير سلبي مما قد يجعل سلوكاتهم غير سوية ، وهذا بدوره يؤدي إلى سوء تكيفهم وبالتالي إلى إضطراب صحتهم النفسية (منصوري و أخرون ،2018 .ص.225) .

تؤثر بيئة العمل بما فيها من علاقات التي تجمع العامل بمرؤوسيه وبزملاءه و الظروف المادية كلها تؤثر على صحة العامل النفسية سواء بالإيجاب أو بالسلب ، حيث أثبتت دراسة على وجود علاقة إيجابية بين الصحة النفسية وبيئة العمل، وهذا يعني أنه كلما كانت بيئة العمل جيدة إرتفعت الصحة

النفسية ، وكلما كانت بيئة العمل ذات جودة منخفضة أدى ذلك إلى تدني مستوى الصحة النفسية للعامل.

و أشار (أرجايل ،1993) إلى أن بيئة العمل هي مواقف إجتماعية تتضمن في جوهرها أشكالا مختلفة من مسببات القلق و الإكتئاب وغيرها من الإضطرابات النفسية ، مما يؤدي إلى إختلال الصحة النفسية والسبب في ذلك إلى أن بيئة العمل تتضمن الخوف، والتهديد من الفشل ، والتقييم السلبي لذا يحتاج العاملون في وظائف شاقة على وجه الخصوص إلى دعم من جماعات العمل المتضامنة ، أو من المشرفين على درجة عالية من المهارة الإجتماعية (بن حفيظ و مناع ،2015، ص.168) .

أما عن علاقة الصحة النفسية بالعمل فإن إضطرابات الصحة النفسية للعامل التي يكون منشؤها عضوي ، أو وراثية أو نتيجة لظروف الحياة الشخصية التي تترك أثار سلبية على أداء العامل وعمله بصفة عامة كإصابته بإضطرابات عصبية ، ذهانية ، عصابية ، إضطرابات المزاج وغيرها فيصبح العامل كثير التغيب بسبب العطل المرضية ، حيث أظهرت دراسة ستيوارت وزملاءه عام (2003) أن 10% من العاملين يعانون سنويا من أعراض الإكتئاب العصابي و أن أهم أعراض تلك المعاناة هي الشعور بالإرهاق المستمر ، وضعف القدرة على تركيز الإنتباه في العمل حيث حددو قيمة الساعات المهدورة بسبب هذا الإضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية بمبلغ 44 بليون دولار سنويا.

خلاصة : ما يمكن أن نخلص إليه أن دليل إرتفاع مستوى الصحة النفسية هو تحقيق الفرد لتوافقه الشخصي والاجتماعي وتكيفه بإستخدام أليات وإستراتيجيات إيجابية في مواجهة الضغوطات وحل الصراعات ، تخطي الأزمات النفسية وأن اختلفت معايير الصحة النفسية فإن العلماء اجتمعوا على مظاهر الصحة النفسية السوية التوافق بشقيه والتكيف و المختلة كالإصابة بالإضطرابات النفسية.

الفصل الثالث

الضغط المهني

- تمهيد .
- تعريفات الضغط.
- أنواع الضغوط .
- تعريف الضغط النفسي.
- أنواع الضغط المهني .
- التأثيرات السلبية للضغط .
- مصادر الضغط المهني .
- النظريات المفسرة للضغط المهني .
- خلاصة الفصل

تمهيد : إن ممارسة الأخصائي العيادي لمهنة الخدمة النفسية غرضه منها هو تقديم المساعدة لأفراد المجتمع بالإضافة إلى الربح المادي، لكن في ظل ظروف العمل المحيطة به الفيزيقية (المادية) ، بالإضافة الى الظروف الاجتماعية والمتعلقة بالعلاقات مع رؤساء وزملاء العمل ، كلها يمكن أن تختلها مشاكل كإنعدام الظروف المريحة للعمل منها مشاكل الإستقلالية في مكاتب العمل والمشاكل التي يواجهها سواء مع رؤساءه في العمل أو مع زملاءه ، كل هذه المعوقات تؤدي به إلى التعرض للضغوط والتي تؤثر على صحته الجسدية والنفسية وعلى أداءه المهني .

نجد في هذا الفصل إلى تعريف الضغط ، أنواع الضغوط ، تعريف الضغط النفسي ، أنواع الضغط المهني . مصادره ، لدى المختص العيادي، مراحله، عناصره، أثاره والنتائج المترتبة عنه ، النظريات المفسرة له.

1- تعريفات الضغط : عرف الضغط من قبل العديد من الباحثين أمثال كل والف وجيبسون وغيره :

عرفه والف بأنه الحالة العضوية لدى الإنسان التي تحدث فيها المشاكل وضمنها المثير الذي يؤدي إلى ردود أفعال الضغط.

فالضغط في تعريف المكتب الدولي للعمل بجنيف في منشور حول العمل في العالم سنة 1993 فإن كلمة Stress باللغة الإنجليزية تعني الجهد أو العقبات التي تنجر عنها تغيرات قطعة صلبة . أما في الطب والبيولوجيا صار لهذا المصطلح معنى قريب ، فهو يدل على إستجابة الجسم للتأثيرات والتغيرات والضغط والتوترات التي تتطلب تكيفا من جهته (صحراوي ،2013، ص.84) .

حسب جيبسون فإن الصغط هو إستجابة مكيفة تتوسطها الفروق الشخصية والعمليات السيكولوجية والتي تحدث نتيجة حدث أو فعل بيئي خارجي ، بحيث تضع متطلبات سيكولوجية أو مادية مفرطة على الفرد (إسماعيل و الطاف ،2014، ص. 4) .

يعتبر لازاروس و فولكمان (1984) أن الضغط كعملية تفاعلية بين الفرد والمحيط ، أين تكون الوضعية خاضعة للإدراك والتقييم المعرفي من قبل الفرد وتظهر إستجابة الضغط عندما يحدث تفاوت بين متطلبات الفرد وضروريات الوضعية، وقدرات و إمكانيات الفرد في المواجهة ، مما يسبب إختلالا في موارده وتهديد في راحته.

يعرفه غريب عبد الفتاح (1999) الضغط على أنه الإستجابة النفسية، والفيزيولوجية ، والسلوكية للأحداث التي يتعرض لها الفرد في حياته ويسعى إلى أن يتوافق ويتكيف مع كل الضغوطات الداخلية والخارجية (برزوان ،2010، ص.137) .

2- **تعريف الضغط النفسي:** يشير مفهوم الضغط النفسي حسب (فرج طه وأخرون 1993) في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر ، أو تشوبها في كامل شخصيته وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد ، وللضغوط النفسية أثارها على الجانب البدني والنفسي للفرد والضغط النفسي حالة يعانيها الفرد حين يواجهه مطلب ملح فوق حدود إستطاعته ، أو حين يقع في موقف صراع حاد ، أو خطر شديد . إذا ترتب على الضغوط النفسية حدوث أذى حقيقي للفرد فإن الفرد يصبح محبطا ، وإن لم يحدث ضرر حقيقي ومباشر على الفرد فهو يعيش حالة من الشعور بالتهديد (برزوان ،2014، ص.94) .

يرى ستيرز وبلاك إن الضغوط هي رد فعل بدني و إنفعالي إتجاه المواقف التهديدية في البيئة و وهذا التعريف يشير إلى أنه كلما كان هناك نقص في قدرات و إمكانات الأفراد للتوافق مع متطلبات بيئتهم فإنهم يشعرون بالضغط ، ويكونون قادرين على الإستجابة مع المثيرات البيئية.

والضغط حسب (عبد الستار إبراهيم ،1998) هو تغيير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى إستجابة إنفعالية حادة ومستمرة ، وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر والصراعات الأسرية ضغوطا مثلها في ذلك الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض ، أو الأرق، أو التغيرات الهرمونية (نفس المرجع السابق ،2014، ص. 94) .

وينظر جرينبرج وبارون (2000) إلى الضغوط على أنها ردود أفعال تصدر عن الفرد إتجاه المثيرات ، حيث يعرفانها بأنها نوع من الحالات الوجدانية وردود الأفعال الفيزيولوجية التي تحدث في مواقف معينة ، حيث يشعر الأفراد أنهم قادرين على تحقيق أهداف المنظمة ولكي يتم فهم الضغوط بشكل كامل يجب تناول وفهم ردود الأفعال الإنفعالية والفيزيولوجية التي يتضمنها ، وهذا بالإضافة إلى العوامل الخارجية والعمليات المعرفية التي تلعب دورا في حدوثها.

ويشير هيلرجل وآخرون إلى الضغوط على أنها نتيجة أو إستجابة عامة تصدر عن الفرد للتوافق مع حدث ، أو موقف يشكل مطالب بيئية ، أو نفسية خاصة عليه . وعندما يشعر أن مطالب الموقف تفوق قدرته على الإستجابة لها يكون الإحساس بالضغط وبهذا فإن الضغوط تشمل تفاعل الفرد مع البيئة وتسمى المواقف والأحداث التي تسبب الضغوط بالضواغط ، والتي يمكن أن تتخذ أشكالا عديدة على الرغم من إشتراكها في شيء واحد وهو نشأة الضغوط.

جاء في كتاب " علم النفس الصحة " لعثمان يخلف تعريف الضغط النفسي " أنه ليس الحدث الضاغط في حد ذاته وإنما هو توقعاتنا السلبية والفيسيولوجية والسلوكية غير الموفقة والمناسبة له، ومن هنا فإن

الضغط النفسي يكمن في سوء إستجابة الفرد وسوء مواجهته لمطالب المحيط والتي تؤدي بدورها إلى سوء تكيفه وتوافقه مع مطالب الحياة اليومية (برزوان ،2014، ص.95) .

الضغوط النفسية حسب (فاروق السيد عثمان 2001) هي تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن متطلبات التي تستلزم نوع من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ، ونفسية وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداع ،الإحباط، والحرمان، والقلق (خميس ،2013، ص.287) .

3- مراحل الضغط المهني : هناك ثلاث مراحل للضغط المهني وهي كالأتي :

3-1 مرحلة الإنذار : وهي ردة فعل الفرد الأولية حينما يشعر بقرب الخطر، أو وجود التحديات ، أو التهديدات ، أي بعد تعرضه لمجموعة من المتغيرات الداخلية أو الخارجية ويترتب عليها بعض المظاهر مثل سرعة نبضات القلب ، زيادة معدل التنفس، توتر الأعصاب وغيرها.

3-2 مرحلة المقاومة : عقب الصدمة الأولى يقوم الفرد بإستعادة الفعالية أي القيام بسلوكيات دفاعية للتغلب على مصادر الضغط ، أو إزالتها ، أو التعامل معها بهدوء، أو التكيف معها ، أو تجاهلها فإذا نجحت هذه الممارسة الدفاعية في التقليل من الشعور بالضغط تكون هذه هي المرحلة الأخيرة ، أما إذا فشلت فسوف ينتقل الفرد إلى المرحلة الثالثة .

3-3 مرحلة الإنهاك والإرهاق : في هذه المرحلة يصبح الفرد عاجزا عن التكيف ، مما يترتب عليه ظهور بعض الأمراض المتعلقة بالضغط النفسي مثل الصداع المستمر وغيرها من المخاطر تمثل تهديد مباشر لكل من الفرد ، والمنظمة (قدوري ،2016، ص.129) .

4- أنواع الضغط المهني: ينقسم الضغط المهني حسب عدة إعتبارات فهناك من الباحثين من يقسمه إعتمادا على الأثار المترتبة عنه ومنها من يقسمه بناءا على الفترة الزمنية التي يستغرقها ، الشدة ، والتوتر، ومدى تأثيره على صحة الإنسان النفسية والجسمية ومنهم من يقسمه بناءا على مصادره (الأحسن ، 2015، ص.195).

حيث قسمها هانز سيلي وفق نتائج حدوثها إلى :

- **الأحداث المفرطة** : تنتج عنها بعض المعاناة ، والألم ، والأسى ، أي التي تمثل في مجملها خبرات وأحداث مؤلمة .
- **الإنفعالات السارة** : تؤدي إلى الشعور بالمتعة ، والفرح ، والنشوة (أبو دلو، 2009، ص.174) .

في هذا الفصل سنقوم بتقسيم الضغوط إلى نوعين وفقا لمعيار الأثر أي الأثار المترتبة عنها.

- **الأثار الإيجابية** : هي تلك الضغوط الإيجابية التي تكون مهمة وضرورية للفرد والمنظمة ، فبالنسبة للفرد تكون الضغوط الإيجابية بمثابة حافز لمواجهة التحديات في العمل وتحسين الأداء ، ومن ثم تحقيق النجاح.أما بالنسبة للمنظمة فإنها تكون بمثابة الوسيلة الفعالة للرفع من حيوية و أداء الفرد (شحاذة ، 2017، ص.246) .

فكثير من الأعمال تحتاج إلى ضغط يمارسه متخذ القرار على العاملين للإحتفاظ بحيويتهم وأدائهم الجيد ، وكسر عامل الكسل والتخاذل الناتج عن رتابة العمل (الأحسن ، 2015 ص.195) .

- **الضغوط السلبية** : هي عبارة عن تلك الضغوط التي يكون لها إنعكاس سلبي على الفرد والمنظمة حيث تسبب للفرد إنخفاضا في الدافعية ، والشعور بالإرهاق ، والقلق، والتشاؤم من المستقبل (شحاذة ، 2017، ص.244) .

وتعرف أيضا بأنها الضغوط المؤذية ذات الإنعكاسات السلبية على صحة الفرد العامل الجسدية والنفسية ، ومن ثم تنعكس على أدائه ومستوى إنتاجيته في العمل ، ومثل هذه الضغوط تولد الشعور بالإحباط، وعدم الرضا عن العمل، و إكتساب الفرد للنظرة السلبية إتجاه قضايا العمل (الأحسن ، 2015 ، ص.195) .

جدول (1) مقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية.

الإجهاد الإيجابي	الإجهاد السلبي
– يمنح دافعا للعمل	– يسبب إنخفاظا في الروح العلمية
– يساعد على التفكير	– يولد إرتباكا
– يحافظ على التركيز على النتائج	– يدعو لتفكير في الجهد المبذول
– يجعل الفرد ينظر على العمل بتحد	– يجعل الفرد أن كل شيء سيقاطعه ويشوش عليه
– يحافظ على التركيز في العمل	– الشعور بالأرق
– القدرة على التعبير عن الإنفعالات والمشاعر	– ظهور الإنفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها
– يمنح الإحساس بالمتعة	– الإحساس بالقلق
– يمنح الشعور بالإنجاز	– يؤدي إلى الشعور بالفشل
– يمد الفرد بالقوة والثقة والتفاؤل بالمستقبل	– يسبب للفرد الضعف
– القدرة إلى الرجوع إلى الحالة النفسية الطبيعية عند المرور بخبرات غير سارة	– التشاؤم من المستقبل – عدم القدرة إلى الرجوع للحالة النفسية الطبيعية عند المرور بخبرة غير سارة

المصدر : بوغازي كريمة، 2018 ، ص.406

يوضح الجدول الفروقات بين الضغوطات الإيجابية التي تعتبر بمثابة دوافع أو حوافز لإتقان العمل و أداءه على أكمل وجه ، و الضغوط السلبية التي تعتبر بمثابة مثبطات لعزيمة وإرادة العامل التي تحد من أداءه الفعال والتي تؤثر بدورها على صحته الجسمية والنفسية.

5-التاثيرات السلبية للضغط المهني :

5-1 تاثيرات السلبية للضغوط على مستوى الفرد : من العلماء أمثال **Dy ,levi, yates, Gibson** جيبسون ، ياتس، لوفي ، دي من يصنفها إلى :

- **تاثيرات سيكوسوماتية :** لاحظ بيتر هانسن 1996 أنه من خلال عمله لمدة 15 سنة كطبيب للعائلة أن نسبة 80 % من مجموع المرضى الذين قام بعلاجهم كانوا مصابين بحالات مرضية ناجمة عن الضغوط ، وأن الغالبية العظمى من هذه الحالات منشؤها مكان العمل (بن زروال ، 2014، ص.140) .
- **تاثيرات نفسية :** يمكن للمواقف المجهدة أن تؤثر أيضا على الصحة النفسية للفرد فتجعله يشعر بمشاعر سلبية كالإحباط ، و الإكتئاب ، وسرعة الإنفعال، وتقلب المزاج، والعصبية ، والغضب والعدوانية ، والقلق ، وفقدان الشعور بالأمن، وإنخفاض تقدير الذات ، والإرتباك ، الوهم والملل ، وإنخفاض الدافعية ، والشعور بعدم الكفاءة والجدوى ، والشعور بالإحتراق النفسي . وقد يصل به الأمر إلى بلادة المشاعر (نفس المرجع السابق، 2014، ص.141) .
- **الأثار الجسمية :** تشمل فقدان الشهية ، ارتفاع ضغط الدم ، تقرحات الجهاز الهضمي ، إضطرابات الهضم ، الإنهاك الجسمي ، الربو ، الحساسية الجلدية ، الصداع .

ومن الأثار المترتبة عن الضغوط النفسية أمراض القلب ، إضطرابات المعدة ، وهذا ما أكده كل ويسكوبف 1980 ، كوبر ومارشال (1981) وماسلاش 1981 ، وجميعهم أشاروا إلى أن الضغوط النفسية تؤدي إلى التلف الجسمي (شرفاوي ،2020، ص.32) .

أما حسب كوكس فإن أثار الضغوط يمكن تقسيمها إلى خمسة مجموعات :

– **سلوكية** : مثل الميل للإدمان على الخمور ، وإستخدام المخدرات والمسكنات، والإنفجار العاطفي، والإفراط في الأكل والتدخين، والسلوك العدواني ، والضحك بهستيريا.

– **موضوعية** : منها القلق ، والعدوانية ، واللامبالاة ، والملل ، والإكتئاب ، والإرهاق ، والإحباط ، وفقدان المزاج والأعصاب ، وعدم تقدير الذات ، والوحدة.

– **معرفية** : عدم القدرة على إتخاذ القرارات السليمة، وضعف التركيز ، وإنتباه قصير المدى ، وحساسية زائدة اتجاه النقد .

– **فسيولوجية** : ارتفاع نسبة غلوكوز الدم ، وزيادة ضربات القلب وإرتفاع ضغط الدم ، وجفاف الفم والعرق، و إرتفاع و إنخفاض في حرارة الجسم.

– **تنظيمية** : التغيب عن العمل وإنخفاض الإنتاجية، والعزلة عن الزملاء وعدم الرضا الوظيفي و، إنخفاض إنتماء الموظف وولائه.

6– مصادر الضغط المهني : من الصعب تحديد نموذج متفق عليه بين الباحثين يصنف مصادر الضغط المهني ، نظرا لإختلاف الأطر النظرية الدارسة لهذه الظاهرة بين هؤلاء الباحثين ، إلا أن هناك نسبة إتفاق تقريبا على أن تلك المصادر لا تتعدى كل من الفرد والمنظمة والبيئة ، وتجدر الإشارة إلى أن مصادر الضغوط المهنية تتداخل فيما بينها لتشكل مجموعة من المؤثرات الضاغطة على الفرد داخل

بيئة العمل ، ومن الصعوبة عزل هذه المصادر عن بعضها البعض ، ولذلك قسمت هذه المصادر إلى قسمين : قسم متعلق بالعمل، وقسم متعلق بشخصية العامل أو الفرد (الأحسن،2015 ، ص.195) .

وحسب ديفيد (1993) فيرى أن أسباب الضغوط تتمثل في غموض الدور ، صراع الدور ، إنعدام سلطة إتخاذ القرارات ، الإفتقار إلى القيادة السليمة ، عدم كفاية التدريب على مهارات الوظيفة بالإضافة إلى المشكلات الشخصية والإجتماعية والمالية التي تسهم بدورها في حدوث الضغوط (عسيري ، 2012، ص.1009) .

1-6 المصادر التنظيمية أو المتعلقة بالعمل : تشتمل هذه المصادر التنظيمية على الأبعاد التالية :

- **طبيعة العمل** : تشتمل مجالين أساسين هما ظروف العمل ، وعبء العمل .حيث أن ظروف العمل تشتمل الظروف الفيزيائية والمادية المحيطة بالفرد في مكان عمله كالتهوية ، الإضاءة، الرطوبة وغيرها . أما عبء العمل فهو كمية ونوعية العمل المطلوب إنجازه في وقت محدد وقد أشارت كل من ماركوليس و كروس إلى أن زيادة كمية العمل التي يجب إنجازه خلال مدة محددة وبأسلوب يتجاوز معه قدرات الفرد الذاتية تجعله متذمرا كارها لنفسه (مكي ،2013، ص.194) .
- **غموض الدور** : من الغريب أن لا نكون على علم مسبق بطبيعة العمل الذي نحن مقبلون عليه ، حيث يجب أن تتضح لنا الرؤية حول بعض الأمور التي تتعلق بالعمل ، فلا بد لنا أن نعرف متى تبدأ أو متى تنتهي مسؤولياتنا في هذا العمل ، كما يجب أن نعرف علاقة مسؤوليات الأخرين بمهامنا في العمل فقد يترتب على هذا الوضع أن نلام أو نعاقب على أشياء أو مهام كنا نعتقد أنها تقع ضمن مسؤولياتنا ، يجب أن نتعرف على حدود مهامنا بالنسبة لمهام الأخرين حتى لا نجد أنفسنا نتدخل في إختصاصاتهم أو نظلم جهودهم . ثم إن معرفة حدود مهام الوظيفة يجعلنا نحدد الأولويات والوقت

اللازم للإنجاز ، وبالتالي لا يكون هناك غموضا وتصبح أدوارنا واضحة (الفرماوي ، 2009 ، ص.62) .

وذلك إذا توفرت لنا المعلومات الضرورية لتأدية العمل فوضوح الدور لدى الموظف يقلل شعوره بضغط العمل والعكس صحيح (مكي ، 2013، ص.194) .

- **صراع الدور** : يبدو جليا صراع الدور في العمل حين تتعارض مهام وظيفية مع بعضها البعض ، فيشعر الفرد بأن هناك تعارض وتناقض في متطلباته كالتناقض بين قيم العمل وقيم الفرد ومبادئه ، والتناقض بين بعض جوانب الدور و مسؤولياته فمثلا : قد يتعارض دور الأخصائي الاجتماعي مع حالة تعاطفه مع العميل من زاوية قانونية فإن مثل هذه الصراعات قد يؤدي إلى إضطراب في مفهوم الذات وفقد الثقة في المحيطين و إحباطات مهمة (مكي ، 2013 ، ص.194).
- **مواجهات متكررة مع المسؤولين** : تعتبر العلاقات غير الموفقة مع المسؤولين في العمل إحدى المصادر المهمة للضغوط ، خاصة إذا كان هؤلاء المسؤولين من الذين يتعمدون التأثير في الأخرين على نحو ، ما فقد يتعمدون رفع شأن أخرين أمام بقية العاملين أو أمام من بيدهم أمر إصدار قرارات الترقية، أو صرف حوافز مالية (الفرماوي ، 2009، ص.ص. 70-71) .
- **النمو والتقدم المهني** : ويعني به الإفتقار إلى فرص الترقية في المستقبل وعوائق الطموح وعدم الإطمئنان إلى التقدم المهني و التغيير الوظيفي الذي يتعارض مع طموحات الأفراد (مكي ، 2013 ، ص.194) .

- **نقص الكفاءة المهنية** : إن نقص المهارة أو الكفاءة لدى عدد من العاملين في مجال عملك يضع حملا أكبر عليك أو على من لديه هذه المهارات ، أو عندما لا يتوفر تخصصات معينة لازمة لإستكمال المهام المعينة .
- **الشعور بالمكانة الأقل والمكافأة الغير مناسبة** :لا يمكن تجاهل إنعكاس شخصية الإنسان على أدائه ونظراته إلى أبعاد العمل المتعددة ، تلك مسألة مهمة لابد من وضعها في الإعتبار حيث إحساس الفرد بأهميته، دوره في العمل الذي ينعكس على إحساسه بذاته ، ومن ثم فإن رغبة الإنسان في تأكيد ذاته عن طريق وجود أهمية لديه في العمل يمكن أن يتأثر كثيرا إذ يشعر بمكانة غير مناسبة ، أو أصبح تقدمه في العمل لا يقابله الإنتباه، أو التقدير المناسب (الفرماوي ، 2009، ص.63) .
- **تضاؤل فرص التدريب** : كلما تعقدت عناصر المهام المهنية ، زادت الحاجة إلى إكتساب مهارات جديدة توفي بالمتطلبات المهنية الجديدة ، والمتزايدة وبالطبع يختلف مستوى النمو المعرفي للمهنة بإختلاف نوع المهنة ، ويعتبر نقص المعلومات المهنية بإختلاف نوع المهنة ، وتعتبر نقص المعلومات المهنية لدى العامل سبيلا مهما لعدم تكيفه ، وبالتالي مصدرا مهما للضغوط. من هنا يعتبر التدريب المستمر للعاملين وتنشيط وتجديد معلوماتهم هو السبيل لتخلص من هذا المصدر (الفرماوي ،2009، ص.76) .

2-6 مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل وتشتمل :

- **العلاقة مع زملاء العمل** : يمكن أن يحدث الضغط في بيئة العمل نتيجة لفقدان الفرد الدعم الاجتماعي من قبل زملاءه ، كما أن طبيعة العلاقة التي تربط الأفراد ببعضهم البعض ، تحدد درجة الضغط النفسي في العمل وهذا ما توصلت إليه دراسة (swanson1999).

- **العلاقة مع الإدارة :** كما أن العلاقات السيئة والمشحونة بين العاملين والمدراء تزيد من إحتمال زيادة الضغط النفسي لديهما (رجاء و الأحمد ، 2008، ص.484) .

3-6 المصادر الذاتية للأفراد: تتمثل في :

✓ **الأحداث الشخصية :** يتعرض الفرد من آن لأخر لأحداث في حياته تمثل مقدار من الضغط النفسي مثل فقدان الزوج أو الزوجة، أو أحداث الطلاق ، الإصابة بالأمراض المزمنة أو الخطيرة إن هذه الأحداث وما تسببه من توتر ينتقل أثرها إلى العمل فتسبب الشعور بضغوط العمل .

✓ **تأثير شخصية الفرد :** لقد صنفت الدراسات والأبحاث في هذا المجال أنماط الشخصية إلى نمطين:

- الشخصية الحيوية ، والملتزمة ، والدؤوبة ، والجادة في طباعها والتي تتميز بالرغبة في العمل والسباق مع الزمن ، والعدائية، والمنافسة والتي تشعر بإستمرار بضغط الوقت وتتميز بعدم الصبر ودائمة التحرك وتقيس النجاح بالكم وهذا النوع أكثر عرضة للتعرض لضغوط العمل.
- الشخصية المتميزة بالصبر ، والهدوء ، والثبات ، وتوازن المزاج وهي أقل عرضة للضغوط (عداي و أخرون ، 2010، ص.484) .

يرى فرويد – و ينبرجر أن سمة الشخصية تؤدى إلى الكثير من الضغط ، خاصة عند أولئك الذين يكونون أكثر إخلاصا و إلتزاما في عملهم ، والأكثر تمسكا بالقيم كما وحد هيوز أن العاملين الإنبساطيين كانوا أكثر مقاومة للإحتراق النفسي بينما كان العاملون الإنطوائيون أكثر عرضة للضغوط المهنية (عسيري ، 2012، ص.1001) .

فحسب كانوي وزملاءه (2004) فإن مصادر الضغط المهني في القطاع الإستشفائي يمكن تحديدها في:

- **مصادر تتعلق بتنظيم العمل** : تشمل المقاطعات المتكررة للمهام المخطط لها وغموض الأدوار .
- **مصادر تتعلق بظروف العمل** : تتضمن علاقة المساعدة ، والمسافة المناسبة بين المريض والمعالج ، المواجهة المستمرة للألم والموت (نقص الدعم المرتبط بالطابع الإستعجالي للمهام ، ضرورة الإلتزام بقانون الصمت ، الصراعات ، نقص التواصل ، التسلسل الهرمي ..) والتكنولوجيا وطبيعة الأمراض .
- مصادر بيئية تشمل التصميم الأرغونومي للمكان ، والظروف الفيزيقية به ، والمواد المستعملة ، وطرق العمل ، وعدد المستخدمين (بن زروال ، 2010، ص.135) .

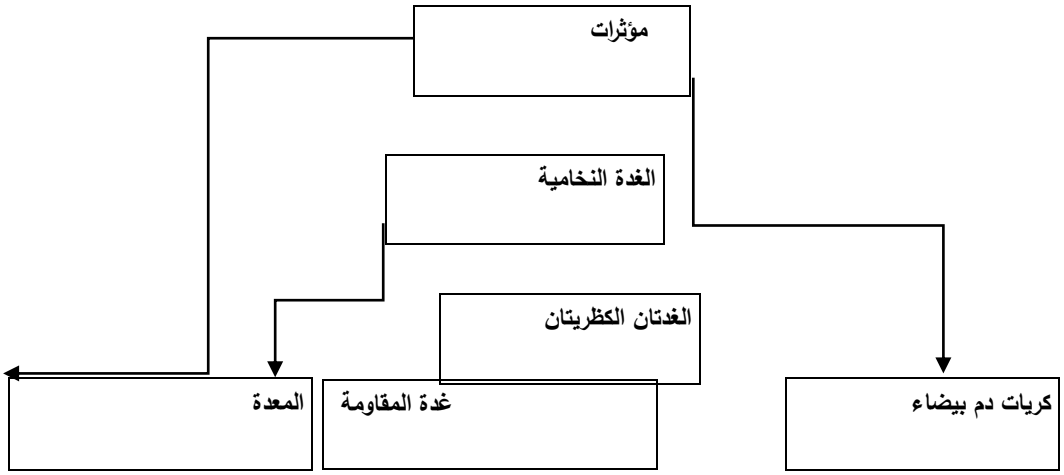
✓ حسب دبراسو فإن مصادر الضغط النفسي عند الأخصائي العيادي إنحصرت في صعوبة التشخيص وبنسبة قدرت ب88.33 % ، صعوبة تطبيق الإختبارات 77.77 % وصعوبة في العلاج 61.11%، تدني الراتب 58.33 % ، وصعوبات إدارية بنسبة 52.77 % ، وعدم وجود تعاون بين الأخصائيين ب50% ، وعدم إشراكهم في الملتقيات الجامعية 33.33 % ، النظرة السلبية للمجتمع لمهنة الأخصائي العيادي 25% . أما الصعوبات الذاتية التي تمس الجانب التكويني ، فهي ضعف التكوين الجامعي 83.33% ، نقص التدريب 69.44 % ، نقص الخبرة الميدانية 41.44%.

7- النظريات المفسرة للضغط المهني:

7-1 نموذج التناذر العام للتكيف هانز سيلي : يعد هانز سيلي H. selye من الرواد الأوائل الذين إكتشفوا هذه الظاهرة وحددوا مفهومها ، وأعطاها إسمها الحالي (الضغط العمل – stress job) وأظهرت العديد من الدراسات التي تمحورت حول معرفة مستويات ضغط العمل، وأسبابه ، وأثاره على أداء وتوافق الفرد العامل .

تنطلق نظرية هانز سيلي H.selye من مسلمة بأن الضغط متغير غير مستقل وهو إستجابة لعامل ضاغط stressor يميز الشخص ويصفه على أساس إستجابته للبيئة الضاغطة ، وأن هناك استجابة

أو أنماط معينة من الإستجابات يمكن الإستدلال بها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج ، ويعتبر سيلي أن أعراض الإستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة . قدم سيلي نموذجا من ثلاث خطوات تتضمنها الإستجابة للضغط النفسي أطلق عليها إسم متلازمة التكيف العام وأظهر مدى تداخل الأجهزة في سياق التكيف ودور الغدة النخامية في التأثير على الغدتان الكظريتين أثناء الإستجابة للضغط ، حيث تنشط الأجهزة الباطنية بفعل الهرمونات التي تفرزها كل غدة أثناء ظهور الزملة العامة للتكيف ، والتي تمثل تفاعل قوة المؤثرات ومواجهة الجسم لها لإسترجاع التوازن الأساسي للجسم ، والتكيف مع الوقائع الجديدة (العمري و شحام ، 2016، ص.131) . والشكل التالي يوضح أكثر :



الشكل (1) الميكانزم البيولوجي للضغط (سيلي 1977) المصدر عيطور ،1997، ص. 82

المرجع (العمري و شحام ، 2016، ص.132) .

من خلال الشكل يتضح لنا كيف تنشط الأجهزة الباطنية بفعل الهرمونات التي تفرزها كل غدة أثناء ظهور الزملة العامة للتكيف والتي تمثل تفاعل قوة المؤثرات ، ومواجهة الجسم لها لإسترجاع التوازن الأساسي للجسم ، وللتكيف مع الوقائع الجديدة من خلال الإستجابة التي تتم في ثلاث مراحل وهي :

- ✓ **مرحلة الإنذار** : وفي هذه المرحلة يقوم الجهاز العصبي السيمباثاوي والغدد الأدرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم ، وبهذه الطريقة يزيد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط (أبود لو ،2009 ، ص.173) . فيما تنشط العضوية لمواجهة التهديد فتقوم بإفراز الهرمونات كما يلي:

- إفراز الكاتيوكولامين(مزيج من الأدرينالين والنور أدرينالين) في الدم مما يؤدي إلى زيادة ضربات القلب و ارتفاع الضغط الدموي ، من أجل تأمين الطاقة السريعة التي يحتاجها من أجل المواجهة ، أو الهروب ويلاحظ أن معدل الأدرينالين يكون أعلى في حالة الخوف وحالات الإنهيار والقلق ، بينما يرتفع معدل النورأدرينالين عند الغضب والمواقف العدوانية.
- تفرز قشرة الكظر الهرمون الأساسي للضغط ، فترتفع نسبة سكر الغلوكوز في الدم مؤمنة الطاقة اللازمة للعضلات مما يعد الجسم للتصرف (العمري و الشحام ،2016، ص.133) .
- ينشط مسكن الجسم الطبيعي (الاندروفين) والذي يؤدي إلى زيادة في عدد كريات الدم الحمراء لنقل الأكسيجين ، وزيادة في عدد كريات الدم البيضاء لمحاربة الإلتهابات .

لا ينفصل ذلك على الجهاز العصبي حيث أنه في وجود مواقف ضاغطة وإدراك الفرد للخطر يقوم المخ بإرسال رسالة عصبية لإثارة الغدة النخامية لتفرز هرمون ACTH (هرمون الأدرينوكورتيكوتروبيك) الذي يحرض غدة الكظر لتزيد من إفراز الأدرينالين ، مما يؤدي إلى تغيرات في النشاط الفيزيولوجي

وتغيير سلوك الفرد في هذه المرحلة إما بالمواجهة أو الهروب . وإذا إستمر الضغط فإن العضوية تنتقل إلى المرحلة الموالية (نفس المرجع السابق ،2016، ص.133) .

- ✓ **مرحلة المقاومة:** في هذه المرحلة يقوم الفرد بالدفاع عن نفسه إتجاه مصدر الضغط ، فيشعر بالتعب ، والإرهاق ، والتوتر، وضعف التركيز ، وإذا لم يستطع الفرد التغلب أو التكيف مع الضغط في هذه المرحلة يبدأ جهاز المناعة بالضعف والإنهيار وينتقل إلى المرحلة الثالثة .(الشخابنة ،2010)
- ✓ **مرحلة التكيف(الإنهاك)** : وفيها إما يحدث التكيف أو التعب والإجهاد الناشئ من إحساس بالخوف والتهديد ، وفي حال إستمرار التعرض للضغوط فإن طاقة الجسم سوف تكون قد إستنفذت ، الأمر الذي يؤثر بطبيعة الحال على كافة أجزاء الجسم فيتبدى في أعراض منها : إنخفاض مقاومة الفرد للإلتهابات ، وتأخر النمو في الأنسجة الجديدة . وإنخفاض في تكوين الأجسام المضادة وتناقص كريات الدم البيضاء ، وتظهر القرح في الجهاز الهضمي ، وينخفض نشاط الغدة الدرقية ، وكف في النشاط الجنسي (دياب ،2006، ص.30) .

وقد نشأت هذه النظرية نتيجة للإهتمام الكبير بعلمية الإدراك والعلاج الحسي والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد ، حيث أن تقدير التهديد ليس إدراكا مبسطا للعناصر المكونة للموقف ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغط ، ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عوامل عديدة منها : العوامل الشخصية ، والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الإجتماعية ، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه (طه والطاف ، 2014، ص.ص. 5-6) .

2-7 نظرية التقدير المعرفي لموراي : تعتبر هذه النظرية أن الضغوط تنشأ عندما يوجد تباين بين متطلبات البيئة ، وبين مدى الكفاية الشخصية ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد و إدراكه في مرحلتين هما:

- ✓ **المرحلة الأولى** : وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط .
- ✓ **المرحلة الثانية** : وهي التي يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف .

ويرى موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على إعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك ، ومفهوم الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين ، ويميز موراي بين نوعين من الضغوط هما :

1- ضغط بيتا : ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

2- ضغط ألفا : ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالتها كما هي ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ، ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة معينة ، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط، والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا (طه و الطاف ، 2014 ، ص.6) .

3-7 النموذج التفاعلي الفرد والبيئة : للازاروس وفولكمان (1984) هذا التصور أتى به كل من لازاروس وفولكمان فهما يعتبران بأن " الضغط هو تفاعل بين الفرد والمحيط والذي عن طريقه يقيم الفرد الموقف كمضر بقدراته وبإستطاعته وضع ذاته في خطر " فإدراك الموقف والمعنى الذي يعطيه الفرد(خطر ، فقدان...) هو الذي يجعل الموقف ضاغط أو لا ، فحسب هذا التصور يجب تمييز الخصوصيات الموضوعية للمحيط (الضغوط) من خصوصيات المحيط المدركة كمهددة للفرد (ضغط مدرك) فحسب لازاروس وفولكمان فإن الضغط يحدث حسب خمس مراحل أساسية هي : مرحلة الحدث

الضاغط ، مرحلة التقييم الثانوي ، مرحلة المواجهة ، مرحلة نتائج المواجهة (بن قويدر وحابي ،2016 ،ص.78) .

7-4 نموذج روبار كرازاك Robert karasek: ساهمت أعمال السوسيولوجي الأمريكي في فهم وتفسير ظاهرة الإجهاد المهني ، ويتسم نموذج كرازاك بالبساطة في تناول الإجهاد عن طريق تحديد طبيعة المجهدات المهنية ويقسمها إلى ثلاثة أنواع الحمل السيكولوجي أو متطلبات العمل ، حرية إتخاذ القرار ، الدعم الاجتماعي . ويرى كرازاك " إن تفسير الإجهاد المهني لا يمكن أن يتم من خلال إحدى العناصر السابقة بل ينتج من خلال متطلبات العمل الكمية والنوعية وحتى العلائقية ، وما يترتب علبها من ثقل وحمل إنفعالي نفسي . وبالمقابل ليس بمقدور العامل إتخاذ أي قرار لمجابهة هذا الحمل لأن حرية إتخاذ القرار لديه ضيقة إن لم نقل منعدمة هذه الوضعية تؤدي إلى ظهور الإجهاد المهني الذي يزيد في حدته الإفتقار للدعم من طرف الرفاق والمشرفين في العمل . يسمح نموذج كرازاك بتحديد العلاقة بين المعاش في العمل والخطر الذي قد ينجم عنه جراء هذا المعاش والذي قد يصيب صحة العامل (خلاصي ،2019، ص.65) . والجدول رقم (2) يوضح لنا أكثر :

جدول (2) الوضعيات الأربعة للعمل حسب كرازاك .

الحمل السيكولوجي			
مرتفع	**منخفض**	**منخفض**	**حرية إتخاذ القرار**
حمولة زائدة في العمل (مجهد)	**عمل سلبي**	**مرتفع**	
عمل نشط	**عمل مرتاح**		

المصدر :Claire Edey Gamassou,2002,p.5 - (المرجع خلاصي مراد ،2019، ص.66)

نلاحظ من خلال الجدول أنه هناك أربع وضعيات للعمل تنتج من خلال علاقة الحمل السيكولوجي مع حرية إتخاذ القرار ، حيث أنه إذا كان الحمل السيكولوجي مرتفع و حرية إتخاذ القرار منخفضة فإن العمل يكون مجهد ، أما في حالة الحمل السيكولوجي منخفض وإتخاذ القرار منخفض فإن العمل يكون سلبي ،

أما العمل النشط فيكون بإرتفاع الحمل السيكولوجي وإرتفاع حرية إتخاذ القرار ، والوضعية الرابعة والأخيرة هي العمل المريح والذي لما يكون الحمل السيكولوجي منخفض وحرية إتخاذ القرار مرتفع.

7-5 نموذج عدم التوازن(المجهودات / المكافئات) : قام سيقريست بوضع نموذج لتفسير الضغوط المهنية التي تواجه الفرد العامل في محيطه المهني حيث يعتبر هذا النموذج حديث النشأة ، كما أنه قام بتوسيع العوامل النفس- إجتماعية في العمل . إضافة إلى تغطية التصورات الناجمة عن الفرد وشخصيته وأبعاد أكثر توسعا ، حسب هذا النموذج المجهودات المنجزة في وسط العمل تتدرج في إطار تبادل إجتماعي في هذه الحالة تكون المكافئة المحصل عليها في شكل أجر ، تقدير ، حماية في العمل ، أو إدراك للمسار المهني حيث يركز هذا النموذج على على مركبين هما :

المكافئات المحصل عليها بالمقابل : التقدير ، ترقية ، أجر ، الاستقرار في الوضعية المهنية .

فحسب سيقريست يتعرض الفرد لعدم التوازن بين المجهودات المرتفعة والمكافئات المنخفضة فهذا الأخير يمثل لنا عاملا خطيرا على الصحة ، وبالتالي فهنا التعرض المزدوج لهذين المركبين يزيد من التأثيرات وتكون الوضعية أكثر خطورة على صحة الفرد العامل .

كما يضيف بأن عدم التوازن هذا موجود في الفترة التي يكون فيها نقصان أو ضعف في النشاط الاقتصادي، و أيضا في حالة البطالة المستمرة (بن قويدر وحابي ، 2016، ص. 80) .

كما توجد هناك وضعيات تفسر أن هناك أشخاص يوجدون في وضعية عدم التوازن(مجهودات / المكافئات) ، حيث أن هؤلاء تكون لديهم قابلية ضعيفة في الحصول على عمل والمكافئات الداخلية / أو عمل أحسن في مكان أخر .

كما بين سيقريست أن عدم التوازن هذا يكون في القطاع الاقتصادي العولمي ، وذلك نتيجة عدم الأمان في العمل إضافة إلى العمل المضغوط ، كما أن العقود للفرد العامل تكون غير ثابتة كما تكون هناك منافسة كبيرة ، مردودية قليلة ، هذا كله يؤدي إلى الإحساس بعدم التوازن وبالتالي إلى الضغط المهني (بن قويدر و حابي ، 2016، ص .80) .

خلاصة : من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل تتضح لنا التأثيرات السلبية للضغوط المهنية و إن تعددت مصادرها و إختلفت التناولات النظرية لها إلا أن الإجماع حول خطورتها على الصحة العامة للعامل بصفة عامة والأخصائي العيادي بصفة خاصة ما يفرض عليه إكتساب مهارات وفنيات لتسيير الضغط وتقليص تبيعاته على الصحة الجسمية والنفسية .

الفصل الرابع

إستراتيجية المواجهة.

- تمهيد
- تطور مفهوم المواجهة.
- تصنيفات الكوبين .
- فعالية إستراتيجية المواجهة .
- مصادر المواجهة .
- أليات الدفاع و إستراتيجية المواجهة.
- التكيف والمواجهة.
- النماذج المفسرة للمواجهة.
- خلاصة الفصل.

تمهيد : في ظل الضغوطات التي يتعرض لها الأخصائي العيادي وللحد من تأثيرها يسعى الأخصائي العيادي إلى توظيف أساليب سلوكية معرفية لتسير الضغوط والتي تعرف باسم إستراتيجية المواجهة والتي تعتبر من بين أهم الحلول لسيطرة على الضغط ، فهي على تنوعها وإختلاف مصادرها إلا أن فعاليتها وأهميتها واحدة وهي حماية الأخصائي العيادي من تبيعات الضغوط المهنية على صحته النفسية والجسدية لضمان أداء وكفاءة مهنية تنعكس إيجابا على مساره العملي .

حيث تطرقنا في هذا الفصل إلى التطور التاريخي لمصطلح المواجهة ، تعريفها ، تصنيفها ، فاعليتها ، مصادرها ، التناولات النظرية لها ، خلاصة الفصل .

1- تطور مفهوم المواجهة : لقد بدأ الاهتمام بدراسة موضوع أساليب المواجهة منذ الستينات وقد إستخدمت الدراسات مجموعة من المصطلحات للتعبير عن أساليب المواجهة منها : سلوكيات المواجهة ، مهارات المواجهة ، جهود المواجهة ، ميكانزمات المواجهة ، إستراتيجيات المواجهة ، إلى جانب مصطلحات ردود فعل المواجهة.

من الأوائل الذين إستخدموا مصطلح المواجهة ميرفي (1989) التي بينت أن المواجهة تشير إلى أساليب التعامل مع التهديد وأضافت أيضا مصطلح السيطرة الذي إعتبرته هدف المواجهة (القانوع ،2011، ص. 46) .

يعد مصطلح (الكوبين) حديث نسبيا والذي طرحه لازاروس سنة (1966) في كتابه حول الضغط النفسي وسيرورة الكوبين حيث ساهم بشكل كبير في تحديد معناه (I.pulhan, M. bourgeois,2008 ,p.5)

أما فيما يخص أصل كلمة (الكوبين) فهي مشتقة من اللفظ الإنجليزي " to cope " وهي تعني يواجه أو المواجهة ، بالنسبة لبولهان ، شواتز ، وبروشون ترجمة المصطلح بالفرنسية إلى " strategie

d' adaptation " و معناها إستراتيجية التكيف ، وتم ورودها بمصطلح "faire face" ومعناها المواجهة . وتجدر الإشارة إلى صعوبة ترجمة هذا المصطلح ، حيث يمكن أن نجد عند ترجمته بالإضافة إلى ما سبق ذكره carrase سيرورة التحكم أو الإتقان (C .tarquinio,E.spitz,2012,p.129) . وأشار ألدوين سنة (2000) إلى أن مصطلح التكيف هو مصطلح مركب ، حيث يشتمل على عدة مفاهيم مثل : السيطرة ، الدفاع ، إستراتيجية التدبر عند ترجمته إلى اللغة العربية (الشخابنة ، 2010) . طور مصطلح الكوبين من قبل لازاروس ولونيار سنة(1978) حيث تركزت الأبحاث حول الموضوع بالدور الهام للأنماط المواجهة (A. mariage ,2001, p.47) . إبتداءا من سنوات (1975) أصبح مصطلح الكوبين شائعا في البلدان الأنجلوسكسونية وفتح المجال لمئات من الأعمال العلمية والمحاولات التطبيقية (Bruchon. schweitzer ,2001, p.68) .

أما في فرنسا فظهر لأول مرة في نهاية الثمانينات وبداية التسعينات حيث شهد ظهور العديد من إستراتيجيات المواجهة كالحدس الإكلينيكي (U kramer ,2005, p.48) .

2- تصنيفات الكوبين : يعتبر لازاروس أول من وضع تصورا لهذه الإستراتيجيات حيث حصرها في البداية في إستراتيجيتين(Delphine et saint julien,2008, p .108) .

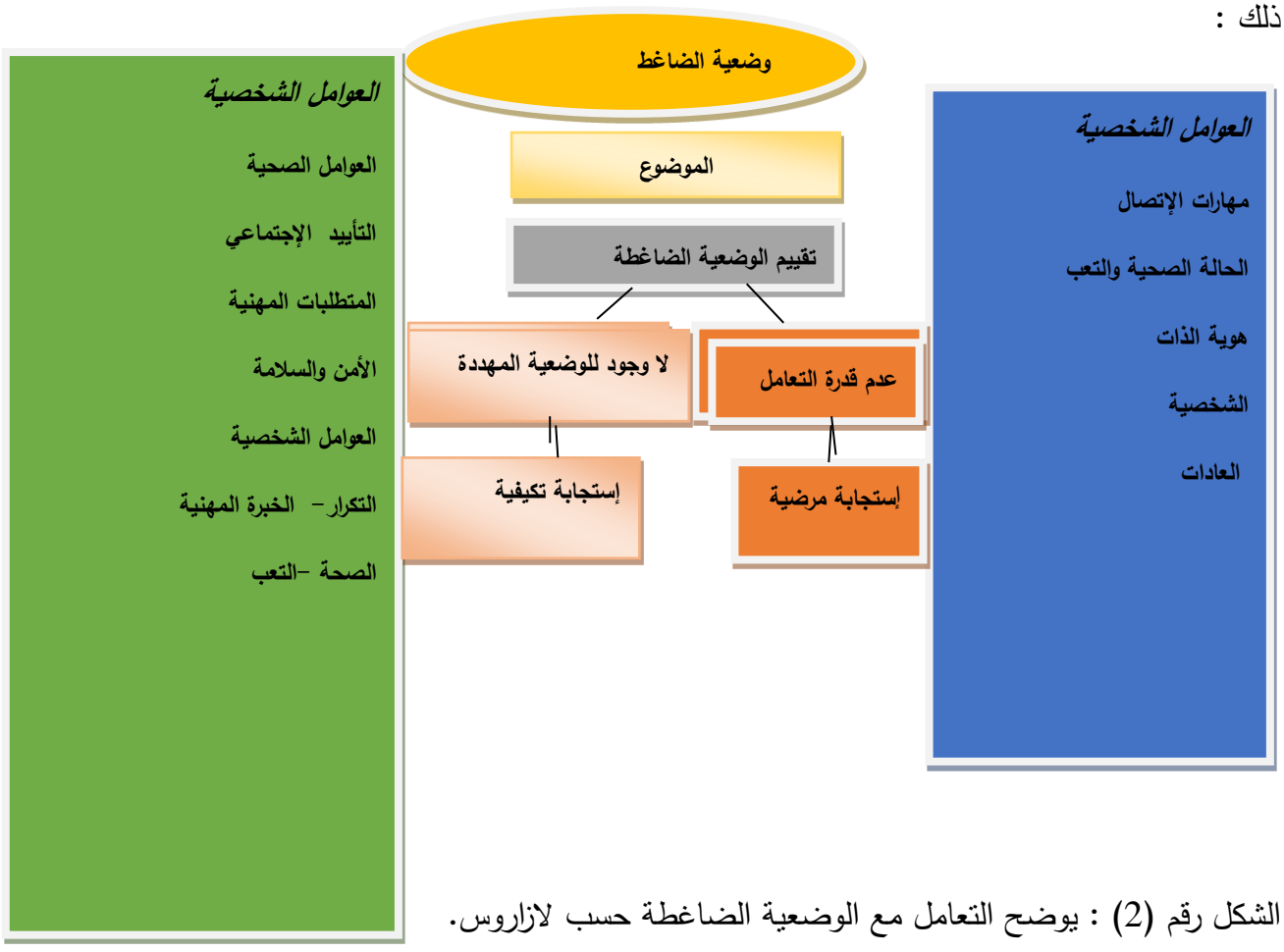
الأولى وهي إستراتيجية ترتكز على المشكل وهي : تتعلق بالمحاولات المعرفية و السلوكية للتحكم أو تغير الوضعية ، توجه بشكل غير مباشر إلى عمل الإنفعالات بهدف التقليل أو التخلص من الضغوطات وهي تشتمل على بعدين خاصين :

- ✓ حل المشكل (البحث عن المعلومة ، وضع خطة عمل)
- ✓ مواجهة الوضع (جهود والفعل المباشر لمواجهة المشكل)

الثانية وهي ترتكز على الإنفعال: تتمثل في محاولات الفرد للتحكم ، أو خفض ، أو تغيير التوتر الإنفعالي نتيجة التعرض لأحداث الحياة دون التصرف . يشتمل هذا على ميكانزمات مثل التفكير السحري ، إعادة التقيم الإيجابي ، التعبير عن الإنفعالات (المشاعر) ، البحث عن الدعم المعنوي (الإنفعالي). (G.dorad ,et al,2013,p.115).

قام لازاروس وفولكمان بتوسيع النطاق حول إستراتيجات الكوبين وحسبهما هناك أربعة ممكنة بالفعل : البحث عن المعلومة ، العمل المباشر ، تثبيط الفعل (العمل) ، نموذج المراقبة الذاتية.

قدم لازاروس (1970) مخططا يوضح فيه كيفية تعامل الفرد مع وضعيته الضاغطة والشكل الموالي يوضح ذلك :



الشكل رقم (2) : يوضح التعامل مع الوضعية الضاغطة حسب لازاروس.

المصدر :(مزوار نسيمة، 2014، ص.126) المرجع (عريس ، 2017، ص.33) .

الشكل يوضح كيفية تعامل الفرد مع وضعية ضاغطة والتي تكون بشكلين وهذا يعتمد على طريقة تقييم الوضعية الضاغطة بالإضافة إلى دور العوامل الشخصية في تحديد ذلك ، الشكل الأول عند تقييم الوضعية الضاغطة على أنها مهددة ، حيث يعجز الفرد عن مجابهتها فتنتج عنها إستجابة مرضية ، والشكل الثاني يكون عندما يتم تقييم الوضعية الضاغطة على أنها غير مهددة حيث تنتج عنه إستجابة تكيفية.

وحسب بورجو و بولهان BOURGEIRS et pulhan يمكننا أن نضيف إستراتيجية إلى تلك الإستراتيجيات تتمثل فيما يلي :

- ✓ مواجهة المواجهة : وهو التعبير عن الغضب من الشخص الذي يسبب المشكلة.
- ✓ إستراتيجية المسافة (وضع مسافة): وهو معالجة الوضعية بخفة.
- ✓ إستراتيجية المراقبة : وهو الإحتفاظ بهذه المشاعر والأحاسيس لنفسه.
- ✓ إستراتيجية تجنب الهروب : (FUIT DEVITEMENT) : حيث يأمل في حدوث معجزة مثال تشعر بتحسن من خلال تناول المزيد من الطعام ، التدخين أكثر ، تناول الأدوية بصفة كبيرة.
- ✓ إستراتيجية حل المشكلة : والتي تتكون من إيجاد خطة عمل لمعالجة المشكلة.
- ✓ إستراتيجية إعادة التقيم الإيجابية : تتكون من إعادة إكتشاف العناصر المهمة في الحياة (Delphine et philip,2008,p.108) .

إقترح موس MOOS (1993) تصنيف المواجهة إلى نشطة وكذلك تجنبية حسب الأساليب المستخدمة للمواجهة فيمكن أن نميز أربع فئات قاعدية:

1- إستراتيجية المواجهة النشطة المعرفي : الذي يشمل التحليل وإعادة الصياغة الإيجابية.

2- إستراتيجية المواجهة النشطة السلوكي : يشتمل على طلب السند الإجتماعي وإتخاذ إجراءات لحل المشكلة.

3- إستراتيجية المواجهة التجنبية المعرفية : تشتمل على التجنب المعرفي وقبول الإنتقاد.

4- إستراتيجية المواجهة التجنبية السلوكية : تشتمل على البحث عن أنشطة أخرى والتفريغ الإنفعالي.

بالإضافة إلى النمطين الذي أوردهما لازاروس وفولكمان إعتبر أندلر وباركر سنة (1994) أن التجنب يشكل أيضا نمطا رئيسي من إستراتيجية المواجهة وهو يشتمل على إستراتيجيتان فرعيتان هما:

- ✓ تشتيت الإنتباه : يعمل الفرد على الإنخراط في النشاطات المستقلة عن الوضعية الضاغطة.
- ✓ التحويل الإجتماعي : يقوم الشخص بالبحث عن مرافقة أشخاص أخرين (G.dorad,et al,2013,p.114) .

حسب SULS.J و 1985 E.FLECHER و 1988 BELGLEG يمكننا أن نفكر أيضا بأن إستراتيجيات المواجهة هي إما نشطة أو مثبطة .إستراتيجيات التجنب تتميز بسلوكيات الهرب ، التجنب أو العدوانية بواسطة مواقف الإنكار، الإنسحاب أو الحتمية .إستراتيجية اليقظ (اليقظة) وهي تتميز بالبحث عن معلومات ، السند الإجتماعي ، من خلال تطوير خطة للعمل والبحث عن وسائل (طرق) من أجل التعامل مع الوضعية (Delphine et philip,2008, p.109).

بشكل أكثر وضوحا ، تتضمن أساليب أو إستراتيجية المواجهة الإقدامية (حل المشكل) نزعة للإستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة ، والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث الضاغطة وحل الموقف أو المشكلة ، وذلك من خلال إستخدام أساليب سلوكية ومعرفية محددة وفي المقابل تتضمن استراتيجيات المواجهة الإحجامية (التجنبية) النزعة نحو تشتيت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط

وتجنب الحصول على معلومات بشأن الحدث الضاغط وإستخدام أساليب السلوكية ومعرفية للهروب من الموقف الضاغط (الضريبي والنحيلي،2010 ، ص .681) .

جدول(3) : يوضح بعض تصنيفات المواجهة .

العلماء	التصنيف
ميدنيك وزملاؤه 1975	إستجابات موجهة نحو المشكلة . إستجابات موجهة نحو الدفاع. إستجابات عصابية أو ذهانية.
موريس 1982	مواجهة مباشرة . مواجهة دفاعية.
فولكمان ولازاروس (1988)	– المواجهة والتصدي – الأبعاد. – مراقبة الذات . – مهارات الدعم الاجتماعي . – تحمل المسؤولية . – التخطيط لحل المشكل . – الهروب والتتجنب . – إعادة التقدير والتقييم الإيجابي.
ماثني وزملاءه 1986	مواجهة وقائية. مواجهة قتالية .
أندلر وباركر 1990	مواجهة ترتكز على المشكلة. مواجهة ترتكز على الإنفعال.

	مواجهة بالتجنب .
مارتن وزملاءه 1992	إستراتيجيات المواجهة الإنفعالية . إستراتيجيات المواجهة المعرفية.
كوسكي ، كرك ، وكوسكي 1993	مواجهة بالتحكم – مواجهة بالتجنب – التفكير العقلاني –التخيل.
كوهين 1994	– حل المشكلة . – الفكاهة. – اللجوء إلى الدين . – الإنكار.
زمباردو فيبر 1997	مواجهة موجهة نحو المشكلة . –مواجهة موجهة نحو الإنفعال .
جيناكوس 2002	– مواجهة بالتحكم . – مواجهة بالهروب .

المصدر : فتيحة بن زروال الإجهاد على مستوى المنظمة المصادر والتأثيرات وإستراتيجية المواجهة . المرجع (نصراوي ، 2015 ، ص.239) .

حسب CAVER et CONNER SMITHE (2010) كل واحد يصنف المواجهة بتصنيفات مختلفة تركز على جانب خاص وفائدته لكن ليس هناك تصنيف يقدم البنية الكاملة للمواجهة. C .tarquinio (et spitz,2012,p.129). إن النقد الموجه للتيار العاطفي الذي ركزوا على جانب لإستراتيجية المواجهة حول محاولات الشخص التحكم في إنفعالاته من خلال الجانب المعرفي (الإدراكي) هذه المقاربة ميزت بين

الإستراتيجيات المعرفية (المغلقة) ، والسلوكية (المفتوحة) الأمر الذي يفتح المجال لتجزئة مصطلح المواجهة . (kramer,2005,p .47)

3- فعالية إستراتيجية المواجهة : لقد إختار كل من ماك كراي وكوستا (COSTA, MC CRAE ET 1986) في دراسة حديثة حول المواجهة المستعملة من طرف أشخاص يعانون من إضطرابات التكيف والحصر، إستعملت كإشارة لفعالية تواتر إستعمال إستراتيجيات والفعالية المدركة وعلاقتها بالنتائج المحصل عليها .

وفي السياق نفسه يرى مارك هوتكيت ، بيرلوجي، جرازياني وأخرون (PIERLUIGI ET GRAZIANI MARC HAUTEKEETE, ET AL , 2001) أنه من الصعب الحكم على قيمة إستراتيجيات المواجهة بدون الأخذ بعين الإعتبار السياق الذي يحدث فيه، على سبيل المثال بعض الإستراتيجيات يمكن أن تكون فعالة على المدى القصير ، ولكن يمكن أن تصبح خطرة على المدى الطويل لأنه ينبغي أن تستعمل أكثر فأكثر للحصول على نفس النتائج ويمكن أن تخفض من الشعور بفعالية الذات (برزوان ،2014، ص .(100.

قد أشار كوبس (1982) أن أساليب المواجهة تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعد للإحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا، بشرط أن يعي الفرد كيفية طرق المواجهة وما هي الأساليب الملائمة لمعالجة موقف ما. كما ينظر البعض إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الإحتفاظ بالتوافق النفسي والإجتماعي أثناء الفترات الضاغطة في حياته (القانوع، 2011 ، ص.3) .

كذلك فيما يتعلق بفعالية المواجهة على المدى القصير والمدى الطويل، يرى كل من فليتشر وسولز كما جاء في مجلة " علم النفس" سنة (1992) مقالا لبولهان تحت عنوان "مفهوم المواجهة " بأن فعالية التجنب تكون على مستوى المدى القصير، أما الإستراتيجية النشطة تكون على المستوى المدى الطويل.

تتمثل فعالية المواجهة في القدرة على التحكم في الوضعية مثلما يرى ماركس وشولتز، كما جاء في كتاب " علم النفس الصحة " (2002) بأن إستراتيجية حل المشكل تكون فعالة عندما يمكن التحكم في الوضعية الضاغطة لأنه في هذه الحالة يمكن أن يخفض من شدة الحصر، أما في حالة عدم التحكم في الوضعية الضاغطة لأنه يزيد من شدة الحصر (برزوان ،2014، ص. 104).

ويشير لازاروس و فولكمان إلى أن إستراتيجية المواجهة الناجحة تعتمد بشكل كبير على مطابقة تناغم إستراتيجية المواجهة مع خصائص الموقف الضاغط ، وأن إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكلة غالبا ماتكون ملموسة وقابلة للملاحظة في حين أن إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على الإنفعال تتضمن إستخدام العمليات المعرفية، وهي عمليات لا يمكن ملاحظتها . كما أوضحت بعض الدراسات أن إستخدام إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكلة ترتبط بظهور مستوى منخفض من المشقة النفسية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين، بينما إستخدام إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على الإنفعال ترتبط بإنخفاض التوافق النفسي لدى الأفراد عبر المواقف الضاغطة (برزوان ،2014 ، ص .104) .

و حسب بوغازي كريمة (400:2018) تلعب إستراتيجيات المواجهة التي يعتمدها الفرد في تفاعله مع البيئة دورا وسيطا بين الحدث المجهد وحدوث الإجهاد ، وتنقسم إلى إستراتيجيات فعالة والتي ترتكز على المشكلة و إيجاد الحلول والتي تؤدي إلى التكيف والتخفيف من مستوى الإجهاد أو الحد منه (الدعم الاجتماعي والعاطفي ، محاولة السيطرة على المشكلة ، التحليل المعرفي) وإستراتيجيات سلبية ترتكز على العاطفة ولا تعالج المشكلة وتساعد على التسريع في ظهور الإجهاد (الهروب ،الرفض ،التركيز على العاطفة .....الخ)

حسب BOLGER و أخرون(1990) الإستراتيجية الموجهة نحو الإنفعال و التجنب تزيد من تأزم الوضع مما يؤدي إلى خلل وظيفي على الجانب النفسي والجسدي على حد سواء فهذه الإستراتيجيات ترتبط بشكل سلبي بالإكتئاب والقلق والحصر.

حسب بولهان 1922 pulhan أكد أن الخلاف الحاصل حول إختلاف تصنيفات المواجهة ليست مهمة في حد ذاتها لكن الأمر المهم هو معرفة دور و وظيفة كل إستراتيجية ومدى فعاليتها ونعني بذلك هل تسمح بتقليص تأثيرات الضغط والقلق الذي يتولد عن الوضعية (IC .tarquinio et spitz,2012,p130)

حسب أندلر و باركر ENDLER , PARKER (1994) هناك عدة دراسات تجريبية إقترحت أن إستراتيجية المواجهة التي ترتكز على المشكل كانت أكثر فائدة على الفرد مقارنة بالإستراتيجيات الأخرى.

كما تم تسليط الضوء على أن إستراتيجية التجنب يعزز ظهور أعراض القلق و الإكتئاب في حين الإستراتيجية الموجهة نحو المشكل سيكون لها تأثير فائق على العاطفة السلبية.

حسب بعض الباحثين CALHANA ET CHABROL (2004) لن تكون هناك إستراتيجية فعالة في حد ذاتها بغض النظر عن خصائص الأفراد (المعرفية والإعتزامية) ، وتلك المواقف التي يواجهها ثقلها،إمكانية التحكم، المدة (G.dorad et al,2013,p.115) .

4- مصادر المواجهة : يشير ويثنجتون وكاسلر wethington et kessler (1991) إلى أن الأفراد يختلفون في إستخدام إستراتيجيات التعامل في الإستجابة للأحداث الضاغطة ، وأن هناك عوامل عدة تؤثر في إختيار إستراتيجيات المواجهة حيث تنقسم مصادر المواجهة أو العوامل المؤثرة في المواجهة إلى قسمين: المصادر الشخصية ، المصادر الاجتماعية – البيئية (معروف ، 2014، ص.38) .

4-1 المصادر الشخصية: يذكر بعض الباحثين أن الشخصية تعد عاملا وسيطا يخفف من أو يزيد من تأثير الموقف الضاغط على الفرد ، وعلى إعتبار أن هناك إختلاف في الشخصيات فلابد أن يكون هناك إختلاف في ردود الأفعال إتجاه المواقف الضاغطة وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات نذكر منها (رجب علي شعبان، مايسة شكري ، كارديم ، زانغ ويانغ) بأن هناك علاقة بين سمات الشخصية وأساليب التعامل

مع الضغوط لدى الأفراد من الجنسين ، معنى ذلك أن سمات الشخصية تحدد الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع الوضعيات الضاغطة ومن هذه السمات نذكر : تقدير الذات ، الصلابة النفسية ، مركز الضبط، القدرة على حل المشكلات ، المرونة...إلخ.

- ✓ **تقدير الذات** : يشير العديد من الباحثين إلى أن الأفراد مرتفعي تقدير الذات أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط فيستجيبون لها بقليل من الأعراض الجسمية والإنفعالية مقارنة بذوي التقدير المنخفض. يشير (بيكنال 1999) إلى أن تقدير الذات إرتبط إيجابا مع المواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة وإستراتيجية التحكم في الموقف ، وسلبيا مع المواجهة المتمركزة حول الإنفعال (يوسفي،2016، ص.78) .

وفي نفس الإتجاه توصلت دراسة كاريور إلى أن تقدير الذات المرتفع لدى الأفراد إرتبط إيجابا مع أساليب المواجهة الفعالة وأسلوب التخطيط ، وإرتبط سلبا مع أسلوب الإنكار.

يتضح مما سبق أن الدور الكبير الذي يلعبه متغير تقدير الذات في تحديد نوعية استراتيجية المواجهة وفعاليتها (يوسفي ،2016، ص.79) .

- ✓ **مركز الضبط:** ينقسم الأفراد طبقا لمفهوم مركز الضبط إلى فئتين وهما فئة الضبط الداخلي وهم الأفراد الذين يعتقدون أنهم مسؤولين عما يحدث لهم ، ويسعون في محاولات جادة للتحكم في البيئة والسيطرة عليها ولديهم رؤية لتوقع الأحداث، وبالتالي يتعاملون مع الموقف الضاغط بأسلوب ملائم. أما الأفراد ذوي التحكم الخارجي فهم يرون أنهم تحت تحكم قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها ويفتقرون إلى القدرة على السيطرة والتحكم في الأحداث ، ويفشلون في توقعاتهم لها وبالتالي يتعاملون إزاء الموقف بأساليب مواجهة غير ملائمة وغير فعالة ، ولقد كشفت نتائج دراسة بروشور وأخرون أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي يستخدمون إستراتيجيات مواجهة فعالة مثل حل المشكلات والتعبير عن الغضب،

في حين أن ذوي الضبط الخارجي يستخدمون إستراتيجيات مواجهة سلبية مثل التجنب ، ومن ثم يشعرون بالإكتئاب والقلق (يوسفي ،2016، ص.79) .

- ✓ **الصلابة النفسية:** تمثل الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط ، و الإحتفاظ بالصحة الجسمية والنفسية وعدم التعرض للإضطرابات السيكوسوماتية وفي دراسة لشان (2003) فقد أكدت الإرتباط الإيجابي بين الصلابة النفسية وأساليب حل المشكلة، والسعي للحصول على المساندة الاجتماعية، والتنفيس الإنفعالي كوسائل إيجابية في التعامل مع الضغوط ، والإرتباط السلبي بين الصلابة النفسية وبين الأساليب السلبية في التعامل مع الضغوط كالإنكار ومحاولة صرف الذهن عن التفكير في المشكلة والتحرر السلوكي (يوسفي ،2016،ص.80) .

وفي دراسة كوباسا وأخرون والتي أكدت نتائجها أن الصلابة النفسية وأبعادها (إلتزام ، تحكم ، تحدي) تعمل كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الاحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية فحسب ، بل وكيفية إدراك الحدث الضاغط وكيفية مواجهتها له (بن الصديق و روبي،2020، ص.34) .

4-2 المصادر الاجتماعية: إن المصادر الاجتماعية للتعامل مع المواقف الضاغطة هي تلك المصادر التي توجد في بيئة الفرد وتساعده على التعامل مع الضغوط ، ووفقا لما أشارت إليه الدراسات فإن المساندة من أهم المصادر الاجتماعية والبيئية التي تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط .

إن إدراك المساندة الاجتماعية تخفض التهديدات السلبية كما أن لها تأثير مباشر وغير مباشر عن الضغط ، فهي إذا تعرف كمصدر للمواجهة ويعتبرها الباحثون مصدرا رئيسيا لذلك ، فالتأثير الإيجابي للمساندة يمتد إلى إختيار الإستراتيجيات الفعالة في مواجهة الضغط فقد توصلت الدراسة إلى أن المساندة الاجتماعية إرتبطت إيجابا بحل المشكلة وسلبا بالمواجهة المتمركزة حول الإنفعال .

وفي دراسة أخرى وجد الباحثون أن فقدان المساندة الأسرية لدى النساء يجعلهن يستخدمن المواجهة بالتجنب وهذان العاملان (فقدان المساندة والتجنب) يؤديان إلى الشعور بفقدان الرفاهية النفسية ، بالمقابل توافر المساندة يساعد على المواجهة المتمركزة حول المشكل (يوسفي ،2016، ص.83) .

بينت العديد من الدراسات أن السند في العمل يعتبر عاملا هام بالنسبة لعدة جوانب في السلوك التنظيمي فالسند يزيد من درجة الرضا عن العمل و الإلتزام فيه ، وبينت دراسات أخرى أن السند يؤثر تأثيرا دالا على قدرة الأفراد على مقاومة مختلف الضغوطات كما توصل إلى ذلك كوب (1976) وجاميس (1963) فالأشخاص الذين يمرون بأحداث ضاغطة أو مؤلمة تتفاوت إستجاباتهم لتلك الأحداث تبعا لوجود مثل هذه العلاقات الودية والمساندة الاجتماعية كما وكيفا فالسند الاجتماعي يعد محدد هام للفعالية التنظيمية والرفاهية الفردية (مزياني ، 2007، ص. 71) .

4-3 العوامل الديمغرافية : يقول أبو الحبيب 2010 :26 " أن الأفراد تختلف إستجاباتهم للمواقف الضاغطة حسب متغيرات العمر ، الجنس ، المستوى الاقتصادي ، والإجتماعي والثقافي الذين يتمتعون به "

فحسب سواندسن وقرازاياني2005:101 " عندما نتكلم عن الجنس مثلا نجد أن النساء أكثر إستعمالا لإستراتيجيات التكيف المبنية على الإنفعال من الذكور ، كما نجدهن أقل إستعمالا للإستراتيجيات المبنية على حل المشكل " (عريس، 2017، ص.26) .

5- أليات الدفاع و إستراتيجية المواجهة : يعتبر فرويد هو أول من أثبت وأقر بوجود سيرورات نفسية وهي " الأليات الدفاعية " وذلك سنة (1894) وهذه المكونات من الأنا الدفاعي تحمي الأنا من نزوات الهو، وقد عرفتها أنا فرويد " بأنها نشاط للأنا توظف لحماية الموضوع ضد كم هائل من المتطلبات النزوية " وذلك في مرجعها تحت عنوان " أليات دفاع الأنا" وفيما يخص مصطلح إستراتيجية المواجهة فهو حديث مقارنة بأليات الدفاع.

وبخصوص المصطلحين أي أليات الدفاع والمواجهة فقد وضعا في مجالين نظريين مختلفين جدا : المقاربة أو النظرية التحليلية بالنسبة للأولى والنظرية المعرفية السلوكية بالنسبة للثانية.

وإذا أردنا تحديد الفرق بين هذين المصطلحين فأول ما يجب الإشارة إليه هي طبيعتهما فأليات الدفاع هي لا إرادية ، جامدة فهي تنطوي على السيرورات الأولية كما أنها تشوه الواقع، تطبيق الحذف السحري للإنفعالات المزعجة (المشوشة) ، وإشباع النزوات عن طريق التحايل أما فيما يخص إستراتيجيات المواجهة توصف بأنها مرنة تنطوي على السيرورات الثانوية للتفكير، تتم بطريقة إرادية واعية ونجد فيها إمكانية الإختيار، يقوم مبدأ عملها على التوفيق بين الرغبات ومتطلبات الواقع وهي تسمح بتعديل الإنفعالات المزعجة والتعبير المعتدل والتحكم في النزوات.

الدفاع هو شكل من أشكال إلغاء (المنطق، السببية، التقييم الذاتي، الواقع الحالي) بينما أشكال المواجهة هي نمط من حل مشكلات الحياة العامة.

و حسبما جاء مؤخرا عن كرامر cramer فإنه يمكننا أن نفرق بين أليات الدفاع والمواجهة في خمسة أبعاد هي :

- ✓ أليات الدفاع تعرف بأنها سيرورات لاشعورية بينما المواجهة هي إستراتيجيات شعورية.
- ✓ إستراتيجيات المواجهة تشير إلى محاولات معرفية سلوكية مقصودة للفرد ، بينما أليات الدفاع هي وظيفية وتتم بدون مشاركة الفرد.
- ✓ أليات الدفاع يمكن طلبها وإستدعائها وفق تسلسل هرمي وهي تعتمد على النضج النفسي أو التعقيد(العقد) أو هي مرتبطة بالعمر الزمني، بينما إستراتيجيات المواجهة لا تعتمد على تسلسل هرمي أو التدرج.
- ✓ الدفاع هو أكثر تصرفا أما إستراتيجيات المواجهة هي موقفية أكثر.

✓ الدفاع هو أكثر إرتباطا بالمرض النفسي من إستراتيجيات المواجهة.

التمايز الذي قدمه كرامر كان محل نقد من قبل NEWEM في مقاله بعنوان " الدفاع والمواجهة " بأن التميز بينهما غير واضح ففي التسميات الأمريكية للإضطرابات العقلية فهي أقل وضوحا . Grebot al) , 2006 , p.316)

وقد ورد في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM) تعريف لأليات الدفاع " بأنها سيرورات نفسية ألية تحمي الفرد من الحصر وإدراك الخطر ، أو عوامل الضغط الداخلي ، أو الخارجي " وإذا أخذنا بعين الإعتبار هذا الوصف الجديد لمفهوم الضغط الذي لم يذكر من قبل فهذه إشارة إلى إستراتيجيات المواجهة. بالتوازي مع إدخال إستراتيجيات المواجهة ضمن تعريف أليات الدفاع طور مقياس لتقييم العملية الدفاعية . ومنذ ذلك الحين ظهرت عدة دراسات ونظريات جديدة منها نظرية حديثة النشئة لكل من CHABROL , D , HAAN, PLUTCHIK : دمجوا العمليتين الدفاعيتين (الدفاع، إستراتيجية المواجهة) نموذج قوفارن، موشارد، كومبالوزي يشير إلى علاقة ممكنة بين الدفاعات وإستراتيجيات المواجهة هذه النظريات التكاملية قاموا بدراسات لتقيم هذه الأليات الدفاعية بين عامة الناس أو في ميدان علم النفس المرضي. وقد حددت نتائج شابرول وكالهان بأن الأشخاص موضع الدراسة أو عينة الدراسة أظهروا إضطراب نفسي يميل إلى التميز بأسلوب دفاعي أو إستراتجيات مواجهة التي تبدو مستقرة نسبيا والتي تحدد الإستجابات المعرفية ، السلوكية العاطفية والجسدية عند الضغط والصراع الداخلي

والخارجي(A. ribadier et l .varescon,2016, p.2). وفي الأخير اعتبرت هذه النظريات التكاملية أليات الدفاع و إستراتيجيات المواجهة كمفهومين مرتبطين غير قابل للتغير، ومتداخلة يصفان جانبان لتكيف الفرد مع الواقع (U kramer ,2005 , p.49) .

6- التكيف و المواجهة: أخذ مفهوم المواجهة أيضا مرجعيتها من نظريات التكيف وتطور النوع الذي ترى بأن الفرد يمتلك رصيد من الإستجابات وردود الأفعال (الفطرية و المكتسبة) مثل الهجوم و الهروب وغيرها .إذ تسمح له بالإستمرار والبقاء عندما يواجه مختلف التهديدات خاصة عندما يتعرض لموقف أو عدو خطير .

وحسب لازاروس وفولكمان (1984) التكيف هو مصطلح واسع يحوي معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضا. إذ أنه يمثل كردود أفعال العضويات الحية وتفاعلها مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك، أو الإنفعال ،أو الدافعية ،التحكم)

على النقيض فالمواجهة مفهوم محدود وخاص بفئة معينة من هذا التفاعل ورغم أنه يضم مختلف إستجابات التوافق عند الأفراد، إلا أنه يهتم إلا بردود الأفعال الخاصة بالإستجابة للمواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له، بينما يندرج تحت مفهوم التكيف ردود أفعال توافقية أتوماتيكية متكررة، في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية سلوكية شعورية متغيرة وثابة وأحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه (يوسفي،2016، ص.75) .

7- النماذج المفسرة للمواجهة:

7-1 النموذج التفاعلي للازاروس و فولكمان: جاء النموذج التفاعلي للازاروس وفولكمان كرد على النمودج التحليلي و أعتبرا هذا النموذج قاعدة إنطلقا منها ، مركزين بالبحث في الخصائص الفردية بعلاقتها مع الوضعيات الضاغطة . و تسمى أيضا بنظرية التعاملات التقييمية من أجل مواجهة الضغوط يتم تقييم الحدث الضاغط سواءا كان خارجيا أو داخليا وفق مرحلتين :

الأولى تشير إلى أن الموقف هو خطير أم لا وفي حالة التهديد والخطر ينتقل إلى المرحلة الثانية بحيث تكون للفرد القدرة على المواجهة بإستعمال إستراتيجيات حل المشكل أو استراتيجيات الإنفعال ، وبالتالي غياب الضغط. أما إذا لم تكن للفرد القدرة على إستعمال هذه الإستراتيجيات فإنه لن يتمكن من مواجهة الضغط، فيصبح الفرد في خطر بسبب تهديد و بقاء الضغط (معروف ،2014، ص.44) .

إن طريقة إدراك موقف الضغط والحلول الممكنة تحدد جزءا كبيرا من إستجابات الفرد للضغط وقد طور لازاروس و فولكمان (1966-1975) نموذجا يظهر فيه أهمية عملية التقييم الذي يجريه الفرد عندما يواجه موقفا ضاغطا.

فحسب هذا النموذج تمر عملية المواجهة بمراحل معرفية مختلفة كما جاء عن (لازاروس وفولكمان 1984، روزنمان وسيليجمان 1984 ، دوبين 1998 ، يخلف 2001) وأهمها مايلي:

1- **مرحلة الحدث الضاغط** : يواجه الإنسان في حياته اليومية مواقف وأحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها، وقد تنطوي على هذه المواقف والأحداث صعوبات صحية إذا تم إستعمال إستراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة لمواجهتها.

2- **مرحلة التقييم** : المواجهة إذا هي عملية مستدامة ومتغيرة حيث لا يمكن إختزالها إلى ظاهرة خطية من نوع مثير – إستجابة فهي تتكون من مجهودات معرفية، وسلوكية بإستمرار وتتحدد بناءا على تقيم الموضوع (الفرد) لعلاقته مع محيطه (بيئته).

التقييم هو عملية إدراكية مستمرة يقوم من خلالها الفرد بتقييم الوضعية الضاغطة (التقييم الأولي) ومصادره للتعامل مع هذه الضغوط ومواجهتها (التقييم الثانوي) وكل تعديل للعلاقة بين الفرد وبيئته قد يؤدي إلى إعادة تقييم الوضع و مصادر الفرد المتاحة . (Bruchon et schweitzer ,2001,p.71) .

فعليه فإن إستراتيجية المواجهة مرتبطة بالتقييم الذي يقوم به الفرد للحدث ومطابقة الحيل لكي يستجيب (Gora d rocha et al ,2014,p.51) .

2-1 التقييم الأولي : هو تقييم الوضعية المنفرة حيث يتساءل عن طبيعة ومعنى الموقف وما هو تأثيره عليه، طريقته في تقييم الوضع تعتمد على معارفه و إنفعالاته الخاصة، نفس الحدث يمكن تقيمه من قبل أشخاص بطرق مختلفة فيقيمه البعض على أنه فقدان (عاطفي ، مادي، جسدي) ويكون مصحوب بالحزن، العار أو الغضب ويمكن أن يقيم على أنه تهديد (خسارة محتملة) ويكون مصحوب بالحصر (القلق) والخوف ويمكن إعتباره هذا الأخير تحديا ويكون مصحوب بالإثارة ، والفخر، و السعادة.

2-2 التقييم الثانوي : الفرد إزاء هذا الوضع يتساءل ماذا بإمكانه فعله لمواجهة هذه الوضعية أو التعامل معها ؟ بأي مصدر وأي إستجابة يوظف؟ ومامدى فعالية هذه المحاولات؟

يمكن النظر في العديد منها ومقارنتها وإختيارها (البحث عن معلومة ، وضع مخطط عمل، التعبير عن الإنفعالات، طلب مساعدة أو نصيحة، تجنب المشكل ،الترويح عن النفس ،التقليل من الوضعية) .

من حيث المبدأ، يفكر الفرد في وجود مصادر كافية للسيطرة على الوضعية يستخدم إستراتيجيات بهدف مواجهتها وفي حال عدم القدرة على السيطرة على الوضعية يحاول الفرد تعديل نفسه فيدعمها بشكل فض للسيطرة على الوضعية (Bruchon et schweitzer ,2001,p.71) .

وتحدث عملية التقييم هذه كما يرى بيك (1976) بصورة تلقائية وألية ودائمة وسريعة، حتى أن الفرد لا يشعر بها أحيانا أي أنها عملية أوتوماتيكية تظهر على شكل عادة بعد فترة من الممارسة الحياتية (مزياني، 2007 ، ص.61) .

3- مرحلة المواجهة : في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى إستعمال إستراتيجيات معرفية أوسلوكية لمواجهة الموقف الضاغط.

4- مرحلة نتائج المواجهة : هنا تتحدد مدى تأثير إستراتيجيات المواجهة على كل من النشاط الإنفعالي ، والمعرفي ، و الفزيولوجي، والسلوكي وتتوقف إستجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في إستعمال إستراتيجيات مناسبة للتغلب عليه (مزياني،2007 ،ص.62) .

2-7 النموذج الحيواني: في النموذج الحيواني المواجهة تقتصر بالضرورة على الإستجابات السلوكية الفطرية والمكتسبة لتصدي لتهديدات الحيوية : المتمثلة في الهروب، التجنب أو الهجوم. تتحدد قيمة هذه السلوكات حسب الوضعية المثارة مثلا الفئران الموضوعة في قفص في جزئين منفصلين (الفئران الموضوعة في أحد الأجزاء تتعرض لصدمات والأخرى لا تتعرض لأي شيء ، تتعلم الفئران بسرعة الهروب للجزء الأخر بمجرد سماع الجرس الذي ينذر بصدمة أخرى). إن معيار فعالية المواجهة تكمن في تسيير الوضعية الضاغطة أو خفض النشاط النفسي الناتج عن تلك الوضعية

. (Bruchon et schweitzer ,2001,p.41)

أكد أروسين Ursin(1980) إن التعزيزات الإيجابية تساعد الحيوان وكذا الإنسان على تعلم كيفية التحكم في التوتر ، لكن نظرية الإنتقاء الطبيعي لم تتعمق في شرح مختلف الإستراتيجيات المستخدمة من قبل الفرد، حيث تقتصر على الإستجابات السلوكية المكتسبة والفطرية (ساعد ،2019، ص.144) .

هذا النموذج جعل الإنسان في منزلة الحيوان متناسيا في ذلك الجانب المعرفي وهي الملكات العقلية التي تميز الإنسان عن الحيوان فالسلوك البشري قبل أن يقوم بهذا السلوك فإن المعالجة المعرفية له تتم عبر

الدماغ الذي يعطي إشارات بتنفيذ السلوك بالإضافة إلى ذلك فمعظم السلوكات التي تبدر من الحيوان فهي فطرية أي خام .

7-3 النموذج التحليلي : يعتبر تفسير إستراتيجية المواجهة من قبل علماء التحليل النفسي ذو شقين هما:

7-3-1 نموذج أليات الأنا الدفاعية : في نموذج سيكولوجية الأنا تظهر المواجهة كدفاعات للأنا و هي تعني مجموعة من العمليات المعرفية اللاشعورية ، لخفض أو لإزالة كل ما له دخل في إحداث الضغط و التوتر ، وهي مختلف العمليات المعرفية موجهة لخفض الحصر الناتج عن حدث ما مثل الإنكار (bruchon et Schweitzer,2001,p.44) .

بداية من 1960-1970 بدأت البحوث المتعلقة بميكانزمات الدفاع النفسي في إستخدام مصطلح الكوبين للإشارة إلى الاليات الأكثر تكيفا (الإستعلاء ، الفكاهة) ففي عام (1965) إستعملت هان N Haan. المصطلح لوصف ميكانزمات الدفاع النفسي التي يمكن إعتبارها كمحاولة لترجمة مختلف الخصائص الإنفعالية ، والمعرفية ، والفيزيولوجية ، والسوكية التي تبرز خلال التفاعل بين الفرد والعامل الضاغط (ساعد ، 2019، ص.143) .

يفسر هذا النموذج إستجابة الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة بلجوءه إلى ميكانزمات الدفاع للتخفيض من التوتر .

7-3-2 سمات الشخصية : يعتبر مفهوم سمات الشخصية الشق الثاني لنموذج التحليلي لتحديد مفهوم الضغط وأليات مواجهته ، بحيث تعتبر بعض الخصائص المستقرة في الشخصية هي التي تحضر الفرد لمواجهة الضغط .

يسلك الفرد دائما من منطلق هذا التيار نفس الطريقة في التعامل ، أيا كان الحدث فيعتبر " التعامل في سياق نمطي ينفي جانب التجديد الذي يجعل الفرد يستقطب معطيات جديدة يدرجها في نظامه المعرفي ، وهذا من خلال إحتكاكه بالمحيط الخارجي . لهذا فتحديد التعامل كسمة من سمات الشخصية المستقرة ليست لها مصداقية وتعرضت لإنتقادات من طرف العديد من الباحثين منهم : فولكمان ، كوهن و لازاروس الذين بينوا أن قياس سمات الشخصية ضعيفة التنبؤ بإستراتيجيات التعامل كون إستراتيجيات التعامل ذات طابع حركي ، وتتأثر بالسياق الوضعي (قاجة و غربي ،2018 ، ص.273) .

تعد المواجهة حسب هذا النموذج عملية تفسيرية توضح سبب إختلاف الأفراد في نواتج الضغط ، مثلها تماما مثل السمات الشخصية المفسرة لما يصبح بعض الأفراد ضحايا للضغوط فيما يتمكن أخرون من مواجهتها (ساعد ،2019، ص.144) .

إن التفسيرات المقدمة من قبل النموذجين السابقين لم يستطيعا إعطاء صورة شاملة لسيرورات المواجهة والعوامل التي تؤثر فيها بإعتبار ألية حدوثها معقدة جدا .

خلاصة : إن الضغط النفسي الذي يتعرض له الأخصائي النفساني العيادي جراء عوامل عديدة منها المعوقات التي تعترضه في عمله والتي يمكن أن تعتبر من أهم الأسباب المؤدية للضغط وعلى المختص أن لا يبقى سلبيا إتجاه هذه التهديدات بل يجب عليه إستخدام تقنيات وأساليب بغرض التكيف ويتم ذلك من خلال إستراتيجيات المواجهة التي إختلف العلماء في إعطاء تعريف واضح لها منهم من عرفها كسمة أو كأسلوب والبعض الآخر عرفها وفق الموقف في حد ذاتها و آخرون إعتبروها كوظيفة ، فإنطلاقا لما تم عرضه في الفصل النظري يبدو جليا الدور الكبير الذي تلعبه إستراتيجيات المواجهة في التخفيف من حدة الضغوط المهنية على الصحة النفسية والجسمية ، من خلال إزالتها أو التقليص من حجم خطورتها .

الفصل الخامس

الأخصائي النفسي و الممارسة العيادية

- تمهيد
- لمحة تاريخية
- علم النفس العيادي وتعريفاته
- السمات الشخصية للأخصائي العيادي
- شخصية العيادي النفساني
- مجالات وميادين تدخل الأخصائي العيادي
- تصنيف ومهام الأخصائي النفساني العيادي للصحة العمومية في الجزائر
- إعداد المختص العيادي
- تعريف الممارسة العيادية
- جوانب الممارسة العيادية
- القواعد الأخلاقية المهنية للممارسة العيادية .
- معوقات الممارسة العيادية
- خلاصة الفصل .

تمهيد : يسعى علم النفس إلى مساعدة الأفراد على حل مشكلاتهم التي تعترضهم في شتى مجالات الحياة ، إذ أصبح من الضروري وجود تخصصات فرعية له ، حيث ظهر علم النفس العيادي كفرع ليختص بدراسة الإضطرابات النفسية وطرق علاجها للوصول بالمرضى إلى التكيف العام ، حيث تعتبر الممارسة العيادية الجانب التطبيقي لعلم النفس العيادي .

يؤدي المختص العيادي دور المنفذ للجانب النظري لهذا العلم ، إذ يسعى من خلال إعداده النظري والتطبيقي إلى القيام بمهامه على أكمل وجه وبكفاءة عالية .

يقوم المختص العيادي بعدة مهام و أدوار في ميادين عديدة إذ أصبح تواجده ضرورة حتمية في مجالات كثيرة كالتعليم ، الصحة ، الرياضة ، الأسرة وغيرها خاصة مع الأوضاع الصحية الراهنة. ففي إطار أداءه لعمله يواجه الأخصائي العيادي الممارس عدة عراقيل ومعوقات تحول دون أداءه الفعال ، و بإعتبار أن المختص العيادي يمتاز بسمة الحدس الإكلينيكي الذي يجعله يسير الظروف المحيطة به لإنجاح مهامه وتخطي الصعوبات التي يصادفها في حياته بصفة عامة وعمله بصفة خاصة وعليه يمكننا القول أن الممارسة العيادية تتأثر بالسمات العامة لشخصية الأخصائي العيادي ، في كيفية تعامله مع مفحوصيه وفي تسير الأوضاع المحيطة به متحليا في أداء مهامه بأخلاقيات المهنة كإحترام خصوصية مفحوصيه ، والسرية التامة وغيرها .

ستتطرق الباحثة في هذا الفصل إلى تعريف : الأخصائي العيادي ، الممارسة العيادية ، مهام ، مجالات ميادين تدخل الأخصائي العيادي ، جوانب الممارسة العيادية ، معوقاتها ، الأخلاقيات المهنية ، خلاصة الفصل.

1-لمحة تاريخية لتطور علم النفس الإكلينيكي : أول من إستخدم مفهوم علم النفس الإكلينيكي هو العالم وايتمر witmer (1986) للإشارة إلى إجراءات التقييم والتشخيص المتبعة على الأطفال المتخلفين عقليا والمعوقين بدنيا .

بدأ علم النفس الإكلينيكي في الواقع العملي في التاريخ المبكر لظهوره فقد عمل فرانز (1903) في معمل بمستشفى ماكلين لإجراء فحوص على المرضى الذهانيين من نزلاء المستشفى وقدم بحوثه حول العلاقة بين فيزيولوجيا الاعصاب وبين كل من مشكلات الإثارة والإنحباس ، وأجرى هذا العالم الإكلينيكي بحثا في وظائف المخ " الفص الجبهي وعلاقته بإنتاج وحفظ العادات الحسية الحركية "

أنشأت عام (1906) مؤسسة فيلاند لدراسة التخلف العقلي ، وفي عام (1907) تم تصميم أول أداة مقننة للفحص النفسي الإكلينيكي من قبل فرانز وبنفس العام أنشأت عيادة شيكاغو لإرشاد الطفل ، وفي عام (1912) تأسست أول مجلة في علم النفس الإكلينيكي سميت مجلة " العيادات الإكلينيكية " وإستمرت في الصدور حتى عام (1920) وفي عام (1917) تأسست الجمعية الأمريكية لعلماء النفس الإكلينيكي ، وبعد عامين بادرت جمعية علم النفس الأمريكية بإنشاء الشعبة الإكلينيكية المتخصصة في علم النفس الإكلينيكي بالجمعية ، كما تأسست عام (1932) جمعية السيكولوجين الإستشاريين التي أصدرت مجلة علم النفس الإستشاري سنة (1937) ، والتي كان أحد أهدافها الدفاع عن مصالح الأخصائي النفساني الإكلينيكي وغيره من الأخصائيين النفسيين التطبيقين (بلميهوب ،1994، ص.2) . في عام (1935) تم وضع المعايير العلمية للممارسة الإكلينيكية من قبل علماء الجمعية ، وبعدها بعام صدر أول كتاب دراسي في علم النفس الإكلينيكي قام بتأليفه "لوتيت" وفي عام (1947) أنشأ مجلس نفسي – مهني أطلق عليه مجلس الممتحنين الأمريكيين في علم النفس المهني للسماح بالمختصين في علم النفس بالممارسة الإكلينيكية (الخالدي ،2006، ص.21) . وفي عام (1955) ظهرت اللجنة المشتركة للصحة العقلية

حتى جاء عام (1963) دعت لإنشاء مراكز الصحة العقلية ونشرها داخل المجتمع نظرا لحاجته إليها وفي عام (1975) وضعت جمعية علم النفس القواعد الأساسية لتدريب المختصين في العلاج النفسي داخل المجتمع (نفس المرجع السابق ،2006، ص.23) .

2-تعريفات علم النفس العيادي : تعددت التعريفات بشأن علم النفس العيادي (الإكلينيكي) إذ يعد أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس، وقد إختلفت تعريفاته حسب توجهات العلماء وسنورد بعض منها فيما يلي :

يرى جودراد (1919) بأن علم النفس العيادي يجب أن يعنى بالفحص الشخصي للفرد الشاذ عقليا .

بيش(1925) "إن علم النفس الإكلينيكي هو علم مبني على الخبرة الإكلينيكية ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا إكلينيكيا نفسيا ما لم يكون له تدريب وخلفية طبية " (عسكر ،2004) .

ذهب "وايتمر" إلى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يدرس سلوك الفرد ، وعقله ، ونفسه "بالملاحظة والتجريب" ويتم نمو العقل والنفس بعلاجهما (عسكر ،2004) .

في نظر "بروتماكل" الدراسة يجب أن تدور حول أنماط السلوك المنتظمة فيما بينها وتطبيقها على الإنسان بعد تحليل إمكانياته ، وقدراته والإستفادة من كافة المؤثرات العلمية طبيا ،وإجتماعيا ، ونفسيا للوصول لسلوك الأكمل (عطوف ،1987، ص.64) .

حسب هادلي (1958) علم النفس الإكلينيكي هو علم يستخدم مبادئ علم النفس ومعلوماته في تقييم سلوك الفرد وفهمه ، وضع التوصيات والقيام بأنواع النشاط التي تؤدي إلى تعديل السلوك ، وكذلك إجراء البحوث التي تؤدي إلى تنظيم السلوك الفردي وتكيفه وإمكانية التنبؤ به (عطوف،1987، ص.67) .

عرفه روتر (1964) بأنه ميدان تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم بالتوافق النفسي للأفراد وهذا التوافق يتضمن مشكلات عدم الشعور بالسعادة مثل : مشاعر عدم الإرتياح ، أو الإحباط وعدم الملائمة ، أو القلق أو التوتر لدى الفرد ، كما يتضمن علاقة الفرد مع محيطه من عادات وأهداف (الخالدي ،2006، ص.23) .

عرفت لويس مليكة علم النفس العيادي بأنه ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها ،وهو علم ومهنة في آن واحد .

عرفه عطوف ياسين بأنه ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم إختلافا واضحا عن غيرهم من الناس، مما يدعو إلى إعتبارهم شواذ أو غير أسوياء لسبب أو لأخر بقصد مساعدتهم للتغلب على مشكلاتهم وتحقيق تكيف أفضل (شقير ، 2002، ص.15) .

تعرف الجمعية الأمريكية علم النفس العيادي (APA) يهدف علم النفس الإكلينيكي لتعريف الإمكانيات والخصائص السلوكية للفرد من خلال مناهج القياس والتحليل والملاحظة وغلى التكامل بين المعلومات المجمعة عن الفرد بإستخدام الفحوص الطبية والتاريخ الإجتماعي بحيث يدلي بإقتراحاته وتوصياته من أجل توافق ناجح للفرد (خليل ، 2004،ص.7) .

3- السمات الشخصية للأخصائي : حسب اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية فالسمات التي يجب أن تتوافر فيه هي :

1- الرغبة في مساعدة الأخرين مع إحترام حريتهم وإستقلاليتهم .

2- أن يتمتع الأخصائي العيادي بقدر عالي من الإستبصار حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياد في عمله.

3- أن يتمتع بصفة التسامح وإحترام وجهة نظر الأخرين (عطوف ، 1987، ص.75) .

4- أن يتمتع بقدر عالي من المرونة ، والقيادة، والإبداع ، والصبر، وحسن الإصغاء .

5- القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة .

6- الأصالة وسعة الحيلة مع حب الإستطلاع .

7- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة على الأخرين .

8- الإهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة (نفس المرجع السابق ، 1987، ص.77) .

وفي قائمة كارل روجرز لسمات الأخصائي الإرشادي : أورد خمس سمات يجب تواجدها في الأخصائي في الإرشاد النفسي :

- أن يكون الأخصائي شديد الحساسية للعلاقات الإجتماعية .
- إحترام كل إنسان بالإضافة إلى تقبله كما هو عليه ، مع ترك الحرية له ليجرب ما يراه من حلول
- أن يعرف نفسه ودوافعه ويدرك قصوره وعجزه الإنفعالي .
- أن يتصف بالروح الموضوعية والإتجاه الإنفعالي غير المتحيز .
- أن تكون لديه القدرة على فهم السلوك الإنساني (عسكر ،2004) .

- **سمات الأخصائيين العياديين العاملين بالمستشفيات** : من خلال الدراسة التتبعية التي أجراها أكيللي وكود بيرج على عينة 248 أخصائي إكلينيكي من العاملين في المستشفيات فتبين لهم بعض الخصائص منها:

1- تميز الإكلينيكيون العاملون بالبحث الأكادمي بمستوى الذكاء والإلمام النظري العلمي بميدان التخصص لكن نشاطاتهم الإجتماعية محدودة ، وتميزت طفولتهم ببعض الإضطرابات والصراعات ونشاطاتهم الرياضية محدودة وقدرتهم على القيادة أيضا محددودة ، يعانون من العزلة والوحدة ولكن يغلب عليهم حب الإستطلاع والتفوق الأكادمي طول فترات الدراسة .

2- أما طائفة الإكلينيكي العاملين بالإدارة والإشراف غلبت عليهم خصائص الإنبساط والمساهمات الرياضية المبكرة ، والقدرات القيادية وعادة ما ينجحون نجاحا لا بأس به ولكن درجاتهم على مقياس الذكاء كانت أكثر إنخفاظا من فريق الباحثين يغلب عليهم القدوم من أسر أكثر تدينا.

3- أما فئة المعالجين فقد جمعت خصائص موجودة في الطائفتين السابقتين ولو أن طفولتهم تشابهت مع طفولة العاملين بالبحث العلمي الأكاديمي من حيث تميزها بالصراعات، والتصدع الأسري وعالجت مشاعر النقص على أكثرهم من خلال فترة الدراسة (العبيدي ،2009، ص.17) .

4- شخصية العيادي النفساني : لأن في العمل العيادي يكون هناك جهاز نفسي في مواجهة الآخر لابد أن يتمتع العيادي بصفات خاصة كي لا يتأثر بمشاكل المفحوص ويؤثر فيه وهي:

1 -الكفاءة الشخصية والثقة بالنفس مع القدرة على إتخاذ القرارات الملائمة في المواقف الغامضة لأن العمل في هذا الميدان يجعل المختص يواجه مشكلات يومية تحتاج منه الدقة والمهارة ، وإلا فقد يلحق الضرر بالمفحوص وبالمهنة.

2- القدرة على تطوير العلاقات الإنسانية المهنية لمرضاه في نفس مشكلة المريض أي يجب تكوين علاقات دافئة تختلف هنا على العطف بل التعاطف في الإصغاء وتشجيعه على الحديث دون نقد أو حكم مسبق، ويمكن للأخصائي تنمية خاصية الإصغاء والمشاركة، وذلك بالإصغاء المتعمد للناس الذين تشعر بأنك لا تقبلهم، والإطلاع على الحالات الإكلينيكية والسير الذاتية.

3- إدراك المريض في إطار إجتماعي والمعالج الجيد هو الذي يدرك ذلك ويعي الظروف الإجتماعية والبيئة المحيطة به (نفس المرجع السابق ، 2009، ص . 18).

4- التدرب على كيفية التعامل مع الإدارة والمؤسسات على إعتبار أن الأخصائي العيادي يعمل في العيادات ، والمؤسسات النفسية، والمستشفيات ، والجامعات، والإدارات المختلفة.

5- تحقيق التوازن بين حاجاته للإنغماس أو الإبتعاد عن العمل (العبيدي ،2009 ، ص.19) .

حسب (bric 2006) من خلال بناءه المعرفي والنفسي وفهمه للواقع هو مجمل إدراكاته لعمله السيكولوجي يبرمج المختص النفساني إنفعالاته وأحاسيسه لمختلف نشاطاته المهنية نجد أن هناك عوامل متعددة في تشكيل وتوجيه الحياة المهنية لهذا المختص حيث يعتمد مستوى سلوك الفرد على تصوراته لعمله من خلال القيم الإجتماعية والإقتصادية للعمل ، ومدى إلتزامه النفسي بهذا العمل (دحو و بن قويدر، 2017 ، ص.229) .

5- مجالات عمل الأخصائي : وعلى حسب شاكو يوجد أربع مجالات إهتمام لعمل الأخصائي الإكلينيكي:

1- قد ينتظم مجال إهتمام السيكولوجي حول الإتجاه الديناميكي في دراسة الشخصية هذا ما يتطلب منه بصيرة كافية بالطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي ، والتحليل النفسي . عليه أن يتخذ من دراسة حالة

الفرد موضوع التشخيص والعلاج وسيلة يستعين بها للوصول إلى تعميمات من فئات الناس والعوامل المؤدية إلى السواء و الإنحراف (شقير ، 2002 ، ص.28) .

2- قد ينتظم إهتمام السيكولوجي الإكلينيكي حول إستخدام الإختبارات النفسية والعقلية للكشف عن بناء الشخصية وتركيبها ، وقدراتها ، وإهتماماتها ، وميولها، وقيمها .

3- إحتمال إنتظام عمل السيكولوجي الإكلينيكي في الحصول على مساعدة المريض نفسيا أو سلوكيا سواء في مرحلة التشخيص أو في مرحلة تقديم العلاج اللازم ، حيث تتطلب الحالة بعض أساليب الإرشاد النفسي (نفس المرجع السابق ،2002، ص.29) .

يسمي شاكو هذا بالإتجاه التجريبي لسيكولوجي الإكلينيكي بحيث يحاول الوقوف على الخصائص النفسية وسمات شخصية الفرد ، والديناميات المختلفة التي تنتظم فيها شخصيته. ويعتقد شاكو أن كل هذه الإتجاهات ذات أهمية تتطلب مراعاتها في تدريب السيكولوجي العيادي (عطوف ،1987، ص.95) .

6- ميادين تدخل الأخصائي النفساني العيادي : يرى أرموند تواتي (1993) بأن كلمة عيادي لا ينبغي أن تكون محصورة في التطبيقات الذاتية المشتركة في مجال الصحة ، أي أنه لا ينبغي أن تكون محصورة في ميدان معين بل تتعدى ذلك إلى التناول العيادي للمؤسسة ، بالإضافة إلى أهمية الإبداع في هذا المجال.

يتدخل الأخصائيون النفسانيون العياديون في مختلف الميادين في : ميدان الصحة ، الميدان الطبي الاجتماعي ، الميدان القضائي ، الميدان التربوي ، الميدان المهني ، ميدان البحث وغيرها، ويكونون في إتصال مع مختلف أفراد المجتمع (أطفال ، مراهقين، راشدين ، الأشخاص المسنين ، البطالين وغيرهم) وهم يواجهون مشكلات متعددة (كالإعاقة، الأمراض العقلية أو الجسدية ، مواقف صدمية ، مشكلة

الإدمان ، الإنهاك المهني) .فالنفسانيون العياديون ياخذون بعين الإعتبار كل أشكال المعاناة النفسية وحسب مكان ممارستهم فإن تطبيقاتهم تكون جد متنوعة عن (حافري و بومعزة ،2019، ص.18).

7- تصنيف ومهام الأخصائي النفساني العيادي للصحة العمومية في الجزائر : يشتمل سلك الإختصاصيين في علم النفس العيادي على رتبتين:

- رتبة إختصاصي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

- رتبة إختصاصي رئيسي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

وفقا للمادة 18 للمرسوم التنفيذي رقم 91- 111 المؤرخ في 27 أفريل 1991 يكلف الأخصائيون النفسانيين العياديون للصحة العمومية وتحت وصاية مسؤوليهم بتنفيذ المهام التالية : الفحوصات النفسية ، الميزانيات النفسية ، التشخيص والتنبؤ النفساني ، المساعدة النفسية (إرشاد ، توجيه ، المرافقة النفسية للأفراد الذين يعانون من أمراض خطيرة ، التحضير النفساني للتدخل الجراحي وغيرها) (الجريدة الرسمية ،2009، ص.21) .

• وتشير المادة 19 من نفس المرسوم التنفيذي إلى تطبيق التقنيات العلاجية المتخصصة ، أما العمل المؤسساتي يتمثل في تكوين الطاقم الطبي والشبه الطبي فيما يخص الجانب العلائقي مع المريض ، تطبيق بعض العلاجات النفسية كالعلاج الإسنادي ، العلاجات السلوكية كالإسترخاء والفك الإشراطي للألم ، العلاجات الخاصة بالرضع والأطفال وتسيير العلاقات الإنسانية والعلاج الجماعي (ديناميكيات الجماعة ، والسيكودراما) والمشاركة في تكوين الأخصائيين النفسانيين (نفس المرجع السابق ، 2009، ص.21).

•حسب المادة 18 للمرسوم التنفيذي رقم 09- 240 المؤرخ في 22 جويلية 2009 يكلف النفسانيون العياديون للصحة العمومية بالمهام التالية : تصور المناهج وتطبيق التقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات إختصاصاتهم ، المساهمة في تحديد وتبيان وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات والمساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية لاسيما الإختبارات والتحاليل والتشخيص والتنبؤات النفسية، المشاركة في أعمال التكوين وتأطير الطلبة ومهني الصحة في مجالات إختصاصاتهم.

• وتشير المادة 18 من نفس المرسوم التنفيذي زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين للصحة العمومية ، يكلف النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية بضمان التأطير التقني لنشاطات النفسانيين العياديين الذين يتم تعيينهم في مجموعة من هياكل الصحة ، ويكلفون بهذه الصفة لا سيما بما يأتي : إنجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة ،القيام بالخبرة النفسية ، تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق . المشاركة في التقييم والبحث في مجالات إختصاصاتهم (الجريدة الرسمية ،2009، ص.21).

• أما المادة 20 تشير إلى أن زيادة على المهام المسندة للنفسانيين العياديين الرئيسيين للصحة العمومية يكلف العياديون النفسانيون الممتازون للصحة العمومية بما يأتي : إدارة أشغال البحث والقيام بالتحقيقات في مجالات إختصاصاتهم ، تحديد الإحتياجات النفسانية الجديدة للمرضى ، دراسة وإقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسية للمرضى ، دراسة بواسطة مسعى مهني خاص بالعلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية والسلوكيات الفردية والجماعية قصد ترقية إستقلالية الشخص (الجريدة الرسمية ،2009، ص.22) .

8- إعداد المختص العيادي: يحتاج المختص النفسي العيادي إلى إعداد مكثف لكي يستطيع مجابهة أعباء مهنته، وممارستها بكل إحترافية وموضوعية . لذلك وجب أن يشتمل تكوينه على تحصين معرفي

وهذا من الجانب النظري (إكتساب المعارف العلمية المتخصصة) وأن يخضع لتدريب على الممارسة العيادية من الجانب التطبيقي(التدريب على الممارسة الميدانية).

- **الإعداد النظري** : ويتطلب إحاطته بكل فروع علم النفس مثل :

-علم النفس النمو لأهميته في خصائص المراحل العمرية المختلفة.

-علم النفس الاجتماعي لأن عمل المختص النفسي سيكون دائما في نطاق التفاعل المستمر مع الأخرين.

-علم الإحصاء والقياس لأنه من صلب العمل التشخيصي.

-علم النفس الفيزيولوجي وعلم الأعصاب لما لهما من تأثيرات مباشرة في فهم الأعراض المرضية.

-علم النفس المرضي للتعرف على الإضطرابات النفسية وغيرها من الفروع.

الإعداد النظري للمختص العيادي لا يخول له العمل ما لم يعزز معارف النظرية المكتسبة بخضوع لتربصات وتدريبات ميدانية تسمح له بالممارسة العيادية ففي دراسة لبول ديفارج (1982) حول "ملائمة التكوين العيادي للسياق الثقافي الجزائري " أجراها على طلبة علم النفس العيادي بجامعة منتوري بقسنطينة ومن النتائج التي توصل إليها : أن صورة الأخصائي العيادي في الجزائر تقترن بصورة " المرابط " ، " المنجم" و أن معظم المتخرجين من معهد علم النفس لا يشعرون بأنهم مستعدون للعمل مباشرة في مجالهم ، بل الأخطر من ذلك أنهم يختبرون مشاعر عدم الفعالية " لا نعرف ماذا نفعل ؟ لا نعرفوا أي شيء ؟ كما أظهروا خيبة أمل كبيرة بالنسبة لما كانوا ينتظرون (منصوري ، 2016، ص.212) .

- **الإعداد التطبيقي :** ويتضمن التدريب الميداني تحت إشراف مختصين ، حيث يتخذ العمل عادة فكرة الفريق النفسي المؤلف من المختص النفسي ، والطبيب ، والأخصائي الاجتماعي، والمرشد ، والمدرس وغيرهم ممن يساهمون في عملية التشخيص والإرشاد والعلاج (غريب وسايحي ،2010، ص.246) .

كما يعتبر المختص النفسي باحث وممارس في نفس الوقت وهذا يعني أن يكون له أساس من المعرفة والتدريب، ففي فقرة الإعداد والتدريب يجمع الترابط بين الإعداد الأكاديمي والتدريب النفسي في برنامج متكامل (غريب و سايحي،2010، ص. 247) .

من أهم الصعوبات التي تواجه المختص النفساني الممارس هي الهوة بين التكوين النظري والتطبيقي ، حيث يتوجه إلى الميدان مدعما بمكتسبات نظرية تفي بفهم الإضطرابات النفسية ، لكنه يفتقر للمهارة والكفاءة التطبيقية التي توسع الهوة بين الإعداد النظري والتطبيقي الأمر الذي يحول بينه وبين نجاحه في مهنته.

في دراسة الصغير و أخرون (2010) حول " واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر والتي أجريت في ست ولايات من الشرق الجزائري على عينة قوامها 35 أخصائيا ، أن واقع الممارسة اليومية للأخصائي النفسي يعكس عدم فعاليتة وغموض دوره سواء بالنسبة له أو للاخرين وترجع هذه النتائج إلى وجود هوة بين التكوين النظري والميداني، وإلى غموض في فهم دور المختص النفساني وعدم وعي المجتمع بوظيفته عن (منصوري ،2016، ص.214) .

9- الممارسة العيادية :هي إعطاء صورة متكاملة ما أمكن عن المفحوص ووضعه إنطلاقا من إطار إجتماعي معين ، وفي تجربة تاريخية يشكلان شرطه الإنساني ويحددان هويته (غريب و سايحي،2010.ص.244) .

للممارسة النفسية خصائصها الفريدة التي تميزها عن أي ممارسة أخرى ، إنها مهنة محايدة ولا يمكن أن تمارس بموضوعية كلية وتجرد الفاحص الكامل من ذاتيته . فممارسة المختص تتعامل مع أشد الجوانب حساسية للوجود الإنساني ،أي الحياة الحميمية للحالات التي يدرسونها ونتائجها قد يكون لها تأثير على التشخيص أو العلاج .

9-1 جوانب الممارسة العيادية : يقوم المختص العيادي أثناء ممارسته العيادية بعدة أدوار تمس عدة جوانب وموجهة لفئات كثيرة ومتنوعة:

1- **التشخيص**: وهو تقويم خصائص شخصية الفرد من قدرات وإستعدادات ، وإنجازات، وميول والتي تساعده في فهم مشكلاته أي أن التشخيص يتطلب بعد جمع المعلومات المتاحة من وسائل ومصادر مختلفة يتطلب تحليلها ، وتنظيمها، والتنسيق بينها بقصد التخطيط للعمل اللاحق وهو الإرشاد .

في هذه المرحلة يستخدم المختص عدد من الإختبارات الملائمة لأغراضه بجانب عدد آخر من الوسائل مثل : المقابلة ، الملاحظة ، دراسة الحالة.

تتلخص خطوات التشخيص فيما يلي :

- مرحلة الإعداد
- مرحلة التزود بالمعلومات .
- مرحلة معالجة المعلومات .

- مرحلة إتخاذ القرار.

2- البحث : إن القيام بالبحوث يعتبر من الوظائف الهامة التي يجب أن يقوم بها المختص النفسي ويحدد ماكسي نمطين من البحوث ذات الطابع العيادي وهي :

- التحقق من الفروض التي توضح طبيعة الإضطرابات النفسية في مختلف الفئات المرضية .
- التفحص والتدقيق العملي في دراسة أسباب الإضطرابات النفسية.

3- الإستشارة النفسية : التي يكون هدفها إعطاء النصح وتقديم المشورة فيما يخص الجوانب النفسية للحالة ، وقد تشتمل هذه الوظيفة أن يقوم المختص نفسه بإجراء عمليات التشخيص والإرشاد والعلاج أو يقتصر على إعطاء النصح للعاملين الأقل تدريبا بخصوص المناهج العلاجية التي تصلح العميل (غريب و سايحي، 2010.ص.249) .

4- العمل الوقائي : أكدت منظمة الصحة العالمية على الدور الفعال الذي يلعبه المختص العيادي في العمل الوقائي من الإضطرابات النفسية ، وذلك من خلال تعديل البيئة لتقليل الإصابة النفسية وإكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للإصابة بالإضطرابات وعلاج المصابين ، مع توخي الحذر من الإنتكاسة (نفس المرجع السابق ،2010،ص.249) .

2-9 القواعد الأخلاقية للممارسة المهنية : للتغلب على الصعوبات التي يواجهها المختص لابد من تماسك بين الخطوات التقنية للممارسة العيادية، والقواعد الأخلاقية التي يجب أن تحكم الظروف الملائمة لإجراء هذه الممارسة للإحاطة بالمفحوص ومصالحه للإرتقاء بممارسته والوصول بها إلى الفعالية المبتغاة ، إلا أن الضمانة الحقيقية للطرفين وراء إمتلاك التقنيات والتمرس بطبيعة و أدوات الإجراءات في

مختلف الخطوات ، تكمن في معرفة مزدوجة بالقواعد المهنية والخلقية للممارسة العيادية ، والوعي بالإشكاليات العقائدية (غريب وسايحي ،2010، ص.241) .

يمكن تقسيم القواعد الأخلاقية إلى قسمين :

- الأولى متعلقة بالإلتزامات إتجاه الممارسة العيادية تتمثل في:

– إحترام الممارسة النفسانية بالإمتناع عن الإقدام على أي شكل من أشكال الفحص والتشخيص خارج الإطار المهني.

– الإعداد الذاتي ومعرفة الحدود الذاتية أي على الممارس أن لا ينخرط في الممارسة إذا لم يعد لها نظريا وتطبيقيا بالشكل الكاف.

– التنبه للمحاذر الإيديولوجية العقائدية فعلى الممارس العيادي أن يحذر من تحوله على أداة لخدمة أغراض السلطة على حساب المفحوص فمهمته كأخصائي هي المحافظة على توازن المفحوص ومساعدته على النمو و الإختيار المستقل.

– السر المهني فالمختص العيادي الممارس ملزم بالحفاظ على أسرار المفحوص ولو كان يعمل لصالح مؤسسة ما.

– الحذر من إستخدام النفوذ أو السلطة فلابد للممارس النفسي أن يمتنع عن إستغلال ممارسته في الحصول على مصالحه الشخصية تخرج عن إطار العلاقة المهنية (نفس المرجع السابق ، 2010، ص.250) .

- ثانيا إلتزامات إتجاه المفحوص وهي كالتالي:

– الحفاظ على توازن المفحوص ومصالحه أي أن أي إجراء يجب أن يظل ضمن حدود المحافظة على التوازن النفسي لذلك المفحوص.

- الحياد والموضوعية فعلى الممارس العيادي أن يحافظ على حالة وسط من التفاعل العاطفي بينه وبين المفحوص ، فالتعاطف الوجداني لابد أن يكون في حدود ما يسمح له بتفهم المفحوص وكسب ثقته فيه (غريب وسايحي،2010 ، ص. 251) .

- الإنتباه العائم بإعطاء أهمية متساوية لكل الظواهر مهما بدت تافهة أي النظرة الشاملة للمفحوص.

- عدم إطلاق أحكام مسبقة وتجنب السطحية والتسرع في إطلاق الأحكام إنطلاقا من أعراض ومؤشرات سطحية (غريب و سايحي ، 2010، ص.153) .

9-3 معوقات الممارسة النفسانية العيادية : المقصود بمعوقات الممارسة هي مختلف العوائق التي يتلقاها الاخصائيين النفسانيين العياديين ففي دراسة لتاوريريت (2010) حول " تبيان صعوبات الممارسة السيكولوجية في ولاية بسكرة " فقد خلصت إلى وجود مجموعة من المعوقات التي تواجه الأخصائي النفسي تتمثل في المعوقات الشخصية ، معوقات خاصة بالتكوين ، معوقات خاصة بالوظيفة ومحيط العمل ، معوقات خاصة بالعلاقة مع الزملاء من باقي التخصصات ، إلى جانب هذه المعوقات فإن غياب الإتصال بالأخصائيين السيكولوجيين و إنعدام الملتقيات العلمية والدورات التدريبية هي الأخرى تؤثر سلبا على الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفسي (منصوي ،2016، ص.213) .

حيث تتمثل هذه المعوقات فيما يلي :

- **معوقات الممارسة النفسية التي مصدرها تكوين الأخصائي النفساني:** وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بتكوين الأكاديمي ، وأخرى متعلقة بالتكوين أثناء الخدمة.

- –**معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بثقافة المجتمع:** والمقصود بها هي نظرة أفراد المجتمع إلى مهنة المختص العيادي ، وتتحدد إجرائيا في معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمكانة الأخصائي النفسي بالنسبة للمفحوص ومعوقات متعلقة بمكانة المختص النفسي بالنسبة لأسر المفحوص.
- **معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بمهام المختص النفسي:** هي المعوقات التي تتعلق بالمهام والأدوار التي يؤديها المختص النفسي وحددها إجرائيا كل من زهار جمال وترزولت بمعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالمهام الرسمية للمختص النفسي ومهام متعلقة بالمهام التنظيمية.
- **معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالإمكانيات :** والمقصود بها هي الإمكانيات المادية التي يجب أن تتوفر للمختص النفسي من إختبارات ومكتب مجهز بالوسائل التي تلزمه في العلاج . وقد حددها إجرائيا زهار جمال وترزولت حورية بالمعوقات التي تتعلق بالإمكانيات المادية للأخصائي العيادي ومعوقات تتعلق بالشق المالي التي توفر للمختص النفسي.
- **معوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية :** هي معوقات تمس الجانب العلائقي مع الفريق الطبي من أطباء ممرضين ومشرفين وإداريين فيعد أكبر عائق يواجهه المختص النفسي خاصة في المستشفيات هو عدم إحترام مهنة الاخصائي من قبل أعضاء الفريق الطبي ضف إلى ذلك إستقطاع مهامه وهذا وبحكم انني مارست المهنة في إحدى المستشفيات فلقد لاحظت هذا الشيء وتكرر مرارا. حدداها إجرائيا زهار جمال وترزولت بالمعوقات الممارسة النفسية المتعلقة بالعلاقات المهنية للأخصائي النفسي مع الفريق الطبي / ومعوقات أخرى تمس العلاقات المهنية التي تربط الاخصائي النفسي مع الفريق الإداري (زهار و ترزولت ،2015، ص.103) .

وفي دراسة لدبراسو (2010) بعنوان معوقات الممارسة النفسية بالجزائر وإعتبرت أن مصادر الضغط النفسي المهني للمختص العيادي تتلخص فيما يلي :

1- صعوبات مهنية تتمثل في : صعوبة التشخيص ويرجع الأمر إلى نقص الخبرة في التعامل مع الحالات وتعقيدها أو عدم توفر المهارات لدى المختص العيادي أو عدم تفهم العميل لتوجيهاته، وإخفاء معلومات مهمة عن الأخصائي لعدم ثقته فيه .

2- صعوبة في العلاج : قد يرفض العميل بعض التقنيات العلاجية التي يستعملها الممارس السيكولوجي كعلاج الأزواج ، العلاج الجماعي ، وهذا لعدم وجود ثقافة نفسية أو لعدم تناسبها مع الحالات.

3- صعوبات إجتماعية : النظرة السلبية لمهنة الأخصائي النفساني في المجتمع والتي مازالت غامضة وغالبا ما تقترن بصورة المرابط أو المنجم .

4- صعوبات على المستوى الشخصي : الإحباطات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي عند فشله في التشخيص والعلاج، تدني صورة الذات لديه وذلك بسبب نظرة المجتمع السلبية له ، وبالتالي عدم التعاون لتسهيل مهمة العلاج ، الصعوبة في تحديد هويته المهنية لتدخل البعض في طرق العلاج وعدم إحترام خصوصية هذه المهنة الإنسانية (عراقيل إدارية ، عدم تفهم المدير ، الزملاء في العمل ...) (زهار و تزرولت ،2015، ص.105) .

خلاصة : من خلال ما تم عرضه يتضح لنا أن للممارسة النفسية خصائصها الفريدة التي تميزها عن أي ممارسة أخرى فهي مهنة نبيلة تحكمها قوانين وأخلاقيات معنوية ، فالمختص العيادي الممارس يتعامل مع أشد الجوانب حساسية للوجود الإنساني وهي الحياة الحميمية للمفحوصين التي يدرسونها ونتائجها قد يكون لها تأثير على معاشه النفسي، فتحي فيه أمور كانت مكبوتة في جانبه اللاشعوري ، مما قد يشكل له ضغوط بالإضافة إلى مصادر أخرى للضغوط تؤدي به للإصابة بالإجهاد المهني الذي يترك تبيعاته على الصحة النفسية والجسدية للمختص العيادي من جهة وعلى كفاءته المهنية من جهة أخرى ، إذا فشل في التعامل بفعالية معها ، وتسييرها .

الفصل السادس

الإجراءات المنـهجية

- **تمـهيد**
- **الدراسة الإستطلاعية:**

- منـهج الدراسة الميدانية
- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية
- صدق وثبات أدوات القياس
- عينة البحث
- خصائص عينة البحث
- التعريف بالمقاييس وكيفية تطبيقها
- الاساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد : إعتمدت الباحثة في جمع المعطيات على المقاييس والإستبيانات ولكن كخطوة تسبق ذلك لابد من التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث لها من صدقها وثباتها ، بالإضافة إلى التأكد من ملائمة المنهج وتوافقه مع نوع بحثنا . حيث أوردنا في هذا الفصل الذي سمي بفصل الإجراءات المنهجية ضم منهج الدراسة ، مكان وزمان إجراء البحث ، عينة الدراسة الإستطلاعية ، أدوات القياس صدقها و ثباتها، عينة البحث ، خصائصها ، التعريف بالمقاييس وكيفية تطبيقها ،الأساليب الإحصائية .

1- منهج البحث : تم الإعتماد على المنهج الوصفي التحليلي ، على إعتبار أن موضوع البحث هو عبارة عن دراسة الفروق بين متغيرات الدراسة وبالتالي فإن الوصف و التحليل هو أنسب منهج لمثل هذا النوع من البحوث.

2- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية: في ظل الظروف الصحية وإنتشار الرهيب لجائحة كورونا الذي ميز السنتين الأخيرتين تعذر علينا التنقل لإجراء التربص الميداني رغم أننا إنطلقنا في التربص وكان ذلك في مستشفى الأخضرية لكن فرض الحجر الصحي أرغمنا على إستعمال التكنولوجيا ومواصلة العمل بإرسال المقاييس عبر البريد الإلكتروني .أما عن الفترة فهي من 13 مارس 2020 إلى غاية 20 ديسمبر 2020. وكانت الدراسة موجهة لأخصائيين عيادين ممارسين في القطاعين العام والخاص للولايات التالية : الجزائر العاصمة ، البويرة ، الوادي ، جيجل ، تيزي وزو ، بوسعادة ، مستغانم ، سعيدة.

3- عينة الدراسة الإستطلاعية :

3-1- نوع القطاع الصحي: تكونت الدراسة الإستطلاعية من 30 أخصائي نفسي ممارس منهم 20 اخصائي في القطاع الصحي العام و 10 أخصائيين في القطاع الصحي الخاص، ويمكننا من خلال الجدول توضيح ذلك أكثر:

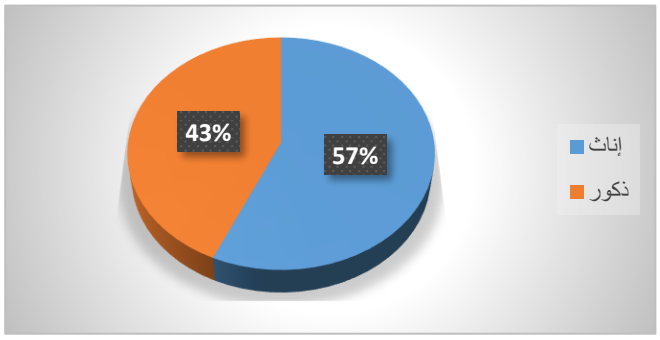
الجدول رقم(4) يبين توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب نوع القطاع .

نوع القطاع	التكرارات	النسبة
القطاع العام	20	%66.66
القطاع الخاص	10	%34.34

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاع العام أكبر من نسبة الأخصائيين الممارسين في القطاع الخاص.

3-2 الجنس: تتكون عينة الدراسة من13 أخصائي من جنس الذكور و 17 أخصائي من جنس الإناث ومن خلال الجدول والأشكال يمكننا التوضيح أكثر.

الشكل البياني (3) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الجنس.



الشكل البياني رقم (3) يوضح أن نسبة الإخصائيات العياديات الممارسات (الإناث) أكبر من نسبة الأخصائيين العياديين الممارسين(ذكور).

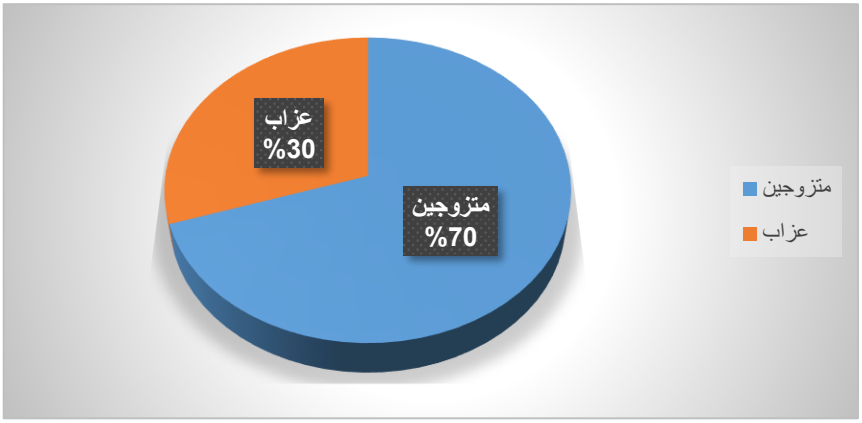
3-3 الحالة العائلية : تتكون عينة الدراسة من 21 أخصائي عيادي ممارس متزوجين ، في حين كان عدد الأخصائيين العياديين الممارسين العزاب 9. والجدول والشكل يوضح أكثر :

جدول (5) : توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الحالة العائلية.

الحالة العائلية	التكرارات	النسبة
متزوجين	**21**	**%70**
عزاب	**9**	**%30**

تتكون عينة الدراسة من 21 متزوجين و 9 عزاب ، نلاحظ من خلال الجدول رقم (5) أن نسبة المتزوجين المقدرة ب70 % أكبر من نسبة العزاب والتي قدرت ب30 % .

الشكل البياني (4) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الحالة العائلية.



يتضح لنا من خلال الشكل البياني رقم (4) أن عينة الدراسة الإستطلاعية تنقسم إلى قسمين قسم يتعلق بالأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين والتي مثلت أكبر نسبة ، في حين القسم الثاني فكانت للأخصائيين العياديين الممارسيين العزاب بنسبة أقل حيث بلغت 30%.

3-4 الأقدمية المهنية : تكونت عينة الدراسة حسب الخبرة المهنية من 17 أخصائي عيادي ممارس ذوي الخبرة التي تقل عن 10 سنوات ، في حين 13 أخصائي عيادي ذوي الخبرة التي توق 10 سنوات.

جدول(6) : توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الأقدمية المهنية.

الأقدمية المهنية	التكرارات	النسبة
أقل من 10سنوات	17	%56.66
أكثر من 10سنوات	13	%43.33

تتكون عينة الدراسة الإستطلاعية من 17 أخصائي عيادي ممن تقل خبرتهم عن 10 سنوات ، أي ما نسبته 57%، في حين عدد الأخصائيين العياديين الذين تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فكان 13 أي بنسبة 43%.

4- الدراسة السايكومترية (الصدق والثبات) لأدوات القياس:

إستخدمت الباحثة ثلاثة مقاييس في الدراسة الإستطلاعية وهي مرتبة كالتالي : مقياس الصحة النفسية للأخصائين النفسانيين الممارسين الذي قامت هي ببناءه، مقياس كراساك للضغط المهني ، وقائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة ciss. ولقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس الثلاثة .

4-1 -1 صدق وثبات مقياس الصحة النفسية للأخصائيين العياديين الممارسين :

بعد توزيع المقياس على عينة الدراسة الإستطلاعية و بعد إستعادة النسخ قمنا بحساب الصدق والثبات بعدة طرق وهي :

❖ **صدق المحكمين** : تم حساب صدق المحكمين بإستعمال معادلة كوبر وتم التوصل إلى أن متوسط نسبة الاتفاق على صدق المقياس هي من 95.5% وهي نسبة عالية تدل على صدق المقياس.

❖ **الصدق الذاتي:** يمثل الصدق الذاتي العلاقة بين الصدق والثبات ويعبر عما يحتوي الإختبار حقيقة من القدرة التي يقيسها خالية من أي أخطاء أو شوائب أي مدى تمتع هذا الإختبار بما يقيسه فعلا من قدرة وهو الحد الأقصى لمعامل صدقه.

جذر معامل الثبات = معامل الصدق الذاتي

وبحساب جذر معامل الإرتباط الذي تم حسابه بمعامل ألفا كرونباخ حيث قدر ب0.86 وبالتالي النتيجة بعد تجذيرها هي 0.92 حصلنا على الصدق الذاتي والقيمة كانت عالية.

❖ **صدق الإتساق الداخلي** : تم حساب هذا الصدق بإستعمال معامل الإرتباط بيرسون وكان إرتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول :

جدول (7) : صدق المقياس بواسطة معامل الإرتباط بيرسون.

البعد	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة	حجم العينة
الشخصي	**0.86**	**0.01**	**30**
الاجتماعي	**.092**	**0.01**	**30**
المهني	**0.73**	**0.01**	**30**

من خلال الجدول رقم (7) يتضح لنا أن نسبة الصدق كانت محصورة بين 0.73 و0.92 وهي نسبة عالية تنم على صدق المرتفع للمقياس .

❖ **الصدق التمييزي** : ويقصد به (عن إخلاص محمد عبد الحفيظ ومصطفى حسين باهي،2000) قدرة الإختيار على التمييز بين الأفراد الذين يتمتعون بدرجة مرتفعة من الصفة أو السمة وبين من يتمتعون بدرجة منخفضة من نفس السمة.

الجدول (8) :يوضح نتائج المقارنة الطرفية لصدق التمييزي لمقياس الصحة النفسية.

القيم	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	ت " المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة الدنيا	9	113.48	3.866	0.78	16	0.01 قيمة "ت" دالة إحصائيا
الفئة العليا	9	143.33	5.831			

يتضح من خلال الجدول (8) أن المتوسط الحسابي للفئة الدنيا بلغ 113.48 بإنحراف معياري 3.866 ، بينما بلغ متوسط الحسابي للفئة العليا 143.33 بإنحراف معياري 5.831 وبحساب درجة الحرية التي بلغت 16 وقيمة "ت" المحسوبة التي بلغت 0.78 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه يمكننا القول أن المقياس لديه القدرة التمييزية بين المستوى المرتفع والمنخفض للصحة النفسية.

4-1-2 ثبات المقياس : قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقتين هما:

- **التجزئة النصفية** : حيث قمنا بتجزئة المقياس إلى صورتين متكافئتين من 1-34، ومن35 -68 حصلنا على ثبات نصف المقياس المقدرة ب 0.698 ولضمان التأكد أكثر من ثبات المقياس قمنا بحسابه من خلال معامل الإرتباط سبيرمان براون وقدرت النتيجة ب0.82 عند مستوى الدلالة0.01، وجاء معامل قوتمان لتجزئة النصفية ب 0.80 وهذا يدل على نسبة الثبات العالية.

❖ **معامل ألفاكرونباخ :** قمنا بحساب الثبات بإستخدام معامل ألفاكرونباخ وهذه الخطوة كان الغرض منها التأكد من ثبات المقياس وكانت النتيجة 0.86 ، وهي نتيجة مرتفعة الأمر الذي جعلنا نستخدمه في بحثنا .

4-2-1 صدق وثبات إستبيان كراساك : تم التحقق من صدق وثبات إستبيان كراساك من خلال العديد من الدراسات الوبائية (kristensen 1995) ، سومر 2002 من خلال دراسته لتحقق من الخصائص السيكومترية حيث تم التأكد من صدق المقياس بعدة طرق الصدق المعياري التنبؤي فقد أظهرت النتائج القدرة التنبؤية لإستبيان كراساك على أمراض القلب والأوعية الدموية والضيق النفسي(الحصر).

جدول(9) معاملات إرتباط النسخة الفرنسية(الصدق) .

البعد	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
المطلب النفسي	**0.84**	**0.01**
الموقف القراري	**0.67**	**0.01**
الدعم الاجتماعي	**0.69**	**0.01**

المصدر : (خلاصي مراد ،2019 ، ص.71).

في حين تم التأكد من ثبات الإستبيان بحساب معاملات ألفا كرونباخ لمجموع الأبعاد الأساسية والأبعاد الفرعية وهي كلها تفوق0.65 .

❖ **صدق المقياس في البيئة الجزائرية :** قامت الباحثة إديري وهيبة من ترجمة إستبيان كراساك من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية وتم عرضه على 10 أستاذ في كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية لتحقق من صدق المحكمين حيث قامت الباحثة بتعديل وحذف العبارات التي لم يتفق

عليها المحكمين لتضعه في صورته النهائية بعدها تم توزيعه على عينة الدراسة الإستطلاعية التي بلغ عددها 20 طبيب وممرضين للتحقق من صدقه وثباته .

❖ **صدق وثبات مقياس كراساك في الدراسة الحالية:** رغم أنه تم التحقق من صدق و ثبات مقياس كراساك في البيئة الجزائرية لكن كباحثة وددت التحقق من صدق وثباته على عينة بحثي.

❖ **الصدق التمييزي :**

الجدول(10) :يوضح نتائج المقارنة الطرفية لصدق التمييزي لإستبيان كرازاك .

القيم	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	ت " المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة الدنيا	9	113.48	3.866	0.78	16	0.01
الفئة العليا	9	143.33	5.831			قيمة "ت" دالة إحصائيا

يتضح من خلال الجدول (10) أن المتوسط الحسابي للفئة الدنيا بلغ 113.48 بإنحراف معياري 3.866 ، بينما بلغ متوسط الحسابي للفئة العليا 143.33 بإنحراف معياري 5.831 وبحساب درجة الحرية التي بلغت 16 وقيمة "ت" المحسوبة التي بلغت 0.78 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه يمكننا القول أن المقياس لديه القدرة التمييزية بين المستوى المرتفع والمنخفض للصحة النفسية.أي المقياس لديه القدرة التمييزية بين المستوى المرتفع والمنخفض للضغط المهني.

4-2-2 ثبات المقياس : تم التحقق من ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية:

- **التجزئة النصفية:** تم تقسيم المقياس إلى جزئين متكافئين. وبحساب معامل الإرتباط بيرسون حيث حصلت الباحثة على نصف ثبات الإستبيان وهو (0.72) وهو دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ، وعليه تم تصحيح هذا المعامل الناتج أو تصحيحه بحساب ثبات المقياس ككل بواسطة معامل سبيرمان و براون حيث قدرت قيمته ب(0.70) عند مستوى الدلاة 0.01 وهو القيمة الكلية لثبات المقياس.
- **طريقة ألفا كرونباخ:** إستخدمت الباحثة طريقة ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات الإستبيان وحصلت على قيمة دالة إحصائيا بلغت (0.78) .
- **ثبات المقياس** : تم حساب ثبات المقياس بواسطة معامل ألفا كرونباخ وكانت القيمة هي 0.71 ووهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ، وتعتبر هذه القيمة مرتفعة الأمر الذي حفزنا لإستخدامه في الدراسة الأساسية.

4-3 صدق وثبات قائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة:

4-3-1 الخصائص السيكومترية للقائمة في البيئة الأمريكية :

- **الصدق:** إستخدمت عدة طرق لإيجاد الصدق منها الصدق العاملي حيث أخضعت 48 عبارة للتحليل العاملي بطريقة المكونات وتدوير المحاور بطريقة الفاريماكس على عينات متعددة متكونة من394 طالب و284 راشد و302 مفحوص من مصالح الطب العقلي و بإستخدام معيار (Scree test) وبتدوير المحاور تم إستخراج العوامل الثلاث التالية:
  - كوبين الأداء "T ".
  - كوبين الإنفعال "E" .
  - كوبين التجنب" A"

كما تم التأكد عن طريق المكونات الأساسية من وجود مقياسين فرعيين لكوبين التجنب وهما الإلتهاء "D" والتنوع الاجتماعي "SD ".

وفي دراسة أخرى على 157 طالب وطالبة من الأقسام التحضيرية تم فيها دراسة الصدق التلازمي بين مقاييس CISS وطرق الكوبين لفولكمان ولازاروس (WCQ 1985-1988) وأظهرت النتائج وجود إرتباطات بين مقياس الأداء لCISS ومقياس الكوبين المركز على الشكل 0.42 بالنسبة للذكور و 0.49 بالنسبة للإناث بدلالة إحصائية عند مستوى 0.05 ، وإرتبط مقياس الإنفعال لCISS بصورة معتدلة إلى قوية مع بقية أغلب المقاييس الستة المركزة على الإنفعال WCQ ، بالنسبة للرجال والنساء على السواء كما إرتبط المقياس الفرعي للتجنب (التنوع الاجتماعي "SD" إرتباطا قويا 0.50 بمقياس البحث عن السند الإجتماعي لWCQ للرجال والنساء على السواء.

- **الثبات** : تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق التحليل العاملي بطريقة تحليل المكونات وتدوير المحاور بطريقة فاريماكس على عينة متكونة من 284 طالب بالأقسام التحضيرية (119 ذكور و257 إناث) وعينة أخرى من الراشدين مكونة من 284 فرد (154 ذكور و 130 إناث) ، و أظهرت النتائج وجود ثلاث عوامل رئيسية للكوبين وهي الكوبين الموجه نحو الأداء "T " والكوبين الموجه نحو التجنب "A" وأظهر التحليل العاملي على عينات من الراشدين ، ذكور و إناث منفصلين عن بعضهم البعض وعينة من مصالح الطب العقلي نتائج مماثلة ، إذ تم مقارنة العوامل الثلاثة للكوبين للعينات الثلاثة عن طريق حساب معاملات التطابق والتي قدرت ب 0.97 بين عينة الطلبة وعينة الراشدين وب 0.95 بين كل هاتين العينتين والعينة المريضة وهذا ما يؤكد تشابه البناء العاملي في كل العينات.

تم التحقق من ثبات القائمة بإستعمال معامل ألفا كرونباخ والجدول يوضح النتائج:

جدول(11) نتائج معاملات ألفا كرونباخ لثبات قائمة الكوبين .

العينة	الجنس/العدد	حل المشكل	الإنفعال	التجنب	التسلية	الدعم الإجتماعي
الراشدين	الذكور/294	0.90	0.90	0.81	0.72	0.74
	الإناث/288	0.87	0.90	0.82	0.72	0.87
طلبة القسم التحضيري	الذكور/471	0.90	0.87	0.85	0.78	0.79
	الإناث/771	0.90	0.88	0.83	0.79	0.78

4-3-2 صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية:

تم تقنين إستراتيجية الكوبين على البيئة الجزائرية من قبل مجموعة من الأساتذة من جامعة وهران لعينة متكونة من 888 فردا (479 إناث 409 ذكور) بمتوسط قدر ب 33.39 وإنحراف معياري قدر ب 9.71 و بمعدل عمر (15 سنة كأصغر سن ، 64 سنة كأكبر سن) وتم تطبيقه بطريقة فردية حيث أشارت معاملات الصدق والثبات إلى مايلي:

- **صدق المقياس:** حيث إستعمل معامل الإرتباطات المتعددة ، وبينت النتائج وجود إرتباطات دالة إحصائيا مابين الأبعاد الثلاثة للإختبار والدرجة الكلية له.عند مستوى الدلالة المعنوية 0.01 حيث كانت قيمة معامل الإرتباط بيرسون بين بعد حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة 0.634 ، وبين الإنفعال وإستراتيجية المواجهة 0.701 أما بين بعد التجنب والإختبار فقد كان 0.700 . كما بينت الإرتباطات ضعف العلاقة ما بين حل المشكل والإنفعال (ر=0.238) مما يفسر إستقلالية البعدين،

في حين إرتبط البعدبن الفرعين (التسلية والدعم الاجتماعي) مع بعضهما البعض (ر=0.420) لأنهما يشتقان من بعد واحد.

- **ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس بواسطة معامل ألفا كرونباخ وكانت النتائج كالأتي:

جاءت درجة ثبات بعد حل المشكل (0.819) في حين كانت نتائج بعد الإنفعال (0.817) وبعد التجنب (0.812) ، وعليه فإن الدرجات المحصل عليها من خلال معامل ألفا كرونباخ لثبات المقياس فهي تمتاز بدرجة مرتفعة من الثبات في كل أبعاد المقياس .

رغم درجة الصدق والثبات العالية التي تتمتع بها قائمة الكوبين إلا أننا أردنا التأكد من صدق المقياس على عينة دراستنا حيث جاءت النتائج على النحو التالي :

3-3-3 صدق مقياس الكوبين في الدراسة الحالية :

❖ **صدق الإتساق الداخلي:**

جدول(12) يوضح صدق الإتساق الداخلي من خلال معامل الإرتباط.

	البعد	درجة الإرتباط
الأبعاد الأساسية	حل المشكل	0.74
	الإنفعال	0.64
	التجنب	0.87
الأبعاد الفرعية	الإلتهاء	0.95
	الدعم الإجتماعي	0.61

من خلال الجدول رقم (12) يتضح لنا أن معامل إرتباط الأبعاد الأساسية بالمقياس يتراوح بين 0.64-0.87 ، في حين أن الأبعاد الفرعية ببعد التجنب فهي تتراوح بين 0.61-0.95 وهي درجات مرتفعة تدل على صدق المقياس .

❖ **ثبات مقياس الكوبين :**

✓ -**حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية:** حيث قمنا بتجزئة المقياس إلى صورتين متكافئتين من 1-24 ، ومن 24 -48 حصلنا على ثبات نصفي للمقياس المقدرة ب 0.709 ولضمان التأكد أكثر من الثبات قمنا بحسابه من خلال معامل الإرتباط سبيرمان براون وقدرت النتيجة ب0.83 عند مستوى الدلالة 0.01 ، وجاء معامل قوتمان لتجزئة النصفية ب0.83 وهذا يدل على نسبة الثبات العالية الأمر الذي دفعنا لإعتماده في بحثنا.

✓ **معامل ألفا كرونباخ :** قمنا بالتحقق من الثبات بإستخدام معامل ألفا كرونباخ وهذه الخطوة كان الغرض منها التأكد التام من ثبات المقياس وكانت النتيجة 0.923 وهي نتيجة مرتفعة جدا الأمر الذي جعلنا نستخدمه في بحثنا.

5- عينة البحث: تكونت العينة الكلية لدراستنا من 60 أخصائي عيادي ممارس إنقسمت إلى 30 أخصائي عيادي ممارس في القطاع الصحي العام ، و30 أخصائي عيادي ممارس في القطاع الصجي الخاص بدوره إنقسمت في القطاع الصحي العام إلى 15 أخصائي عيادي من جنس الإناث أي ما نسبته 50 % ، ونفس النسبة أي 50% من الأخصائيين العياديين الممارسين ذكور،

أما في القطاع الخاص فقد تكونت العينة من 30 أخصائي عيادي ممارس ، منهم 10 ذكور أي ما نسبته 33.33 % و20 إناث ما نسبته 66.67 %

5-1 مكان تواجد العينة : الظروف الصحية التي مر بها العالم عامة والجزائر خاصة، جعلتنا نلجأ في جمع البيانات المتعلقة بعينة بحثنا من خلال إستبيانات إلكترونية تم إرسالها إلى أفراد عينتنا بطريقة قصدية سواء كانت معرفة شخصية أي بحكم ممارستي لمهنة الأخصائي العيادي ، فمنهم من كانوا زملاء لي ومنهم من تم عرضهم علي من قبل زملائي وأصدقاء الدراسة ، حيث توزعت عينة دراستنا في القطاعيين الصحيين العام والخاص في الولايات الموضحة في الجدول رقم (13) :

الجدول رقم (13) توزيع أفراد عينة البحث حسب الولايات التي يزاولون فيها عملهم .

الولاية	التكرارات	النسبة
الجزائر	21	%35
تيزي وزو	10	%16.66
البويرة	5	%8.33
بجاية	10	%16.66
بسكرة	8	%13.33
الوادي	6	10
المجموع	60	%100

5-2 نوع العينة : قمنا بإختيار عينة بحثنا بطريقة عشوائية حيث تصنف عينة بحثنا ضمن العينة الطبقية التي تنطلق من فكرة أن هناك خاصية أو عدة خصائص تميز عناصر مجتمع البحث والتي لابد من أخذها بعين الإعتبار قبل الإنتقاء، هذا ما يسمح بإنشاء مجموعات أو طبقات سيكون لها

بعض الإنسجام ، فالعناصر المكونة لكل طبقة لها بعض التشابه وفي نفس الوقت يتميز كل منها عن المجموعات الأخرى (أنجرس ، 2004 ، ص.304).

3-5 خصائص عينة البحث:

الجدول (14) : توزيع عينة البحث حسب الجنس.

القطاع / الجنس	العام		الخاص		المجموع	
	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
ذكور	15	%50	10	%33.33	25	%41.66
إناث	15	%50	20	%67.67	35	%58.33
العينة	30	%100	30	%100	60	%100

من خلال الجدول (14) يتضح لنا أن عدد الاخصائيات العياديات الممارسات في القطاعيين الصحيين العام الخاص هو أكبر من عدد الذكور حيث قدرت النسبة 58.33% ، في حين قدرت نسبة الذكور 41.66%.

جدول (15) توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة العائلية .

القطاع / الحالة العائلية	العام		الخاص		المجموع	
	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية
أعزب	9	%30	13	%43.33	22	%36.66
متزوج	20	%66.66	16	%53.33	36	%60
مطلق	1	%3	1	%3	2	%3.33
العينة	30	%100	30	%100	60	%100

نلاحظ من خلال الجدول(15) أن عدد الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام و الخاص موزعة حسب الحالة العائلية إلى ثلاث فئات مرتبة كالأتي ، عدد الأخصائيين العياديين المتزوجين تحتل المرتبة الأولى بنسبة 60% أما المرتبة الثانية فلقد كانت للأخصائيين العياديين العزاب بنسبة 36.66%، في حين كانت المرتبة الأخيرة للعياديين المطلقين بنسبة 3.33% .

جدول(16) : توزيع أفراد عينة البحث حسب الأقدمية المهنية .

القطاع / الأقدمية المهنية	العام		الخاص		المجموع	
	التكرارات	النسب المئوية	التكرارات	النسب المئوية	التكرا رات	النسب المئوية
أقل من 10سنوات	12	%40	23	%76.66	35	%58.33
10سنوات فما فوق	18	60	7	%23.23	25	%41.66
العينة	30	%100	30	%100	60	%100

من خلال الجدول (16) نلاحظ أن توزيع أفراد عينة البحث حسب الأقدمية المهنية إلى فئتين فئة الأخصائيين العياديين الذين تقل أقدميتهم المهنية عن 10سنوات فكانت نسبتها هي الأكبر بالنسبة للقطاعيين الصحيين العام والخاص 58.33%، أما الفئة الثانية فلقد كانت نسبتها أقل وقدرت ب 41.66% .

5-4- التعريف بالمقاييس وكيفية تطبيقها :

5-4-1 مقياس الصحة النفسية للعياديين الممارسين : بعد الإطلاع على الأدبيات النظرية للصحة النفسية بصفة عامة، والصحة النفسية لدى الأخصائي العيادي بصفة خاصة ، وكذلك وبالإعتماد على عدة مقاييس للصحة النفسية: مقياس محمد صلاح ميكاوي للصحة النفسية ، مقياس وصال الدوري للصحة النفسية ، مقياس ليونارد المعدل ، مقياس وصال الدوري ، مقياس إبتسام أبو العمرين ، مقياس أبو العدينات لأبعاد الصحة النفسية للعياديين .

تم بناء المقياس الذي كان في البداية مكونا من حوالي 76 بند ، وبعد توزيعه على أكثر من 17 أستاذ في علم النفس للتحكيم تم إسترجاع 10 نسخ وعلى أساسها تم إلغاء البنود التي لا تخدم البعد الذي وضعت فيه، تم تقليص بنود المقياس إلى 68 بند الذي إتفق المحكمون على صدقها مع بعض التعديلات على بعض البنود من حيث الصياغة اللغوية وهي 10 بنود وهذا موضح في الملحق رقم (2). بعد وضع المقياس في صورته النهائية تم عرضه على دكتورين في اللغة العربية لتدقيقه لغويا.

يتكون المقياس من 68 بند مقسمة على ثلاث أبعاد هي البعد الشخصي ويحتوى على 28 بند، البعد الإجتماعي ويحتوى على 28 بند، البعد المهني ويحتوى على 12 بند . يمكن الإجابة على كل عبارة بأحد الإجابات التالية دائما ،أحيانا ،أبدا تعطى لكل إجابة الدرجات التالية 3-2-1 على التوالي .من خلال هذا المقياس يمكننا تحديد ثلاث مستويات للصحة النفسية وهي كالتالي:

1 – مستوى صحي ضعيف يكون من 68-113 درجة.

2 –مستوى صحي متوسط يكون من114-140 درجة.

مستوى صحي مرتفع يكون من141- 204 درجة

يتم تطبيق المقياس بمنح نسخة ورقية للمقياس للمفحوص ويتولى هو مهمة الإجابة أو يقوم الباحث بقراءة البنود والمبحوث يعطيه الإجابة ويتولى الباحث وضع العلامة أمام الإجابة المشار إليها .

5-4-2 إستبيان كرازاك للضغط المهني : أغلب الدراسات التي بحثت في الصحة النفسية والعوامل التي تؤثر في بيئة العمل أغلبها إستخدمت النموذجين المعروفين هما نموذج كرازاك تم نشر الإستبيان مصحوب بالدليل سنة Job strain model1985 المتكون من (المطلب النفسي وهي المتطلبات النفسية والعوامل المساعدة على تأدية المهام ، والموقف القراري المتمثل في القيام بالأدوار وتحمل المسؤولية بإقتدار ، الدعم الاجتماعي) عند الإنتهاء من رسم هذه المصفوفة ينتج عنه أربعة وضعيات مختلفة ولكن كرازاك ركز على الوضعية التي يصبح فيها العامل في وضعية إجهاد الوظيفة وهي إذا كانت المتطلبات النفسية مرتفعة وفي نفس الوقت الموقف القراري منخفض ووسائل مواجهة الضغوط متدنية في هذه الحالة تصبح هذه الوضعية الضغط مرتفع مما يؤثر سلبا على الصحة النفسية للعامل وإرتفاع مستوى الإصابة بالإضطرابات النفسية (win van wassenhove ,2014,p.2-3) . أما النموذج الثاني فهو DER لسيغريست (1996) Seigrist المعتمد على التوازن ، الجهد و الإعتراف (بن بوقرين و بن عون.2017،ص .198) وفي دراستنا هذه إعتمدنا على النسخة الأكثر إستعمالا في فرنسا خاصة في الأبحاث العلمية الوبائية ، كانت تضم في البداية (26) فقرة موزعة على ثلاثة ابعاد وبغرض الإحاطة أكثر بعوامل الأخطار النفسية الاجتماعية في العمل ، أضيف بعد رابع يتمثل في بعد التقدير في العمل والمقتبس من إستبيان "سيغريست" ليصل عدد البنود بعد ذلك إلى(32) موزعين على أربعة أبعاد وهي موضحة في الملحق رقم(4)

1-حرية إتخاذ القرار : (latitude decisionnelle) يشتمل على تسعة بنود وبدوره ينقسم إلى فرعين هما :

2- إستعمال الكفاءات (l'utulisation des compétences) : يضم ستة بنود هي : (1) ، (2) ، (3) ،(5) ، (7)، (9).

3-إستقلالية القرار (l'utonomie décisionnelle) : يضم ثلاثة بنود هي : (4) ، (6)، (8)

2-المطلب النفسي : (demande psychologique)يشتمل هذا البعد على تسعة بنود هي : (10)، (11)، (12)، (13) ، (14) ، (15) ، (16) ، (17) ، (18)

3-الدعم الاجتماعي (support social): يضم ثمانية بنود وهو ينقسم إلى فرعين :

4- دعم المسؤولين (support hiérarchique): يشتمل على أربعة بنود وهي كالتالي (19)، (20)، (21)، (22)

5- دعم الزملاء (support collégues):وهو يشتمل على أربعة بنود وهي :(23)، (24)، (25)، (26)

6- الإعتراف في العمل (reconnaissance au travail) : يشتمل على ستة بنود وهي: (27)، (28)، (29)، (30)، (31)، (32)

طريقة الإجابة وكيفية الحساب :إن طريقة الإجابة على إستبيان كراساك تتم على أساس أربعة إختيارات وفق سلم ليكارت الرباعي:

غير موافق إطلاقا ، غير موافق، موافق ، موافق تماما وتكون الإجابة من 1 إلى أربعة على التوالي بوضع علامة امام الإجابة الصحيحة، أما فيما يخص طريقة الحساب فهي تتم كالتالي:

- ✓ **حرية إتخاذ القرار** : فهي نتيجة جمع نقاط إستقلالية القرار و إستعمال الكفاءات ويتم حساب هاتين الأخيرتين كما يلي:
- ✓ **إستقلالية القرار** :4(س4+(5-س6)+س8)
- ✓ **إستعمال الكفاءات**:2(س1+(5-س2)+9+7+5+3)
- ✓ **المطلب النفسي**: س10+س11+س12+(5س- 13)+ س14+س15+ س16+س17+س18.
- ✓ **الدعم الاجتماعي** : ويتم حسابه بحاصل جمع دعم الزملاء + دعم المسؤولين ويتم حساب هذين الأخيرين كالتالي:
- ✓ **دعم المسؤولين** : س19+س20+س21+س22.
- ✓ **دعم الزملاء**: س23+س24+س25+س26.
- ✓ **التقدير**: (5-س27)+(5-س28)+32+31+30+29(Guignow et al ,2008,p.3).
- ✓ ينتج عن تفاعل بعد الموقف القراري والمطلب النفسي أربع حالات وفقا لإرتفاع و إنخفاض البعدين على النحو التالي:

❖ لما تكون نتائج المطلب النفسي أكثر من 21 الموقف القراري يكون أقل من 72 معناه الشخص يكون في وضعية ضغط أو وضعية ضاغطة وبالتالي يعتبر في حالة من الإجهاد الوظيفي.

❖ إذا كان الفرد لديه مطالب نفسية منخفضة والإستقلالية للقيام بعمله فهو في حالة إسترخاء.

❖ الشخص الفعال(النشط) إذا كان لديه المطالب النفسية عالية في المقابل إستقلالية عالية.

❖ الشخص السلبي الذي يكون لديه المطالب النفسية ضعيفة في المقابل إستقلالية ضعيفة .

وفيما يخص بعد الدعم الاجتماعي لما تكون نتائجه أقل من 24 معناه الدعم الإجتماعي ضعيف.

ومنه يمكن إستنتاج أن بيئة العمل الخطرة على الصحة النفسية هي مزيج من ضغط الوظيفي(الموقف القراري المنخفض والمطالب النفسية المرتفعة) مع دعم إجتماعي منخفض (بن قورين و ابن عون،2017،ص.203) .

3-4-5 قائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة: (coping for stressful inventory) التي أعدت من قبل أندلر وباركر (1990) وهي قائمة أعدت خصيصا لقياس المظاهر المتعددة الأبعاد للكوبين وقد أعد ciss على أسس نظرية وإمبريقية وتم إستخدامه في العديد من الأبحاث والتطبيقات مما يسمح بمقارنة نقاط الإختبار بمتغيرات أخرى ذات علاقة بالصحة والشخصية (كشرود، 2012، ص.113) .

- ✓ يتضمن الإختبار على (48 عبارة) يجاب عنها بطريقة التقدير الذاتي حيث يطلب من المفحوص الإشارة إلى أي حد يمكن أن يتعامل مع النشاط المشار إليه في حالة تعرضه لوضعية ضاغطة أو مشكل ما،حيث يحيط إجابته بدائرة ضمن 5 إختيارات متدرجة في الصعوبة من "لا أبدا" درجة واحدة إلى " كثيرا" خمس درجات.

تتكون هذه القائمة من ثلاث مقاييس أساسية للكوبين وهما:

- ✓ المتعلقة بكوبين المهمة أو الأداء : "T"
- ✓ ويصف كل المجهودات الموجهة نحو الأداء لحل المشكل وتغيير الوضعية الضاغطة مصدر القلق.

- ✓ البنود المتعلقة بكوبين الإنفعال : " E " ويصف ردود الأفعال الإنفعالية الموجهة نحو الأنا بهدف التقليل من حدة الضغط وتتضمن هذه الردود والإستجابات الإنفعالية والإهتمامات الشخصية والميل إلى الخيال.
- ✓ البنود المتعلقة بكوبين التجنب: " A " ويصف كل النشاطات والتغيرات التي ترمي إلى تجنب الموقف الضاغط وهذا عن طريق إما الإلتهاء بوضعيات ونشاطات أخرى .
- ✓ أما المقاييس الفرعية وهي : البنود المتعلقة بالكوبين الإلتهاء . "D" البنود المتعلقة بالكوبين التنوع الإجتماعي (SD) . (بورزوان، 2014، ص.140)

يتم تطبيق المقياس بصفة فردية أو حتى جماعية تعطى ، الإستمارة للمفحوص مرفوقة بقلم رصاص حيث يقوم بإحاطة الإجابة بدائرة مع تجنب إعطاءه ممحاة لكي لا يتم تغيير الإجابة هذا في الظروف العادية ، لكن وبحكم اننا قدما إستبيانات إلكترونية فالمبحوث هو الذي يقوم بالإجابة وإرسال الإستبيان .

جدول (17) توزيع بنود قائمة الكوبين حسب الأبعاد.

الأبعاد	الفقرات	المجموع
حل المشكل	1،2،6،10،15،21،24،26،27،36،39،41،42،43،46،47	16
الإنفعال	5،7،8،13،14،16،17،19،22،25،28،30،33،34،38،45	16
التجنب	3،4،9،11،12،18،20،23،29،31،32،35،37،40،44،48	16
		48

بالإضافة إلى الأبعاد الأساسية هناك بعدين فرعيين إشتقا من بعد التجنب وتوزيع فقراتهما كالتالي:

جدول(18) توزيع البنود حسب الأبعاد الفرعية للكوبين.

الأبعاد	الفقرات	المجموع
التسلية(الإلتهاء)	9،11،12،18،20،40،44،48،	8
الدعم الاجتماعي	4،29،31،35،37	5

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة : لقد إعتمدنا في تحليل النتائج المحصل عليها على الإحصاء الوصفي بما في ذلك المتوسطات الحسابية ، الإنحرافات المعيارية ، النسب المئوية، بالإضافة إلى الإحصاء الوصفي تم الإعتماد على الإحصاء الإستدلالي الذي تمثل في معامل الإرتباط بيرسون لدراسة الإرتباط بين مستوى الصحة النفسية وإستراتيجية المواجهة لدى الأخصائيين النفسانيين الممارسين في القطاع العام والخاص ، إختبار التباين الثنائي لدراسة الفروق بين الممارسين العياديين في القطاع العام والخاص فيما يخص الصحة النفسية وإستراتيجية المواجهة تبعا لمتغيرات(الجنس، الحالة العائلية ، الأقدمية المهنية).

الفصل السابع

عرض وتحليل و تفسيير ومناقشة نتائج البحث

- عرض وتحليل نتائج البحث
- تفسيير ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية
- مدى تحقق الفرضيات
- الإستنتاج العام
- إمتدادات البحث
- الإقتراحات
- فهرس المراجع

الملاحق

تمهيد: تبقى المعطيات النظرية مجرد أراء شخصية وافتراضات غير مثبة مالم يتم معالجتها ميدانيا ، لذا يلجأ الباحثون لإثبات إفتراضاتهم من خلال تطبيق المقاييس والإختبارات والمقابلات العيادية ، وبعد تحليل ومناقشة النتائج يخلصون إلى النتائج التي تعد بمثابة إجابات على إفتراضاتهم ، ونحن في هذا الفصل قمنا بعرض وتحليل نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها ، الإستنتاج العام ، مدى تحقق الفرضيات ،إمتدادات البحث و إقتراحاته ، فهرس المراجع ،الملاحق.

1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث وتفسيرها:

الفرضية 1 : توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين الممارسين العياديين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزي لمتغيرات (الجنس ، الحالة العائلية ، الأقدمية المهنية)

- جدول (19): الفروق في الصحة النفسية بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الجنس.

القطاع / الجنس	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
ذكور	123.73	8.908	123.40	12.894
إناث	132.13	10.211	127.75	12.396

من خلال الجدول رقم(19) يتضح لنا أن في القطاع الخاص بلغ المتوسط الحسابي لمستوى الصحة النفسية لذكور 123.40 بإنحراف معياري قدر ب12.894، أما متوسطها لدى الإناث فلقد بلغ 127.75 بإنحراف معياري قدر ب12.396 ، أما في القطاع العام المتوسط الحسابي لمستوى الصحة النفسية للذكور

بلغ 123.73 بإنحراف معياري قدر 8.908، أما المتوسط الحسابي للإناث فلقد بلغ 132.13 بإنحراف معياري قدر ب10.211.

جدول (20) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	Fقيمة
العامل الأول (القطاع)	78,519	1	78,519	,431
العامل الثاني (الجنس)	573,750	1	573,750	,036
االقطاع +الجنس	57,891	1	57,891	,499
الخطأ (مستوى الصحة النفسية)	6986,817	56	124,765	
التباين الكلي	977201,000	60		

من خلال الجدول(20) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت النسبة 0.431 ، في حين أن قيمة " ف" لطرف الثاني (الجنس) بلغت (0.036) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 وعليه بالإضافة إلى الجدول (20) يتضح من خلال المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في كلا القطاعين لصالح الإناث ، وعن قيمة "ف "لتفاعل بين (القطاع + الجنس) فلقد بلغت النسبة 0.499 وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والجنس في مستوى الصحة النفسية. وعليه نقول بأن فرضية بحثنا القائلة "

توجود فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين في القطاع الصحي العام والخاص في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس " لم تتحقق.

شهدت الصحة النفسية تأثرا واضحا لدى أغلب الأخصائيين العياديين الممارسين في كلا القطاعين الصحيين العام والخاص فأغلب أفراد العينة كانت مستويات الصحة النفسية متوسطة إلى منخفضة ، مع الإشارة إلى أن عدد قليل من أفراد العينة الكلية كانت مستويات الصحة النفسية لديهم مرتفعة .أما عن عدم تأثر مستوى الصحة النفسية بمتغيري القطاع والجنس فيمكن إرجاع سببها إلى أن في ظل الحجر الصحي المفروض على جميع أفراد المجتمع من عمال في القطاع الصحيين العام أو الخاص ، ذكور وإناث وتشديد الإجراءات الإحترازية مما أدى إلى إرتفاع نسب الإصابة بإضطرابات نفسية التي تؤدي إلى إختلالات واضحة في الصحة النفسية مما يؤدي إلى إنخفاض مستوياتها .كشفت نتائج المسح الذي أجراه منتدى الاقتصاد العالمي قبل فترة الإغلاق على عينة من السكان البلجيكيين أن 32 % من السكان يتمتعون بمرونة عالية وصحة نفسية متوازنة ولا يعانون من أي قلق من الفايروس ، وأن نحو 15 % يشعرون بالخوف من الفايروس ، وبعد أسبوعين من الإغلاق(الحجر الصحي) تغيرت المعطيات وأشارت البيانات إلى إنخفاض نسب السكان الذين يتمتعون بمرونة نفسية وصحة متوازنة إلى 25 % ، وإرتفاع نسبة القلق إلى 23 % (العزيز و خماد ،2021 ، ص.429).

كما أن نتائجنا لا تتفق مع دراسات أبو العمرين (2008) ، جعرير سليمة (2019)

حيث ذهبت دراسة أبو العمرين إلى:

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسط درجات الممرضات والممرضين في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لصالح الممرضين.

في نفس السياق ذهبت دراسة جعرير إلى التعرف على مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض بالمؤسسات الإستشفائية وعلاقتها بتقدير الذات . أسفرت دراستها على وجود فروق في مستويات الصحة النفسية تبعا لمتغير الجنس لصالح الممرضون.

جدول (21): الفروق في مستوى الصحة النفسية بين ممارسي القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب الحالة العائلية .

القطاع / الحالة العائلية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أعزب	129.68	13.471	131.22	9.718
متزوج	125.22	10.093	126.95	10.585
مطلق	124.00	8.485	130.00	//////////

من خلال الجدول رقم (21) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لمستوى الصحة النفسية للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين في القطاع الخاص قد بلغ 126.95 بإنحراف معياري قدر ب10.585، أما متوسطها لدى غير المتزوجين فلقد بلغ 131.22 بإنحراف معياري قدر ب9.718 ، في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين ب130.00

أما في القطاع العام فقد بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المتزوجين 125.72 بإنحراف معياري قدر10.093 أما المتوسط الحسابي لغير المتزوجين فلقد بلغ129.68 بإنحراف معياري قدر ب13.471 . في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين 124.00 بإنحراف معياري قدر ب 8.485.

جدول(22) تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة الاجتماعية والقطاع في مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	19,111	5	82,033	,708	0.05
العامل الثاني (الحالة الإجتماعية)	271,606	2	135,803	,372	0.05
القطاع +الحالة الإجتماعية	104,512	2	52,256	,388	0.05
الخطأ (مستوى الصحة النفسية)	7272,020	54	134,667		
التباين الكلي	977201,000	60			

من خلال الجدول(22) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) حيث بلغت قيمتها 0.708 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 ، في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الحالة الإجتماعية) بلغت0.372 وهي غير دالة إحصائيا ، وعن قيمة "ف "لتفاعل بين (القطاع + الحالة الاجتماعية) فلقد بلغت النسبة 0.388 وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والحالة الاجتماعية في مستوى الصحة النفسية وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين

في القطاع العام والخاص في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. و عليه بالفرضية بأن فرضية بحثنا لم تتحقق .

يمكن إرجاع عدم تأثر الصحة النفسية بمتغير الحالة الاجتماعية ، دائما إلى الظروف الصحية الحالية – كوفيد 19– ففي الوقت الذي يعتبر الزواج عبارة عن علاقة وطيدة مبنية على المساعدة والدعم الاجتماعي وهذه المؤشرات كلها تعمل على الرفع من مستوى الصحة النفسية ، لكن الظروف الحالية حتمت على الأخصائيين سواء المرتبطين أو غيرهم على إعتبار أنهم عاملين سواء في القطاع العام والخاص وهم على إرتباط يومي مع العملاء وإحتمال حملهم للمرض أي – كوفيد 19– وارد وبتالي فإمكانية تنقل العدوى لهم ونقلها لذويهم يجعلهم يغالون في الإحترازات الوقائية من تباعد إجتماعي وغيرها.الأمر الذي قد يجعل الحياة الزوجية مضطربة وبالتالي فإن الحالة الاجتماعية لا تزيد ولا تنقص من مستوى الصحة النفسية ، وعلى إعتبار أن الدراسات السابقة جاءت قبل بداية وباء كورونا فكل الدراسات التي عرضناها جاءت مخالفة لدراستنا. مثل دراسة شافية بن حفيظ و هاجر مناع (2015) التي أسفرت نتائجها إلى وجود فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في مستوى الصحة النفسية .

وفي دراسة أخرى مخالفة هي الأخرى لدراستنا دراسة عائشة بن صغير ، بوداود حسين ، حيث أشارت نتائج دراستهما إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى طلبة كية العلوم الاجتماعية وقسم علم النفس حسب الحالة الاجتماعية (متزوجين وغير متزوجين)

لقد أشارت الأبحاث (عبد الرحمان 1998)، (turner,2003)، (minotte 2004) (najm 2005) على أن المتزوجين يتعرضون إلى ضغوط أقل وأكثر صحة ، وأكثر توافقا وأكثر سعادة من غير المتزوجين (سمكري، 2009 ، ص.7).

جدول (23): الفروق في مستوى الصحة النفسية بين ممارسين القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب متغير الأقدمية المهنية.

القطاع / الأقدمية المهنية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أقل من 10سنوات	126.75	11.632	129.48	12.373
أكثر من 10سنوات	128.72	9.652	115.86	5.460

من خلال الجدول (23) يتضح لنا أن متوسط مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين في القطاع الصحي الخاص الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ 129.48 بإنحراف معياري قدر ب 12.373 ، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ 112.86 بإنحراف معياري قدر ب5.460.

في حين أن متوسط الحسابي للاخصائيين العياديين الممارسين في القطاع الصحي العام الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ 126.75 بإنحراف معياري قدر ب 11.632 ، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ 128.72 بإنحراف معياري قدر ب9.652 .

جدول (24): تحليل التباين الثنائي لتأثير التفاعل بين الخبرة المهنية والقطاع في مستوى الصحة النفسية للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمةF
العامل الأول (القطاع)	315,951	1	315,951	,108
العامل الثاني (الخبرة المهنية)	417,241	1	417,241	,065
القطاع +االخبرة المهنية	747,645	1	747,645	,015
الخطأ (مستوى الصحة النفسية)	6618,457	56	118,187	
التباين الكلي	977201,000	60		

من خلال الجدول (24) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها 0.108، في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الخبرة المهنية) بلغت 0.65 وعن قيمة "ف" لتفاعل بين (القطاع + الجنس) فلقد بلغت النسبة 0.15 ، وبالعودة لنتائج المتوسطات الحسابية يمكننا القول أنه توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين العياديين الممارسين في القطاع العام والخاص تعزى إلى متغير الخبرة المهنية، لصالح فئة أكثر من 10 سنوات خبرة لدى موظفي القطاع الخاص (متوسط الفئة في الصحة النفسية بلغ 115.857 وهو الأدنى مقارنة بباقي الفئات).وعليه نقول أن فرضيتنا التي تقر بوجود فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير الخبرة المهنية قد تحققت.

إن سبب تأثر الصحة النفسية في القطاع الخاص بمتغير الخبرة المهنية لصالح فئة أقل من 10 سنوات يعود إلى أن عمل الأخصائيين العياديين في العيادات الخاصة يتطلب تدريب وكفاءة أكثر من القطاع العام

بحكم أن الأخصائي في القطاع الخاص يتعامل مع حالات خارجية أي يتعامل مع أشخاص مضطربين نفسيا ، التعامل مع أطفال التوحد وغيرها من الإضطرابات ، الإرشاد الأسري وبالتالي فإنه ملزم بالقيام بدورات تدريبية وتربصات فيما يخص العلاجات المختلفة للإضطرابات التي يتكفل بها ، المقابلة العيادية ، علم النفس المرضي ، وهذه الأمور يتقنها بمرور الوقت أي بتقدم سنوات العمل ، حيث يكتسب هذه المهارات بالممارسة حيث يصبح بعد مرور سنوات عديدة يتعامل بصفة مضبوطة وبأريحية، وبالتالي ففي هذه الفترة (قبل 10 سنوات) وبحكم عدم تمكنه من إستخدام التقنيات بجودة عالية يجعل حجم الضغوط المهنية يزدياد مما يؤثر سلبا على الصحة النفسية ويؤدي إلى إختلالها وتدني مستوياتها.

ففي دراسة عايدة ناجي(2020) التي جاءت مخالفة لدراستنا والتي أسفرت نتائجها إلى وجود فروق في مستويات الصحة النفسية للقابلات لصالح ذوات سنوات الخبرة الطويلة

كما أقرت إبتسام أبو العمرين (2008) في دراستها بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى لعدد سنوات الخبرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية ماعدا البعد الاجتماعي، فقد وجدت فروق لصالح ذوي سنوات الخبرة الطويلة (15 سنة فأكثر).

الفرضية 2: يعاني العياديون الممارسون في القطاعيين الصحيين العام والخاص من الضغط المهني .

جدول(25): نتائج إستبيان كرازاك للعياديين الممارسيين في القطاعيين الصحيين العام والخاص.

القطاع / الأبعاد	القطاع العام	القطاع الخاص	عتبة سومر
	متوسط الدرجات	متوسط الدرجات	//////////////
الموقف القراري	75.46	80.73	70
المطلب النفسي	21.43	22.16	21
الدعم الاجتماعي	21.43	20.73	24

نلاحظ من خلال الجدول(25) أن متوسط الدرجات المسجلة لدى العينة لبعد حرية إتخاذ القرار للعياديين الممارسين في القطاع العام بلغ 75.46 أما في القطاع الخاص 80.73، في حين جاءت متوسط الدرجات المسجلة لدى العينة لبعد المطلب النفسي 21.43 في القطاع العام أما في القطاع الخاص فقد بلغ 22.16، أما بعد الدعم الاجتماعي فلقد بلغ متوسط درجات عينة القطاع العام 21.43 والقطاع الخاص 20.73 . مطابقة هذه النتائج مع عتبة المقياس حسب دراسة سومر جاءت درجات الموقف القراري مرتفعة بالمقارنة مع السلم وهذا في القطاعين ، أما المطلب النفسي فكانت درجاته مرتفعة عن العتبة وهذا في القطاعين الصحيين العام والخاص ، في حين أن درجات الدعم الاجتماعي جاءت منخفضة عن العتبة وهذا في القطاعيين الصحيين العام والخاص . وعليه يمكننا القول أن عمل الممارس هو عمل نشط أي عمل الذي تكثر فيه أعباء العمل ، غموض الدور و صراع الدور وغيرها من المصادر المسببة للضغط إلا أنهم يتمتعون بقدر كاف من حرية إتخاذ القرار لكن هذا لا يمنع من أن يكونوا عرضة للضغوط لأنهم لا يلقون الدعم الكاف من الزملاء والمسؤولين ، بل نذهب أبعد من ذلك إلى أن العلاقات التي تربطهم تكون مشحونة سوء التواصل بينهم ، المنافسة وحدوث صراعات مختلفة ، المنافسة فكل أخصائي عيادي يحاول إظهار أنه الأفضل والأمهر والأكفأ عن بقية زملاءه فتصبح هذه العلاقات في حد ذاتها مصادر للضغط المهني.

بيئة العمل التي يشتغل فيها الأخصائيون العياديون في القطاعين الصحيين العام والخاص هي بيئة خطرة ومسببة للضغط بحكم أن المطالب النفسية مرتفعة وحجم المساندة الإجتماعية منخفضة والنتائج التي تحصلنا عليها جاءت دالة على ذلك ويمكن إرجاع سبب إرتفاع مستوى الضغوط المهنية وإنخفاض حجم المساندة الاجتماعية هو جائحة كوفيد 19 فعبء العمل يزداد مع كثرة الإصابات وإرتفاع الوفيات ففي هذه الحالة فإن دور الاخصائيين العياديين هو موجه إلى المصابين وعائلاتهم بالإضافة إلى الأعمال الأخرى المكلفون بإنجازها ، وعن إنخفاض الدعم الاجتماعي فقد تكون الإجراءات الإحترازية (التباعد الإجتماعي) هي من خلقت ووسعت الهوة بين الزملاء من نفس الإختصاص أو الزملاء من إختصاصات أخرى كالأطباء والممرضين و الإداريين وغيرهم من عمال المنظومة الصحية ، وعليه نقول أن فرضيتنا القائلة بوجود إجهاد لدى العياديين الممارسيين في القطاعيين الصحيين العام والخاص قد تحققت .

وفي هذا الإطار نجد دراسة الطريري (1994) أسباب الضغوط ونتائجها على مجموعة موظفين من قطاعات عمل متنوعة في المجال (التعليمي ، الصحي ، الصناعي ، الاجتماعي ، الاقتصادي ، التجاري، الخدمات العامة بالإضافة إلى قطاعات أخرى) قد توصلت إلى أن عمال القطاع الاجتماعي هم الأكثر عرضة للضغوط المهنية (الأحسن ، 2015. ص.190) .

حيث أن نوع العمل وطبيعته يمكن لها أن تحدد الفرق في مستويات الضغوط المهنية يشير لانفورد (1987) من هذا المنطلق أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغوط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس ، والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الأخرين ، فالممرضين والأطباء ، والمعلمين ، والمشرفين الإجتماعيين معرضون للضغوط أكثر من غيرهم ، حيث أن هؤلاء الأفراد إختاروا مهنتهم ولديهم الرغبة القوية لمساعدة الأخرين ، ولكنهم سرعان ما يدركون حجم المشكلات ، فيعملون بأقصى جهدهم للتقليل من هذه المشكلات

إلا أنها تزداد تفاقما ، وعندها يصيبهم الإنهاك ويشعرون بالضغط وأنهم عديمو الفائدة (صبيرة و إسماعيل ،2015، ص.149) .

الفرضية 3: يميل العياديون الممارسون في القطاع العام إلى إستعمال إستراتيجيات سلبية لمواجهة الضغوط المهنية (الإنفعال–التجنب)

جدول (26): درجات مقياس إستراتيجيات (الإنفعال– التجنب) للعياديين الممارسين في القطاع العام.

الإستراتيجية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	النسبة المئوية
حل المشكل	48.20	20.88	%15.91
التجنب	40.57	11.52	%13.39
الإنفعال	38.93	14.04	%12.85

إنطلاقا من الجدول (26) نلاحظ من المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية أن أكثر إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية إستعمالا من قبل الممارسين العياديين في القطاع العام هي إستراتيجية حل المشكل بمتوسط حسابي قدر ب 48.20 و إنحراف معياري 20.88. أي بنسبة 15.91% . تليها إستراتيجية التجنب بمتوسط حسابي 40.57 ، و إنحراف معياري 11.52، أي ما نسبته 13.39%. وفي الأخير تأتي إستراتيجية التي ترتكز على الإنفعال بمتوسط حسابي 38.93 و إنحراف معياري 14.04 حيث قدرت النسبة ب 12.85%. وبالتالي فإن ما نستنتجه هو أن العيادي الممارس في القطاع العام يستعمل إستراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط المهنية وعليه نقول أن فرضيتنا لم تتحقق

ويمكن أن نرجع سبب ذلك الثراء والتنوع في إستعمال إستراتيجية المواجهة إلى المرونة المعرفية التي إكتسبها العياديون من الممارسة بحكم أنهم يعملون على تصحيح وتعديل المخططات المعرفية للمفحوص ويساعدونهم في التخطيط لحل مشاكلهم ، وبالتالي فيمكن إعتبار ذلك أو بالأحرى إعتبار الحصص العلاجية كتدريب

يساعدهم على إكتساب مهارات وفنيات متنوعة لمواجهة المشاكل التي تواجههم والضغوط التي يتعرضون لها.

فأمام الوضعيات الضاغطة التي يتعرض لها المختص العيادي والمتعلقة بمهنته من علاقات مع الزملاء والمشرفين ، غموض أدواره ، وإستقطاع مهامه وغيرها تجعله أمام حتمية التعامل معها بإستراتيجيات متنوعة حيث أنه لا يمكن له أن يستجيب للوضعيات الضاغطة بنمط واحد من الإستراتيجيات وهذا ما أكده لازاروس وفولكمان في دراستهما(1984) التي قاموا فيها بتوزيع قائمة أساليب التعامل المبنية من طرفهما على عينة قوامها 100 فرد حيث توصلت النتائج إلى :

- وجود نمطين ثابتين للتعامل وهما : المركز على المشكل ، والمركز على الإنفعال .

- كما توصلت إلى أن ما نسبته 18 % من أفراد يلجئون إلى إستعمال نوع واحد من أساليب التعامل لمواجهته الضغوط. (قاجة وغربي ،2018 ، ص.274)

<u>الفرضية 4</u>: يميل العياديون الممارسون في القطاع الخاص إلى إستعمال إستراتيجيات إيجابية لمواجهة الضغوط المهنية (حل المشكل).

جدول (27) درجات مقياس إستراتيجيات المواجهة (حل المشكل) للعياديين الممارسين في القطاع الخاص.

نوع الإستراتيجية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	النسبة المئوية
حل المشكل	**52.47**	**20.38**	**%17.32**
التجنب	**42.13**	**14.37**	**%13.9**
الإنفعال	**33.47**	**10.60**	**%11.05**

من خلال الجدول(27) نلاحظ أنه إنطلاقا من المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية أن أكثر إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية إستعمالا من قبل الممارسين العياديين في القطاع الخاص هي إستراتيجية حل المشكل بمتوسط حسابي قدر ب 52.47 و إنحراف معياري20.38. أي بنسبة 17.32% تليها إستراتيجية التجنب بمتوسط حسابي 42.13 ، و إنحراف معياري 14.37، أي ما نسبته 13.9% ، وفي الأخير تأتي إستراتيجية الإنفعال بمتوسط حسابي 33.47 و إنحراف معياري 10.60 حيث قدرت النسبة ب 11.05%.

وعليه من خلال قراءة النتائج نستنتج بأن العياديين الممارسين يميلون لإستعمال إستراتيجيات متنوعة لمواجهة الضغوط المهنية مع سيطرة إستراتيجيات التي ترتكز على حل المشكلة وعليه نقول أن فرضيتنا قد تحققت يمكن القول أن أسباب إستخدام المختص العيادي الممارس في القطاع الصحي الخاص لإستراتيجية حل المشكل بصفة كبيرة نظرا لفعاليتها في التخفيف من الضغوط المهنية ، وعلى إعتبار أن إستراتيجية المواجهة تختلف عن أليات الدفاع كون هذه الأخيرة تتم بطريقة واعية أي يمكن التخطيط وإختيار أيهما أكثر فاعلية لإستخدامها ، ضف إلى أنها تتأثر بالجانب الثقافي والتعليمي وبحكم المركز الذي يشغله المختص العيادي الممارس يجعله يحسن إختيار الإستراتيجية الأكثر فاعلية حيث أثبتت دراسة لوكسي و أخرون (1993) حول إستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف المساعدين الإجتماعيين في تعاملهم مع العميل تشير نتائج الدراسة إلى فوائد إستخدام المواجهة الضابطة بالمقارنة مع إستراتيجيات التجنب (أي ميل الفرد للبحث عن المعلومات الخاصة بالمشكل أو التهديد في مقابل ميله إلى صرف الإنتباه عن المعلومات المتصفة بالتهديد) ولكن حتى هؤلاء الأفراد الذين إستعملوا في أغلب الحالات المواجهة الضابطة ، كذلك قاموا بإستخدام إستراتيجيات التجنب من حين لأخر (بوزازة ،2010 ، ص.512) .

وفي دراسة لازاروس (1966) التي تنطبق مع دراسة لوكسي فقد أظهرت نتائجها أن معدل إستخدام الأفراد أساليب التعامل المركزة على المشكل أعلى بكثير من إستخدامهم للنوع الأول من الإستراتيجيات التي ترتكز على الإنفعال لأنها تسمح بالحصول على حلول بديلة لمشاكلهم (قاجة و غربي ،2018، ص.275).

وفي الدراسة التي جاء بها veron و T.saias يستعمل الممارس لتسير معاناته الشخصية إستراتيجية ترتكز حول المشكل وهذا بصفة رئيسة وكانت الإستراتيجية الأكثر تواترا هي التخفيف من جدول أعمالهم.

الفرضية 5: توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، الأقدمية المهنية)

جدول (28) : الفروق في إستراتيجية حل المشكل بين ممارسي القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب متغير الجنس.

القطاع / الجنس	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
ذكور	46.73	17.132	49.00	19.922
إناث	49.67	24.599	54.20	20.897

من خلال الجدول رقم(28) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لإستراتيجية حل المشكل لدى الذكور في القطاع الصحي الخاص قد بلغ 49,00 بإنحراف معياري قدر ب19,922، أما متوسطها لدى الإناث فلقد بلغ 54,20بإنحراف معياري قدر ب20,897.. في حين المتوسط الحسابي لدى الذكور في القطاع الصحي العام بلغ 46.73 بإنحراف معياري قدر ب 17.132 ، أما المتوسط الحسابي للإناث قد بلغ 49,67 بإنحراف معياري قدر ب 24,599

جدول(29) :تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في إستراتيجية حل المشكل للممارسين العياديين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمةF	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	188,846	1	188,846	,513	0.05
العامل الثاني (الجنس)	226,667	1	226,667	,474	0.05
االقطاع + الجنس	18,133	1	18,133	,839	0.05
الخطأ (حل المشكل)	24449,467	56	436,598		
التباين الكلي	176974,000	60			

يتضح لنا من خلال الجدول(29) أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها ,474 في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (االجنس) بلغت ,513 . وعن قيمة "ف " لتفاعل بين (القطاع + الجنس) فلقد بلغت قيمتها ,839 وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والجنس في إستراتيجية حل المشكل ، وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين في القطاع العام والخاص تعزى لمتغير الجنس .

جدول(30) : الفروق في إستراتيجيات حل المشكل بين ممارسي القطاع العام والخاص حسب متغير الحالة العائلية.

القطاع / الحالة العائلية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري

أعزب	47.33	28.036	56.38	18.310
متزوج	47.90	18.003	51.13	21.494
مطلق	62.00	///////	23.00	//////////

من خلال الجدول رقم(30) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لإستراتيجية حل المشكل للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين في القطاع الخاص قد بلغ 51,13 بإنحراف معياري قدر ب 21,494 ، أما متوسطها لدى الغير متزوجين فلقد بلغ 56,38 بإنحراف معياري قدر ب18,310، في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين 23,00 ، أما في القطاع العام فلقد بلغ المتوسط الحسابي لإستراتيجية حل المشكل للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين 47,90 بإنحراف معياري قدر ب 18,003 أما المتوسط الحسابي لغير المتزوجين فلقد بلغ 47,33 بإنحراف معياري قدر ب 28,036. في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين62,00

جدول(31) تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية و القطاع في إستراتيجية (حل المشكل) للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	223,269	1	223,269	,476	0.05
العامل الثاني (الحالة الإجتماعية)	230,263	2	115,132	,768	0.05
القطاع +الحالة الإجتماعية	1065,377	2	532,688	,301	0.05

الخطأ (حل المشكل)	23398,627	54	433,308		
التباين الكلي	176974,000	60			

من خلال الجدول(31) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها 476, وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 ، في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الحالة الإجتماعية) بلغت768, وهي غير دالة إحصائيا وعن قيمة "ف " لتفاعل بين (القطاع + الحالة الاجتماعية) فلقد بلغت 301, وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والحالة الاجتماعية في إستراتيجية حل المشكل ، وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص في حل المشكل تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول(32): الفروق في إستراتيجية حل المشكل بين ممارسي القطاع الصحي العام و الخاص حسب متغير الأقدمية المهنية

القطاع / الأقدمية المهنية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أقل من 10سنوات	44.83	23.182	53.17	20.290
10 سنوات فما فوق	50.44	19.564	50.14	22.147

من خلال الجدول (32) يتضح لنا أن متوسط إستراتيجية حل المشكل للعياديين الممارسين في القطاع الخاص الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ 53,17 بإنحراف معياري قدر ب 20,290، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ 50,14 بإنحراف معياري قدر ب22,147

، أما متوسط إستراتيجية حل المشكل للعياديين الممارسين في القطاع العام فلقد بلغ 44,83 بإنحراف معياري قدر ب23,182، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ50,44 بإنحراف معياري قدر ب.19,564

جدول(33) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الخبرة المهنية والقطاع في إستراتيجية حل المشكل للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	Fقيمة	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	319,382	1	319,382	,396	0.05
العامل الثاني (الخبرة المهنية)	46,346	1	46,346	,746	0.05
القطاع +االخبرة المهنية	229,648	1	229,648	,471	0.05
الخطأ (حل المشكل)	24418,273	56	436,041		
التباين الكلي	176974,000	60			

من خلال الجدول (33) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) حيث بلغت قيمتها ,396 . في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الخبرة المهنية) بلغت ,746 وعن قيمة "ف " لتفاعل بين (القطاع + الخبرة المهنية) فلقد بلغت النسبة471, وهذه القيمة غير دالة إحصائيا ما يعني عدم وجود توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجية حل المشكل بين العياديين الممارسين في القطاع العام والممارسين في القطاع الخاص تعزى إلى متغير الأقدمية المهنية .

جدول (34) : الفروق في إستراتيجية الإنفعال بين ممارسي القطاع الصحي العام و الخاص حسب متغير الجنس.

القطاع / الجنس	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
ذكور	36.27	14.489	32.20	9.964
إناث	41.60	13.537	34.10	11.107

من خلال الجدول رقم (34) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لإستراتيجية الإنفعال لدى الاخصائيين العياديين الذكور في القطاع الخاص قد بلغ 32,20 بإنحراف معياري قدر ب 9,964، أما متوسطها لدى الإناث فلقد بلغ 34,10 بإنحراف معياري قدر ب 11,107 . وفي القطاع العام بلغ المتوسط الحسابي لإستراتيجية الإنفعال لدى الأخصائيين العياديين الذكور 36,27 بإنحراف معياري قدر ب 14,489 أما المتوسط الحسابي للإناث فلقد بلغ 41,60 بإنحراف معياري قدر ب 13,537.

الجدول (35) تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في إستراتيجية الإنفعال لدى الممارسين العياديين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العامل الأول القطاع	539,766	1	539,766	,068	0.05
العامل الثاني الجنس	195,796	1	195,796	,268	0.05
التفاعل القطاع + الجنس	41,604	1	41,604	,608	0.05
الخطأ (إستراتيجية الإنفعال)	8741,933	56	156,106	////////// //////////	////////// //////////
التباين الكلي	88054,000	60	//////////	//////////	//////////

من خلال الجدول(35) يتضح لنا من خلال الجدول أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول (القطاع) بلغت قيمتها068, ، في حين أن قيمة " ف" لطرف الثاني (االجنس) بلغت(,268) . وعن قيمة "ف "لتفاعل بين (القطاع + الجنس) فلقد بلغت قيمتها608, وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والجنس في إستراتيجية الإنفعال ، وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين في القطاع العام والخاص تعزى لمتغير الجنس .

الجدول(36): الفروق في إستراتيجية الإنفعال بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الحالة العائلية.

القطاع / الحالة العائلية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أعزب	43.11	12.534	33.00	12.974
متزوج	37.95	14.442	34.38	8.770
مطلق	21.00	/////	25.00	////////

من خلال الجدول رقم (36) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لإستراتيجية الإنفعال للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين في القطاع الخاص بلغ 34.38 بإنحراف معياري قدر ب 8.770 ، أما متوسطها لدى الغير متزوجين فلقد بلغ 33.00 بإنحراف معياري قدر ب 12.974، في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين 25.00. أما في القطاع العام فلقد بلغ المتوسط الحسابي لإستراتيجية الإنفعال للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين 37.95 بإنحراف معياري قدر ب14.444 أما المتوسط الحسابي لغير المتزوجين فلقد بلغ43.11 بإنحراف معياري قدر ب12.534. في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين21.00

جدول(37) تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية والقطاع في إستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	القرار
العامل الأول (القطاع)	474,648	1	474,648	,086	0.05	غير دالة
العامل الثاني (الحالة الإجتماعية)	395,085	2	197,543	,289	0.05	غير دالة
القطاع +الحالة الإجتماعية	190,659	2	95,330	,545	0.05	غير دالة
الخطأ (إستراتيجية (الإنفعال)	8393,589	54	155,437			
التباين الكلي	88054,000	60				

من خلال الجدول(37) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها086, ، في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الحالة الإجتماعية) بلغت 289, وعن قيمة "ف " لتفاعل بين (القطاع + الحالة الاجتماعية) فلقد بلغت قيمتها 545, وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والحالة الاجتماعية في إستراتيجيةالإنفعال ، وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص في إستخدام إستراتيجية الإنفعال تعزى لمتغير الحالة العائلية.

جدول(38) : الفروق في إستراتيجية الإنفعال بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الأقدمية المهنية .

القطاع / الأقدمية المهنية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أقل من 10سنوات	42.67	12.361	34.87	10.914
10 سنوات فما فوق	36.44	14.869	28.86	8.630

من خلال الجدول (38) يتضح لنا أن متوسط إستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين في القطاع القطاع الخاص الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ34,87 بإنحراف معياري قدر ب 10,914، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ28,86 بإنحراف معياري قدر ب ، 8,630 في حين أن متوسط إستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين في القطاع الصحي العام الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ42,67 بإنحراف معياري قدر ب 12,361، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ 36,44 بإنحراف معياري قدر ب 14,869.

جدول (39) : تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الخبرة المهنية والقطاع في إستراتيجية الإنفعال للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	769,413	1	769,413	,028	0.05
العامل الثاني (الخبرة المهنية)	472,621	1	472,621	,083	0.05
القطاع +االخبرة المهنية	,135	1	,135	,976	0.05
الخطأ (إستراتيجية الإنفعال)	8506,577	56	151,903		
التباين الكلي	88054,000	60			

من خلال الجدول (39) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها 028, وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05، في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الأقدمية المهنية) فلقد بلغت083, وعن قيمة "ف "لتفاعل بين (القطاع + الخبرة المهنية) قد بلغت976, وهي قيمة غير دالة إحصائيا .

من خلال تحليل النتائج يتضح لنا عدم وجود تفاعل بين نوع القطاع والأقدمية المهنية في إستخدام إستراتيجية الإنفعال ، وعليه يمكننا القول بأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجية الإنفعال بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام و الخاص تعزى إلى متغير سنوات الخبرة. لكن توجد

فروق في استراتيجية الإنفعال تعزى إلى القطاع لصالح القطاع الصحي العام (الممارسون في القطاع العام أكثر استخداما لاستراتيجية الانفعال من الممارسين في القطاع الخاص) .

جدول (40) : الفروق في إستراتيجية التجنب بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الجنس .

القطاع / الجنس	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
ذكور	39.60	12.905	40.40	13.898
إناث	41.53	10.322	43.00	14.886

من خلال الجدول رقم(40) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لإستراتيجية التجنب لدى الاخصائيين العياديين الذكور في القطاع الخاص قد بلغ 40,40 بإنحراف معياري قدر ب 13,898، أما متوسطها لدى الإناث فلقد بلغ 43,00 بإنحراف معياري قدر ب 14,886. أما في القطاع العام فلقد بلغ المتوسط الحسابي لإستراتيجية التجنب لدى الأخصائيين الذكور 39,60 بإنحراف معياري قدر ب 12,905 أما المتوسط الحسابي للإناث فلقد بلغ41,53 بإنحراف معياري قدر ب10,322.

الجدول (41): تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الجنس والقطاع في إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	Fقيمة	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	20,709	1	20,709	,732	0.05
العامل الثاني (الجنس)	71,531	1	71,531	,525	0.05
القطاع +الجنس	1,569	1	1,569	,925	0.05
الخطأ (التجنب)	9771,733	56	174,495		
التباين الكلي	112471,000	60			

من خلال الجدول(41) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها732, في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (االجنس) بلغت525, وعن قيمة "ف " لتفاعل بين (القطاع + الجنس) فلقد بلغت قيمتها925, وهي قيمة غير دالة إحصائيا أي ليس هناك تفاعل بين نوع القطاع والجنس في إستراتيجية التجنب ، وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى لمتغير الجنس.

الجدول(42): الفروق في إستراتيجية التجنب بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الحالة العائلية

القطاع / الحالة العائلية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أعزب	40.78	12.785	43,54	13.776
متزوج	39.30	10.162	42,44	14.500
مطلق	64.00	////////	19,00	///////

من خلال الجدول رقم(42) يتضح لنا أن المتوسط الحسابي لإستراتيجية التجنب للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين في القطاع الخاص قدر ب 42,44 بإنحراف معياري قدر ب 14,500، أما متوسطها لدى الغير متزوجين فلقد بلغ 43,54 بإنحراف معياري قدر ب 13,776، في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين 19,00 . أما المتوسط الحسابي لإستراتيجية التجنب للأخصائيين العياديين الممارسين المتزوجين في القطاع العام بلغ 39,30 بإنحراف معياري قدر ب10,162 ، أما المتوسط الحسابي لغير المتزوجين فلقد بلغ 40,78 بإنحراف معياري قدر ب 12,785 . في حين بلغ المتوسط الحسابي للأخصائيين العياديين المطلقين64,00.

الجدول(43) تحليل التباين الثنائي التفاعل بين الحالة العائلية والقطاع في إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	27,390	1	27,390	,682	0.05
العامل الثاني (الحالة الإجتماعية)	30,767	2	15,383	,909	0.05
القطاع +الحالة الإجتماعية	1113,143	2	556,571	,039	0.05
التباين الكلي	112471,000	60			

من خلال الجدول(43) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) بلغت قيمتها682, ، في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الحالة الإجتماعية) بلغت قيمتها 909, وعن قيمة "ف "لتفاعل بين (القطاع + الحالة الاجتماعية) فلقد بلغت 039, وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 ، وعليه نقول أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتيجية التجنب بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام و الخاص تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية. لكن يوجد تفاعل دال إحصائيا بين القطاع والحالة الاجتماعية لدى فئة المطلقين (حيث كانت استراتيجية التجنب في أدنى مستوياتها لدى المطلقين الممارسين في القطاع الخاص والتي بلغ متوسطها 19، في حين كانت استراتيجية التجنب في أعلى مستوياتها لدى المطلقين الممارسين في القطاع العام والتي بلغ متوسطها 64,00 .(

الجدول (44): الفروق في إستراتيجية التجنب بين ممارسي القطاع الصحي العام والخاص حسب متغير الأقدمية المهنية.

القطاع / الأقدمية المهنية	القطاع العام		القطاع الخاص	
	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
أقل من 10سنوات	37.92	9.737	42,39	
10 سنوات فما فوق	42.33		41,29	

من خلال الجدول (45) يتضح لنا أن متوسط إستراتيجية االتجنب للعياديين الممارسين 12,528 في القطاع الخاص الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ 42,39 بإنحراف معياري قدر ب 13,924، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ 41,29 بإنحراف معياري قدر ب 16,938

أما متوسط إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين في القطاع العام الذين تقل خبرتهم عن 10 سنوات قد بلغ 37,92 بإنحراف معياري قدر ب 9,737، أما متوسط الحسابي للذين تساوي أو تزيد خبرتهم عن 10 سنوات فقد بلغ 42,33 بإنحراف معياري قدر ب 12.528 .

الجدول(46): تحليل التباين الثنائي لتأثير التفاعل بين الخبرة المهنية والقطاع في إستراتيجية التجنب للعياديين الممارسين.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العامل الأول (القطاع)	69,655	1	69,655	,529	0.05
العامل الثاني (الخبرة المهنية)	53,243	1	53,243	,581	0.05
القطاع +االخبرة المهنية	93,767	1	93,767	,465	0.05
الخطأ (التجنب)	9697,823	56	173,175		
التباين الكلي	112471,000	60			

من خلال الجدول (46) يتضح لنا أن قيمة "ف" لطرف التفاعل الأول(القطاع) حيث بلغت قيمتها 529, في حين أن قيمة " ف" لطرف التفاعل الثاني (الخبرة المهنية) بلغت 581, وعن قيمة "ف " للتفاعل بين (القطاع و الخبرة المهنية) فلقد بلغت465, ، وكل هذه القيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 . وعليه نقول أنه ليس هناك تفاعل بين القطاع والخبرة المهنية في إستخدام إستراتيجية التجنب ، أي لا توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجية التجنب بين العياديين الممارسين في القطاع العام والممارسين في القطاع الخاص تعزى إلى متغير سنوات الخبرة.

من خلال الجداول (30،29، 35، 36، 37،41،42) نستنتج أنه ليس هناك فروق دالة إحصائيا بين الممارسين العياديين في القطاع العام والخاص في إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية (حل المشكل ، الإنفعال ، التجنب) تبعا لمتغير الجنس.

فعلى إعتبار أن هناك إختلاف في الشخصيات فلابد أن يكون هناك إختلاف في ردود الأفعال إتجاه المواقف الضاغطة وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات نذكر منها (رجب علي شعبان، مايسة شكري ، كارديم ، زانغ ويانغ) بأن هناك علاقة بين سمات الشخصية وأساليب التعامل مع الضغوط لدى الأفراد من الجنسين ، معنى ذلك أن سمات الشخصية تحدد الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع الوضعيات الضاغطة ومن هذه السمات نذكر : تقدير الذات ، الصلابة النفسية ،مركز الضبط، القدرة على حل المشكلات ، المرونة وغيرها (يوسفي ، 2016، ص.78) .

كما أوضح كل من ويثنجون وكازلر(1991) أن الأفراد يختلفون في الإستجابة للمواقف الضاغطة من حيث الإستراتيجيات المستخدمة ، إذ أنها تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية ومركز الضبط (زيار و كركوش، 2019، ص. 237) .

لكن ما نلمسه في هذه الدراسة هو أنه رغم إختلاف القطاع الصحي (عام – خاص) وعلى إختلاف الجنس إلا أن إستراتيجيات المواجهة لا تختلف ، ويمكن أن نرجع السبب إلى إنتشار وباء كورونا حيث أصبحت مصادر الضغوط هي نفسها بالنسبة لعمال القطاعيين الصحيين العام والخاص من الجنسين (الذكور والإناث) .ضف إلى ذلك فالتشابه بين أفراد عينة الدراسة في حيث القيم والثقافية والمعتقدات والتي تعتبر عاملا مهما في تحديد نوعية الإستراتيجيات قد جعل الإختلاف وارد. يرى فولكمان ولازاروس أن التوافق والتقدير يتأثران بالفروق الفردية في الإمكانيات السيكولوجية والمصادر الشخصية والإلتزامات والقيم أي أن

خصال الفرد وقدراته وإمتلاكه لمهارات التوافق تؤثر في الإستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة (زيار و كركوش ،2019 ، ص.239) .

عدة دراسات تدعم فكرة الإختلاف منها:

دراسة سهيل (2010) حيث بينت أن الذكور أكثر إستخداما لإستراتيجية البحث عن المعلومات والدعم الاجتماعي في تعاملهم مع المواقف الضاغطة مقارنة بالإناث .و دراسة بركات (2010) التي بينت وجود فروق دالة إحصائيا في درجات أفراد العينة عند إستخدامها للإستراتيجيات الاجتماعية والنفسية والجسمية للتعامل مع الضغوط المهنية تبعا لمتغير الجنس ولصالح الذكور في الإستراتيجيات الجسمية (منصوري وأخرون، 2018 ، ص. 236) .

وفي دراسة تتفق مع دراستنا الحالية أكد محمد (1995) في دراسته عن الفروق الجنسية والعمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة على عينة مكونة من (684) فردا من الجنسين ، و أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة في إستخدام أساليب التكيف الإحجامية والإقدامية تعزى إلى الجنس (جودة ، 2004، ص. 677).

من خلال الجداول (31،32، 37، 38، 43،44) نستنتج أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتيجيات المواجهة (حل المشكل ، الإنفعال ، التجنب) تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية .

دراسة سهيل مقدم (2010) ودراسة محمد مقداد ومحمد فاضل(2002)، دراسة قاجة وغربي (2014) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستعمال أساليب مواجهة الضغوط المهنية تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية (قاجة وغربي 2014، ص.280).

دراسة عبد الله عبد الله (2019) عن الفروق في المواجهة تعزى لمتغير الجنس ، الحالة الاجتماعية هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والصحة النفسية للشباب، و مدى تأثر أساليب المواجهة بالجنس ومكان السكن والحالة الاجتماعية . حيث أسفرت النتائد عن وجود فروق تعزى للحالة الاجتماعية ووجود فروق في بعد التفاعل الإيجابي تعزى لمتغير مكان السكن لصالح سكان المدينة.

من خلال الجداول (34،33، 40،39، 46،45) نستنتج أنه لا توجد فروق في إستراتيجية مواجهة الضغوط المهنية بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى لمتغير الخبرة المهنية.

وفي دراسة مخالفة لدراستنا لعبد الله الضريبي وأخرون (2010) هدفت الدراسة إلى معرفة إن كانت هناك فروق في الأساليب التي يتبعها العمال لمواجهة الضغوط النفسية المهنية تبعا إلى متغيرات(المؤهل العلمي، الخبرة المهنية ، السن) وقد أسفرت النتائج إلى :

– وجود فروق في إستخدام الأساليب الإيجابية جميعها وكذلك الدرجة الكلية تعزى لمتغير الخبرة المهنية ، وذلك لصالح فئة الخبرة (أكثر من 10سنوات)، وكذلك في إستخدام أسلوب التنفيس الإنفعالي والدرجة الكلية للأساليب السلبية ، وذلك لصالح فئتي الخبرة الأصغر. إستراتيجية حل المشكل كانت هي الأكثر إستعمالا من بين إستراتيجيات المواجهة.

2– مدى تحقق الفرضيات : إن الغرض من إجراء البحوث هو التحقق من إثبات الفرضيات أو نفيها وفي هذا العنصر من البحث سنقوم بإيراد الفرضيات ومدى تحققها .

الفرضية 1: توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين الممارسين العياديين في القطاع العام والخاص.تعزي لمتغيرات (الجنس ، الحالة الاجتماعية ، الخبرة المهنية).

هدفنا من خلال هذه الفرضية معرفة دلالة الفروق في مستوى الصحة النفسية حسب متغيرات (الجنس، الحالة الإجتماعية ، الخبرة المهنية) دلت النتائج على عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية حسب متغيري (الجنس، الحالة الإجتماعية) وعليه نقول بأن الفرضية لم تتحقق حسب متغير الجنس والحالة الإجتماعية، أما بالنسبة لمتغير الخبرة المهنية فلقد كانت هناك فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين العياديين الممارسين في القطاع العام والخاص تعزى إلى متغير الأقدمية المهنية، لصالح فئة أكثر من 10 سنوات خبرة لدى موظفي القطاع الخاص (متوسط الفئة في الصحة النفسية بلغ 115.857 وهو الأدنى مقارنة بباقي الفئات، وعليه نقول بأن الفرضية قد تحققت كليا حسب متغير الأقدمية المهنية.

الفرضية 2: يعاني العياديون الممارسون في القطاعيين الصحيين العام والخاص من إجهاد الوظيفة.

الهدف من هذه الفرضية هو معرفة إن كان الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص يعانون من إجهاد الوظيفة (الضغط المهني) حيث دلت النتائج على إرتفاع درجات حرية إتخاذ القرار مع إرتفاع المطالب النفسية في المقابل إنخفاض الدعم الإجتماعي ، ما يجعل بيئة العمل خطرة ومسببة للضغط وعليه نقول أن الأخصائيين العياديين الممارسين يعانون من إجهاد الوظيفة وعليه نقول أن فرضية بحثنا قد تحققت بصفة كلية.

الفرضية 3: يميل العياديون الممارسون في القطاع العام إلى إستعمال إستراتيجيات سلبية لمواجهة الضغوط المهنية (الإنفعال–التجنب).

إن الهدف الذي سعينا الوصول إليه معرفة أكثر إستراتيجات المواجهة إستعمالا من قبل الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاع العام لمواجهة الضغوط المهنية مفترضين أن الإستراتيجيات السلبية(الإنفعال ، التجنب) هي الاكثر إستعمالا ، لكن النتائج التي أسفرها بحثنا هو أنه هناك تنوع في إستعمال إستراتيجيات المواجهة مع سيطرة إستراتيجية التي ترتكز على المشكل والتي تصنف ضمن الإستراتيجيات الإيجابية وعليه نقول أن الفرضية لم تتحقق.

الفرضية 4: يميل العياديون الممارسون في القطاع الخاص إلى إستعمال إستراتيجيات إيجابية لمواجهة الضغوط المهنية (حل المشكل).

إن الهدف الذي سعينا الوصول إليه معرفة أكثر إستراتيجات المواجهة إستعمالا من قبل الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاع الخاص لمواجهة الضغوط المهنية مفترضين أن الإستراتيجيات الإيجابية (التي ترتكز على حل المشكل) هي الأكثر إستعمالا ،حيث أظهرت النتائج أن هناك تنوع في إستعمال إستراتيجيات المواجهة مع سيطرة إستراتيجية التي ترتكز على المشكل والتي تصنف ضمن الإستراتيجيات الإيجابية ، وعليه نقول بأن الفرضية تحققت وبصفة كلية.

الفرضية 5: توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتيجيات مواجهة الضغوط المهنية بين العياديين الممارسين في القطاع العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، الخبرة المهنية).

إن الهدف من هذه الفرضية هو معرفة دلالة الفروق في إستراتيجيات مواجهة الضغوط (التي ترتكز على المشكل ، التي ترتكز على الإنفعال ، التجنب) بين الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص حسب المتغيرات التالية (الجنس ، الحالة الإجتماعية ، الأقدمية المهنية) ، حيث أظهرت النتائج بعدم وجود فروق في إستراتيجية (حل المشكل) حسب متغيرات (الجنس ، الحالة العائلية،

الخبرة المهنية) وعليه نقول بأن الفرضية لم تتحقق بالنسبة لحل المشكل حسب متغيرات (الجنس ، الحالة العائلية ، الأقدمية المهنية).

وجود فروق في إستراتيجية التي ترتكز على الإنفعال حسب متغير الأقدمية المهنية ، وجود فروق في إستراتيجية التجنب حسب متغير الحالة الإجتماعية ، وعليه نقول أن الفرضية تحققت في إستراتيجية التي ترتكز على الإنفعال حسب متغير الأقدمية المهنية والحالة العائلية .

3- الإستنتاج العام : يصعب على الأخصائي العيادي الممارس أن يكون طرفا فعالا في تقديم يد المساعدة للأخرين وخاصة إذا كان نوع المساعدة هو تقديم الدعم النفسي والمعنوي وتقديم إستراتيجيات لحل المشاكل وتخطي الصعوبات النفسية ، فالمختص العيادي عبارة عن شخص ذو جهاز نفسي ويمتلك شخصية كغيره من البشر وبالتالي فإن حجم وطبيعة العمل ، بالإضافة إلى بيئة العمل الذي يشتغل فيه يجعله يواجه صعوبات تحول دون أداءه الفعال لعمله مما يجعله عرضة للضغوط النفسية والمهنية سواء كانت متعلقة بشخصيته كأن يتقمص حالة مفحوصيه ويعايش الحالة إذ يصعب عليه فصل المعاش النفسي الشخصي عن الجانب المهني مما يجعله عرضة للإصابة بالعديد من الإضطرابات النفسية، خاصة إذا لم تكن له طرق فعالة في مواجهة هذه الضغوط وفي تسيير القلق ، رغم إستخدامه لإستراتيجيات تصنف ضمن الإستراتيجيات الإيجابية كالتخطيط ، حل المشكل وغيرها ، نظرا لوجود عوامل دخيلة تحد من فعاليتها في تسيير ومواجهة العقبات والضغوطات ، الأمر الذي ينعكس بدوره سلبا على صحته النفسية حيث يفقد الثقة في ذاته ، وحتى في المحيطين به من زملاءه ، فقد يتأزم وضعه في العمل لحد فقدان العمل ، وكما سبق لنا وذكرنا أن هذه أهم مظاهر الصحة النفسية السليمة أو الجيدة وبالتالي فتعرضه لهذه الإحباطات قد يؤدي إلى إختلال صحته النفسية أو تدني مستواها .

إن أهمية دراستنا تتجلى في الكشف عن العلاقة بين مستوى الصحة النفسية و إستراتيجية مواجهة الضغوط المهنية لدى الأخصائي العيادي ، وقد وضعت الباحثة مجموعة من التساؤلات :

- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الصحة النفسية بين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس، الخبرة المهنية ،الحالة الاجتماعية)؟
- ✓ هل يعاني المختص العيادي الممارس في القطاع العام والخاص من إجهاد الوظيفة؟

- ✓ ماهي استراتيجيات المواجهة الأكثر إستعمالا من قبل العياديين الممارسين في القطاعين الصحيين العام والخاص؟
- ✓ هل توجد فروق دالة إحصائيا في إستراتجيات المواجهة (حل المشكل ، التجنب ، الإنفعال) بين الممارسين العياديين في القطاعيين الصحيين العام والخاص تعزى إلى متغيرات (الجنس ، الخبرة المهنية ،الحالة الاجتماعية)؟

قامت الباحثة بوضع إجابات توقعية (فرضيات)، كما قامت بإختيار عينة البحث والمتمثلة في أخصائيين نفسانيين ممارسيين من القطاعيين الصحيين العام والخاص ، إشتملت على 60 أخصائي عيادي ، ولغرض إختبار الفرضيات قامت الباحثة ببناء مقياس للصحة النفسية للعياديين الممارسيين يشتمل على ثلاثة أبعاد(البعد الشخصي ، البعد الإجتماعي ، البعد المهني) ، إستبيان كرازاك لضغط المهني والذي بدوره يشتمل على ثلاثة أبعاد (الموقف القراري ، المطلب النفسي ، الدعم الإجتماعي)، قائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة الذي يشتمل على ثلاث مجالات (إستراتيجيات ترتكز حول المشكل ، إستراتيجيات التي ترتكز على العاطفة ، إستراتيجيات التجنب) . وبغرض التأكد من الخصائص السايكومترية طبقت الباحثة المقاييس على عينة قوامها 30 أخصائي نفساني عيادي من القطاعيين تم حساب معاملات الصدق وثبات أدوات البحث كما وضحنا سابقا .

تم إستخدام أساليب الإحصاء الوصفي المتمثلة في المتوسطات الحسابية ، الإنحرافات المعيارية، النسب المئوية ، والإحصاء الإستدلالي المتمثل في معاملات الإرتباط سبيرمان براون و بيرسون ، تحليل التباين الثنائي لمعرفة إن كانت هناك فروقات معنوية ذو دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للعينات ،

إختبار(leven statistique) لإختبار شرط تحقيق التجانس بين العينات المستقلة ، وبعد تحليل وتفسير البيانات توصلت النتائج إلى ما يلي :

- تحقق الفرضية الأولى جزئيا.

- تحقق الفرضيات الثانية ، الثالثة ، الرابعة جزئيا

-عدم تحقق الفرضية الخامسة.

- تحقق الفرضية السادسة جزئيا.

وعليه فنتائج البحث أجابت على جميع الفرضيات ، فمن خلالها نستنتج أن مستويات الصحة النفسية للأخصائيين العياديين الممارسيين في القطاع العام والخاص منخفضة إلى متوسطة ، يمكن إرجاع سبب ذلك إلى المتغير الدخيل ألا وهو جائحة كورونا التي أثرت سلبا على الصحة النفسية لعامة الناس وخاصتها من عمال القطاع الصحي ، كما أن بيئة العمل في هذه الظروف أصبحت خطرة ومليئة بالضغوط ما جعل الضغط المهني مرتفع لدى الأخصائيين العياديين الممارسين في القطاعيين الصحيين العام والخاص ، بالإضافة إلى عوامل أخرى مادية و عوامل شخصية ونفسية للأخصائيين التي تحول دون إستخدامهم إستراتيجيات فعالة في مواجهة الضغوطات التي تواجههم في حياتهم العملية التي تنعكس سلبا على صحتهم الجسدية والنفسية.

4- إمتدادات البحث : لا يكاد يخلو عمل علمي من الصعوبات والمعوقات التي تواجه الباحثين سواء في الجانب النظري كنقص المراجع ، عدم التحكم الجيد في اللغات من أجل الترجمة ، أو على المستوى التطبيقي خاصة في هذه السنوات الأخيرة مع جائحة كورونا وتجميد التربصات في المستشفيات ولعل هذا أكبر عائق واجهناه في هذا البحث مما حتم علينا الإكتفاء بعينة صغيرة مقارنة بما كنا نطمح إليه ، أما

العائق الثاني الذي واجهناه وكان السبب نفسه هو عدم قدرتنا على إجراء التربص الميداني من أجل تطبيق مقابلات عيادية مع حالتين أو أكثر للإعتماد عليها كنموذج في التحليل كل هذه الصعوبات و الرصيد المعرفي الذي كوناه من خلال القراءات إستنتجنا مواضيع يمكن إعتمادها كمواضيع للأبحاث والمذكرات هي:

- المرونة النفسية وعلاقتها بفعالية إستراتيجيات المواجهة في الخفض من أعراض الضغط ما بعد الصدمة للأطباء المتعافيين من وباء كورونا .

- الصلابة النفسية و إستراتيجية حل المشكل ودورها في الخفض من الضغط المهني لدى عمال القطاع الصحي (أطباء الإنعاش أنموذجا)

-السعادة والرضا وعلاقتهما بالضغط المهني والإحتراق النفسي لدى الأطباء العقليين.

-إجهاد الوظيفة وعلاقته بالصحة النفسية والرضا الوظيفي لدى أساتذة علم النفس .

5- الإقتراحات :

- تحسين الظروف الفيزيقية لعمل المختص العيادي لأداء مهامه بصفة مريحة لتفادي تعرضه للضغوط .
- إقامة تربصات وملتقيات علمية للرفع من مستوى الكفاءة المهنية لرفع من تقدير الذات وبالتالي إرتفاع مستوى الصحة النفسية .
- إعطاء علم النفس العيادي والممارس العيادي المكانة المناسبة بحكم أهمية تواجده في جميع المجالات .

- التخفيف من عبء العمل على إعتبار أن البحث أفض إلى أن عمل الممارس العيادي عمل نشط وبالتالي تقليص الحجم الساعي للعمل .
- بناء برنامج إرشادي تكاملي لتنمية المهارات الحياتية ولتحسين مهارات التعامل مع الضغوط لدى المختص العيادي الممارس .

قائمة المراجع :

1. أبو العمرين ، أحمد إبتسام (2008). مستوى الصحة النفسية للعاملين في مهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم ، رسالة ماجستير ، كليةالتربية ، قسم علم النفس ، الجامعة الإسلامية بغزة ، فلسطين.
2. أبو حويج ، مروان ؛ الصفدي ، عصام (2001). *المدخل إلى الصحة النفسية*. عمان: دارالمسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1.
3. أبو دلو ، جمال (2009) . *الصحة النفسية*. الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع ، ط1.
4. الأحسن ، حمزة (2015) .الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الإبتدائية و إنعكاساتها على مستوى تقدير الذات لديهم . *مجلة العلوم النفسية والتربوية* ، المجلد 1(العدد1)، ص ص.186-215 .
5. البرزنجي، دنيا طيب رضا (2015). الفراغ الوجودي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المعلمات الأرامل. *مجلة كلية التربية* ،(العدد 79) ، ص ص.521-556 .
6. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، العدد 43 ، 22 جويلية ، 2009.
7. الخالدي ، أديب محمد (2009) .المرجع في الصحة النفسية . عمان : دار وائل للنشر ، ط3.
8. الخالدي ،أديب محمد (2006). *مرجع في علم النفس الإكلينيكي* (المرضي) الفحص والعلاج .عمان :دار وائل للنشر ، ط1 .
9. الخالدي ،عطاء الله فؤاد ؛ العلمي ، دلال سعد الدين (2009) . *الصحة النفسية و علاقتها بالتكيف والتوافق* . عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط1.
10. الداهري ، صالح ؛ العبيدي ، هاشم (1999). *الشخصية والصحة النفسية* . الأردن: دار الكندي للنشر والتوزيع ، ط1.

11. الشخابنة ، مطيع (2010). *التكيف مع الضغوط النفسية* . عمان ، الأردن : دار الحامد للنشر والتوزيع ، ط1 .

12. الضريبي ، عبدالله ؛ نحيلي ،علي (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. *مجلة جامعة دمشق*، (العدد- 04)، ص ص. 669-717.

13. الطريري ، عبد الرحمان سليمان (1994) . الضغط النفسي مفهومه تشخيصه طرق علاجه ومقاومته . ط1.

14. العبيدي ، جاسم محمد (2009). علم النفس الإكلينيكي. عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1

15. العزيز، وردة ؛ خماد، محمد (2021) . الأثار النفسية والإجتماعية الناتجة عن الحجر الصحي المطبق في الجزائر في ظل إنتشار فيروس (كوفيد 19) .*مجلة وحدة البحث في تنمية الموار د البشرية* ، المجلد 12 (العدد 1 الخاص) ، الجزء1.

16. العمري، واضح ؛ شحام ،عبد الحميد (2016) . المواجهة والتعايش مع الضغوط في الوسط المهني كمهارة من مهارات الحياة . *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية* ، العدد 3 ، ص ص.129-140.

17. العناني ، حنان عبدالحميد (2003). *الصحة النفسية*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ط2. .

19- الكيكي، محسن محمود أحمد؛ مهنا، بشير عبدالله (2013). الصحة النفسية وعلاقتها بالندم الموقفي لدى طلاب وطالبات ثانوية المتميزين والمتميزات في مدينة الموصل. *مجلة التربية والعلم* ،(العدد -01) ، ص ص. 277- 305.

18. الفرماوي ، حمدي على ؛ عبد الله ، رضا (2009). الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط1 .

19. القانوع، أشرف رشيد أحمد (2011) . *الكفاءة الاجتماعية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط عند المصابين بالإضطرابات السيكوسوماتية* ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية ، غزة.

20. النصراوي ، حيدر كامل (2017) .الصحة النفسية لذوي الإعاقة الحركية في محافظة بغداد . *مجلة البحوث التربوية والنفسية* ،(العدد 54)ص ص.302- 325.

21. أنجرس موريس ، ترجمة بوزيد صحراوي وأخرون (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية .الجزائر : دار القصبة للنشر ، ط2.

22. أوزنجة ، العيد (2013) . عوامل الصحة النفسية لدى السيكولوجي العيادي الممارس في الجزائر. *مجلة العلوم الإنسانية* ،(العدد 40) ، ص ص. 245-283.

23. برزوان ، حسيبة (2014). فعالية إستراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية ،(عدد- 29) ،ص ص.91- 105.

24. برزوان، حسيبة (2010). الضغط المهني وإستراتيجيات المواجهة عندالشرطي الجزائري . *مجلة دراسات نفسية* ، مجلد 1 (العدد 3) ، ص ص.133-158.

25. بغيجة، إلياس (2006) . *استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبين " وعلاقتها بمستوى القلق و الإكتئاب لدى المعاقين حركيا* ، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا ، جامعة الجزائر 2 .

26. بن الصديق، فاطمة ؛ روبي، لخضر (2020). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى موظفي شركة الكهرباء . *مجلة سلوك* ، المجلد 7(العدد 1) ، ص ص. 33-47.

27. بن حفيظ ، شافية ؛ مناع ،هاجر (2015) . مستوى الصحة النفسية لدى عينة من القابلات العاملات في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالأم والطفل . *دراسات نفسية وتربوية* ، (عدد 15)، ص ص.167-179.

28. بن زروال ، فتيحة (2010). الإجهاد على مستوى المنظمة المصادر والتأثيرات وإستراتيجية المواجهة . *دراسات نفسية وتربوية* ،(عدد 4) ، ص ص. 125- 163.

29. بن عبد الله ، عبد العزير ألأحمدي (1999). الطريق *إلى الصحة النفسية عند إبن القيم الجوزية وعلم النفس*. الرياض ، السعودية : دار الفضيلة للنشر والتوزيع، ط1

30. بن قورين ،عبد الباقي ؛ إبن عون، الطيب (2017). أثر بيئة العمل النفسية والإجتماعية على الصحة النفسية للموارد البشرية في مؤسسات ذوي الإحتياجات الخاصة. *مجلة الإمتياز لبحوث الاقتصاد والإدارة* ، المجلد 1(العدد 1) ، ص ص.196- 210.

31. بن قويدر ؛ حابي ، خيرة (2016) .الضغط المهني لدى عمال قطاع الصحة لولاية تيارت .*مجلة العلوم النفسية و التربوية* ، المجلد 3 (العدد1)، ص ص.71-92.

32. بن ميهوب ، كلثوم (1994) . *إدراك الذات المهنية عند الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في المؤسسات الصحية الجزائرية* . معهد علم النفس وعلوم التربية ، جامعة الجزائر .

33. بن ناصر، فرحات ؛ بوجمعة ، حريزي (2017) .الصحة النفسية وعلاقتها بالأداء الوظيفي لدى أساتذة التعليم المتوسط بالمسيلة. *دراسات نفسية وتربوية*،(عدد19)، ص ص. 146- 160.

34. بني يونس، محمد محمود (2007). علاقة مستويات الصحةالنفسية بأبعاد التوجه الزمني عند عينة من طلبة الجامعة الأردنية . مجلة دراسات العلوم الإنسانية والإجتماعية،(العدد -1)،ص ص. 15-31.

35. برزوان ، حسيبة (2016). الرضا المهني والكفاءة المهنية لدى الأخصائي النفساني العيادي في الجزائر . *مجلة الباحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية* ، المجلد 8 ، (العدد27)، ص ص.357-362.

36. بوزازة ، مصطفى (2010) .الأثار الوسيطية لإستراتيجيات المواجهة على الصلة ضاغط عمل – توتر. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية* ، المجلد 3(العدد 3) ، ص ص. 508-534.

37. بوشلالق ، نادية (2013).الصحة النفسية . *مجلة* العلوم الإجتماعية و الإنسانية، ص ص.172-188.

38. بوغازي ، كريمة (2018). الإجهاد المهني وعلاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين . *حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية* ، المجلد 11(العدد 5)، ص ص.397-421.

39. ترزولت، جمال؛ عمروني، حورية (2015) . معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري . *مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية* ، العدد 21، ص ص.101-112.

40. تشعبت، ياسمينة؛ مزوار ، نسيمة (2017). الصحة النفسية لدى التلميذ المقبل عل شهادة الباكالوريا أثناء أحداث غرداية . مجلة الجكمة للدراسات النفسية والتربوية، (العدد -09) ، ص ص.187-202.

41. تعولمت، شيراز ؛ عليوة، سمية (2020) .الضغوط المهنية وعلاقتها بالإحتراق النفسي لدى عمال القطاع الصحي خلال أزمة كورونا . *مجلة الوقاية والأرغونوميا* ، المجلد 8 (العدد2) ، ص ص. 24-45.

42. تواتي، نجية (2017). إستراتيجيات مواجهة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح معالجة السرطان . *دراسات في التنمية والمجتمع* ، المجلد 4(العدد1) ، ص ص.65-80.

43. جعرير، سليمة (2019). مستوى الصحة النفسية لدى العاملين بمهنة التمريض بالمؤسسات الإستشفائية وعلاقتها بفعالية الذات . *مجلة البحوث التربوية والتعليمية* ، المجلد 8 .

44. حافري ، زهية ؛ بومعزة ، فتيحة (2017). وقفة تقييمية لملمح شخصية الأخصائي النفساني . *مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية* ،الجزء 1 ، العدد 5، ص ص .11-34.

45. حجازي، مصطفى (2004) .*الصحة النفسية ، منظور تكاملي للنمو في البيت والمدرسة*.المغرب :الناشر المركز الثقافي العربي ط .2.

46. خلاصي ، مراد (2019). الإجهاد في العمل لدى الإطارات الجزائرية حسب نموذج كرازاك . *دراسات نفسية وتربوية* ، مجلد 12(العدد 1)، ص ص.61- 79.

47. خليل إلهام (2004) . *علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق* . إيبرتاك للطباعة والنشر والتوزيع.

48. خميس، سليم محمد (2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي . *مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية* ،(العدد 13) ، ص ص.285- 298.

49. دايلي ناجية (2018) . معايير السواء ومؤشرات الصحة النفسية .*مجلة العلوم الاجتماعية* ، المجلد 15(العدد 27) ، ص ص .174- 192

50. دحو ، مختارية؛ بن قويدر ،أحمد (2017) . تصورات المختص النفساني العيادي لعمله السيكولوجي وعلاقته بسلوكه الوظيفي . *مجلة العلوم الإنسانية*،المجلد 1(8.)

51. دياب ،عبد الله مروان (2006) . *دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين* ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية ،غزة ، كلية التربية ، فلسطين.

52. رجاء، مريم ؛ الأحمد ، أمل (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض . *مجلة جامعة دمشق*، المجلد 24(العدد 2).

53. رجوح، فتيحة ؛ زرزور، أحمد (2019) .الضغط المهني لدى القابلات في ضوء بعض متغيرات الخلفية الفردية . *مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي* ، المجلد 6 (العدد 2) ، ص ص.646-662.

54. زبدي ، ناصر ؛ فالح ، يمينة (2016) . فعالية برنامج الصحة النفسية للراشدين بتحقيق الأمن النفسي . *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية* ،(العدد .16) ، ص ص. 213-227.

55. زهار ، جمال ؛ ترزولت ، حورية (2015). معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائري . مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية ، العدد 21 ، ص ص.101-112.

56. زيار ، محمد ؛ كركوش ، فتيحة (2019). إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية عند الطالبة الجامعية المتزوجة . *مجلة دراسات نفسية وتربوية* ، مجلد 12(عدد 2)، ص ص.227- 242.

57. ساعد، شفيق (2019) . *مصدر الضبط الصحي و إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية* ، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية ، قسم العلوم الاجتماعية ، *جامعة محمد خيضر بسكرة ، الجزائر.*

58. سامر، جميل رضوان (2002). الصحة النفسية .عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، ط 2.

59. سمكري ، أزهار (2009) .الرضا الزواجي وأثره على بعض جوانب الصحة النفسية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية و الإجتماعية لدى عينة من المتزوجات في منطقة مكة المكرمة . دراسات عربية في التربية وعلم النفس ،(العدد 75) ، ص ص.227-280.

60. شحاذة ، يعقوب (2017) . إدارة الضغوط المهنية لدى الإدارات المدرسية من وجهة نظرها . مجلة الأستاذ ، المجلد (221) .

61. شرفاوي، رابح (2020). *أساليب التعامل مع الضغوط الناتجة عن المشكلات السلوكية لدى تلاميذ التعليم الثانوي وفق الجنس والخبرة* ، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، جامعة محمد لمين دباغين ، سطيف، الجزائر.

62. شريت، عبد الغني ؛ حلاوة، السيد (2002) . *الصحة النفسية بين النظرية والتطبيق*. الإسكندرية :المكتب الجامعي الحديث.

63. شقير، زينب (2002) . علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين. عمان ، الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، ط1 .

64. صبيرة ، فؤاد ؛ إسماعيل ، رازان (2015) . مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات . *مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدرسات العلمية* ،المجلد 37(العدد 1).

65. صحراوي ، وفاء (2013) . *الثقافة التنظيمية وعلاقتها بالضغط المهني والولاء التنظيمي وفعالية الذات لدى إطارات الجامعة* .أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر 2.

66. طبي، سهام (2005) .*أنماط التفكير وعلاقتها بإستراتيجيات مواجهة إضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المصابين بالحروق* ، رسالة ماجستير ، جامعة العقيد لخضر ، باتنة ، كلية الأداب والعلوم الإنسانية ، الجزائر.

67. طه، إسماعيل ؛ الطاف ، ياسين (2014) .الضغوط المهنية وعلاقتها بالتوافق المهني لدى أساتذة الجامعة.*مجلة البحوث التربوية والنفسية* ،(العدد 12).

68. عبد الخالق ،أحمد محمد (1993). *أصول الصحة النفسية* . الإسكندرية : دارالمعرفة الجامعية ، ط2 .

69. عبد الله ، محمد قاسم (2004) . مدخل إلى الصحة النفسية .عمان : دار الفكر ناشرون وموزعون ، ط2.

70. عبد الله ، محمد قاسم (2010) . مدخل إلى الصحة النفسية .عمان : دار الفكر ناشرون وموزعون ، ط5.

71. عداي ، عبد الستار حمود ؛ عبيس ، علياء نصير (2010). الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة جامعة كربلاء . *مجلة الباحث* ، المجلد 5 (الجزء 1) ، ص ص .243-273

72. العدينات ، خلدون ، عبد المهدي سليم (2013). *أبعاد الصحة النفسية لدى الأخصائي النفسي العيادي الأردني*. أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس ، كلية العلوم الانسانية، جامعة الجزائر2.

73. عريس ، نصر الدين (2017). *إستراتيجية تكيف أطباء مصلحة الإستعجالات في وضعيات الضغط النفسي* ، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، قسم علم النفس ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، الجزائر.

74. عسكر، السيد رأفت (2004). *علم النفس الإكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية* .

75. عسيري، بن عبد الله (2012) .الضغوط المهنية لدى معلمي المرحلة الإبتدائية بمدينة تبوك بالمملكة العربية السعودية في ضوء بعض المتغيرات .*مجلة جامعة الملك سعود* ، المجلد 24 (العدد 3) ، ص ص.1001-1032.

76. عصفور ، خلود ؛ كاظم ، شروق (2011). إختلاف دالة الفقرة في مقياس الصحة النفسية .*مجلة البحوث التربوية والنفسية* ، المجلد 8 (العدد28) ، ص ص . 227-255.

77. عطوف، محمود (1987) .*علم النفس العيادي*.لبنان : دار العلم للملايين ، ط2

78. غازي ، لطيف مكي (2013). الضغوط المهنية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى التدريسيين في الجامعة . *مجلة البحوث التربوية والنفسية*،(العدد 38)، ص ص.180-228.

79. غانم ، عدي ؛حمودات ؛ ثابت ؛ عبد الإله ،علاء (2010) .الضغوط المهنية وأعضاء منتديات الشباب في محافظة نينوى . *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية* ، المجلد 9 (العدد 4) ، ص ص 474- 510.

80. غريب، العربي؛ سايحي ، سليمة (2010). القواعد المهنية للممارسة السيكولوجية من خلال تصورات المختصين النفسانيين . *مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية* ، العدد 1.

81. غزالي ، علي عبدالفتاح ؛ حزم ،علي عبد الواحد (2008). *الصحة النفسية بين النظرية* والتطبيق. الإسكندرية: ماهي لخدمات الكمبيوتر.

82. قاجة ، رقية ؛ غربي، صبرينة (2018). أساليب مجابهة الضغوط المهنية لدى أعوان الحماية المدنية بولاية ورقلة . *مجلة دراسات نفسية* ، مجلد 11(عدد 2)، ص.ص . 268-284.

83. قادري، حليمة (2015). الصحة النفسية عند المسن المتقاعد . *مجلة التنمية البشرية*، (العدد05) ، ص ص. 1-16.

84. قدوري، الحاج (2016). فاعلية الإتصال الداخلي في مواجهة الضغط المهني من وجهة نظر الممرضين العاملين في مستشفى محمد بوضياف بورقلة .*مجلة العلوم النفسية و التربوية*، المجلد 2 (العدد 2)، ص ص.123-140.

85. كاظم، شروق، صادق ، إيمان (2011) .الصحة النفسية وعلاقتها بالخجل لدى طلبة الجامعة. *مجلة البحوث التربوية والنفسية* ، (العدد 28).

86. كركوش، فتيحة (2014). الممارسة العيادية بين الراهن والمأمول. *مجلة البحوث والدراسات الإنسانية*، (عدد09)، ص ص. 203-222.

87. كشرود، هدى (2003). *دراسة العلاقة بين المعاملة الوالدية والإكتئاب وإستراتيجيات الكوبين عند الأبناء في إطار القابلية لتأثير*. أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس كلية العلوم الانسانية، جامعة الجزائر2 .

88. محيميد ، نزيه عباس؛ هادي ، صالح عائد (2008). *مجلة الإدارة والإقتصاد*، (العدد 28) ، ص ص. 125-155.

89. مزوار، نسيمة (2014). إستراتيجية المواجهة وعلاقتها بمركز التحكم لدى المصابين بالسيدا. *مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية*، (العدد14) ،ص ص.155-169.

90. مزياني فتيحة (2007) .*أثر مصادر الضغط المهني و إستراتيجيات المقاومة والمعبرية الإنفعالية والدفاعية الإنفعالية/ العقلانية على الإحتراق النفسي عند ضباط الشرطة* ، أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر 2.

91. مزياني، فتيحة (2015). إستراتيجيات مقاومة الضغط المهني عند ضباط الشرطة . *دراسات في العلوم الإنسانية والإجتماعية* ، المجلد 15 (العدد 1) ، ص ص .55-75

92. معروف ، محمد (2014). *إستراتيجيات التعامل مع الإحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي*، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاجتماعية ، قسم علم النفس ، جامعة وهران ، الجزائر.

93. مقداد ، محمد؛ خليفة ، فاضل (2012) .الضغوط النفسية و إستراتيجيات مواجهتها لدى معلمي نظام الفصل بمملكة البحرين . *دراسات نفسية وتربوية* ، المجلد5 (2) ، ص ص.181-217.

94. مقدم ، سهيل ؛ بن عياد ، هوارية (2016). المساندة الاجتماعية كإستراتيجية إيجابية في مواجهة الإحداث المهنية الضاغطة لدى المرأة الجزائرية العاملة . *مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية* ،(العدد 27)، ص ص .593- 603.

95. مكي ، غازي لطيف (2013) . الضغوط المهنية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى التدريسيين في الجامعة . مجلة البحوث ، العدد 38، ص ص .180-228.

96. منصوري ، مصطفى (2016) . الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي و الممارسات العملية . *مجلة الحقيقة* ، المجلد 15 (العدد 4)، ص ص .210-230.

97. منصوري، مصطفى ؛ مكي، أحمد ؛ معروف ، محمد (2018) .الإحتراق النفسي و إستراتيجيات مواجهتها لدى معلمي التعليم الثانوي . *مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية* ، العدد 39.ص.224- 239.

98. ناجي ، عايدة (2020). الصحة النفسية والسيكوسوماتية وعلاقتها بالأداء المهني لدى القابلات . *مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي* ، المجلد 7(العدد 2) ، ص ص.498-522.

99. نصراوي ، صباح (2015) . إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المهني لدى الأطباء المناوبين ليلا دراسة وصفية تحليلية بمستشفى قايس . *مجلة الحقيقة* ، المجلد 14 (العدد1) ، ص ص .227-262.

100. والي ، وداد (2015). إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المراهقيين الجانحين ذكور و إناث ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاجتماعية ، قسم علم النفس ، جامعة وهران ، الجزائر.

101. وزاي، الطاوس ؛ نوار، شهرزاد (2018). الضغط المهني والصحة النفسية لدى عمال القطاع الصحي . *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية* ، العدد 28، ص ص .77-87.

102. A, ribadier ;I ,varescon (2016).étude des styles défensifs et des stratégies de coping au sien d'une population alcool dépendante .*l'Encephale* , paris. http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.06.003

103. Andre, mariage (2001). Stratégies de coping et dimension de la personnalité . *Revue le travaille humain*, Press universitaire de France .vol 64 ,p 45-59

104. Bruchon. schweitzer (2001). le coping et les stratégie d'ajustement face au stress . *recherche en soin infirmiers* ,N67.p.68-83.

105. C .tarquinio ;E .spitz (2012).la psychologie de l'adaptation : bruxelles.de boeck , ed 1.

106. c. razural ; h. desmet ; c. sellente (2011) .Stress, soutien social et stratégie de coping M Qulle influence sur le sentiment de compétence parental des mère primipare . *revue –rechercheensoins infirmiers*, n 106, page 47-58

107. Dorad, G;BURGENER,C, ; BERTHOZ, S (2013). Estime ,soutien social stress perçu ,stratégies de coping ,et usage de produits psychoactif a l' adolescence. Psychologie français ,n 58,p.107-121.

108. E Grebot et al (2006). styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante . *l'Encephale* ,c1, n32 , p.315-324.

109. francois ,Delphine ;philip, de saint julien(2008) . les survivants « A un plan social : Quelles stratégies de coping ? .*la revue des science de gestion* ,n 3 p. 107-110

110. Gora, da rocha ; Pauline, Roos ;Maya, Shaha (2014) .sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face A' annonce D'un cancer . *revue infokara* .vol 29 , p.49-53.

111. Guignon.n et al (2008).les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de karasek dans l'enquete sumer 2003.*première synthèses information* ,n 22.

112. I.pulhan ; M. bourgeois (2008) .*Stress et coping* .Paris :press universitaires de France,Ed2.

113. Syed, gohar abbas ; Alain, roger (2013). The impact of work overload and coping mechanisms of different dimension of stress among university teachers ,*revueGRH*,n8 , p.93-118.

114. U kramer (2005).la mesure du coping :une revue clinique des instrument . *journal de thérapie* comportementale et cognitive, p.46-54.paris

115. Veron, L ;Saias,T (2013). La gestion de la souffrance par le psychologue clinicien .revue pratique psychologique ,n 19 ,p 233-244.

116. Wassenhove,wim van (2014).*modele de karasek* , centre de recherche sur les risque et les crises ,mines paris tech .dans des Dictionnaire des risques psychosociaux.

الملاحق

ملحق1: قائمة الأساتذة المحكمين

إسم ولقب الأستاذ(ة)	الدرجة العلمية	مكان العمل
أشروف كبير سليمة	أستاذة محاضرة " أ"	جامعة البويرة
خدوسي كريمة	أستاذة محاضرة " أ"	جامعة البويرة
نايت عبد السلام كريمة	أستاذة محاضرة " أ"	جامعة تيزي وزو
سيدر كميلية	أستاذة محاضرة " أ"	جامعة البويرة
بلحاج صديق	أستاذ محاضر " أ"	جامعة البويرة
زعود نجمة	دكتوراه علم النفس	جامعة البويرة
صوان عبد الوهاب	أستاذ محاضر " أ"	جامعة البويرة
لوزاعي رزيقة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة البويرة
بلخير رشيد	أستاذ محاضر "ب"	جامعة تيزي وزو
ميلودي حسينة	أستاذة محاضرة " أ "	جامعة البويرة

ملحق 2: العبارات التي تم تصحيحها بعد التحكيم.

العبارات قبل التصحيح	العبارات بعد التصحيح
أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بأن تعاش	أشعر بالراحة النفسية لأن حياتي جديرة بأن تعاش
رغم بذل مجهود لإنجاز أعمالي إلا أنني غير راض عن نفسي	أشعر بعدم الرضا رغم ما أبذله من مجهودات لإنجاز أعمالي
ليس لدي عزيمة و إرادة في إيجاد معنى لحياتي	ليس لدي إصرار في تحديد أهداف لحياتي
حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل التي بها	أشعر بالحزن رغم قلة المشاكل التي تواجهني
الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى	الإحباط المتكرر يعرقل تكيفي وتوافقي النفسي
رغم أن الحزن لا يفارقني إلا أنني أعمل بجدية	رغم حزني الدائم لكني أجتهد لإتقان عملي
لدي حلول غير مألوفة للمشكلات التي تواجهني	أمتلك إستراتيجيات إيجابية في حل المشكلات التي تواجهني
أشعر باليأس عندما أجد الأخرين غير سعداء	أشعر بالراحة عندما أجد الأخرين سعداء
الرغبة في إنتقاد الأخرين	أشعر برغبة في إنتقاد الأخرين
مقارنة بالأخرين أشعر بأقل قيمة منهم	أشعر بتدني قيمتي مقارنة بالأخرين
الأخرون لا يقدرون أعمالي	أشعر بأن الأخرين لا يقدرون أعمالي
أشعر بالعصبية إذا قابلت رئيسي في العمل	أشعر بالضيق إذا قابلت رئيسي أو المسؤول في العمل
أحتاج إلى العمل ببطء حتى أضمن أن يكون أدائي للعمل ذو جودة	أتأنى في أداء عملي حتى أضمن جودته

ملحق 3 : مقياس الصحة النفسية للعياديين الممارسين.

البيانات الشخصية :

1- الإسم : 2- الجنس: 3- السن :

4- الخبرة المهنية بالسنوات: 5- الحالة الإجتماعية: - متزوج (ة) ( )

- أعزب(عزباء) ( )

- مطلق(ة) ( )

6- نوع القطاع : - القطاع العام . ( )

- القطاع الخاص.( )

التعليمة:

في إطار إنجاز بحث علمي حول المختص العيادي الممارس يرجى من سيادتكم المحترمة الإجابة على الأسئلة التي أمامكم والتي توضح حالتكم النفسية وذلك بوضع علامة x في الخانة المناسبة .

	دائما	أحيانا	أبدا
1.أشعر بالراحة النفسية لأن حياتي جديرة بأن تعاش.			
2. أشعر بالسعادة لأني قادر على حل بعض مشاكلي.			
3. أشعر بعدم الرضا رغم ما أبذله من مجهودات لإنجاز أعمالي .			
4.أشعر أني راض عن نفسي رغم ضغوط الحياة			
5. أكون سعيد عندما أكون راضيا عن حياتي.			
6. أشعر بالسعادة رغم الضغوط الكثيرة التي تواجهني.			
7. أشعر بوجود السعادة الحقيقية في حياتي.			
8. ليس لدي إصرار في تحديد أهداف لحياتي.			
9. منذ فترة واليأس يملأ حياتي .			
10. الشعور باليأس يقلل من عزيمتي .			

11. رغم محاولاتي لحل مشاكلي إلا أنني أشعر بعدم الأمان.			
12. تلعب معنوياتي المرتفعة دورا أساسيا في تحديد أهدافي.			
13. أشعر بالحزن رغم قلة المشاكل التي تواجهني.			
14. الإحباط المتكرر يعرقل تكيفي وتوافقي النفسي.			
15. أجد صعوبة في اتخاذ القرارات.			
16. أنا قادر على أداء دور فعال.			
17. أتعامل مع أموري الخاصة بجدية تامة.			
18. رغم حزني الدائم لكني أجتهد لإتقان أعمالي.			
19. أمتلك إستراتيجيات إيجابية في حل المشكلات التي تواجهني.			
20. أرتبك كثيرا عند مواجهة المواقف الجديدة.			
21. أشعر أنني غير قادر على الشروع في أي عمل .			
22.أشعر بالنجاح والفخر.			
23.أشعر بأني أعاني من بعض المشكلات النفسية.			
24.أشعر بالخوف من المستقبل.			
25.بعض أقاربي يعانون من الأمراض النفسية.			
26. أعاني من الأرق منذ فترة طويلة .			
27.أشعر أحيانا بصداع.			
28. أشعر عادة بنوبات من الدوار.			
29. المعاملة الجيدة لي من قبل الأخرين تجعلني راض عن نفسي.			
30.أشعر برضا الأخرين عني .			
31.أشعر أن معظم أصدقائي راضين عني.			
32. أشعر بالحزن عندما أجد الأخرين غير سعداء .			

33.رغم تصرفاتي الجيدة إلا أن الأخرين غير راضين عني.			
34. أشعر بالراحة عندما أجد الأخرين سعداء.			
35.أشعر بالأمان عندما أكون مع الأخرين.			
36. أظهر للأخرين أني سعيد ولكنني غير ذلك.			
37. أتعمد أن أحسن من سلوكاتي كي يتقبلني الأخرون.			
38. أرتاح كثيرا عندما أكون بعيدا عن الناس .			
39. أجد صعوبة في سؤال الأخرين عن معلومة معينة .			
40.أشعر بحب المحيطين بي.			
41.أنا غير قادر على إقامة علاقة صداقة مع الأخرين.			
42.يستشيرني أصدقائي في حل مشكلاتهم .			
43. أشعر برغبة في إنتقاد الأخرين.			
44. أعتقد بأن الأخرين يسيطرون على أفكاري.			
45.أعتقد بأن الأخرين مسؤولين عن مشاكلي.			
46.ليس لدي ثقة بالأخرين.			
47. أشعر بتدني قيمتي مقارنة بالأخرين.			
48.أشعر بالضيق عند إحساسي بوجود الأخرين ومراقبتهم لي .			
49. أشعر بالخجل وصعوبة في التعامل مع الأخرين.			
50. أشعر بالتوتر أثناء تعاملي مع الأخرين.			
51. أشعر بأنالأخرين لا يقدرون أعمالي.			
52. لدي حساسية زائدة في التعامل مع الأخرين.			
53.أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس.			
54.أشعر بأن الأخرين يستغلونني.			

55 . أشعر بالخوف من الأماكن الغريبة أو الناس الغرباء.			
56. أعتبر سوء معاملة الأخرين لي دافعا لإتقان أعمالي.			
57.أرى أن مهنتي كمختص نفساني ستتحسن قيمتها في المستقبل .			
58. أشعر بالضيق إذا قابلت رئيسي أو المسؤول في العمل.			
59.يضطرب تفكيري كلية عندما أجبر على إنجاز عملي .			
60. أرتعش وأتعرق أثناء زيارات المراقبة المهنية.			
61. أتأنى في أداء عملي حتى أضمن جودته.			
62.أشعر بعدم الإرتياح مهما كان نوع العمل الذي أؤديه.			
63.أشعر بأنني مراقب عندما أقوم بعمل ما			
64.أشعر بالغضب إذا لم أحقق ما أريده من عملي .			
65. أشعر أنه لاقيمة فعلية لمهنة المختص النفساني بالرغم من ضرورة تواجدها في كل القطاعات .			
66.أرى أن مهنتي كمختص نفساني ستكون لها قيمة كبيرة في بلدي.			
67. الجانب الإنساني في مهنة المختص النفسي العيادي تثير إهتمامي أكثر من الأمور المادية .			
68. أشعر أن عملي كمختص نفساني لا يجلب لي الربح المادي.			

ملحق 4 : إستبيان كرازاك للضغط المهني .

التعليمة : تحتوي هذه الإستمارة على مجموعة من الأسئلة ، يرجى منكم الإجابة عليها بوضع علامة(x) في الخانة المناسبة وهذه الإستمارة تستعمل لغرض علمي .

العبارات	موافق تماما	موافق	غير موافق	غير موافق إطلاقا
1. في عملي ، علي أن أتعلم أشياء جديدة .				
2. في عملي ، أقوم بمهام متكررة .				
3. يتطلب مني عملي أن أكون مبدعا.				
4. غالبا مايسمح لي عملي باتخاذ القرارات بنفسي.				
5. يتطلب مني عملي مستوى عال من الكفاءة .				
6. في مهمتي، لدي حرية محدودة لتقرير كيفية القيام بعملي.				
7. في عملي ،لدي نشاطات متنوعة .				
8. لدي إمكانية التأثير في سير عملي .				
9. تتاح لي فرصة تطوير كفاءاتي المهنية .				
10. يتطلب مني عملي إنجازه بسرعة.				
11. يتطلب مني عملي العمل بكثافة .				
12. يطلب مني القيام بكمية مفرطة من العمل .				
13. أملك الوقت الكافي للقيام بعملي على أكمل وجه.				
14. أتلقى أوامر متناقضة من قبل أشخاص آخرين .				
15. يحتاج عملي إنجازه بسرعة .				
16. تستقطع مهامي في أغلب الأحيان قبل إتمامها مما يتطلب مزاولتها في وقت لاحق.				
17. عملي "متزاحم "جدا .				
18. إنتظار عمل الزملاء يؤخر في أغلب الأحيان عملي الشخصي.				
19. إن مسؤولي السامي تهمه رفاهية مرؤوسيه .				

20 . يهتم مسؤولي السامي لما أقوله.				
21. يساعدني مسؤولي السامي في تأدية مهمتي على أكمل وجه.				
22. ينجح مسؤولي السامي في التنسيق بين مرؤوسيه.				
23. زملائي في العمل هم أشخاص يتمتعون بالكفاءة المهنية .				
24. يظهر زملائي في العمل اهتمامهم بي.				

ملحق 5 :قائمة الكوبين للوضعيات الضاغطة

تعليمات:

يرجى منك الإجابة على كل واحدة من النماذج المقترحة التالية وذلك بوضع دائرة حول الإجابة المناسبة لطريقة استجابتك المعتادة لما تمر بموقف ضاغط (Stressant) في العمل .

طريقة الإجابة عبارة عن سلم من 1(لاأبدا) إلى 5 (كثيرا) ويمر بإجابات متوسطة (2، 3، 4) تسمح لك بتوضيح أكثر لحالتك .

في المواقف الضاغطة أميل عادة إلى :	**لا أبدا**				**كثيرا**
1.أنظم وقتي بشكل أفضل (أحسن).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. أركز على المشكلة وأرى كيف أستطيع حلها .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3.أعيد التفكير في الأوقات الجميلة (الحلوة) التي عرفتها .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. أسعى إلى أن أكون برفقة أشخاص أخرين .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. ألوم نفسي على تضييع الوقت .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. أقوم بما اظن أنه صحيح .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. أقلق وأنزعج لمشاكلي.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. ألوم نفسي على أنني وجدت في هذه الوضعية .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. أخرج للتسوق (shopping) ورؤية الواجهات(lèche vitrines)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10.أحدد وأبين أولوياتي .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. أحاول النوم.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12. أتناول طبقا أو غذاء مفضل لدي .	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13.أشعر أنني قلق(ة) وليس بمقدوري تجاوز الموقف.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14.أصبح متوتر (ة) أو منقبض (ة).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. أعيد التفكير في الطريقة التي حللت بها مشاكلي السابقة والتي تشبه مشكلتي الحالية.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16. أقول بأن هذا لا يحدث لي حقيقة (في الواقع).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17.ألوم نفسي على أنني حساسا (ة) كثيرا ، انفعاليا (ة) اتجاه ما يحدث.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

18.أذهب إلى المطعم أو أتناول شيئا .	1	2	3	4	5
19. أشعر بالضيق أكثر فأكثر .	1	2	3	4	5
20. أذهب لشراء أي شيء لنفسي.	1	2	3	4	5
21. أحاول تحديد طريقة عمل وأتبعها.	1	2	3	4	5
22. ألوم نفسي على أنني لا أعرف ما يجب أن أقوم به.	1	2	3	4	5
23. أذهب للسهر ،إلى " حفل " عند الأصدقاء.	1	2	3	4	5
24. أجتهد لأحلل وأفهم الوضعية التي تواجهني.	1	2	3	4	5
25.أعجز ولا أعرف ماذا أفعل .	1	2	3	4	5
26. أسرع في اتخاذ قرارات تساعدني على التكيف مع الموقف.	1	2	3	4	5
27. أفكر في ما حدث لي حتى أستفيد من أخطائي.	1	2	3	4	5
28. أتمنى لو كان باستطاعتي تغيير ما حدث لي أو ما شعرت به.	1	2	3	4	5
29. أذهب لزيارة صديق (ة)	1	2	3	4	5
30. أقلق وأرتبك للأمور التي سأقوم بها.	1	2	3	4	5
31. أبقى لفترة مع شخص قريب .	1	2	3	4	5
32. أخرج للتنزه (التجول)	1	2	3	4	5
33. أقول في نفسي أن هذا لن يحدث لي ثانية أبدا .	1	2	3	4	5
34. أتكلم مرارا (أكرر الحديث) عن نقائصي وعدم تكيفي العام.	1	2	3	4	5
35. أتحدث مع شخص أحترم وأقدر نصائحه.	1	2	3	4	5
36. أحاول فحص المشكلة وفهمها قبل أن أستجيب.	1	2	3	4	5
37. أتصل بصديق هاتفيا.	1	2	3	4	5
38. أغضب .	1	2	3	4	5
39. أضبط أولوياتي .	1	2	3	4	5
40. أشاهد فيلما .	1	2	3	4	5

41. أتحكم في الوضعية التي أمامي.	1	2	3	4	5
42. أقوم بجهد إضافي حتى "تمشي الأمور" .	1	2	3	4	5
43. أحاول وضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكلة.	1	2	3	4	5
44. أحاول إيجاد وسيلة حتى لا أفكر وأتجنب هذه الوضعية .	1	2	3	4	5
45. أصب غضبي على أشخاص أخرين .	1	2	3	4	5
46. أنتهز الفرصة حتى أبرز ما يمكن أن أقوم به.	1	2	3	4	5
47. أحاول تنظيم أموري حتى أتحكم أحسن في الوضعية .	1	2	3	4	5
48. أشاهد التلفاز.	1	2	3	4	5

ملحق 6 : الدراسة الإستطلاعية

صدق وثبات المقياس الأول

1. الصدق
1.1 الاتساق الداخلي
1.1.1 البعد الشخصي (البنود المظللة بالأصفر تتميز بالاتساق الداخلي مع البعد الشخصي)

		AXE.PERSONNEL
I01	Corrélation de Pearson	-,272
	Sig. (bilatérale)	,147
	N	30
I02	Corrélation de Pearson	,145
	Sig. (bilatérale)	,446
	N	30
I03	Corrélation de Pearson	,450
	Sig. (bilatérale)	,013
	N	30
I04	Corrélation de Pearson	,119
	Sig. (bilatérale)	,530
	N	30
I05	Corrélation de Pearson	-,276
	Sig. (bilatérale)	,140
	N	30
I06	Corrélation de Pearson	,267
	Sig. (bilatérale)	,154
	N	30
I07	Corrélation de Pearson	,149
	Sig. (bilatérale)	,432
	N	30
I08	Corrélation de Pearson	,004
	Sig. (bilatérale)	,983
	N	30

I09	Corrélation de Pearson	,733
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I10	Corrélation de Pearson	,581
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30
I11	Corrélation de Pearson	,157
	Sig. (bilatérale)	,408
	N	30
I12	Corrélation de Pearson	,317
	Sig. (bilatérale)	,088
	N	30
I13	Corrélation de Pearson	,714
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I14	Corrélation de Pearson	,372
	Sig. (bilatérale)	,043
	N	30
I15	Corrélation de Pearson	,275
	Sig. (bilatérale)	,141
	N	30
I16	Corrélation de Pearson	-,093
	Sig. (bilatérale)	,625
	N	30
I17	Corrélation de Pearson	,163
	Sig. (bilatérale)	,389
	N	30
I18	Corrélation de Pearson	,640
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

I19	Corrélation de Pearson	-,009
	Sig. (bilatérale)	,962
	N	30
I20	Corrélation de Pearson	,303
	Sig. (bilatérale)	,103
	N	30
I21	Corrélation de Pearson	,161
	Sig. (bilatérale)	,397
	N	30
I22	Corrélation de Pearson	,149
	Sig. (bilatérale)	,432
	N	30
I23	Corrélation de Pearson	,365
	Sig. (bilatérale)	,047
	N	30
I24	Corrélation de Pearson	,655
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I25	Corrélation de Pearson	,306
	Sig. (bilatérale)	,100
	N	30
I26	Corrélation de Pearson	,663
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I27	Corrélation de Pearson	,622
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I28	Corrélation de Pearson	,589
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30

2.1.1 البعد الاجتماعي: (نفس الملاحظة السابقة)

		AXE.SOCIAL
I29	Corrélation de Pearson	,525
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	30
I30	Corrélation de Pearson	,084
	Sig. (bilatérale)	,660
	N	30
I31	Corrélation de Pearson	,068
	Sig. (bilatérale)	,721
	N	30
I32	Corrélation de Pearson	,598
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I33	Corrélation de Pearson	,110
	Sig. (bilatérale)	,562
	N	30
I34	Corrélation de Pearson	,247
	Sig. (bilatérale)	,188
	N	30
I35	Corrélation de Pearson	,327
	Sig. (bilatérale)	,078
	N	30
I36	Corrélation de Pearson	,422
	Sig. (bilatérale)	,020
	N	30
I37	Corrélation de Pearson	,224
	Sig. (bilatérale)	,233
	N	30
I38	Corrélation de Pearson	,530

	Sig. (bilatérale)	,003
	N	30
I39	Corrélation de Pearson	,309
	Sig. (bilatérale)	,097
	N	30
I40	Corrélation de Pearson	-,262
	Sig. (bilatérale)	,163
	N	30
I41	Corrélation de Pearson	,565
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30
I42	Corrélation de Pearson	-,226
	Sig. (bilatérale)	,229
	N	30
I43	Corrélation de Pearson	,182
	Sig. (bilatérale)	,336
	N	30
I44	Corrélation de Pearson	,617
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I45	Corrélation de Pearson	,508
	Sig. (bilatérale)	,004
	N	30
I46	Corrélation de Pearson	,673
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I47	Corrélation de Pearson	,535
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	30
I48	Corrélation de Pearson	,707

	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I49	Corrélation de Pearson	,501
	Sig. (bilatérale)	,005
	N	30
I50	Corrélation de Pearson	,585
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30
I51	Corrélation de Pearson	,658
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I52	Corrélation de Pearson	,716
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I53	Corrélation de Pearson	,671
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I54	Corrélation de Pearson	,500
	Sig. (bilatérale)	,005
	N	30
I55	Corrélation de Pearson	,635
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I56	Corrélation de Pearson	,357
	Sig. (bilatérale)	,053
	N	30

3.1.1 البعد المهني: (نفس الملاحظة السابقة)

		AXE.PROFESSIONNEL
I57	Corrélation de Pearson	,203
	Sig. (bilatérale)	,282
	N	30
I58	Corrélation de Pearson	,461
	Sig. (bilatérale)	,010
	N	30
I59	Corrélation de Pearson	,463
	Sig. (bilatérale)	,010
	N	30
I60	Corrélation de Pearson	,479
	Sig. (bilatérale)	,007
	N	30
I61	Corrélation de Pearson	,196
	Sig. (bilatérale)	,300
	N	30
I62	Corrélation de Pearson	,447
	Sig. (bilatérale)	,013
	N	30
I63	Corrélation de Pearson	,244
	Sig. (bilatérale)	,195
	N	30
I64	Corrélation de Pearson	,549
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	30
I65	Corrélation de Pearson	,366
	Sig. (bilatérale)	,046
	N	30
I66	Corrélation de Pearson	,229

	Sig. (bilatérale)	,224
	N	30
I67	Corrélation de Pearson	,075
	Sig. (bilatérale)	,692
	N	30
I68	Corrélation de Pearson	,320
	Sig. (bilatérale)	,085
	N	30

4.1.1 ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس: الارتباط دال إحصائيا بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى الدلالة 0.01

Corrélations

		SOMME
AXE.PERSONNEL	Corrélation de Pearson	,860**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
AXE.SOCIAL	Corrélation de Pearson	,925**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
AXE.PROFESSIONNEL	Corrélation de Pearson	,730**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

2.1 الصدق التمييزي: المقياس لديه القدرة التمييزية بين ذوي المستوى المنخفض والمستوى المرتفع في الصحة النفسية

Statistiques de groupe

	GROUPES	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
SOMME	INFERIEUR	9	113,78	3,866	1,289
	SUPERIEUR	9	143,33	5,831	1,944

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
		F	Sig.	t	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
SOMME	Hypothèse de variances égales	3,536	,078	-12,674	16	,000	-29,556	2,332	-34,499	-24,612
	Hypothèse de variances inégales			-12,674	13,894	,000	-29,556	2,332	-34,561	-24,550

2. الثبات

1.2 الثبات بالتجزئة النصفية:

1.1.2 ثبات البعد الشخصي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,452
		Nombre d'éléments	14[a]
	Partie 2	Valeur	,669
		Nombre d'éléments	14[b]
		Nombre total d'éléments	28
		Corrélation entre les sous-échelles	,331
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,497
		Longueur inégale	,497
		Coefficient de Guttman split-half	,483

a. Les éléments sont : I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09, I10, I11, I12, I13, I14.

b. Les éléments sont : I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21, I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,452
		Nombre d'éléments	14[a]
	Partie 2	Valeur	,669
		Nombre d'éléments	14[b]
		Nombre total d'éléments	28
		Corrélation entre les sous-échelles	,331
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,497
		Longueur inégale	,497
		Coefficient de Guttman split-half	,483

2 ثبات البعد الاجتماعي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,470
		Nombre d'éléments	14[a]
	Partie 2	Valeur	,859
		Nombre d'éléments	14[b]
		Nombre total d'éléments	28
		Corrélation entre les sous-échelles	,419
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,591
		Longueur inégale	,591
		Coefficient de Guttman split-half	,529

a. Les éléments sont : I29, I30, I31, I32, I33, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41, I42.

b. Les éléments sont : I43, I44, I45, I46, I47, I48, I49, I50, I51, I52, I53, I54, I55, I56.

3-1 ثبات بعد المهني

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,118
		Nombre d'éléments	6[a]
	Partie 2	Valeur	-,181[b]
		Nombre d'éléments	6[c]
		Nombre total d'éléments	12
		Corrélation entre les sous-échelles	,246
		Longueur égale	,395

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,452
		Nombre d'éléments	14[a]
	Partie 2	Valeur	,669
		Nombre d'éléments	14[b]
		Nombre total d'éléments	28
		Corrélation entre les sous-échelles	,331
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,497
		Longueur inégale	,497
		Coefficient de Guttman split-half	,483
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur inégale	,395
		Coefficient de Guttman split-half	,395

a. Les éléments sont : I57, I58, I59, I60, I61, I62.

b. La valeur est négative en raison d'une covariance moyenne négative parmi les éléments. Par conséquent, les hypothèses du modèle de fiabilité ne sont pas respectées. Vous pouvez vérifier les codages des éléments.

c. Les éléments sont : I63, I64, I65, I66, I67, I68

4.1.2 ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,699
		Nombre d'éléments	34[a]
	Partie 2	Valeur	,812
		Nombre d'éléments	34[b]
		Nombre total d'éléments	68
		Corrélation entre les sous-échelles	,698
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,822
		Longueur inégale	,822
		Coefficient de Guttman split-half	,809

a. Les éléments sont : I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09, I10, I11, I12 I21, I22, I23, I24, I25, I26, I27, I28, I29, I30, I31, I32, I33, I34.

b. Les éléments sont : I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41, I42, I43, I44, I45, I46 I55, I56, I57, I58, I59, I60, I61, I62, I63, I64, I65, I66, I67, I68.

2 –2 الثبات بواسطة معامل آلفا لكرونباخ:

1.2.2 ثبات البعد الشخصي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,681	28

2.2.2 ثبات البعد الاجتماعي:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,816	28

3.2.2 ثبات البعد المهني:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,196	12

4.2.2 ثبات المقياس عن طريق معامل آلفا:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,861	68

صدق وثبات مقياس الكوبين

1. الصدق

1.1 الاتساق الداخلي

1.1.1 بعد حل المشكل

Corrélation

		AXEresolution.probleme
I01	Corrélation de Pearson	,651**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I02	Corrélation de Pearson	,723**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I06	Corrélation de Pearson	,612**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I10	Corrélation de Pearson	,777**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I15	Corrélation de Pearson	,529**
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	30
I21	Corrélation de Pearson	,576**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30
I24	Corrélation de Pearson	,700**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I26	Corrélation de Pearson	,340
	Sig. (bilatérale)	,066
	N	30
I27	Corrélation de Pearson	,671**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I36	Corrélation de Pearson	,724**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I39	Corrélation de Pearson	,725**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I41	Corrélation de Pearson	,720**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I42	Corrélation de Pearson	,667**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

I43	Corrélation de Pearson	,924**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I46	Corrélation de Pearson	,506**
	Sig. (bilatérale)	,004
	N	30
I47	Corrélation de Pearson	,841**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

بعد الإنفعال

Corrélations

		AXE.emotion
I05	Corrélation de Pearson	,437*
	Sig. (bilatérale)	,016
	N	30
I07	Corrélation de Pearson	,521**
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	30
I08	Corrélation de Pearson	,593**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	30
I13	Corrélation de Pearson	,687**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I14	Corrélation de Pearson	,669**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I16	Corrélation de Pearson	,774**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I17	Corrélation de Pearson	,606**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I19	Corrélation de Pearson	,612**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I22	Corrélation de Pearson	,764**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I25	Corrélation de Pearson	,437*
	Sig. (bilatérale)	,016
	N	30
I28	Corrélation de Pearson	,645**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I30	Corrélation de Pearson	,765**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

I33	**Corrélation de Pearson**	**,623**[**]
	Sig. (bilatérale)	**,000**
	N	**30**
I34	**Corrélation de Pearson**	**,567**[**]
	Sig. (bilatérale)	**,001**
	N	**30**
I38	**Corrélation de Pearson**	**,762**[**]
	Sig. (bilatérale)	**,000**
	N	**30**
I45	**Corrélation de Pearson**	**,581**[**]
	Sig. (bilatérale)	**,001**
	N	**30**

[*]. **La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral**

. [**]. **La corrélation est significative au niveau = 0.01 (bilatéral).**

		بعد التجنب
Corrélation		
		AXE.evitement
I03	Corrélation de Pearson	,486**
	Sig. (bilatérale)	,006
	N	30
I04	Corrélation de Pearson	,676**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I09	Corrélation de Pearson	,648**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I11	Corrélation de Pearson	,635**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I12	Corrélation de Pearson	,658**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I18	Corrélation de Pearson	,767**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I20	Corrélation de Pearson	,783**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I23	Corrélation de Pearson	,348
	Sig. (bilatérale)	,059
	N	30
I29	Corrélation de Pearson	,438*
	Sig. (bilatérale)	,015
	N	30
I31	Corrélation de Pearson	,186
	Sig. (bilatérale)	,324
	N	30
I32	Corrélation de Pearson	,674**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I35	Corrélation de Pearson	,427*
	Sig. (bilatérale)	,019
	N	30
I37	Corrélation de Pearson	,330

	Sig. (bilatérale)	,075
	N	30
I40	Corrélation de Pearson	,739**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I44	Corrélation de Pearson	,690**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I48	Corrélation de Pearson	,735**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

1.3.1.1 البعد الفرعي الإلهاء

		axe.evitement.distraction
I09	Corrélation de Pearson	,656**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I11	Corrélation de Pearson	,706**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I12	Corrélation de Pearson	,740**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I18	Corrélation de Pearson	,794**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I20	Corrélation de Pearson	,827**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I40	Corrélation de Pearson	,766**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I44	Corrélation de Pearson	,691**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I48	Corrélation de Pearson	,771**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

2.3.1.1 البعد الفرعي الدعم الاجتماعي

Corrélations

		axe.evitement.diversion.sociale
I04	Corrélation de Pearson	,633**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I29	Corrélation de Pearson	,688**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I31	Corrélation de Pearson	,710**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I35	Corrélation de Pearson	,634**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
I37	Corrélation de Pearson	,759**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

3.3.1.1 ارتباط البعدين الفرعيين ببعد التجنب

		AXE.evitement
axe.evitement.distraction	Corrélation de Pearson	,950**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
axe.evitement.diversion.sociale	Corrélation de Pearson	,614**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

ارتباط الأبعاد الأساسية بالدرجة الكلية للمقياس

		TEST
AXEresolution.probleme	Corrélation de Pearson	,749**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
AXE.emotion	Corrélation de Pearson	,649**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30
AXE.evitement	Corrélation de Pearson	,870**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	30

2-1 الصدق التمييزي: المقياس لديه القدرة التمييزية بين ذوي المستوى المنخفض والمستوى المرتفع على مقياس ciss

Statistiques de groupe

	GROUPES	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TEST	INFERIEUR	9	125,44	13,239	4,413
	SUPERIEUR	9	183,44	22,815	7,605

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance 95% de la difference	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
TEST	Hypothèse de variances égales	4,490	,050	-6,596	16	,000	-58,000	8,793	-76,640	-39,360
	Hypothèse de variances inégales			-6,596	12,839	,000	-58,000	8,793	-77,020	-38,980

2. الثبات

1.2 الثبات بالتجزئة النصفية:

1.1.2 ثبات بعد حل المشكل

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,774
		Nombre d'éléments	8[a]
	Partie 2	Valeur	,879
		Nombre d'éléments	8[b]
		Nombre total d'éléments	16
		Corrélation entre les sous-échelles	,876
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,934
		Longueur inégale	,934
		Coefficient de Guttman split-half	,931

a. Les éléments sont : I01, I02, I06, I10, I15, I21, I24, I26.

b. Les éléments sont : I27, I36, I39, I41, I42, I43, I46, I47.

2.1.2 ثبات بعد الانفعال

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,833
		Nombre d'éléments	8[a]
	Partie 2	Valeur	,860
		Nombre d'éléments	8[b]
		Nombre total d'éléments	16
		Corrélation entre les sous-échelles	,620
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,766
		Longueur inégale	,766
		Coefficient de Guttman split-half	,765

a. Les éléments sont : I05, I07, I08, I13, I14, I16, I17, I19.

b. Les éléments sont : I22, I25, I28, I30, I33, I34, I38, I45.

3.1.2 ثبات بعد التجنب

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,843
		Nombre d'éléments	8[a]
	Partie 2	Valeur	,781
		Nombre d'éléments	8[b]
		Nombre total d'éléments	16
		Corrélation entre les sous-échelles	,562
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,719
		Longueur inégale	,719
		Coefficient de Guttman split-half	,708

a. Les éléments sont : I03, I04, I09, I11, I12, I18, I20, I23.

b. Les éléments sont : I29, I31, I32, I35, I37, I40, I44, I48.

1.3.1.2 ثبات البعد الفرعي الإلهاء

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,760
		Nombre d'éléments	4[a]
	Partie 2	Valeur	,814
		Nombre d'éléments	4[b]
		Nombre total d'éléments	8
		Corrélation entre les sous-échelles	,813
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,897
		Longueur inégale	,897
		Coefficient de Guttman split-half	,896

a. Les éléments sont : I09, I11, I12, I18.

b. Les éléments sont : I20, I40, I44, I48.

3.1.2.2 ثبات البعد الفرعي الدعم الاجتماعي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,533
		Nombre d'éléments	3[a]
	Partie 2	Valeur	,650
		Nombre d'éléments	2[b]
		Nombre total d'éléments	5
		Corrélation entre les sous-échelles	,552
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,711
		Longueur inégale	,718
		Coefficient de Guttman split-half	,654

a. Les éléments sont : I04, I29, I31.

b. Les éléments sont : I31, I35, I37.

4.1.2 ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,854
		Nombre d'éléments	24[a]
	Partie 2	Valeur	,888
		Nombre d'éléments	24[b]
		Nombre total d'éléments	48
		Corrélation entre les sous-échelles	,709
Coefficient de Spearman-Brown		Longueur égale	,830
		Longueur inégale	,830
		Coefficient de Guttman split-half	,830

a. Les éléments sont : I01, I02, I03, I04, I05, I06, I07, I08, I09, I10, I11, I12, I13, I14, I15, I16, I17, I18, I19, I20, I21, I22, I23, I24.

b. Les éléments sont : I25, I26, I27, I28, I29, I30, I31, I32, I33, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41, I42, I43, I44, I45, I46, I47, I48.

2.2 الثبات بواسطة معامل آلفا لكرونباخ:

1.2.2 ثبات بعد حل المشكل

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,912	16

2.2.2 ثبات بعد الانفعال

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,896	16

3.2.2 ثبات بعد التجنب

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,871	16

1.3.2.2 ثبات البعد الفرعي الإلهاء

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,885	8

1.3.2.2 ثبات البعد الفرعي الدعم الاجتماعي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,701	5

4.2.2 ثبات المقياس

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,923	48

ملحق 7 : نتائج المعالجة الإحصائية للدراسة الأساسية.

اختبار الاعتدالية

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistique	Ddl	Signification	Statistique	Ddl	Signification
SANTE.MENTALE	,104	60	,169	,963	60	,068
TEST DE COPING	,128	60	,016	,956	60	,032
RESOLUTION DE PROBLEME	,125	60	,020	,938	60	,005
EMOTION	,152	60	,001	,910	60	,000
EVITEMENT	,063	60	,200*	,980	60	,409
SOUS AXE DE EVITEMENT (distraction)	,093	60	,200*	,958	60	,038
SOUS AXE DE EVITEMENT (diversion sociale)	,103	60	,177	,964	60	,071

a. Correction de signification de Lilliefors

*. Il s'agit d'une borne inférieure de la signification réelle.

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
GENRE	1	MALE	25
	2	FEMELLE	35

Statistiques descriptive

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

SECTEUR	GENRE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	MALE	123,40	12,894	10
	FEMELLE	127,75	12,396	20
	Total	126,30	12,515	30
PUBLIC	MALE	123,73	8,908	15
	FEMELLE	132,13	10,211	15
	Total	127,93	10,339	30
Total	MALE	123,60	10,424	25
	FEMELLE	129,63	11,561	35
	Total	127,12	11,411	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

D	ddl1	ddl2	Sig.
,432	3	56	,731

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + GENRE + SECTEUR * GENRE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

Source	Somme des carrés de type III	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	695,367[a]	3	231,789	1,858	,147
Ordonnée à l'origine	907291,413	1	907291,413	7272,027	,000
SECTEUR	78,519	1	78,519	,629	,431
GENRE	573,750	1	573,750	4,599	,036
SECTEUR * GENRE	57,891	1	57,891	,464	,499
Erreur	6986,817	56	124,765		
Total	977201,000	60			
Total corrigé	7682,183	59			

a. R deux = ,091 (R deux ajusté = ,042)

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
SITUATION.FAMILIALE	1	CELIBATAIRE	22
	2	MARIE	36
	3	DIVORCE	2

Statistiques descriptive

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	CELIBATAIRE	128,62	15,862	13
	MARIE	124,19	9,551	16
	DIVORCE	130,00	.	1
	Total	126,30	12,515	30
PUBLIC	CELIBATAIRE	131,22	9,718	9
	MARIE	126,95	10,585	20
	DIVORCE	118,00	.	1
	Total	127,93	10,339	30
Total	CELIBATAIRE	129,68	13,471	22
	MARIE	125,72	10,093	36
	DIVORCE	124,00	8,485	2
	Total	127,12	11,411	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

D	ddl1	ddl2	Sig.
1,703	5	54	,150

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + SITUATION.FAMILIALE + SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	410,163[a]	5	82,033	,609	,693
Ordonnée à l'origine	250395,415	1	250395,415	1859,367	,000
SECTEUR	19,111	1	19,111	,142	,708
SITUATION.FAMILIALE	271,606	2	135,803	1,008	,372
SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE	104,512	2	52,256	,388	,680
Erreur	7272,020	54	134,667		
Total	977201,000	60			
Total corrigé	7682,183	59			

a. R deux = ,053 (R deux ajusté = -,034)

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
NIVEAUX.EXPERIENCE	1	moins 10 ans	35
	2	10 ans et plus	25

Statistiques descriptive

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

SECTEUR	NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	moins 10 ans	129,48	12,373	23
	10 ans et plus	115,86	5,460	7
	Total	126,30	12,515	30
PUBLIC	moins 10 ans	126,75	11,632	12
	10 ans et plus	128,72	9,652	18
	Total	127,93	10,339	30
Total	moins 10 ans	128,54	12,023	35
	10 ans et plus	125,12	10,402	25
	Total	127,12	11,411	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

D	ddl1	ddl2	Sig.
1,078	3	56	,366

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + NIVEAUX.EXPERIENCE + SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

Source	Somme des carrés de type III	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	1063,726[a]	3	354,575	3,000	,038
Ordonnée à l'origine	771185,560	1	771185,560	6525,145	,000
SECTEUR	315,951	1	315,951	2,673	,108
NIVEAUX.EXPERIENCE	417,241	1	417,241	3,530	,065
SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE	747,645	1	747,645	6,326	,015
Erreur	6618,457	56	118,187		
Total	977201,000	60			
Total corrigé	7682,183	59			

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene

Variable dépendante:SANTE.MENTALE

D	ddl1	ddl2	Sig.
1,078	3	56	,366

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. R deux = ,138 (R deux ajusté = ,092)

Statistiques descriptive

	N	Moyenne المتوسط الحسابي	Ecart type الانحراف المعياري	RII مؤشر الأهمية النسبية (%)	Rang الرتبة
R.PROBLEME	30	48,20	20,881	15,91	1
EMOTION	30	38,93	14,042	12,85	3
EVITEMENT	30	40,57	11,524	13,39	2
N valide (listwise)	30				

Statistiques descriptive

	N	Moyenne	Ecart type	RII	Rang
R.PROBLEME	30	52,47	20,384	17,32	1
EMOTION	30	33,47	10,605	11,05	3
EVITEMENT	30	42,13	14,376	13,90	2
N valide (listwise)	30				

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
GENRE	1	MALE	25
	2	FEMELLE	35
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30

Statistiques descriptive

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SECTEUR	GENRE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	MALE			10
	FEMELLE			20
	Total	52,47	20,384	30
PUBLIC	MALE	46,73	17,132	15
	FEMELLE			15
	Total	48,20	20,881	30
Total	MALE	47,64	17,925	25
	FEMELLE	52,26	22,324	35
	Total	50,33	20,571	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

ariable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

D	ddl1	ddl2	Sig.
,615	3	56	,608

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + GENRE + SECTEUR + GENRE * SECTEUR

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

Source	Somme des carrés de type II	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	517,867[a]	3	172,622	,395	,757
Ordonnée à l'origine	152006,667	1	152006,667	348,162	,000
GENRE	226,667	1	226,667	,519	,513
SECTEUR	188,846	1	188,846	,433	
GENRE * SECTEUR	18,133	1	18,133	,042	,839
Erreur	24449,467	56	436,598		
Total	176974,000	60			
Total corrigé	24967,333	59			

حل المشكل و الحالة الإجتماعية

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
SITUATION.FAMILIALE	1	CELIBATAIRE	22
	2	MARIE	36
	3	DIVORCE	2

Statistiques descriptives

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	CELIBATAIRE	56,38	18,310	13
	MARIE	51,13	21,494	16
	DIVORCE	23,00	.	1
	Total	52,47	20,384	30
PUBLIC	CELIBATAIRE	47,33	28,036	9
	MARIE	47,90	18,003	20
	DIVORCE	62,00	.	1
	Total	48,20	20,881	30
Total	CELIBATAIRE	52,68	22,622	22
	MARIE	49,33	19,405	36
	DIVORCE	42,50	27,577	2
	Total	50,33	20,571	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

D	ddl1	ddl2	Sig.
1,654	5	54	,162

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + SITUATION.FAMILIALE + SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

Source	Somme des carrés de type II	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	1568,706[a]	5	313,741	,724	,608
Ordonnée à l'origine	152006,667	1	152006,667	350,805	,000
SECTEUR	223,269	1	223,269	,515	,476
SITUATION.FAMILIALE	230,263	2	115,132	,266	,768
SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE	1065,377	2	532,688	1,229	,301
Erreur	23398,627	54	433,308		
Total	176974,000	60			
Total corrigé	24967,333	59			

a. R deux = ,063 (R deux ajusté = -,024)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
47,957	5,262	37,407	58,507

2. SECTEUR

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	43,503	7,407	28,654	58,353
PUBLIC	52,411	7,477	37,421	67,401

3. SITUATION.FAMILIALE

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
CELIBATAIRE	51,859	4,513	42,811	60,907
MARIE	49,513	3,491	42,514	56,511
DIVORCE	42,500	14,719	12,990	72,010

4. SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	CELIBATAIRE	56,385	5,773	44,810	67,959
	MARIE	51,125	5,204	40,692	61,558
	DIVORCE	23,000	20,816	-18,734	64,734
PUBLIC	CELIBATAIRE	47,333	6,939	33,422	61,245
	MARIE	47,900	4,655	38,568	57,232
	DIVORCE	62,000	20,816	20,266	103,734

حل المشكل و الخبرة المهنية

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
NIVEAUX.EXPERIENCE	1	moins 10 ans	35
	2	10 ans et plus	25

Statistiques descriptives

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SECTEUR	NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	moins 10 ans	53,17	20,290	23
	10 ans et plus	50,14	22,147	7
	Total	52,47	20,384	30
PUBLIC	moins 10 ans	44,83	23,182	12
	10 ans et plus	50,44	19,564	18
	Total	48,20	20,881	30
Total	moins 10 ans	50,31	21,363	35
	10 ans et plus	50,36	19,843	25
	Total	50,33	20,571	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

D	ddl1	ddl2	Sig.
,179	3	56	,910

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + NIVEAUX.EXPERIENCE + SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

Source	Somme des carrés de type II	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	549,061[a]	3	183,020	,420	,740
Ordonnée à l'origine	152006,667	1	152006,667	348,607	,000
SECTEUR	319,382	1	319,382	,732	,396
NIVEAUX.EXPERIENCE	46,346	1	46,346	,106	,746
SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE	229,648	1	229,648	,527	,471
Erreur	24418,273	56	436,041		
Total	176974,000	60			
Total corrigé	24967,333	59			

a. R deux = ,022 (R deux ajusté = -,030)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
49,649	2,977	43,685	55,613

2. SECTEUR

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	51,658	4,507	42,630	60,687
PUBLIC	47,639	3,891	39,844	55,434

3. NIVEAUX.EXPERIENCE

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
moins 10 ans	49,004	3,718	41,556	56,452
10 ans et plus	50,294	4,651	40,977	59,610

4. NIVEAUX.EXPERIENCE * SECTEUR

Variable dépendante:RESOLUTION DE PROBLEME

NIVEAUX.EXPERIENCE	SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
moins 10 ans	PRIVE	53,174	4,354	44,452	61,896
	PUBLIC	44,833	6,028	32,758	56,909
10 ans et plus	PRIVE	50,143	7,892	34,332	65,953
	PUBLIC	50,444	4,922	40,585	60,304

الإنفعال و الجنس

Facteurs inter–sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
GENRE	1	MALE	25
	2	FEMELLE	35

Statistiques descriptives

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	GENRE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	MALE	32,20	9,964	10
	FEMELLE	34,10	11,107	20
	Total	33,47	10,605	30
PUBLIC	MALE	36,27	14,489	15
	FEMELLE	41,60	13,537	15
	Total	38,93	14,042	30
Total	MALE	34,64	12,799	25
	FEMELLE	37,31	12,593	35
	Total	36,20	12,641	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:EMOTION

D	ddl1	ddl2	Sig.
,314	3	56	,815

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + GENRE + SECTEUR * GENRE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:EMOTION

Source	Somme des carrés de type II	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	685,667[a]	3	228,556	1,464	,234
Ordonnée à l'origine	78626,400	1	78626,400	503,673	,000
SECTEUR	539,766	1	539,766	3,458	,068
GENRE	195,796	1	195,796	1,254	,268
SECTEUR * GENRE	41,604	1	41,604	,267	,608
Erreur	8741,933	56	156,106		
Total	88054,000	60			
Total corrigé	9427,600	59			

a. R deux = ,073 (R deux ajusté = ,023)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:EMOTION

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
36,042	1,663	32,711	39,372

2. SECTEUR

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	33,150	2,419	28,303	37,997
PUBLIC	38,933	2,281	34,364	43,503

3. GENRE

Variable dépendante:EMOTION

GENRE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
MALE	34,233	2,550	29,124	39,342
FEMELLE	37,850	2,134	33,575	42,125

4. GENRE * SECTEUR

Variable dépendante:EMOTION

GENRE	SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
MALE	PRIVE	32,200	3,951	24,285	40,115
	PUBLIC	36,267	3,226	29,804	42,729
FEMELLE	PRIVE	34,100	2,794	28,503	39,697
	PUBLIC	41,600	3,226	35,138	48,062

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
SITUATION.FAMILIALE	1	CELIBATAIRE	22
	2	MARIE	36
	3	DIVORCE	2

Statistiques descriptives

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	CELIBATAIRE	33,00	12,974	13
	MARIE	34,38	8,770	16
	DIVORCE	25,00	.	1
	Total	33,47	10,605	30
PUBLIC	CELIBATAIRE	43,11	12,534	9
	MARIE	37,95	14,442	20
	DIVORCE	21,00	.	1
	Total	38,93	14,042	30
Total	CELIBATAIRE	37,14	13,488	22
	MARIE	36,36	12,224	36
	DIVORCE	23,00	2,828	2
	Total	36,20	12,641	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:EMOTION

D	ddl1	ddl2	Sig.
,728	5	54	,605

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + SITUATION.FAMILIALE + SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:EMOTION

Source	Somme des carrés de type II	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	1034,011[a]	5	206,802	1,330	,265
Ordonnée à l'origine	78626,400	1	78626,400	505,842	,000
SECTEUR	474,648	1	474,648	3,054	,086
SITUATION.FAMILIALE	395,085	2	197,543	1,271	,289
SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE	190,659	2	95,330	,613	,545
Erreur	8393,589	54	155,437		
Total	88054,000	60			
Total corrigé	9427,600	59			

a. R deux = ,110 (R deux ajusté = ,027)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:EMOTION

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
32,406	3,152	26,087	38,725

2. SECTEUR

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	30,792	4,436	21,898	39,685
PUBLIC	34,020	4,478	25,042	42,998

3. SITUATION.FAMILIALE

Variable dépendante:EMOTION

SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
CELIBATAIRE	38,056	2,703	32,636	43,475
MARIE	36,163	2,091	31,971	40,354
DIVORCE	23,000	8,816	5,325	40,675

4. SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	CELIBATAIRE	33,000	3,458	26,067	39,933
	MARIE	34,375	3,117	28,126	40,624
	DIVORCE	25,000	12,467	,004	49,996
PUBLIC	CELIBATAIRE	43,111	4,156	34,779	51,443
	MARIE	37,950	2,788	32,361	43,539
	DIVORCE	21,000	12,467	-3,996	45,996

الإنفعال والخبرة المهنية

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
NIVEAUX.EXPERIENCE	1	moins 10 ans	35
	2	10 ans et plus	25

Statistiques descriptives

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	moins 10 ans	34,87	10,914	23
	10 ans et plus	28,86	8,630	7
	Total	33,47	10,605	30
PUBLIC	moins 10 ans	42,67	12,361	12
	10 ans et plus	36,44	14,869	18
	Total	38,93	14,042	30
Total	moins 10 ans	37,54	11,858	35
	10 ans et plus	34,32	13,686	25
	Total	36,20	12,641	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:EMOTION

D	ddl1	ddl2	Sig.
,841	3	56	,477

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + NIVEAUX.EXPERIENCE + SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:EMOTION

Source	Somme des carrés de type II	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	921,023[a]	3	307,008	2,021	,121
Ordonnée à l'origine	78626,400	1	78626,400	517,609	,000
SECTEUR	769,413	1	769,413	5,065	,028
NIVEAUX.EXPERIENCE	472,621	1	472,621	3,111	,083
SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE	,135	1	,135	,001	,976
Erreur	8506,577	56	151,903		
Total	88054,000	60			
Total corrigé	9427,600	59			

a. R deux = ,098 (R deux ajusté = ,049)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:EMOTION

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
35,709	1,757	32,189	39,229

2. SECTEUR

Variable dépendante:EMOTION

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	31,863	2,660	26,534	37,192
PUBLIC	39,556	2,297	34,955	44,156

3. NIVEAUX.EXPERIENCE

Variable dépendante:EMOTION

NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
moins 10 ans	38,768	2,194	34,372	43,164
10 ans et plus	32,651	2,745	27,152	38,150

4. NIVEAUX.EXPERIENCE * SECTEUR

Variable dépendante:EMOTION

NIVEAUX.EXPERIENCE	SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
moins 10 ans	PRIVE	34,870	2,570	29,721	40,018
	PUBLIC	42,667	3,558	35,539	49,794
10 ans et plus	PRIVE	28,857	4,658	19,525	38,189
	PUBLIC	36,444	2,905	30,625	42,264

التجنب والجنس

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
GENRE	1	MALE	25
	2	FEMELLE	35

Statistiques descriptives

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	GENRE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	MALE	40,40	13,898	10
	FEMELLE	43,00	14,886	20
	Total	42,13	14,376	30
PUBLIC	MALE	39,60	12,905	15
	FEMELLE	41,53	10,322	15
	Total	40,57	11,524	30
Total	MALE	39,92	13,029	25
	FEMELLE	42,37	12,971	35
	Total	41,35	12,942	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:EVITEMENT

D	ddl1	ddl2	Sig.
,836	3	56	,480

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + GENRE + SECTEUR * GENRE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:EVITEMENT

Source	Somme des carrés de type II	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	109,917[a]	3	36,639	,210	,889
Ordonnée à l'origine	102589,350	1	102589,350	587,921	,000
SECTEUR	20,709	1	20,709	,119	,732
GENRE	71,531	1	71,531	,410	,525
SECTEUR * GENRE	1,569	1	1,569	,009	,925
Erreur	9771,733	56	174,495		
Total	112471,000	60			
Total corrigé	9881,650	59			

a. R deux = ,011 (R deux ajusté = -,042)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:EVITEMENT

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
41,133	1,758	37,612	44,655

2. SECTEUR

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	41,700	2,558	36,576	46,824
PUBLIC	40,567	2,412	35,735	45,398

3. GENRE

Variable dépendante:EVITEMENT

GENRE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
MALE	40,000	2,696	34,598	45,402
FEMELLE	42,267	2,256	37,747	46,786

4. GENRE * SECTEUR

Variable dépendante:EVITEMENT

GENRE	SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
MALE	PRIVE	40,400	4,177	32,032	48,768
	PUBLIC	39,600	3,411	32,768	46,432
FEMELLE	PRIVE	43,000	2,954	37,083	48,917
	PUBLIC	41,533	3,411	34,701	48,366

التجنب والحالة الإجتماعية.

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
SITUATION.FAMILIALE	1	CELIBATAIRE	22
	2	MARIE	36
	3	DIVORCE	2

Statistiques descriptives

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	CELIBATAIRE	43,54	13,776	13
	MARIE	42,44	14,500	16
	DIVORCE	19,00	.	1
	Total	42,13	14,376	30
PUBLIC	CELIBATAIRE	40,78	12,785	9
	MARIE	39,30	10,162	20
	DIVORCE	64,00	.	1
	Total	40,57	11,524	30
Total	CELIBATAIRE	42,41	13,139	22
	MARIE	40,69	12,193	36
	DIVORCE	41,50	31,820	2
	Total	41,35	12,942	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:EVITEMENT

D	ddl1	ddl2	Sig.
1,084	5	54	,379

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + SITUATION.FAMILIALE + SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:EVITEMENT

Source	Somme des carrés de type II	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	1180,726[a]	5	236,145	1,466	,216
Ordonnée à l'origine	102589,350	1	102589,350	636,694	,000
SECTEUR	27,390	1	27,390	,170	,682
SITUATION.FAMILIALE	30,767	2	15,383	,095	,909
SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE	1113,143	2	556,571	3,454	,039
Erreur	8700,924	54	161,128		
Total	112471,000	60			
Total corrigé	9881,650	59			

a. R deux = ,119 (R deux ajusté = ,038)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:EVITEMENT

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
41,509	3,209	35,076	47,942

2. SECTEUR

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	34,992	4,517	25,937	44,047
PUBLIC	48,026	4,559	38,885	57,167

3. SITUATION.FAMILIALE

Variable dépendante:EVITEMENT

SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
CELIBATAIRE	42,158	2,752	36,640	47,676
MARIE	40,869	2,129	36,601	45,137
DIVORCE	41,500	8,976	23,505	59,495

4. SECTEUR * SITUATION.FAMILIALE

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	SITUATION.FAMILIALE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	CELIBATAIRE	43,538	3,521	36,480	50,597
	MARIE	42,438	3,173	36,075	48,800
	DIVORCE	19,000	12,694	-6,449	44,449
PUBLIC	CELIBATAIRE	40,778	4,231	32,295	49,261
	MARIE	39,300	2,838	33,609	44,991
	DIVORCE	64,000	12,694	38,551	89,449

التجنب وا لخبرة المهنية

Facteurs inter-sujets

		Etiquette de valeur	N
SECTEUR	1	PRIVE	30
	2	PUBLIC	30
NIVEAUX.EXPERIENCE	1	moins 10 ans	35
	2	10 ans et plus	25

Statistiques descriptives

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Ecart-type	N
PRIVE	moins 10 ans	42,39	13,924	23
	10 ans et plus	41,29	16,938	7
	Total	42,13	14,376	30
PUBLIC	moins 10 ans	37,92	9,737	12
	10 ans et plus	42,33	12,528	18
	Total	40,57	11,524	30
Total	moins 10 ans	40,86	12,680	35
	10 ans et plus	42,04	13,532	25
	Total	41,35	12,942	60

Test d'égalité des variances des erreurs de Levene[a]

Variable dépendante:EVITEMENT

D	ddl1	ddl2	Sig.
1,405	3	56	,251

Teste l'hypothèse nulle que la variance des erreurs de la variable dépendante est égale sur les différents groupes.

a. Plan : Ordonnée à l'origine + SECTEUR + NIVEAUX.EXPERIENCE + SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE

Tests des effets inter-sujets

Variable dépendante:EVITEMENT

Source	Somme des carrés de type II	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Modèle corrigé	183,827[a]	3	61,276	,354	,787
Ordonnée à l'origine	102589,350	1	102589,350	592,401	,000
SECTEUR	69,655	1	69,655	,402	,529
NIVEAUX.EXPERIENCE	53,243	1	53,243	,307	,581
SECTEUR * NIVEAUX.EXPERIENCE	93,767	1	93,767	,541	,465
Erreur	9697,823	56	173,175		
Total	112471,000	60			
Total corrigé	9881,650	59			

a. R deux = ,019 (R deux ajusté = -,034)

1. Moyenne générale

Variable dépendante:EVITEMENT

Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
		Borne inférieure	Limite supérieure
40,982	1,876	37,223	44,740

2. SECTEUR

Variable dépendante:EVITEMENT

SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
PRIVE	41,839	2,840	36,149	47,528
PUBLIC	40,125	2,452	35,213	45,037

3. NIVEAUX.EXPERIENCE

Variable dépendante:EVITEMENT

NIVEAUX.EXPERIENCE	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Limite supérieure
moins 10 ans	40,154	2,343	35,460	44,848
10 ans et plus	41,810	2,931	35,938	47,681

4. NIVEAUX.EXPERIENCE * SECTEUR

Variable dépendante:EVITEMENT

NIVEAUX.EXPERIENCE	SECTEUR	Moyenne	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne inférieure	Limite supérieure
moins 10 ans	PRIVE	42,391	2,744	36,894	47,888
	PUBLIC	37,917	3,799	30,307	45,527
10 ans et plus	PRIVE	41,286	4,974	31,322	51,250
	PUBLIC	42,333	3,102	36,120	48,547

الفرضية السادسة:

المستوى المنخفض من الصحة النفسية

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Niveau.bas.SM	112,33	7,607	6
Ciss	127,83	35,346	6
R.Probleme	47,00	20,159	6
Emotion	41,00	22,244	6
Evitement	41,17	11,179	6
Distraction	20,33	5,785	6
Diversion.sociale	12,67	3,559	6

Corrélations

		Niveau.bas.SM	ciss	R.Probleme	Emotion	Evitement	Distraction	Diversion.sociale
Niveau.bas.SM	Corrélation de Pearson	1	,535	,420	,344	,392	,142	,662
	Sig. (bilatérale)		,2746	,4076	,5046	,4426	,7886	,1526
	N	6	6	6	6	6	6	6
Ciss	Corrélation de Pearson	,535	1	,643	,613	,937**	,808	,883*
	Sig. (bilatérale)	,2746		,1696	,1966	,0066	,0526	,0206
	N	6	6	6	6	6	6	6
R.Probleme	Corrélation de Pearson	,420	,643	1	-,185	,542	,360	,856*
	Sig. (bilatérale)	,4076	,1696		,7266	,2666	,4836	,0306
	N	6	6	6	6	6	6	6
Emotion	Corrélation de Pearson	,344	,613	-,185	1	,558	,525	,321
	Sig. (bilatérale)	,5046	,1966	,7266		,2506	,2856	,5356
	N	6	6	6	6	6	6	6
Evitement	Corrélation de Pearson	,392	,937**	,542	,558	1	,948**	,710
	Sig. (bilatérale)	,4426	,0066	,2666	,2506		,0046	,1146
	N	6	6	6	6	6	6	6
Distraction	Corrélation de Pearson	,142	,808	,360	,525	,948**	1	,482
	Sig. (bilatérale)	,7886	,0526	,4836	,2856	,0046		,3326
	N	6	6	6	6	6	6	6
Diversion.sociale	Corrélation de Pearson	,662	,883*	,856*	,321	,710	,482	1
	Sig. (bilatérale)	,1526	,0206	,0306	,5356	,1146	,3326	
	N	6	6	6	6	6	6	6

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

المستوى المتوسط من الصحة النفسية

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Niveau.moyen.SM	125,87	7,347	47
ciss.	128,30	32,787	47
R.probleme.	51,49	18,775	47
Emotion.	34,00	9,498	47
Evitement.	41,43	12,659	47
Distraction.	20,72	7,549	47
Diversion.sociale.	13,62	5,207	47

Corrélations

		Niveau.moyen.SM	ciss.	R.probleme.	Emotion.	Evitement.	Distraction.	Diversion.sociale.
Niveau.moyen.SM	Corrélation de Pearson	1	,238	-,085	,465**	,086	,209	-,080
	Sig. (bilatérale)		,107	,568	,001	,566	,158	,594
	N	47	47	47	47	47	47	47
ciss.	Corrélation de Pearson	,238	1	,310*	,353*	,497**	,428**	,324*
	Sig. (bilatérale)	,107		,034	,015	,000	,003	,026
	N	47	47	47	47	47	47	47
R.probleme.	Corrélation de Pearson	-,085	,310*	1	-,181	,547**	,397**	,532**
	Sig. (bilatérale)	,568	,034		,224	,000	,006	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47
Emotion.	Corrélation de Pearson	,465**	,353*	-,181	1	,006	,097	-,111
	Sig. (bilatérale)	,001	,015	,224		,967	,518	,457
	N	47	47	47	47	47	47	47
Evitement.	Corrélation de Pearson	,086	,497**	,547**	,006	1	,901**	,776**
	Sig. (bilatérale)	,566	,000	,000	,967		,000	,000
	N	47	47	47	47	47	47	47
Distraction.	Corrélation de Pearson	,209	,428**	,397**	,097	,901**	1	,556**
	Sig. (bilatérale)	,158	,003	,006	,518	,000		,000
	N	47	47	47	47	47	47	47
Diversion.sociale.	Corrélation de Pearson	-,080	,324*	,532**	-,111	,776**	,556**	1
	Sig. (bilatérale)	,594	,026	,000	,457	,000	,000	
	N	47	47	47	47	47	47	47

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

المستوى المرتفع من الصحة النفسية

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart-type	N
Niveau.élevé.SM	148,14	8,474	7
ciss.	128,71	38,008	7
R.probleme.	45,43	32,715	7
Emotion.	46,86	16,547	7
Evitement.	41,00	17,720	7
Distraction.	22,00	10,520	7
Diversion.sociale.	12,14	6,336	7

Corrélations

		Niveau.élevé.SM	ciss	R.problème.	Emotion.	Evitement.	Distraction.	Diversion.sociale.
Niveau.élevé.SM	Corrélation de Pearson	1	,321	,386	,503	,736	,753	,788*
	Sig. (bilatérale)		,483	,392	,250	,059	,051	,035
	N	7	7	7	7	7	7	7
ciss.	Corrélation de Pearson	,321	1	,640	,532	,549	,468	,386
	Sig. (bilatérale)	,483		,122	,219	,202	,289	,392
	N	7	7	7	7	7	7	7
R.probleme.	Corrélation de Pearson	,386	,640	1	,466	,652	,508	,769*
	Sig. (bilatérale)	,392	,122		,292	,112	,244	,043
	N	7	7	7	7	7	7	7
Emotion.	Corrélation de Pearson	,503	,532	,466	1	,882**	,896**	,677
	Sig. (bilatérale)	,250	,219	,292		,009	,006	,095
	N	7	7	7	7	7	7	7
Evitement.	Corrélation de Pearson	,736	,549	,652	,882**	1	,983**	,888**
	Sig. (bilatérale)	,059	,202	,112	,009		,000	,008
	N	7	7	7	7	7	7	7
Distraction.	Corrélation de Pearson	,753	,468	,508	,896**	,983**	1	,840*
	Sig. (bilatérale)	,051	,289	,244	,006	,000		,018
	N	7	7	7	7	7	7	7

Diversion.sociale.	Corrélation de Pearson	,788*	,386	,769*	,677	,888**	,840*	1
	Sig. (bilatérale)	,035	,392	,043	,095	,008	,018	
	N	7	7	7	7	7	7	7

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).