

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

People' s democratic republic of Algeria

HIGHER MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENTIFIC RESCHRCH

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

badji mokhtar - Annaba University



جامعة باجي مختار- عنابة

اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم

تخصص علم النفس العيادي

فعالية برنامج الاسترخاء لمواجهة القلق الناتج عن الضغط النفسي لدى ممرضي الاستعجالات الطبية

اشراف الاستاذ الدكتور: بوفولة بوخميس

إعداد الطالب: لبيض توفيق

لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	الرتبة	الاسم واللقب	الرقم
جامعة باجي مختار - عنابة -	رئيسا	استاذ التعليم العالي	كربوش رمضان	01
جامعة الحاج لخضر - باتنة 1	مشرفا	استاذ التعليم العالي	بوفولة بوخميس	02
جامعة باجي مختار - عنابة -	عضوا مناقشا	استاذ محاضر ا	عمروسي مريم	03
جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2	عضوا مناقشا	استاذ محاضر ا	حماني حازم	04
جامعة 20 اوت 1955 سكيكدة	عضوا مناقشا	استاذ محاضر ا	عثمانية عبد الله	05
جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2	عضوا مناقشا	استاذ محاضر ا	مقلاتي سامي	06

السنة الجامعية 2024-2025

قال الله تعالى:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَإِن لِّسِ لِلْإِنسَانِ إِلا مَا سَعَى (39) وَأَن سَعِيَ سَوْفَ يُرَى (40) ثُمَّ يُجْزَاهُ

الْجِزَاءَ الْأَوْفَى (41) وَأَن إِلَى رَبِّكَ الْمُنْتَهَى (42)

سورة النجم الآيات 39، 40،

الحمد لله مجيب الدعاء كاشف الضر والبلاء، لا يرد سائلاً ولا يخيب راجياً فهو أهل الفضل والثنا

أحمده على نعمه العظيمة التي لا تحصى وأشكره في السر والنجوى

أن من علي ياكمال هذا البحث

والصلاة والسلام على من بعث بالدين الأسمى والرسالة العظمية

وعلى آله وصحبه ومن بهديهم اقتضى وبآثارهم اهتدى وسلم تسليماً كثيراً.

أما بعد،

فكل التقدير والشكر والامتنان للأستاذ الدكتور بوفولة بوخميس على المجهودات المبذولة والتوجيهات السديدة والدعم الدائم والتحفيز المتواصل عبر كل اطوار انجاز هذه الرسالة.

كما اتقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة كل باسمه ومقامه على قبوله مناقشة هذه الاطروحة .

الشكر موصول الى كل من ساهم في اتمام هذه الدراسة في شقها الميداني منهم العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية، على تعاونهم وحسن تفهمهم رغم ظروفهم المهنية ومطالب مهامهم العديدة.

إهداء

اهدي هذا العمل الاكاديمي الى اعز الناس
على قلبي والداي الكريمين اطل الله عمرهما
، زوجتي العزيزة التي تعبت معي ، الى
اولادي عبد المعز هاجر شهد
الى اخوتي وزوجاتهم وابنائهم
الى روح جدتي رحمهما الله
الى كل احبابي

فهرس الدراسة
كلمة شكر
إهداء
ملخص الدراسة
قائمة الأشكال والجداول
مقدمة
الفصل المنهجي التمهيدي
1- إشكالية الدراسة.....16
2- الفرضيات19
3- أهداف الدراسة20
4- أهمية الدراسة20
5- مفاهيم الدراسة20
6- الدراسات السابقة.....25
جانب نظري
الفصل الأول: فصل الضغط النفسي
تمهيد
1- تعريف الضغط النفسي.....34
2- أنواع الضغوط النفسية.....35
3- الأجهزة الحيوية المرتبطة بالضغوط النفسية.....36
4- مصادر الضغط النفسي.....38
5- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية.....47
6- النظريات المفسرة للضغط النفسي.....50
7- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.....58
8- علاج الضغوط النفسية.....63

الفصل الثاني: فصل القلق

تمهيد

- 1- تعريف القلق 66
- 2- مستويات القلق..... 66
- 3- القلق السوي والقلق العصابي..... 67
- 4- أسباب القلق النفسي..... 68
- 5- النظريات المفسرة للقلق..... 70
- 6- الأساس الفسيولوجي للقلق..... 80
- 7- أعراض القلق..... 81
- 8- تصنيف القلق..... 86
- 9- قياس القلق..... 91
- 10- علاج القلق..... 92

الفصل الثالث: فصل الاسترخاء العضلي

تمهيد

- 1- نبذة تاريخية..... 102
- 2- تعريف الاسترخاء..... 103
- 3- أهمية استخدام الاسترخاء..... 104
- 4- التفسير الفيزيولوجي للاسترخاء..... 105
- 5- شروط إجراء العلاج بالاسترخاء..... 105
- 6- أنماط الاسترخاء:..... 107
- 7- ميادين استخدام الاسترخاء:..... 119
- 8- مزايا استخدام الاسترخاء..... 121

الفصل الرابع: فصل الاستعدادات الطبية

تمهيد

125.....	1- مفهوم الصحة
126.....	1-1- مفهوم الرعاية الصحية
126.....	2- المؤسسة الصحية
127.....	1-2- أنواع المؤسسات الصحية
128.....	2-2- تنظيم المؤسسة الاستشفائية
130.....	2-3- مهام المؤسسات الاستشفائية العمومية
135.....	3- مصلحة الاستعجالات الطبية
131.....	3-1- خصائص الاستعجالات الطبية
131.....	4- مفهوم التمريض
132.....	4-1- تعريف الممرض
132.....	4-2- الضغوط في مهنة التمريض
134.....	4-3- مهام ومسؤوليات الممرض
135.....	5- أسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية
جانب تطبيقي	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة	
تمهيد	
141.....	1- الدراسة الاستطلاعية
145.....	2- المنهج
146.....	3- حدود الدراسة (المكانية والزمنية والبشرية)
147.....	4- عينة الدراسة
148.....	5- أدوات الدراسة
الفصل السادس: تقديم وتحليل ومناقشة النتائج	
157.....	1- تقديم الحالات
162.....	2- اختبار الفرضيات

168.....	3-التحليل العام للحالات
171.....	الخاتمة
173.....	اقتراحات وتوصيات
174.....	ملخص الدراسة باللغتين
177.....	قائمة المراجع
197.....	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول
41	1-جدول المقارنة بين الضغوط الايجابية والضغوط السلبية
45	2- جدول الفرق بين نمط الشخصية "ا" ونمط الشخصية "ب"
53	3- جدول نموذج ابلسون للعوامل المسببة لضغوط العمل
53	4- جدول الاضطرابات النفسية والعضوية الناشئة عن الضغوط
50	5- جدول يمثل الأعراض الشائعة للضغوط
89	6- جدول يبرز الاضطرابات الايضية التي يصاحبها عرض القلق
90	7- جدول يبرز أمراض القلب والشرايين التي يصاحبها عرض القلق

101	8- جدول فئات الأدوية المضادة للقلق
126	9- جدول يوضح مراحل الاسترخاء العضلي
134	10- جدول توزيع المؤسسات الاستشفائية في جهات الوطن
142-140	11- جدول يصنف الرتب التابعة لأسلاك شبه الطبي للصحة العمومية
147	12- جدول يمثل الخصائص الاجتماعية للعيينة الاستطلاعية
148	13- جدول يمثل نتائج مقياس إدراك الضغوط
149	14- جدول يمثل نتائج مقياس حالة القلق لسبيلبرجر
152	15- جدول خصائص افراد العينتين الشاهدة والتجريبية
152	16- جدول توزيع افراد العينتين حسب السن
153	17- جدول يمثل توزيع افراد العينتين حسب الخبرة المهنية
205	18- جدول قائمة استبيان ادراك الضغوط ليفستين
154	19- جدول توزيع عبارات استبيان ادراك الضغوط العبارات المباشرة وغير المباشرة
157	20- جدول تقسيم مقياس القلق حسب الفئتين
158	21- جدول مستويات نتائج القلق لمقياس سبيلبرجر
204	22- جدول قائمة حالة القلق لسبيلبرجر
162	23- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة
163	24- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.
163	25- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار القبلي

	للمجموعتين الشاهدة و التجريبية.
164	26- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة و التجريبية.
165	27- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الشاهدة.
166	28- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.
167	29- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية.
167	30- جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية

قائمة الأشكال:

رقم الصفحة	عنوان الشكل
51	1- النموذج المتعدد في تصنيف مصادر ضغوط العمل
56	2- تخطيطا عاما لنظرية " سيللي " حول الضغوط
58	3- نظرية التقدير المعرفي للضغط
62	4- التعامل مع وضعية ضاغطة حسب لازاريس

82	5- الخريطة المعرفية للقلق
147	6- النسبة مئوية لأعمار أفراد العينة الاستطلاعية
148	7- توزيع درجات أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس إدراك الضغوط
150	8- توزيع أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس القلق

مقدمة :

تزايد الاهتمام بموضوع ضغوط العمل خلال العقود الاخيرة الى تنامي القناعة بان هذه الضغوط تؤثر على صحة العامل ونتاجيته وسلامة سلوكه من كل الجوانب المتعلقة بأداء ادواره المختلفة، كما يمكن تفسير هذا الاهتمام بالإمكانية النظرية للسير على هذه الضغوط وضبط مصادرها ومعالجة اثارها. حيث ذكر " كيني Kenny " 2015 ان 39 % من الامراض المتعلقة بالعمل والتي تم تحديدها من خلال مسح القوى العاملة في بريطانيا خلال العامين 2013 و 2014 قد تم تصنيفها على انها ضغوط واحباط وقلق متعلق بالعمل، وقد كانت اكثر المهن تعرضا لهذه الضغوط هي مهن الرعاية الصحية والعمل الاجتماعي والتعليم والادارة الحكومية. (فراس، 2016)

حيث كشفت منظمة العمل الدولية التابعة للأمم المتحدة نتائج بحوثها المستمدة من مجموعة من الدراسات الاحصائية اجرتها على خمس دول، تبين ان نحو 10 % من البالغين يصابون بفعل ظروف العمل الضاغطة بأنواع من القلق والاحباط، وتذكر الدراسة ان خسارة المانيا من المشاكل الصحية ذات الطبيعة النفسية والعقلية تقدر بحوالي 2.2 مليار دولار سنويا،

وفي فنلندا تضيع اكثر من 30 الف ساعة عمل كل عام بسبب حالات الإنتحار الناتجة عن ظروف العمل السيئة. (تواتي، 2017)

لقد أصبحت ظاهرتي القلق والضغوط النفسية في بيئة العمل محل اهتمام الكثير من الباحثين ومنظمات العمل بسبب الإضطرابات الناتجة عن الضغوط النفسية التي يتعرض لها العاملين ، فصحة العامل النفسية قد تضطرب نتيجة عوامل كثيرة أهمها الضغوط النفسية المتكررة ، وهناك الكثير من الدراسات التي تشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والقلق (خميس، 2013)

إن الفرد يواجه في حياته العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، واحيانا قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات حياته، وتنشأ لدى الفرد الذي يواجه ضغوطا نفسية وبسبب عجزه عن ايجاد وسيلة لـصرف توتراته اثارا سلبية على صحته النفسية والجسدية.

يؤكد الباحثين في علم النفس ان القلق حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي او رمزي، ويكون القلق عرضا لبعض الإضطرابات النفسية او حالة اضطراب نفسي اساسي، يشخص على انه اضطراب القلق العام او أحد أصناف القلق، ويساهم في عدم توافق الفرد ويعيق انتاجه وسلوكه وتوافقه العام ويعد إضطراب القلق اكثر الإضطرابات النفسية انتشارا حيث يمثل 30 – 40 % من الإضطرابات العصابية.

يعتبر اسلوب الإسترخاء العضلي من الأساليب العلاجية السلوكية القديمة فهو ليس ظاهرة جديدة، فالعديد من الحضارات القديمة مارست هذا الاسلوب، كما استخدمت اليوغا (yoga) والإسترخاء العضلي لعدة قرون، حيث اصبحت هذه الاساليب قواعد اساسية لطرق الاسترخاء الاكلينيكية الحديثة.

وقد طور هذا الاسلوب من طرف ادموند جاكوبسون " Edmond Jacobson " 1988 حيث أدرك ان الفرد حتى عندما يكون مسترخيا فان عضلاته ستبقى الى حد ما متوترة، وان توتر العضلة يمكن ان يعكس تأثيرات وظروف البيئة السيئة على الفرد فيما بعد على مختلف

نواحي حياته، ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الإسترخاء في خفض القلق والمحافظة على الصحة النفسية، وعليه توجد دراسات عديدة تؤكد الدور الفعال لأسلوب الاسترخاء في خفض القلق وتطوير الصحة النفسية. (يونس، 2004)

كما أن الإسترخاء العضلي يحقق التوازن النفسي العصبي يجعل وظائف الجسم منتظمة، وينقل موجات الدماغ إلى موجة ألفا وهي موجة الإسترخاء، وان هذا الاسلوب هو البديل عن المهدئات والأدوية النفسية لعلاج القلق والتوتر لأنه يحقق الفائدة دون التأثيرات الجانبية السيئة منها الإدمان من خلال تعلم مهارات الإسترخاء في الواقع الموتر، وبالتالي فهو استراتيجية هامة في العلاج النفسي السلوكي.

يكتسب العمل في قطاعات الرعاية الصحية أهمية خاصة تعزى لكون مخرجات هذا العمل تمس حياة الفرد وصحة المجتمع بشكل مباشر، بناء على ذلك فإن دراسة العوامل التي تؤثر على أداء العاملين في هذه القطاعات وخاصة ضغوط العمل تمتلك أهمية استثنائية للحفاظ على السير الحسن للعمل وتقديم أفضل الخدمات الصحية، مع الأخذ بعين الإعتبار ان طبيعة العمل بحد ذاتها تفرض على العاملين فيها ظروفًا معينة قد تكون مصدرا للضغوط.

و يعد مجال الصحة من المجالات التي يعاني فيها العاملون من الضغوط والتوترات التي تترك آثارها النفسية والاجتماعية على الفرد، ذلك لان كثيرا ما يواجه العاملون في قطاع الصحة مواقف وظروف عديدة يتعرضون خلالها لحالات من الإضطراب والقلق والاحباط ومشاعر الغضب، الأمر الذي يؤثر على حالتهم الصحية والنفسية وينعكس سلبا على مستويات أدائهم في العمل.

تعد مهنة التمريض من المهن التي تتضمن قدر غير قليل من المشقة او الضغوط لكثرة المواقف التي لا يستطيع الممرض فيها تقديم خدمة صحية او مساندة للمريض او اقاربه، فالتمريض له دور هام في المنظومة الصحية وكذا في انجاح العملية العلاجية ، فهو الوسيط بين البرنامج العلاجي المسطر من طرف الطاقم الطبي وبين المرضى. (messoud, 2008)

وتؤكد بعض الدراسات أن الممرضين من أكثر المهنيين تعرضا للضغوط النفسية نظرا لما تتضمنه مهنة التمريض من مواقف مفاجئة واستعجالية وشعور بالمسؤولية نحو المرضى والاطباء المهنية ووفاء المرضى إضافة إلى أعباء العمل الزائدة.

لدراسة فعالية الإسترخاء العضلي لمواجهة القلق الناتج عن الضغط النفسي لدى ممرضى الاستعجالات الطبية قمنا بهذه الدراسة وتكونت من جانب نظري تطرقنا فيه الى الفصل المنهجي من حيث الاشكالية وفرضيات الدراسة واهم اهداف الدراسة واهميتها في الواقع المعاش وكذلك تطرقنا الى مفاهيم الدراسة منها: الضغط النفسي والقلق والاسترخاء العضلي اضافة الى ممرضى الاستعجالات الطبية، كما تطرقنا الى الدراسات السابقة المشابهة من حيث اهدافها وعيانتها واساليب احصائها ونتائجها.

تطرقنا في الفصول النظرية الى تحليل مفاهيم الدراسة بالتحليل والشرح من التعريف الى الاصناف والصادر، كذلك النظريات المفسرة والنتائج المترتبة اضافة الى طرق العلاج .

تطرقنا في الجانب التطبيقي الى الفصل المنهجي بخصوص الدراسة الاستطلاعية ونتائجها ، المنهج التجريبي المطبق في الدراسة، حدود الدراسة وعينتها اضافة الى ادوات الدراسة مثل مقياس الضغط النفسي وقياس القلق برنامج الاسترخاء العضلي وكذلك الاساليب الاحصائية المستخدمة من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وكذلك برنامج الاحصاء في العلوم الاجتماعية spss.

اما في الفصل الاخير تطرقنا الى تقديم النتائج واختبار الفرضيات والتحليل العام للحالات وخاتمة الدراسة وتطرقنا فيها الى النتائج النهائية للدراسة.

الفصل المنهجي التمهيدي

- إشكالية الدراسة
- الفرضيات
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- مفاهيم الدراسة
- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الضغوط النفسية من الظواهر الإنسانية الملاحظة بكثرة في هذا العصر، وهي من الخبرات الشخصية في محيط الأفراد الأسري والاجتماعي والمهني، ولها انعكاساتها على حياة الفرد والجماعة، والأفراد يختلفون فيما بينهم بقدراتهم على مواجهة الضغوط، فكلما كان الإنسان يتمتع بصحة نفسية جيدة كان أكثر قدرة وتكيفاً مع الأحداث والظروف المحيطة به ويتخذ بعض الاستراتيجيات لمواجهة تلك الأحداث في حين نجد البعض قد لا يكون لديهم هذه القدرة والاستراتيجية أو المرونة الكافية لاستخدام أساليب المواجهة أو تكون لديهم أساليب معينة في مواجهة الضغوط.

يؤكد Shafer 1992 ان الضغط النفسي يؤثر على حياة الفرد الجسمية والنفسية و الاجتماعية ، فكثيرا من الأمراض كالفرحة المعدية والقولون ، ارتفاع ضغط الدم الأم المفاصل ، أمراض القلب... ترتبط بشكل وثيق بالضغط النفسي، كما يرافق الضغط النفسي القلق المرضي والاكتئاب، وتشير دراسات طبية إلى أن ما بين (50% - 70%) من الأمراض والأعراض الفيزيولوجية تعود الى وجود الفرد تحت الضغوط (اسيا، 2012)

تختلف الضغوط باختلاف مصادرها بعضها مرتبط بظروف الحياة اليومية والاجتماعية ، بينما البعض الآخر مرتبط بالظروف المهنية ومطالب العمل ، والتي تترك آثارا سلبية على صحة الفرد وعلاقته مع الآخرين وتدني مستوى أدائه، وتتنوع مسببات الضغط منها ما هو مرتبط بالشخصية من نقاط القوة والضعف والمتغيرات الشخصية والتنظيمية في بيئة العمل او في المحيط الاجتماعي، والتوازن الحاصل بين المتطلبات الشخصية والأسرية والتنظيمية وشبكة العلاقات الاجتماعية ، وهناك العديد من العوامل المرتبطة بظروف العمل وبيئته: منها مطالب الوظيفة ، النمط الإداري السائد في بيئة العمل والتطور الوظيفي وغيرها من العوامل التي تؤثر في أداء العامل وتدفعه إلى الشعور بضغط العمل.

وبالرغم من انتشار ظاهرة الضغوط في جميع المهن إلا أنها تتباين في شدتها وطبيعتها، فظهر مهن التعامل المباشر مع الإنسان مثل الخدمات الإنسانية: الطب ، التمريض، التعليم ، الملاحة الجوية ، أكثر تعرضا للضغط النفسي من غيرها في القطاعات الأخرى.

تشير بعض الدراسات التي أجرتها الرابطة الوطنية للصحة والسلامة المهنية الأمريكية 1999 التي تناولت ضغوط العمل في البيئة التنظيمية الأمريكية ان ما يزيد عن 40% من المهنيين يعتبرون أعمالهم مصدرا أساسيا للشعور بالضغط ، وذلك لما تتضمنه بيئة العمل من مواقف مفاجئة وشعور بالمسؤولية نحو المرضى وأعباء عمل زائدة من نقص عدد العاملين . (صالح، 2009)

يتعرض الممرضون العاملون في المستشفيات وخاصة مصلحة الاستجالات الطبية إلى درجات متباينة من الضغوط النفسية والاجتماعية المتعلقة بالعمل ، من حيث الطابع الاستعجالي للمهنة والأخطار المتعددة ، وتعدد المهام وثقل الأدوار وتداخلها . لذلك تعتبر مهنة التمريض واحدة من المهن التي تتطلب من العاملين فيها مهاما كثيرة، فهي تعد من المهن الضاغطة التي تتوفر فيها مصادر عديدة للضغوط تجعل البعض غير راضيين وغير مطمئنين عن مهنتهم، مما تترتب عليه آثارا سلبية تنعكس على كفاءة ذاتهم وتوافقهم النفسي والمهني.

يقوم الممرضون والممرضات بدور هام في العناية بالمرضى على مدار الساعة في المؤسسات الاستشفائية من الناحية الإرشاد أو العلاج والتكفل الطبي، ويلقى على عاتقهم

ادوار متعددة تتطلب مهارات متعددة علميا واجتماعيا والقدرة على التفاعل مع المرضى ومرافقيهم والإدارة.

تعتبر الحالة النفسية للأفراد من أهم المؤشرات التي تدل على نتائج وآثار الضغوط، ذلك ان الناس لديهم درجة محدودة لتحمل الضغوط الواقعة عليهم وهو ما يطلق عليه ب" عتبة الإحساس" فعندما يتجاوز الأفراد هذه العتبة نتيجة للضغوط العالية والمستمرة التي يواجهونها، تظهر لديهم بعض الاضطرابات النفسية والتي يمثل القلق أهمها، ومن أكثرها شيوعا لدى الكثيرين ممن يعانون من الضغط النفسي. (مصطفى م، 2010)

أما في الجزائر فخلال مؤتمر دولي نظمته الجمعية الجزائرية للطب النفسي في نوفمبر 2007 كشفت دراسة بالجزائر أن ما لا يقل عن 10% من الجزائريين في حاجة الى رعاية نفسية، كما أحصت إحدى الصحف الوطنية وهي الشروق متوسط 10 حالات انتحار سنويا في صفوف الشرطة منذ اندلاع أعمال العنف 1991 (فتيحة ز، 2010)

إن دراسة القلق له أهمية كبيرة في علم الصحة النفسية، لأنه الانفعال الذي يقف خلف العديد من الاضطرابات النفسية. والقلق انفعال إنساني له درجات متنوعة وآثار مختلفة أيضا، وقد تحدث عنه الكثير من علماء النفس وأجريت حوله العديد من الدراسات ، وهو نوعان : قلق سوي موجود عند كل الناس وقلق مرضي موجود عند البعض فقط، بحيث أن وجود درجة معتدلة من القلق يعتبر أمرا عاديا عند كل الناس وهو محفز ويحرك الفرد للعمل والانجاز والمواجهة والاستجابة الوقائية التي تقي من الخطر ، وعندما يزيد عن حده يصبح مصدر الم شديد يعرقل السير الحسن للحياة اليومية ، حيث يظهر خوف غامض وشديد يسبب الكثير من الضيق ، والشخص القلق يتوقع الشر دائما وكثرة التشاؤم والتوتر وفقدان الثقة بالنفس والتردد في اتخاذ القرارات.

وتكمن خطورة القلق غير الطبيعي الذي يستمر لفترات طويلة بعد زوال الموقف الذي يمثل التهديد في استمرار الآثار السلبية من الناحية الفسيولوجية والنفسية وهذا من شأنه تعريض أجهزة الجسم إلى التلف والإصابة بمختلف الاضطرابات العضوية السيكوسوماتية.

وللتخفيف من حدة القلق وأثاره السلبية على الحالة النفسية والفسيولوجية على العاملين في سلك الممرضين في الاستعجالات الطبية هناك بعض الأساليب المستعملة منها أساليب الاسترخاء المختلفة التي تتعامل بفاعلية مع التوتر والقلق. فالمرض المتوتر او القلق لا يستطيع ان يتقبل او يتفهم احتياجات المرضى وسوف تنشأ علاقة مضطربة بين الممرض او الممرضة من جهة وبين المريض من جهة أخرى

والاسترخاء أسلوب ليس بالجديد فالعديد من الحضارات القديمة قد مارسته، كما تم استخدام اليوغا كعلاج لعدة قرون بحيث أصبحت هذه الممارسات قاعدة أساسية لطرق الاسترخاء الإكلينيكية الحديثة.

طور هذا الأسلوب ادموند جاكوبسون حيث أدرك أن الفرد إذا كان مسترخيا فان عضلاته تبقى متوترة إلى درجة معينة وان توتر العضلات يمكن ان يعكس تأثيرات الظروف البيئية السيئة على الفرد التي تؤثر فيما بعد على مختلف نواحي شخصيته ، وسنقوم باستخدام الاسترخاء العضلي عند جاكوبسون في دراستنا هذه لمعرفة فعاليته في مواجهة القلق عند افراد عينة الدراسة من مرضي الاستعجالات الطبية

الاسترخاء من المهارات العقلية التي تلعب دورا مساعدا في التحكم وتوجيه الاستثارة في الحياة اليومية للفرد اين يلاحظ الكثير من العاملين في المجال الصحي التوتر والقلق الذي يصاحب أداء وظائفهم.

لمعرفة فعالية الاسترخاء العضلي في مواجهة القلق والتوتر عند مرضي الاستعجالات الطبية يريد الباحث إجراء الدراسة الآتية من خلال طرح التساؤل التالي:

- ما مدى فعالية الاسترخاء العضلي في مواجهة القلق الناتج من الضغط النفسي لدى مرضي الاستعجالات الطبية ؟

الأسئلة الفرعية:

- 1- هل هناك فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعة الشاهدة و المجموعة التجريبية في درجة القلق والضغط النفسي؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي للمجموعة الشاهدة والمجموعة التجريبية في درجة القلق والضغط النفسي؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق والضغط النفسي؟
- 4- هل توجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي للمجموعة التجريبية في درجة القلق والضغط النفسي؟

2- الفرضيات:

1-2- الفرضية العامة:

أسلوب الاسترخاء العضلي فعال في مواجهة القلق الناتج عن الضغط النفسي لدى مرضي الاستعجالات الطبية.

2-2- الفرضيات الجزئية:

- 1- لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في الضغط النفسي.
- 2- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في الضغط النفسي.
- 3- لا توجد فروق دالة احصائيا للاختبار القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي.
- 4- توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي.
- 5- لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق.
- 6- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في درجة القلق.
- 7- لا توجد فروق دالة احصائيا للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.
- 8- توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.

3- أهداف الدراسة:

التطرق إلى موضوع الضغوط النفسية والقلق وظروف العمل في القطاع الصحي وخاصة مصلحة الاستعجالات الطبية، والتعرف على العلاقة بين الضغط النفسي والقلق الناتج لدى العاملين في المصلحة.

التطرق إلى مفهوم الاسترخاء العضلي كبرنامج يساعد في مواجهة القلق والضغط لدى العاملين في القطاع الصحي وخاصة الممرضين في مصلحة الاستعجالات الطبية.

معرفة مدى فعالية برنامج الاسترخاء العضلي في مواجهة الضغوط والاضطرابات النفسية في بيئة العمل وبالتالي محاولة تقديم مساعدة للعاملين في القطاع من اجل تحسين الأداء المهني.

4- أهمية الدراسة:

أصبح موضوع الضغط النفسي يشكل أهمية كبيرة في الوسط المهني وله العديد من الآثار السلبية على مستوى الأفراد من الناحية النفسية والصحية والاجتماعية، وعلى البيئة المهنية من ناحية الغيابات المتكررة والشكاوي وفعالية العاملين.

تظهر الضغوط النفسية وأثارها على مستوى قطاع الصحة وخاصة مصلحة الاستجابات التي تؤدي دورا هاما في التكفل بالحالات المستعجلة وبالتالي زيادة حجم الضغط على العاملين فيها نتيجة طبيعة المهام الاستعجالية التي تحتاج إلى اليقظة الزائدة والتدخل السريع لإنقاذ أرواح الآخرين، وعليه أصبحت هناك حاجة ملحة للقيام بإجراءات واقتراح برامج من اهم هذه البرامج تقنية الاسترخاء العضلي لمواجهة الضغوط وأثارها السلبية ومساعدة العاملين في المصلحة، للقيام بأداء واجبهم المهني على أكمل وجه.

5- مفاهيم الدراسة :

5-1- مفهوم الضغط النفسي:

التعريف اللغوي:

كلمة ضغط جاءت من اللاتينية "stringere" بمعنى الضغط والشدة، واضطهاد واختناق، وضيق على الجسد. (زروال، 2003)
وجاءت كلمات مشابهة و مفسرة باللغة الفرنسية "éteindre"، "serer"، "resserrer" بمعنى التضيق على الجسد ووضعه في توتر. (yacine, 2008)
في حين يرى البعض أن المصطلح مشتق من الكلمة الفرنسية القديمة distress والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق والظلم، والمصطلح في الأصل استخدم للتعبير عن معاناة وضيق أو اضطهاد، وفي الانجليزية الحديثة ظهرت الحاجة إلى مصطلح يوافق معنى الضغط بوصفه الألم الكامن) (النجار، 2003)

قد ظهرت كلمة "stress" لأول مرة في قاموس بمفهوم الانفعال "émotion" ثم اشتهر بعد ذلك stress يعبر عن الجوانب السلبية للانفعال والغضب. (زروال، 2003)
التعريف الاصطلاحي: تناول العديد من الباحثين مفهوم الضغط بالبحث والدراسة.

تعريف هانز سيلبي Hans Selye وهو من أوائل من تطرقوا لموضوع الضغط النفسي "الضغط النفسي هو استجابة فسيولوجية صادرة عن الفرد تجاه وضعية ضاغطة معينة. (yacine, 2008)

تعريف سبيلبيرجر Spielberg : إن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي. (عثمان ف.، 2011)
تعريف لازاريس Lazarus : الضغط نتيجة لعملية تقييمه يقيم بها الفرد مصادره الذاتية ليرى متطلبات البيئة، أي مدى الملائمة بين ذاتية الفرد الداخلية والبيئة الخارجية. (سامية رجيبي، 2013-2014)

تعريف موسوعة Larousse : 1979 الضغط هو مجموعة تغيرات واضطرابات بيولوجية ونفسية ناتجة عن اعتداء ما ضد الفرد والاستجابة الموافقة لها. (yacine, 2008)

تعريف dictionnaire de psychologie : الضغط هو كلمة انجليزية استعملت منذ 1936، بعد التطرق إليه من طرف سيلبي، لتحديد حالة يكون فيها الفرد مهدد بعدم التوازن ، بتهديد من موقف أو ظرف يؤثر على السير المنظم لحياة الفرد. (yacine, 2008)

ويعرف Greenberg & Baron (2000) الضغوط على أنها ردود أفعال تصدر عن الفرد تجاه المثيرات حيث يعرف انها بأنها نوع من الحالات الوجدانية وردود الأفعال الفسيولوجية التي تحدث في مواقف معينة. ولكي يتفهم الضغوط بشكل كامل يجب تناول وفهم ردود الأفعال الانفعالية والفسيولوجية التي تتضمنها، هذا بالإضافة إلى العوامل الخارجية والعمليات المعرفية التي تلعب دورا في حدوثها. (حنصالي، 2013-2014)

يعرف فرج طه (1993) الضغط بأنه " يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في كامل شخصيته. وحينما تزداد شدة الضغوط فان ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد، وللضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد، والضغط النفسي حالة يعانيتها الفرد حين يواجه مطلب ملح يفوق قدرته أو حين يقع في موقف صراع أو خطر شديد. (حسن ع.، 2001)

عملية تحدث عندما يطلب من الفرد أداء يفوق إمكانياته العادية، وهو تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة تؤثر على الفرد في صحته النفسية والبدنية. (عثمان ا.، 1995)

وهو حالة من الخلل النسبي للإنسان تجبر الجسم على القيام بواجبات ولمواجهة متطلبات عقلية أو بدنية أو نفسية لإعادة التكيف مع البيئة الخارجية. (عرسان، 2008)

تعريف إجرائي: يرى الباحث أن الضغوط مفهوم يعبر عن :

- قوة خارجية ضاغطة تولد لدى الفرد إحساسا بالتوتر قد يفقده القدرة على التوازن وتغيير نمط سلوكه.
- مثيرات بيئية تثير استجابة لدى أجهزة الجسم المختلفة.
- استجابات غير محددة من جانب الجسم لأية مطالب ملحة.
- تأكيد تأثير البيئة على الفرد.

5-2- مفهوم القلق:

جاء في المنجد القلق لغة : من قلق قلقا أي اضطرب فزع فهو قلق ، وكلمة اقلق أي أزعج في اللغة الإنجليزية يقابل مصطلح القلق مصطلح " anxiety " الذي يُعرّف في معجم " oxford على أنه "إحساس مزعج في العقل، ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل". (كريمة، 2010)

-التعريف الاصطلاحي للقلق: القلق استجابة لخطر أو تهديد ، وهو عبارة عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء ما ، دون أن يستطيع تحديده بدقة ، وغالبا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية (سلامة، 2008)

- انفعال غير سار وشعور بتهديد أو هم دائم ، وعدم راحة واستقرار ، وهو كذلك إحساس بالتوتر والشد ، وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية ، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطرا حقيقيا ، والتي لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة ، أو مواقف تصعب مواجهتها (الخالق، 1990)

- القلق استجابة بالمواجهة أو الهروب لحماية الجسم من خطر، تصاحب هذه الاستجابة مجموعة من التغيرات الفسيولوجية والنفسية والسلوكية. مع مرور الخطر قد تبقى بعض الأعراض خاصة الفسيولوجية التي قد يفسرها البعض على أنها مؤشرات لأمراض خطيرة . (ابراهيم ع.، 1990)

- القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الضيق والألم ، ويتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر، ففكرة القلق تتربص الفرص للتعلم بأي شيء مؤلم أو مخيف من أمور الحياة (نجاتي، 2004)

ويُعرّف في معجم " **WEBSTER** وبستر " على أنه "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية ويتصف دائما بعلامات فسيولوجية مثل: التعرق والتوتر وازدياد نبضات القلب، وذلك بسبب الشك في طبيعة التهديد وشك الفرد في قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح" (اسيا، 2012)

يعتبر القلق في معجم مصطلحات الطب النفسي من أكثر الحالات النفسية انتشارا حيث تقدر النسبة بين 10- 30 % وللقلق علامات مثل الخوف والترقب وأعراض بدنية في صورة اضطراب وظائف الجسم. (الشربيني)

أما موسوعة علم النفس والتحليل النفسي فتُعرفه بأنه " شعور بالخوف والخشية من المستقبل دون مبرر معين للخوف، أو هو الخوف المزمن.

القلق كما تعرفه الموسوعة الأمريكية هو حالة انفعالية يشعر خلالها الفرد بالارتباك والتردد والاضطراب، أو الخوف الشديد. ويستخدم مصطلح القلق لوصف حالة انفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والهم وتحدث عندما يدرك الفرد منبها او موقفا يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له. (هياجنة، 2006)

تعريف فرويد: يعرفه تعريفا تحليليا بقوله: إنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق، والشخص يتوقع الشر دائما، ويبدو متشائما ويتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر. فالقلق يتربص الفرص ليتعلق بأي فكرة أو أمر من أمور الحياة اليومية، ويبدو الشخص القلق مضطربا فاقدا للثقة في نفسه

متريدا وعاجزا عن البث في الأمور، كما أنه يفقد القدرة على تركيز ذهنه مما يُصعب عليه أن يفهم أي دور حوله فهما صحيحا. (فرج، 2009)

- يعرفه " Sillamy n " على انه حالة وجدانية تتميز بعاطفة من انشغال وفقدان الأمل، و الاضطراب المنتشر جسما ونفسيا، وتقع خطر غير محدد يقف الفرد إمامه عاجزا. (رجيمي، 2013)

- تعريف "ارون بيك" : " القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيرا معبرا عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل .

- تعريف "هارولد و بينسكي": يعرفه على انه دافع من ناحية وهدف من ناحية أخرى ، في محاولة للتكيف مع صراعات هذه الدوافع كما يلي: هو دافع غير ملائم أو حالة من التوتر تنتج عن صراع أو تنافس رغبتين أو أكثر حول استجابة معينة ، وتمنع هذه الحالة من التوتر حدة دافع هام ملائم. (فرج، 2009)

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM VI) القلق بأنه حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب وبوجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاث منها على الأقل: وجود صعوبة في التركيز، سرعة الانفعال ، وتوتر العضلات وإجهادها واضطرابات النوم كما تصاحبها أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي. (حسون، 2004)

القلق حالة وجدانية تمتلك الإنسان ترتبط بموقف أو حدثا وموضوع غير واضح قد يكون موجود او غير موجود، تسبب حالة من الضيق والألم.

القلق يصور حالة كدر وهم تسيطر على صاحبها بسبب مخاوف قادمة قد تكون قائمة او غير موجودة كليا. (حبيب، 94)

3-5- مفهوم الاسترخاء العضلي:

حسب 1992 R. Durand de Bousingen : تقنيات الاسترخاء هي طرق علاجية لإعادة التأهيل أو التأهيل ، باستعمال تقنيات محضرة ومقننة ، تستعمل خاصة في التوتر العضلي يساعد على تنمية القدرة على التركيز والحشد السريع للطاقة من خلال إثارة اليقظة والانتباه ، مما يسهل التحكم في التوتر والقلق والتسيير الأمثل للحياة الانفعالية ، فالاسترخاء يمثل أداة ثمينة لكل من يريد البحث عن التحكم في الضبط الجسدي والنفسي. (guiose، 2003)

حسب توماس و كول يمثل الاسترخاء آلية التغذية الرجعية بين الضغط العضلي والنشاط الدماغى الشعوري حيث تعكس تفاعلات الجسم مع التوتر على مستوى العضلات الحشوية الإرادية . (coll و thomas، 1987)

ويعرف الاسترخاء أيضا انه فترة من السكون وإغفال الحواس ، أي صفر استثارة ، ومن خلال الاسترخاء يتمكن الفرد من توجيه انتباهه للعمل الذي يقوم به، أي يكون في حالة انتباه مسترخ ولا يمكن أن يوجد القلق في جسم مسترخ، حيث انه يصعب أن يكون الفرد عصبيا أو متوترا في حالة استرخاء جزء من أجزاء جسمه استرخاء تاما ، بمعنى أن العصبية والأعضاء غير الإرادية يمكن تخفيضها إذا أصبحت العضلات الهيكلية في حالة استرخاء. (رضوان ج.، 2012-2013)

الاسترخاء هو حالة جسمية عقلية منظمة يكون فيها الشخص في حالة من الراحة النفسية والجسمية والتركيز السلبي.

نجد أن الاسترخاء هو توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. (ابراهيم ع.، 1990)

4-5- الاستعدادات الطبية:

- هي مصلحة صحية تمارس فيها علاجات هامة مستعجلة الهدف منها علاج بعض الأعراض في ظرف وجيز. للطابع الاستعجالي الذي يميزها تحتاج إلى التدخل السريع لدى المرضى وهذا عن طريق وضع استراتيجيات للتكفل وتشخيص الإصابات وعلاجها على مستوى المصلحة أو توجيهها إلى مصالح أخرى مناسبة للتكفل (الأمثل بها). (yacine, 2008)

5-5- ممرضى الاستعدادات الطبية:

أفراد مختصين لديهم تكوين خاص أو خبرة مهنية تسمح لهم بمساعدة الأشخاص الذين هم في حالة أزمة صحية، وتكون لديهم القدرة على تقييم ومعرفة المشاكل والوضعيات الصحية لهؤلاء المرضى، ويشاركون بطريقة فعالة في تسيير العمل في حالات الخطر للمرضى ومواساة عائلاتهم والاتصال بهم. (yacine, 2008)

الدراسات السابقة:

1-دراسة لعجالية (2015) لمعرفة مصادر ضغوط العمل لدى عمال الصحة في المصالح الاستعجالية في عنابة والسبل التي يواجهون بها هذه الضغوط. حيث تركزت الدراسة على قياس مؤشرات مصادر ضغوط العمل المتعلقة بكل من الوظيفة والمنظمة والبيئة المادية للعمل وشخصية الفرد العامل، بالإضافة إلى تحديد سبل مواجهة هذه الضغوط. تمت الدراسة على 90 من العمال شبه الطبيين العاملين في المصالح الاستعجالية. توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود مؤشرات قوية لمصادر ضغوط العمل المتعلقة بالوظيفة وهي: عبء العمل، وطبيعة الوظيفة، وصراع الدور. (فراس، 2016)

2- دراسة محمد سليم خميس 2012: الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي: اهتمت الدراسة بدراسة مستوى الضغوط النفسية عند عينة من عمال القطاع الصحي للمؤسسة الاستشفائية العمومية المتمثلة في (أطباء، ممرضين، أعوان تخدير).
تكونت عينة البحث من 120 عامل بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بورقلة .
تم استخدام مقياس الضغوط النفسية وبعد التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة باستخدام النظام الإحصائي (spss 17).

توصلت نتائج الدراسة إلى أن عمال القطاع الصحي عينة الدراسة يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية كما انه لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية باختلاف الخبرة المهنية والجنس. (خميس، 2013)

3- دراسة احمد و زملائه 1994 :هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرضون والممرضات العاملين في وحدات العناية المركزة لاسيما العوامل الرئيسية المسببة لضغط العمل.

بالإضافة إلى تحديد الآثار النفسية لضغط العمل على الممرضين والممرضات العاملين في وحدات العناية الحثيثة في مدينة الحسين الطبية في الأردن، وتألفت عينة البحث من ثلاث مجموعات من الممرضين والممرضات ,حيث شملت المجموعة الأولى خمسين ممرضا وممرضة يعملون في وحدات العناية المركزة ,بينما تناولت المجموعة الثانية عشر ممرضا وممرضة يعملون في وحدة الكلية الصناعية, في حين ركزت المجموعة الثالثة على خمسين ممرضا وممرضة يعملون في وحدات الباطنية والجراحة.

وتوصلت الدراسة إلى أن ممرضي المجموعة الأولى يواجهون ضغوط عمل أكبر من المجموعتين الأخرين، وأن مصادر الضغط الرئيسية لديهم هي عبء العمل ,وضوضاء المعدات الطبية , وموت المريض, كما أن مستويات ضغط العمل في المجموعتين الأولى والثالثة هي أعلى من المجموعة الثانية وأن المصدر الرئيسي لضغط العمل هو قلة الخبرات التمريضية، أما فيما يتعلق بالآثار النفسية فقد أظهرت الدراسة أن الممرضين والممرضات في المجموعة الأولى كانوا أكثر قلقا وحزنا وكآبة من المجموعتين الأخرين. (خميس، 2013)

4- دراسة أبو الحصين 2010: الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية للممرضين والممرضات الذين يعملون في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة وعلاقتها بكفاءة الذات في بعض المتغيرات ، تكونت عينة الدراسة من 247 ممرضا وممرضة، استخدم الباحث مقياسا للضغوط النفسية من إعداده، واطهر البحث النتائج التالية:

-عدم وجود ارتباط إحصائيا بين الضغوط النفسية وكفاءة الذات

- وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في الضغوط النفسية لصالح الإناث وذلك على البعد النفسي من المقياس.

- وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير المؤهل العلمي حيث وجد فروق بين حملة الدبلوم وحملة الإجازة الجامعية على مقياس الضغوط النفسية في بعد بيئة العمل، وبعد بيئة العمل والخدمات المقدمة لصالح حملة الإجازة الجامعية.

- وجود دالة إحصائية تعزى لمتغير نوع القسم لصالح العناية المركزة في بعد العمل. (صبيرة، 2014)

5- دراسة سعادة وآخرين 2003 فلسطين:

بعنوان الضغوط النفسية العملية التي يتعرض لها الممرضون والمرضات خلال انتفاضة الأقصى في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية، وتهدف هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية والعملية التي واجهت الممرضين والمرضات خلال انتفاضة الأقصى، وتحديد بعض المتغيرات الشخصية في ذلك، تكونت العينة من (144) ممرض وممرضة من مستشفيات مدينة نابلس ولقياس مستوى الضغوط استخدم الباحث استبانة الضغط النفسي التي يعاني منها العاملون في التمريض خلال فترة الانتفاضة، وأظهرت النتائج أن الممرضين والمرضات يعانون مستوى مرتفع من الضغوط النفسية المرتبطة بمصادر ضغوط العمل المتعلقة بالمرافقين للجرحى وخطورة الإصابات، والتعامل مع الإدارة والضغوط العائلية، كما أشارت الدراسة إلى أن مهنة التمريض من أكثر المهن تعرضاً لضغوط العمل والضغوط النفسية. (خميس، 2013)

6- دراسة عازم سهيلة: 2009 مصادر الضغط المهني لدى ممرضات مصلحة الاستعجالات دراسة ميدانية ببعض مستشفيات مدينة الجزائر:

وكانت تهدف هذه الدراسة إلى تحديد أسباب الضغط المهني عند الممرضات بمصلحة الاستعجالات ومعرفة إذا كان يعانون من ضغط مهني مرتفع. وهل هناك علاقة بين الضغط والعوامل المهنية التالية:

العمل في حد ذاته، الدور الإداري، العلاقات الشخصية، الجو والبنية التنظيمية، السيرة المهنية والانجاز، والمواجهة منزل /عمل. وهل يتأثر الضغط ببعض العوامل الشخصية وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

تعاني ممرضات مصلحة الاستعجالات من ضغط مهني مرتفع. كما أن هذه الفئة تعاني من مختلف مصادر الضغط المهنية إلا أن تأثيرها يختلف من مصدر إلى آخر.

كما توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغط المهني وتقدير الذات وكانت نتائج مقياس مركز التحكم الذي استخدمت في دراستها تشير إلى أن أغلب الممرضات يتميزن بمركز تحكم خارجي. (سهيلة ع، 2009)

7- دراسة هشام طلحة 2017 : قياس حدة القلق لدى تقنيي التخدير العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية: جاءت الدراسة للبحث حول تأثير القلق لدى تقنيي التخدير للصحة العمومية.

اعتمد في الدراسة على المنهج العيادي والأدوات المستخدمة هي الملاحظة والمقابلة والاختبار لكشف درجات القلق لدى تقنيي التخدير أثناء تأدية مهامهم اليومية. شملت عينة الدراسة أربع 04 حالات في مستشفى بسكرة على مستوى الجناح الجراحي ، طبق عليهم مقياس هاملتون لقياس القلق.

خلصت الدراسة إلى نتائج مختلفة من حيث درجات القلق لدى عينة الدراسة مما يؤكد وجود القلق لدى تقنيي التخدير أثناء أداء مهامهم اليومية. (طلحة، 2017)

8- دراسة فؤاد صبيبة ورزان إسماعيل 2014 : مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية المهنية التي يتعرض لها الممرضون والممرضات العاملين في مستشفى الأسد الجامعي وفقا لمتغيرات (النوع، والحالة الاجتماعية)، وقد تكوّنت عينة الدراسة من 721 ممرضاً وممرضة من مختلف الأقسام في المستشفى، واستخدمت الباحثة مقياساً للضغوط النفسية المهنية من إعدادها، وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني أفراد العينة من الممرضين والممرضات من ضغوط نفسية بنسبة كبيرة (94.46) إذ شكّل البعد المادي المرتبة الأولى، يليه بُعد بيئة العمل، ثمّ البعد النفسي في المرتبة الأخيرة. أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع في الضغوط النفسية المهنية، وكانت هذه الفروق لصالح الإناث في البعد النفسي، ولصالح الذكور في بُعد العلاقة مع الزملاء الأطباء، والبعد المادي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية في الضغوط النفسية المهنية ولقد كانت هذه الفروق في البعد النفسي فقط ولصالح غير المتزوجين. (اسماعيل، 2015)

9- دراسة نجية تواتي : استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى الممرضين العاملين في مصالحة معالجة السرطان 2017 :

هدفت الدراسة إلى معرفة الاستراتيجيات التي يستخدمها الممرضون لمواجهة الضغط المهني باختلاف مصادره في ضوء خصائص كالسن والجنس وسنوات الخبرة والحالة المدنية . استخدم المنهج الوصفي كونه يناسب موضوع الدراسة الذي يسعى إلى الحصول على معلومات عن الحالة الراهنة للظاهرة.

تشكلت عينة البحث من 171 ممرض من 177 ممرض يشكل المجتمع الكلي. استخدم في البحث مقياس مصادر الضغط المهني تم بناؤه من الباحثة ، وكذلك تم بناء مقياس الاستراتيجيات المستعملة لمواجهة الضغط المهني عند الممرضين من طرف الباحثة.

استخدمت الباحثة حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss حيث تم استخدام أساليب التحاليل الإحصائية التالية للتحقق من فرضيات البحث: التكرارات والنسب المئوية – معامل الارتباط بيرسون- تحليل التباين ANOVA . توصلت دراسة الى النتائج التالية :

يعاني نسبة 74.8 % من أفراد العينة من مستوى مرتفع من الضغط المهني. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض الممرضين للضغط الناجم عن ظروف العمل، عبء العمل، غموض الدور، المسار المهني، العلاقة مع الزملاء، والعلاقة مع الإدارة ومع المرضى وذويهم تعزى لمتغير السن ما عدا المناوبة الليلية. لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير السن لدى الممرضين العاملين بمصالح معالجة السرطان لأبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة ما عدا " البحث عن الدعم الاجتماعي " وإيجاد حلول"، أي يؤثر عامل السن على مدى لجوء الأفراد لهاتين الاستراتيجيتين. (تواتي، 2017)

10- دراسة ماكدونالد: 1996

اهتمت الدراسة بالكشف عن العلاقة بين إدراك الممرضين و الممرضات في وحدات العناية المركزة لضغوط العمل، وآليات التكيف من جهة وبين الاستجابة لهذه الضغوط من جهة ثانية.

واعتمد الباحث على الإطار النظري لكل من فولكمان ولازاريس (Lazarus and Folkman) والخاص بالضغوط النفسية والتقييم المعرفي والتكيف البيئي، كما استخدمت التصاميم البحثية الوصفية المهتمة بالعلاقة بين المتغيرات المختلفة .

وشملت عينة الدراسة (156) من الممرضين والممرضات العاملين في وحدات العناية المركزة، من خمس مستشفيات بجنوب ولاية ميتشغان الأمريكية، حيث أشارت النتائج إلى وجود علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين الممرضين والممرضات، وبين ضغوط العمل، واستجابتهم نحو هذه الضغوط ونحو آليات التكيف في بيئة العمل. (ماكدونالد، 1996)

11- دراسة جونسون 1999 : برنامج إدارة الضغوط النفسية لخفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض: هدفت الى تطوير برنامج لإدارة الضغوط النفسية وقياس اثره في خفض القلق والاكتئاب ، تكونت العينة من 43 من طلبة التمريض جرى سحبهم بطريقة عشوائية واخذت مجموعتان ضابطة واخرى تجريبية وفقا لدرجاتهم على المقاييس المستخدمة في البحث ، المتمثلة في مقاييس القلق والاكتئاب لدى افراد العينة التجريبية ، و ذلك من خلال تدريبات الاسترخاء واعادة البناء المعرفي . (خميس، 2013)

12- دراسة كابلان 1999: R P Caplan: الضغط النفسي والقلق والاكتئاب لدى الاطباء الاستشاريين الممارسين العاميين ومدراء الخدمات الصحية:

هدف البحث الى دراسة الضغط النفسي ، القلق والاكتئاب لدى مجموعة من الفريق الطبي بمستشفى لينكون كاونتي ، وتكونت عينة الدراسة من (524) موظفا ، وقد استخدم الباحث مقياس الصحة العامة ومقياس القلق واكتئاب المستشفى.

اظهرت النتائج ان 46 % من الموظفين لا يعانون من القلق و 25% منهم ينتمون الى الفئة الحدية، و 29 % لديهم مستوى عال من القلق ، وفيما تعلق بالاكتئاب اظهرت النتائج ان 27 % يعانون من الاكتئاب النفسي ، وان الممارسين العاميين يعانون اكثر من مدراء الاقسام حيث بلغت نسبة الاكتئاب عندهم 6 % ، فيما يتعلق بالأفكار الانتحارية اظهرت النتائج ان 14% من الممارسين العاميين لديهم افكار انتحارية و5% من الاطباء الاستشاريين و 13 % من مدراء الاقسام لديهم افكار انتحارية.

وخلصت الدراسة الى ان مستوى القلق والاكتئاب لدى الممارسين العاميين ومدراء الاقسام مرتفع اعلى مما كان متوقعا. (سلامة، 2008)

13- دراسة كريستين وآخرون Christine & al, 2000:

بعنوان ضغوط العمل واستراتيجيات التعامل وأثرها في الرضا الوظيفي لدى عينة من العاملين في التمريض في مستشفيات أستراليا:

هدفت الى فحص العلاقة بين ضغوط العمل, واستراتيجيات التعامل معها, وانعكاس ذلك على الرضا الوظيفي وعلى الحالة النفسية لدى المعلومات ,حيث تكونت عينة الدراسة من (129) (ممرضة من مستشفيات أستراليا ، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغوط الخاص بالعمل التمريضي، مقياس هيومر للتعامل مع الضغوط، مقياس الرضا الوظيفي وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة دالة ايجابية بين الضغوط والحالة النفسية السيئة وحالة الاضطراب لدى الممرضات ، وأن هناك علاقة سلبية بين الضغوط والرضا الوظيفي وأن هناك علاقة دالة بين استخدام أساليب التعامل الاحجامية والحالة النفسية السيئة لدى الممرضات. (خميس، 2013)

14- دراسة نجويزي 2000 جنوب إفريقيا: بعنوان ضغوط العمل بين الممرضين والممرضات وهدفت الدراسة الى تحديد أسباب الضغوط النفسية التكيف المستخدمة لديهم تكونت العينة من (60) ممرضا وممرضة من مستشفيات مدينة جاوتنج جنوب افريقيا تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغط النفسي في العمل مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وتوصلت النتائج الى أن مصادر ضغوط العمل لديهم كانت: زيادة أعباء العمل بسبب النقص في عدد الممرضين والممرضات، ونقص الأجهزة والأدوات والأدوية وضعف العلاقة الاجتماعية بالإدارة والأطباء وزملائهم وأن 90 بالمائة من طاقم التمريض يعاني من ضغوط عمل مرتفعة. (خميس، 2013)

تعقيب: تناولت الدراسات السابقة متغيرات مشابهة لمتغيرات بحثنا الذي نقوم بدراسته من حيث ضغوط العمل اثارها ومستوياتها في ظل بعض المتغيرات الشخصية مثل السن والجنس والخبرة المهنية ، وكذلك مصادر الضغط والاستراتيجيات المستخدمة لإدارة

الضغوط والتعامل معها وكذلك ادراك هذه الضغوط كما تناولت دراسات اخرى متغير القلق عند المرضى في مصلحة الاستعجالات الطبية كعينة للدراسات وهي تنفس عينة دراستنا. واستخدمت الدراسات السابقة المنهج الوصفي في اغلبها لتحديد العلاقة بين متغير الضغوط بمختلف اشكاله ومحدداته ومصادره وتأثيره على عينة الدراسة من عمال الصحة وخاصة المرضى العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية ، واستخدمت دراستين المنهج التجريبي لمعرفة تأثير برامج لإدارة الضغوط على خفض القلق.

اما بالنسبة للأدوات المستخدمة في الدراسات فكانت اغلبها اعتمدت على الاستبيان الذي تم من بناؤه من طرف الباحثين لتحديد مصادر الضغط واثاره على المرضى وكذا التعرف على مستويات الضغط واسبابه والعلاقة بين الضغط والعوامل المهنية المسببة له، كما استخدمت بعض الدراسات مقاييس للضغط النفسي ومقياس لمركز التحكم مقياس هيوبر للتعامل مع الضغط ومقياس خاص بالعمل التمرضي ومقياس الرضا الوظيفي وكذلك تم استخدام مقياس للقلق والاكتئاب، استخدم برنامج spss لتحليل البيانات في اغلب الدراسات. اظهرت نتائج الدراسات تباين أثر مصادر الضغوط لدى افراد عينات الدراسات حيث ان المصادر الوظيفية تكون لها اكبر تأثير ونذكر منها : عبء العمل، طبيعة الوظيفة ، صراع الدور، نوع المؤسسة خاصة او عامة، العلاقة مع الزملاء والادارة ومع المرضى ومرافقيهم. اضافة الى المصادر الفيزيائية كالضوضاء ونقص الاجهزة والوسائل والادوية وكذلك الضغوط العائلية.

وتؤثر كذلك الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة مثل الجنس والسن والخبرة المهنية وكذا تقدير الذات والرضا الوظيفي في مستوى الضغط النفسي بحيث يختلف تأثيره من فرد الى اخر ولكن الاختلاف يكمن في الشدة بين المتوسط والمرتفع. كما اظهرت بعض الدراسات مستوى مرتفع من القلق لدى افراد عينة الدراسة وكذلك مستوى مرتفع من الاكتئاب بدرجات متفاوتة مع افكار انتحارية ، وكذلك اساليب مختلفة في ادارة الضغوط وعلاقة ايجابية بينها وبين الحالة النفسية لأفراد العينة.

الفصل الاول: فصل الضغط النفسي

تمهيد

- تعريف الضغط النفسي
- انواع الضغوط النفسية

- الأجهزة الحيوية المرتبطة بالضغط النفسية
- مصادر الضغط النفسي
- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية
- النظريات المفسرة للضغط النفسي
- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية
- علاج الضغوط النفسية

تمهيد:

يعيش الفرد ويتفاعل مع عناصر بيئة تتميز بالتغير المستمر بمختلف أنواعه والذي يشمل كل مجالات الحياة حيث أصبح السمة المميزة للعصر الحالي. مما يجعل هذه البيئة غير صحية لما تولده من صراعات وضغوطات بمختلف أنواعها والتي تؤثر على الفرد من الناحية الفيزيائية والاجتماعية والنفسية، حيث يصعب عليها لتكيف معها، وهذا يظهر خاصة في المجال المهني حيث يعاني العمال من شتى أنواع الضغوط ويحاولون بشكل دائم التكيف معها وتسخيرها لصالحهم، إلا أنها في الكثير من الأحيان تفوق قدراتهم التكيفية وتصبح هاجسهم الوحيد، ويختلف الأفراد في استجاباتهم للضغوط فمنهم من تدفعه تلك الضغوط إلى المثابرة والجدية لتحقيق الأهداف المنشودة وقد تدفع البعض الآخر إلى الإحباط واليأس وانخفاض الإنتاجية وبالتالي تواجه المنظمات مشاكل عديدة من شأنها إن تؤثر على تحقيق أهدافها.

1- تعريف الضغط:

عندما نتحدث عن الضغوط فإننا نعني بذلك قضية لازمت الإنسان منذ وجوده ، فقد وجد ليعيش ويعمل وهذا بشكل مصدر للشقاء والتعب وذلك مصداقا لقوله تعالى : " لقد خلقنا الإنسان في كبد" وقد ترتب عن هذا مواجهة الإنسان العديد من التحديات والمخاطر التي

شكلت لديه ضغوط متعددة. واستطاع الإنسان أن يتكيف مع بعض الضغوط ، في حين كان بعضها الآخر قاسيا وشديدا على البعض الآخر وسبب له في بعض الأحيان تعاسة وشقاء. خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر أصبح مفهوم الضغط يشير إلى القوة او الإجهاد او التوتر، ثم استخدم في العلوم الأخرى كالفيزياء والعلوم الطبيعية ... أما في علم النفس يدل على الموقف الذي يكون فيه الفرد واقعا تحت إجهاد انفعالي او جسيمي.

1-2- المفاهيم المرتبطة بالضغط النفسي: ترتبط مفهوم الضغط النفسي ببعض المفاهيم الأخرى القريبة منه والمتداخلة معه وهي:

1-2-1- القلق: هو حالة من الخوف الشديد الغامض الذي يمتلك الفرد ويسبب له الكثير من مشاعر الضيق واللامن والانزعاج ، فالشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب ومضطربا ، كما يتميز بفقدان الثقة بالنفس كما تبدو عليه مظاهر العجز في اتخاذ القرارات وفقدان التركيز. (القدافي، 1997)

1-2-2- الإجهاد النفسي: يشير إلى الموقف الذي تكون فيه متطلبات العمل وما يطلب من ه أكبر درجة من الإمكانيات الذاتية ، بحيث لا يستطيع أداء المهام المطلوبة منه انجازها على الوجه الأكمل بسبب الإجهاد الذي يعيشه الناتج عن الخلل الموجود بين مطالب الحياة المنهية وخصائصه النفسية والعقلية ، الجسدية والاجتماعية مما يتيح فرصة ظهور التوتر والألم بصورة واضحة على حياته والتي بدورها تؤدي إلى إفرازات فيزيولوجية أهم مظاهرها التعب والإنهاك، ومن هنا فان مفهوم الإجهاد النفسي غالبا ما يؤخذ به على انه الضغط النفسي. (لعريط، 2006-2007)

1-2-3- الاحتراق النفسي: يشير إلى حالة الإنهاك أو الاستنزاف البدني الانفعالي نتيجة التعرض المستمر لضغوط عالية ، ويتمثل في مجموعة من المظاهر السلبية منها الإرهاق، عدم الاهتمام بالعمل ،عدم الاهتمام بالآخرين الكآبة ، الشعور بالعجز والسلبية في تقدير الذات (لعريط، 2006-2007)

انطلاقا مما سبق يتضح لنا العلاقة التداخلية والتفاعلية بين مفاهيم القلق والاحتراق النفسي والإجهاد النفسي مع مفهوم الضغط النفسي، فارتفاع مستوى القلق يؤدي إلى وقوع الفرد في حالة إجهاد وفي حالة استمرار هذا الإجهاد يؤدي إلى ظهور حالة الضغط النفسي واستمرار هذه الضغوط يؤدي إلى حالة الاحتراق النفسي الذي يتميز بالإنهاك والاستنزاف البدني والانفعالي.

2- أنواع الضغوط المهنية: حاول الباحثون في موضوع الضغوط تقسيم هذه الأخيرة إلى أنواع وذلك حسب معايير تصنيف معينة، ويعتبر التصنيف على أساس الآثار المترتبة عنها هو المعيار الأكثر شيوعا حيث يصنف الضغوط إلى نوعين وهما ضغوط ايجابية وأخرى سلبية. وقد ميز هانز سيلبي بين نوعين من الضغوط

1-2 - **ضغط ايجابي:** EUSTRESS وهذا الضغط يعد حافظا يدفع الفرد نحو الأداء الأفضل ويساعده على الإبداع وتنمية الثقة بالنفس.

2-2 **ضغط سلبي** DISTRESS وهو الصورة المدمرة للضغوط، ويؤدي إلى اختلال وظيفي في تكيف الكائن حيث تؤثر في حالته الجسدية والنفسية. (السيد، 2008) وهذا ما يؤدي إلى اختلال في الاستجابة سواء المعرفية أو النفسية، الأمر الذي يؤدي إلى ضعف في الأداء.

بالإضافة إلى التصنيف السابق هناك تصنيفات أخرى

- جدول رقم 1 المقارنة بين الضغوط الايجابية والضغوط السلبية (مريم ع، 2009-2010)

الضغوط السلبية	الضغوط الايجابية
1-تسبب انخفاضاً في الروح المعنوية	1- تمنح دافعا للعمل
2-تولد ارتباكا	2-تساعد على التفكير
3- تدعو للتفكير في الجهد المبذول	3-تحافظ على التركيز على النتائج
4-تجعل الفرد يشعر بتراكم العمل عليه	4-تجعل الفرد ينظر إلى العمل بتحد
5- تشعر الفرد بأن كل شيء يمكن ان يقاطعه ويشوش عليه	5-تحافظ على التركيز على العمل
6-الشعور بالأرق	6-النوم جيدا
7-ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها	7-القدرة على التعبير على الانفعالات والمشاعر
8-الإحساس بالقلق	8-تمنح الإحساس بالمتعة
9-تؤدي إلى الشعور بالفشل	9-تمنح الشعور بالإنجاز
10- تسبب للفرد الضعف	10- تمد الفرد بالقوة والثقة
11- التشاؤم من المستقبل	11- التفاؤل بالمستقبل
12- عدم القدرة على الرجوع إلى الحالة النفسية الطبيعية عند المرور بتجربة غير سارة	12- القدرة على الرجوع إلى الحالة النفسية الطبيعية عند المرور بتجربة غير سارة
غير سارة	

3- **الأجهزة الحيوية المرتبطة بالضغوط:** يعتبر الجهاز العصبي في صدارة الأجهزة الحيوية التي ترتبط بردود الفعل اتجاه الضغوط، وخاصة الجهاز المركزي العصبي والذي يحتوي على الدماغ والنخاع الشوكي، واللذان يشملان معظم الخلايا العصبية الموجودة في جسم الإنسان. أما القسم الآخر فهو الجهاز العصبي الفرع (الخارجي) والذي يضم الأعصاب الدماغية والأعصاب النخاعية الشوكية التي تربط الدماغ والنخاع الشوكي بجميع أنحاء الجسم ويقسم ماكلين McLean الدماغ من الناحية الوظيفية إلى ثلاث أقسام:

الدماغ المادي: الذي من خلاله نحس وندرك العالم المادي ونستجيب له لنتكيف مع المثيرات الخارجية، إذ يعتبر " الهيبوثالاميس " او " المهيد " الجزء الرئيسي في الدماغ المادي.

الدماغ الانفعالي: يتعامل مع الانفعالات والصور الذهنية التي تنقلها الحواس، فهو بمثابة قلب الجهاز العصبي المركزي، إذ يتعامل مع حالات: الحب، الكره، تجنب العلاقات مع الآخرين،...

الدماغ المفكر: أو لحاء المخ cortex يُمكننا من التحليل والتركيب والتعامل مع المعلومات التي يوفرها الجزآن الآخران.

وفيما يتعلق بعمل الجهاز العصبي ككل بقسميه المركزي والفرعي فيمكن تصنيفه إلى إرادي، ولاإرادي (مستقل) يقوم به الجهاز العصبي الذاتي، ويعتبر هذا الأخير وجهاز الغدد الصماء، الأكثر ارتباطا بردود الفعل اتجاه الضغوط. (عسكر ع، 2004)

الجهاز العصبي الذاتي (المستقل): ويوصف عمله بأنه انعكاسي (آلي)، يقوم هذا الجهاز بتنظيم ضربات القلب ودرجة حرارة الجسم، عمليات الهضم الدورة الدموية، إفرازات الغدد الصماء، وهو خاضع لسيطرة الدماغ ويتضمن:

الجهاز السمبثاوي : الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة، من خلال توليده للطاقة اللازمة لذلك لأن الجسم يحتاج إلى كمية أكبر من الأكسجين والدم والطاقة، والتي ستكون على حساب أجهزة الجسم الحيوية، فعلى مستوى الدماغ مثلا: يزيد تدفق الدم والتمثل الغذائي للغلوكوز، وعلى مستوى الجهاز الدوري تزيد ضربات القلب وتقلص الأوعية الدموية الجانبية، وغيرها من التغيرات الفيزيولوجية للأعضاء الحيوية. (اسيا، 2001-2012)

الجهاز الباراسمبثاوي: وتكون ردود فعل هذا القسم أكثر تحديدا مقارنة بالسابق، بحيث تسرع نشاط بعض الأعضاء وتقلل من نشاط البعض الآخر، فتتخفف ضربات القلب وتيرة التنفس والسكر في الدم وتضيق حدقة العين، في حين يزيد نشاط الغدة اللعابية، وهي في مجملها مظاهر لانخفاض الضغط. (اسيا، 2001-2012)

جهاز الغدد الصماء : يَصُب هذا الجهاز هرموناته مباشرة في الدم، والتي هي عبارة عن مواد كيميائية معقدة تقوم بتنشيط الجسم وتساهم في تهيئة الأعصاب والعضلات للاستجابة بما يتناسب والموقف الضاغط، كما تتدخل في عمليات الأيض (تحويل الغذاء إلى طاقة) ولعل من أكثرها أهمية في استجابتنا للضغوط:

الغدة النخامية: هي غدة بيضاوية الشكل تستقر في قاعدة الدماغ داخل تجويف عظمي في الجمجمة، تستمد أهميتها من ارتباطها الوثيق بالمُهَيِّد، ليشكلان (المُهَيِّد – الغدة النخامية حلقة الوصل بين الجهاز العصبي وجهاز الغدد الصماء، فاستثارة المهيد تؤدي إلى استثارة الغدة النخامية، لتتحول توقعاتنا وردود فعلنا إلى إفرازات هرمونية تساعدنا على المواجهة.

الغدتان الكظريتان: تقعان فوق الكليتين، تنقسم كل غدة منهما إلى قسم داخلي (لب الكظرية) وآخر خارجي (قشرة الكظرية)، بحيث يفرز " لب الكظرية " الذي يتألف من الخلايا الملونة الأدرينالين " و " النورادرينالين " في الدورة الدموية، أما قشرة الكظرية " فتفرز سلسلة من

الهرمونات تدعى " كورتيكوييد " بما فيها من " كورتيزون وكورتيزون اللذان يؤثران على تمثل السكر والبروتين فتسبب الضغط بطريقة مباشرة، وكذلك هرمونات " ألدوستيرون وكورتيكوستيرون. (ستورا، 1997)

4- مصادر الضغوط:

4-1- المصادر الفيزيائية:

تعتبر من أهم العوامل المسببة للضغوط، و من أهم العوامل الفيزيائية ما يلي:

4-1-1- الإضاءة:

تبين للعلماء أن الإنتاج يمكن أن يزداد أو يقل التعب إذا زود مكان العمل بالإضاءة الجيدة (جيلفورد، 1969) فالإضاءة الجيدة تساعد العامل على رفع مستوى إنتاجه بمجهود أقل، إذ كثيرا ما تتوقف كفاية الإنتاج على سرعة الإدراك البصري والدقة في تمييز الأشياء. من الواضح أن الإضاءة الجيدة تساعد العامل على أن ينتج أكثر ويبدل مجهود أقل فالضوء الخافت يسبب الشعور بالاكنتاب ، كما تثير الإضاءة السيئة في نفوس كثير من الأفراد الشعور بالانقباض وتؤدي إلى إرهاق البصر وزيادة التعب والأخطاء وإزعاج العامل بصفة عامة. فالإضاءة السيئة تقتضي تكيف مستمر بسبب الإجهاد البصري وهذا يؤدي إلى زيادة التوتر والشعور بالضغط وكثرة حوادث العمل . (زيدان، 1994)

4-1-2- الضوضاء: تعرف على أنها تلك الأصوات غير المرغوب فيها نظرا لزيادة شدتها وخروجها عن المألوف من الأصوات الطبيعية المعتاد عليها. (شحاتة، 2000) لقد دلت تجارب في علم النفس على تأثير مزعجا للضوضاء، ومشتتا للانتباه ، وعلى نوع العمل ووجهة نظر العامل، فالضوضاء المتصلة المستمرة التي تحدث على وتيرة واحدة وعلى نسق واحد تؤثر على نفسية العامل خصوصا في الأعمال التي تتطلب تركيزا كبيرا ومستمرًا وإبداء وجهة نظر فتسبب له الضوضاء الشعور بالضيق والتوتر والضغط. (شحاتة، 2000)

4-1-3- الحرارة: في الظروف العادية تتراوح درجة حرارة الإنسان (36.8 ° - 37.8 °) بالرغم من تأثر جسم الإنسان بالحرارة المحيطة إلا أنه يحتفظ بحرارته ، وقد وجد أن أفضل درجة حرارة لبيئة العمل هي (22 °) مع رطوبة بحدود (45). (زيدان، 1994) تختلف مصادر الحرارة في بيئة العمل حسب نوع العمل الذي يتم فيه، أكثر مصادر الحرارة شيوعا هي أشعة الشمس، الأفران العالية، المناجم، الأنفاق ...

في الحرارة الزائدة تؤدي إلى ارتفاع درجة حرارة الفرد والإصابة بضربات أشعة الشمس ، وكذلك تقلصات مؤلمة في عضلات اليدين والقدمين يصحبهما إنهاك شديد يسبب نقص في الأملاح من الجسم والتي تخرج عن طريق العرق. (foret، 1978)

أما في حالة الحرارة المنخفضة ولفترة طويلة فإن حرارة الجسم تنخفض وتؤدي إلى تقلص الأوعية والشعيرات الدموية في الجلد ، وبالتالي تجمد الجلد وموت الأنسجة وفقدان العضو،

المعروف أن العمل في مكان ترتفع فيه درجة الحرارة يسبب التعب والإرهاق والضيق وزيادة نسبة العرق . (يوسف ج، 2001)

وعلى كل حال يتوقف اثر درجة الحرارة على مدى إحساس العامل بها أو إدراكه للظروف الفيزيائية المحيطة بالعمل. (زيدان، 1994)

4-1-4- الرطوبة: لا تخلو أي بيئة عمل من وجود الرطوبة خاصة أماكن العمل الخاصة بالصناعات التي تحتوي على مصادر الحرارة ، يؤدي ارتفاع نسبة الرطوبة في بيئة العمل إلى إعاقة الإنسان عن القيام بعمله والشعور بالتعب وإرهاق السريع يحدث نتيجة ارتفاع الحرارة الداخلية للجسم.

انخفاض الرطوبة إلى اقل من 30% يؤثر على جسم الإنسان ويعيق عمله ، فالرطوبة تسبب شعور الفرد بالضيق والاختناق ، كما تسبب العديد من الأمراض مثل الربو. (زيدان، 1994)

2-4 - المصادر الفردية:

4-2-1- نمط الشخصية : يمكن تصنيف الأفراد إلى نمطين : احدهما أكثر قابلية للضغوط بسبب رغبته في انجاز اكبر عدد من المهام في اقصر وقت ممكن والمبالغة في طموحاته، وكأنه يسابق الزمن منشغل دوما بالمواعيد المقررة للإنجاز وعنده توجه عملي ، غير صبور ويكره الانتظار، في صراع مستمر مع الأفراد والأشياء والأحداث، ويعرف بالنمط "ا" .

أما النمط الثاني فيكون عكس الأول يعرف بالنمط "ب" الذي يتميز بالثقة والهدوء وكذا اخذ الأمور ببساطة واخذ الوقت الكافي في التعامل مع الأمور ومواجهتها. (والاس، 1995)

لقد حاول لوثناس "luthans" 1985 أن يفرق بين نمط الشخصية "ا" ونمط الشخصية "ب" من خلال وصفه سلوكيات كل منهما وذلك موضح في الجدول التالي:

- جدول رقم 2 الفرق بين نمط الشخصية "ا" ونمط الشخصية "ب" (مريم ع، 2009-2010)

نمط الشخصية "ا"	نمط الشخصية "ب"
- مستعجل جدا	- ليس في عجلة من أمره
- يمشي بسرعة	- متأن في مشيته
- يأكل بسرعة	- يستمتع بوقته دون الإحساس بالذنب
- غير صبور بسبب ضياع الوقت	- صبور ولا يؤنب نفسه ثيرا على ضياع الوقت
- يعمل شيئين في وقت واحد	- ليست لديه مواعيد نهائية لإنجاز العمل
- لا يستمتع بوقت الفراغ	- يلعب من أجل المتعة وليس من أجل الكسب
- مشغول بالأرقام	- ذو أسلوب لطيف في الحياة
- يقيس النجاح بالكمية	- لا يهتم بالوقت
- شديد وعنيف	

	- منافس - يشعر دائما انه تحت ضغط الوقت
--	---

4-2-2- مركز التحكم في الأحداث:

يتعلق بمدى اعتقاد الفرد في تحكمه وسيطرته على الأحداث المحيطة به، والفرد الذي يتصف بأنه داخلي يعتقد بأنه أكثر تحملا في الأحداث بينما نمط مركز التحكم الخارجي يعتقد بان ما يحدث له خارج عن نطاق سيطرته. (حمدي، 2000)

يعتبر مركز التحكم في الأحداث احد أبعاد الشخصية التي وضعها "روتر" "roter" 1966 حيث أشار إلى انه من الممكن أن يتفاوت مركز التحكم لدى الأفراد بيم درجة عالية من السيطرة الداخلية ودرجة عالية من السيطرة الخارجية. (هيجان، 1998)

وتشير نتائج بعض الدراسات أن الأفراد أصحاب التحكم الداخلي هم اقدر تحملا للتهديدات التي تعرضون لها في حياتهم وأنهم اقل قلقا ومعاناة من الضغط المهني، في حين أن أصحاب التحكم الخارجي يتميزون بارتفاع مستوى القلق والعدوانية وأكثر معاناة من الضغوط في كثير من المواقف التي تحيط بهم لاعتقادهم بان ما يحدث لهم نتيجة عوامل خارجية لا يمكنهم السيطرة عليها. (حنفي، 2002)

4-3- المشكلات النفسية : الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والغضب وعدم القدرة على التحكم في الذات والاستثارة وسرعة التهور كلها تعتبر من المصادر النفسية للضغوط (سليمان، 1991)

4-3-1 - الصراع : يشير مفهوم الصراع إلى حالة من التوتر الداخلي والتي تحول دون استمرار السلوك المتوافق وتحقيق الهدف، وينشأ الصراع النفسي بسبب وجود هدفين او حاجتين متعارضتين تتميزان بدرجة متساوية من الأهمية مما يجعل من الصعب الاختيار بينهما أو الابتعاد عنهما، وفي معظم الأحيان تكون العلاقة بين الصراع والضغوط علاقة تبادلية أيأن الصراع يؤكد الضغوط لدى الفرد. (وافي، 2005)

4-3-2 - الإحباط: يعتبر الإحباط من العوامل الهامة التي تشكل الضغوط النفسية ، والإحباط هو الحالة التي يشعر فيها الفرد بعجزه عن القيام بالنشاط المطلوب ، أو عدم القدرة على تحقيق الهدف الذي يسعى إليه، ويعبر عن إعاقة الفرد عن الوصول إلى الأهداف الهامة التي يرغب في تحقيقها ويزداد شعور الفرد بالإحباط كلما ازداد الضغط الذي واجهه. (وافي، 2005)

4-4- المصادر التنظيمية:

4-4-1- غموض الدور : هو الموقف الذي لا يكون فيه العامل لديه المعلومات الكافية لأداء دوره بشكل مناسب ، أو حينما تكون المعلومات التي تلقاها قابلة لأكثر من تفسير وقد تحدث المواقف الغامضة في الوظائف التي تتسم بوجود فاصل زمني بين تنفيذ الإجراء ونتائجه

المريئة أو حينما يكون العامل عاجز عن رؤية نتائج تصرفاته وأعماله (سترانكس، 2003) يربط غموض الدور بغياب الوضوح حول المسؤوليات المهنية للعمال وهذا يحدث في حالة بداية استلام عمل جديد، النقل، تعيين رئيس جديد، الترقية... الخ (هيجان، 1998)

أن هذه المتغيرات تشكل تهديدا يمكن أن تكون مصدرات للضغط خاصة في حالة استمرارية هذا الغموض، فالنتائج البحثية تؤكد على أن غموض الدور يرتبط ارتباطا وثيقا بانخفاض الرضا الوظيفي، تكرار الرغبة في العمل، التوتر، انخفاض درجة الثقة بالنفس، إضافة إلى انه توجد علاقة بين غموض الدور وارتفاع مستوى ضغط الدم. (عسكر ع، 2004)

4-4-2- **طبيعة العمل** : تتفاوت الوظائف في طبيعتها من حيث المسؤوليات وطريقة الأداء والوسائل المستخدمة في انجاز المهام، هذا الاختلاف يؤدي إلى إيجاد درجات مختلفة من الضغوط الواقعة على العمال. (عيدوني، 1994)

فمن الطبيعي أن تكون الأعمال التي تتضمن اتخاذ قرارات سريعة كالإدارة والمسؤولية والتعامل مع حياة الأفراد (الجراحة الدقيقة) والتعامل مع أجهزة دقيقة وسريعة التلف، وتحمل مخاطر كبيرة تحمل أكثر مساهمة في القلق مقارنة بالأعمال البسيطة الأخرى، كما أن لرتابة العمل علاقة مع الإجهاد (سترانكس، 2003)

4-4-3- **عبء الدور**: يميل معظم الناس إلى القيام بالأعمال التي توفر لهم إثبات الذات وذلك لما تحمله من خصائص التحدي والتجديد، هذه الأعمال غالبا ما تجعل أصحابها مشغولين ولكن ليس لدرجة الضغط كما أنها في نفس الوقت تثير اهتمامهم وإبداعهم، فالضغط والملل يؤديان إلى انخفاض الإنتاج.

ونظرا لتعدد الخصائص المرتبطة بحمل العمل في مجال الضغوط فإننا نفرق بين نوعين منها

أ- **عبء العمل الزائد**: عندما تزداد المهام المطلوبة من الفرد لإنجازها من حيث الكمية أو مستوى الجهد العقلي والبدني، هاته الحالة غالبا ما تؤدي إلى مشكلات نفسية وسلوكية وبدنية بدورها تؤثر على الأداء. (هيجان، 1998)

وزيادة الحمل يصنف نوعين كمي ونوعي الأول يشير إلى إدراك الفرد بان المطلوب منه لا يتناسب مع طاقته من حيث الوقت والإمكانيات والقدرات الفردية الحالية المطلوب منه، أما الثاني فيشير إلى قدرة ومهارة الفرد في عملية التفاعل مع المهام المطلوبة منه، فعلى سبيل المثال: موظف متخصص في الأمور المالية يطلب منه انجاز ميزانية لشركة ذات فروع متباعدة ورأسمالها كبير خلال فترة وجيزة، فهذا الموظف ربما يشعر بان الوقت المعطى له غير كاف بالرغم من إمكاناته المهنية العالية، فهو هنا يواجه زيادة كمية في العمل، أما إذا أعطي العمل نفسه لموظفة لم يسبق لها التعامل مع هذا النوع من المهام فنها تواجه حمل نوعية لاقتادها المهارات المطلوبة لذلك النوع من المهام. كل ذلك يؤدي إلى انخفاض الرضا الوظيفي، انخفاض في تقدير الذات، زيادة ضربات القلب وكل ذلك يمكن اعتباره عوامل ضاغطة. (عسكر ع، 2004)

ب- **عبء العمل الناقص**: إن قلة العمل تؤدي إلى الإحساس بالبطالة المقنعة وتعد سببا من أسباب الضغوط النفسية. إن قلة العمل لا تؤدي في الغالب إلى استثارة حماس واهتمام الأفراد بل تؤدي إلى الشعور بالخوف والتمارض والإهمال وذلك شعور بعدم الحاجة إليهم وعدم الأهمية في المؤسسة وبالتالي الشعور بعد الرضا الوظيفي وتقدير سيء للذات ويعتبر عامل من عوامل الضغط النفسي (فاتح، 2007-2008)

4-4-4 - **صراع الدور** : يحدث صراع الدور عندما يكون هناك أكثر من مطلب على العامل ويصعب تفضيل احد على الأخر، وهو عبارة عن تعارض للمطالب التي ينبغي الالتزام بها حيث نجد الأفراد قد يجدون أنفسهم في بيئة تشعرهم بالحرج نتيجة للمطالب المتعارضة والتي تقود في النهاية إلى الفشل أو العجز عن تحقيق هذه المطالب إما جزئيا أو كليا، يؤكد "شولارSchuler" 1977 أن صراع الأدوار تسبب حالات تتمثل في الضغوط. (لعريط، 2006-2007)

وصراع الأدوار يمكن أن يتخذ عدة صور هي:

أ- **تعارض في مطالب العمل من حيث الأولويات** : في كثير من الأحيان يجد بعض الموظفين أنفسهم في موقف صعب نتيجة انجاز بعض المهام التي تملئها عليهم أدوارهم اليومية والأعمال المكلفون بها والأعمال التي يكلفهم بها رؤسائهم بصفة استثنائية .

ب - **تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة**: يحدث في المنظمات التي تحاول تطبيق الإجراءات الرسمية بدقة في معاملاتها في الوقت الذي يفضل فيه الفرد إتباع الصيغ غير الرسمية في العمل. (هيجان، 1998)

ج- **تعارض مطالب الزملاء في تعليمات المنظمة**: يحدث غالبا هذا الموقف بالنسبة للموظف الجديد يجد نفسه حائرا بين الالتزام الدقيق لمهامه ومسؤولياته الواضحة وبين تنفيذ رغبات الزملاء في تقديم المساعدة لقسم آخر، والتي تساعد في بعض الأحيان الخروج عن مهامه وواجباته.

د - **تعارض الفرد مع قيمة المنظمة** : تمثل القيم عادة الأحكام التي تبين الصحيح من الخطأ، أو الأشياء المهمة بالنسبة للفرد أو المنظمة وعادة يعتبر تعارض القيم مشكلة من المشكلات الأساسية التي تواجه المنظمات التي تحاول انسجام الأفراد مع أهدافها، وبالتالي عجز المنظمة عن تحقيق أهدافها . (هيجان، 1998)

4-4-5 - **نوبات العمل**: لقد بينت الدراسات أن عددا من الأزواج الذين يعملون وفق نظام العمل بالمناوبة أنهم قليلا ما يلتقون بأولادهم لترات طويلة بسبب خصوصية وانعكاسات طبيعة العمل الذي يقومون به.(rutenfranz، 1977)

كذلك نظام العمل بالمناوبة له تأثير سلبي على النوم حيث يرتبط بحالات الشعور بالتعب، اضطراب الشهية، ضعف القدرة الجنسية. وكل ذلك يشكل في مجمله عاملا ضاغطا ، فالعضوية تصاب بخلل على مستوى الساعة البيولوجية بحيث تضطرب القدرة البدنية والنفسية على التركيز والقيام بأداء الواجبات المطلوبة. (لعريط، 2006-2007)

إن العمل الليلي يسبب ضغطا نفسيا وجسديا للعمال، وذلك بسبب عدم التناغم بين الحياة العملية والحياة الاجتماعية ، أن أوقات العمل الليلي هي من أهم الأوقات المثيرة للضغط النفسي في العمل لدى العاملين في مهنة التمريض ، ما توصلت إليه دراسة " & myrson Sybil " (مريم ر.، 2008)

6-4-4 - العلاقة مع الإدارة: كما أن العلاقات السيئة والمشحونة بين العاملين والمديرين تزيد من احتمال الوقوع تحت الضغوط النفسية.

7-4-4 - العلاقة مع المرضى: أن تقديم الخدمة التمريضية لمرضى يعانون أمراضا مختلفة وفي أوضاع نفسية سيئة هو بحد ذاته مصدر من مصادر ضغط العمل لدى الممرضين. (مريم ر.، 2008)

5-4 - المناخ التنظيمي: كل منظمة لها أسلوبها الخاص في التعامل مع عمالها ومعاييرها الخاصة في العلاقات الشخصية داخل المنظمة وفي تنفيذ المهام والواجبات ، إي أن لها شخصية معنوية تميزها عن المنظمات الأخرى ، وللدلالة على ذلك فتنظيمات العمل المختلفة تتباين في تشجيع الأفكار والإبداع ووضع مصلحة العمال في المقام الأول أو الأدنى، وفي كلتا الحالتين تعتبر مصدرا للضغط إما بالإيجاب أو السلب بمعنى ضغطا محفزا أو محبطا. (لعريط، 2006-2007)

6-4-6-عدم المشاركة في اتخاذ القرارات: يولي الباحثون أهمية كبيرة لعملية اتخاذ القرارات حيث تعتبر عملية جوهرية في ما يخص تسيير المنظمة. حيث يطلع المدراء باتخاذ القرارات أي أنهم بإمكانهم اتخاذ القرارات الإدارية فيما يتعلق بالمجالات التي تقع ضمن اختصاصاتهم للمديرين أو المشرفين وذلك عائد إلى عدة عوامل منها:

أ- أهمية القرار والنتائج المترتبة عنه.

ب- درجة تعقيد القرار.

ج - مدى المشاركة في اتخاذ القرار.

د-المسؤولية المترتبة على القرار.

هـ -درجة توفير المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار (كنعان، 2007)

إتباع الفردية في اتخاذ القرارات وعدم إشراك العاملين من قبل الرؤساء والمشرفين، تمثل مصدرا من مصادر ضغوط العمل بالنسبة للموظفين الذين يشعرون بعدم أهميتهم في اتخاذ القرارات وخاصة تلك التي يتأثرون بها وهم مسئولون عنها). (الشماع، 2007)

7-4-7- المصادر الاقتصادية: إن الأفراد يعانون الضغوط النفسية هم أفراد يعيشون مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض ، ويعيشون في مناطق مزدحمة بالسكان وان هؤلاء يعيشون اضطرابات أسرية ، وارتفاع معدل البطالة في الأسرة و قلة المداخل المالية .

8-4-8- المشكلات العائلية والأسرية : أكدت دراسة " harbarg " 1973 وكذلك دراسة " Sandler " 1980 حدوث ضغوط اجتماعية ومشكلات أسرية تنتج عن أسباب متعددة

داخل الأسرة مثل المرض وغياب احد الوالدين عن الأسرة والطلاق ، وكلها مصادر للضغوط النفسية تسبب ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأفراد. (العنزي ع، 2004)

4-9- **المشكلات الاجتماعية:** متمثلة في سوء العلاقات الاجتماعية بالآخرين وصعوبة تكوين علاقات وصداقات والعزلة الاجتماعية والنبذ وال رفض من طرف المجتمع.

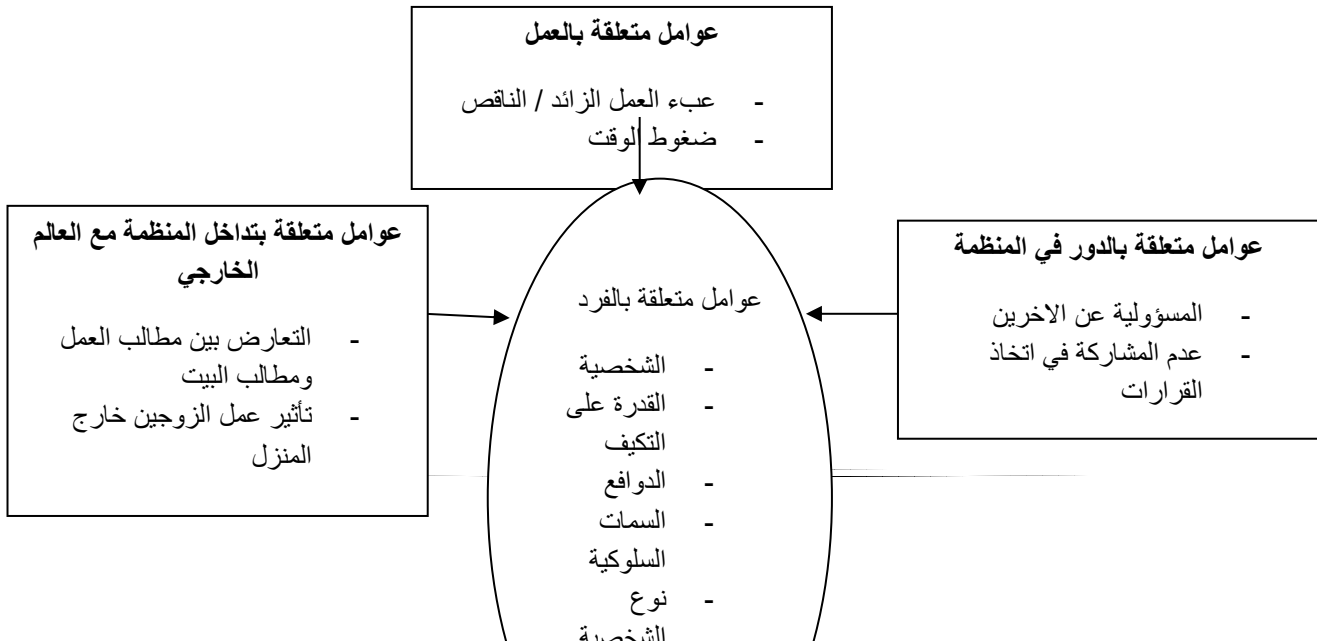
4-10 - **المشكلات الصحية :** المرتبطة بالصحة الجسدية والحالة الفسيولوجية كالإصابة بمختلف الأمراض : ارتفاع ضغط الدم والسكري... الخ

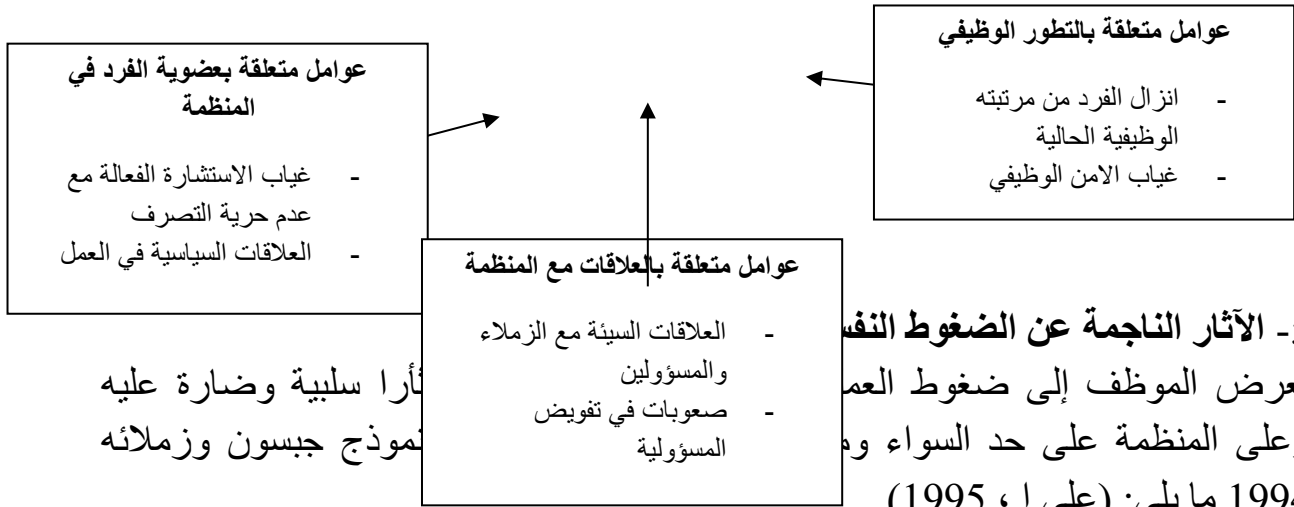
4-11- **المشكلات المدرسية:** المتعلقة بظروف الدراسة مثل صعوبة التعامل مع الزملاء والمعلمين والإدارة، وصعوبة التحصيل الدراسي وضعف القدرة على التركيز وعدم القدرة على أداء الواجبات المنزلية وال فشل في الامتحانات... الخ (العنزي ع، 2004)

- جدول رقم 3 نموذج ابلسون للعوامل المسببة لضغوط العمل (هيجان، 1998)

مسببات الضغوط التنظيمية	مسببات الضغوط الفردية	مسببات الضغوط البيئية
- عدم وجود الحوافز المادية - الملئمة او الكافية - عدم وجود التصور - الواضح للترقية الوظيفية - التخصص الضيق - العمل الزائد فوق الطاقة - عدم كفاية الوقت لإنجاز المهام - صعوبة العمل - صعوبة اتخاذ القرارات	- الاحباط الوظيفي - ضغوط العمل وتداخل المهام مع الاخرين - الاتصال البيئي " تشوش المعلومات " - التمييز والتفرقة - واللاعادلة في المعاملة - البيروقراطية - العمل الملل والتكراري	- التغيير الوظيفي والحاجة الى التكيف - التغيير التكنولوجي - تغيير طبيعة او مكان الوظيفة - الترقية - اعادة تنظيم الجهاز الاداري - تغيير وقت العمل - التفكير في التقاعد - بيئة العمل " الضوضاء، الحرارة، الرطوبة" - طريقة اداء العمل " الجلوس ، الوقوف، التركيز على بعض الحواس في العمل"

النموذج المتعدد في تصنيف مصادر الضغط (يوسف ل، 2015)
شكل رقم 01 يوضح النموذج المتعدد في تصنيف مصادر ضغوط العمل





5- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية

تعرض الموظف إلى ضغوط العمل وعلى المنظمة على حد سواء وم (علي، 1994 ما يلي: (علي، 1995)

5-1- النفسية : القلق والاكتئاب، اضطراب النوم، الإحباط والملل والإرهاق ، عدم تقدير الذات، المزاج القلق.

5-2- السلوكية: الميل للحوادث، الإدمان على المخدرات، الإفراط في التدخين، السلوك العدواني، سوء استخدام المخدرات.

5-3- المعرفية: عدم القدرة على اتخاذ القرارات السليمة وضعف التركيز، اضطراب في الذاكرة وتكرار النسيان. (اسيا، 2001-2012)

5-4- الفيسيولوجية : ضربات القلب وزيادة ضغط الدم ، جفاف الحلق وتزايد إفراز العرق، تزايد نسبة الجلوكوز في الدم ، ارتفاع حرارة الجسم. (مصطفى ح، 2002)

- تصنيف كوبر : يشير "كوبر، ودافدسون 1982" Cooper & Davidson في دراستهما على وجود بعض الأعراض النفسية والجسمية المرتبطة بضغط العمل، وتتمثل في: الإنهاك الجسمي بنسبة 69,6%، والقابلية للانفعالات بنسبة 60%، والشعور بالقلق بنسبة 54,4%، والإحساس بالتوتر بنسبة 42,6%، والشعور بالغضب بنسبة 35,6%، والإصابة باضطرابات النوم بنسبة 34,1%، والإحساس بالإحباط بنسبة 34,8%، وعدم الاقتناع بالعمل 34,1%، وانخفاض تقدير الذات 25,1%، والإحساس بالاكتئاب 23,7%. وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (بويد وجومبيرت، 1983 Boyd & Gumpert). (المشعان، 2008)

- تؤكد دراسة "ليفكورت وزملائه، 1984" Lefcourt على أهمية المساندة الاجتماعية للتغلب على حدة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الأفراد في بيئة العمل، والأسرة ودورها في التمتع بالصحة النفسية والجسمية (المشعان، 2008) - كشفت دراسة "سيبل": Sybil 1991 على (120) طبيبا أن 90% منهم يرون أن الضغط ينتج عن العمل في أوقات غير مناسبة، وعن العمل مع الحالات الحرجة لبعض المرضى.

- يشير "موراكو وماكفدن"، Moracco &McFadden 1982 إلى أن الضغوط يكون لها عرض نفسي - فسيولوجي - سلوكي. ويضيف الباحثان أن الضغوط الواقعة على العامل تؤدي إلى انخفاض أدائه داخل المنظمة مثل: كثرة الغياب، تكون اتجاهات سلبية نحو مفهوم الذات لديه، بالإضافة إلى الشعور بالاكتئاب، والقلق، واضطراب التفكير، والإحساس بالحزن. (ابراهيم ل.، 1994)

كما يؤكد الباحثان أن تزامن الضغوط يؤدي إلى بعض الأمراض مثل الربو Asthma ، القرحة Ulcers ، وأمراض الجهاز التنفسي Respiratory diseases ، وقد تؤدي الضغوط إلى الأمراض العقلية، وكذلك تؤدي الضغوط في العمل إلى الاضطرابات النفسية والعضوية كما يتضح من الجدول رقم الذي يبين النسب المئوية لبعض الاضطرابات النفسية والعضوية التي تتجمع عن الضغوط: (كرياكو، 2004)

جدول رقم 4 الاضطرابات النفسية والعضوية الناشئة عن الضغوط (المشعان، 2008)

النسبة المئوية	الاضطرابات النفسية	النسبة المئوية	الاضطرابات العضوية
69.6%	- التعب	27.4%	- الصداع النصفي
60%	- عدم التعقل	9.6%	- ارتفاع ضغط الدم
54.4%	- القلق	8.1%	- النقرس
42.2%	- التوتر	5.4%	- اكزيما / حساسية
35.6%	- الغضب	4.4%	- قرحة
34.8%	- الإحباط	2.2%	- الربو
23.7%	- الاكتئاب		

- يحدد ميتشل وايفرلي Mitchell & Everly 1995 العلامات والأعراض الشائعة للضغوط الزائدة كما يتحدد في الجدول التالي: (دويدار، 2000)
جدول رقم 5 يمثل الأعراض الشائعة للضغوط (المشعان، 2008)

الأعراض السلوكية	الأعراض المعرفية	الأعراض الانفعالية	الأعراض العضوية
- تغير في أنماط السلوك الاعتيادية	- الشعور بالقهر	- الصدمة	- العرق الزائد
- تغيرات في الأكل	- الاختلال في التفكير	- الانفعالية	- نوبات الدوار
- تدهور الصحة	- صعوبة اتخاذ القرارات	- الغضب	- ارتفاع ضغط الدم
- العزلة	- انخفاض تركيز الانتباه	- الحزن	- التنفس السريع
		- الاكتئاب	

	- خلل في وظيفة الذاكرة		
--	---------------------------	--	--

4-5-4- التنظيمية: يعد الضغط المهني السبب الثاني لمشكلات الصحة في العمل حسب نتائج دراسة محمود بودران 2005 : ضعف الأداء الوظيفي والغياب، عدم الرضا الوظيفي والعزلة عن الزملاء، انخفاض التزام الموظف وولائه، كثرة الحوادث وإصابات العمل.

5-4-1- التغيب عن العمل: يعرفه شولتر بأنه " الانقطاع المؤقت عن المنظمة " وهو يرتبط بعدم الإشباع والرضا عن العمل ،ثقافة التغيب ، المرض وعدم الرغبة في العمل ، سوء التكيف مع بيئة العمل. (والاس، 1995)

5-4-2- تكاليف التغيب: يتحملها العامل والمؤسسة او المنظمة على حد سواء:

- على مستوى الفرد: خصم من الاجر، امكانية الفصل من المنصب، واجراءات اخرى تتخذ تنعكس سلبا على الفرد واسرته.

- على مستوى المنظمة: تتحمل تكاليف الساعات الاضافية ، العامل البديل، انخفاض الانتاج.

5-4-3- ترك العمل: وسيلة للانسحاب من العمل ويمثل كحل وموقف سلوكي بديل عن العدوان والتخريب، فقد وجدت دراسة 1996 matrunola ان هناك علاقة قوية بين مستوى الضغط المهني والغياب والتسرب الوظيفي. (والاس، 1995)

5-4-4- الاضراب عن العمل: نمط سلوكي يعبر من خلاله العمال عن حالة الاستياء والاحتجاج عن ظروف العمل، وذلك برفض العمل الى حين حدوث تغييرات في تلك الظروف المهنية، وقد يكون الاضراب فرديا او جماعيا، إذ يشكل يأخذ شكل تعطيل الاداء والانصراف وعدم المشاركة في العمل، كما قد يأخذ شكلا اعنف من خلال المشاجرات والاشتباكات وتحطيم آلات ووسائل الانتاج. (يوسف ل.، 2015)

5-4-5- تكاليف المكافآت التعويضية: تمثل التعويضات المادية التي تتحملها المنظمة بموجب احكام قضائية ازاء الاصابات وترك مناصب العمل، وتأخذ شكل تعويض عن العجز في العمل بسبب ردود الفعل المختلفة ، وتوجد صعوبة في تحديد مصدر الضغط المتسبب في العجز او الاصابة كما يوجد اختلاف في حجم التعويض باختلاف نوع المهنة وحجم الاصابة. (فليه، 2005)

أكد المجلس القومي الامريكي للتأمين والتعويضات على ان الضغوط في العمل هي المسؤولة حاليا عما يزيد عن 13 % من جملة متطلبات التعويض بناء على الامراض الناتجة عن الوظيفة. (النعاس، 2001)

5-4-6- ارتكاب حوادث العمل: إن عدد اصابات العمل والحوادث تزداد بازدياد العاملين والتوسع في الانتاج، تكون اسباب الاصابات اما فنية تتعلق بالمكان وظروف العمل والآلة

والاجهزة، او شخصية تتعلق بالفرد ارتكاب الاخطاء نتيجة التعب والارهاق ، النسيان كما تتدخل عوامل اخرى مثل: سن العامل وخبرته وحالته الصحية. (الشرييني)
أثبتت الدراسات ان الحوادث لا تقع بمحض الصدفة وانما هي متعمدة لا شعوريا، إذ يؤكد Heinrich ان 10 % فقط من الحوادث ترجع الى عوامل غير بشرية كالمباني والآلات .
اما فونجا فقد وجد ان : الاتجاهات السلبية نحو العمل ، الروح المعنوية المنخفضة ، الدافعية المنخفضة اتجاه العمل، الاغتراب عن العمل كلها عوامل تساهم في حوادث العمل. (اسيا، 2001-2012)

6- النظريات المفسرة للضغط النفسي: تعددت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط النفسي وأعطت لها تفسيرات على أسس بيولوجية ومعرفية ، سيكولوجية واجتماعية حسب اهتمام كل باحث وتخصصه وسنتطرق إلى أهم النظريات التي تطرقت إلى الضغط النفسي فيما يلي:

1-6 - نظرية "هانز سيلبي Hans Seley :

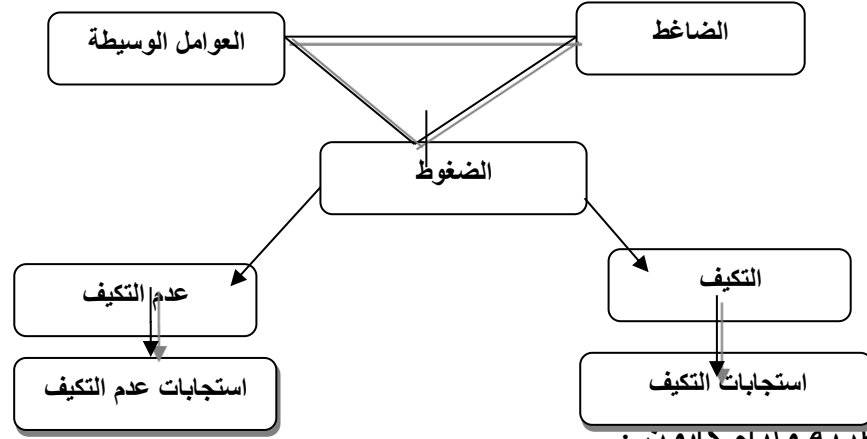
كان بحكم تخصصه كطبيب متأثرا بتفسير الضغط تفسيراً فسيولوجياً حيث يرى أن الضغط متغير غير مستقر وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة وان هناك استجابات أو أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج ، وحدد سيلبي ثلاث مراحل للتكيف أطلق عليها أعراض التكيف العامة syndrome d'adaptation générale (الدلو، 2009) وهي:

6-1-1-1- مرحلة الإنذار أو الفزع: يظهر الجسم تغيرات واستجابات حين التعرض مبدئياً للضغط ونتيجة لذلك تقل مقاومة الجسم وهذا نتيجة إفرازات الجهاز السمبتاوي (الجهاز العصبي اللاإرادي) ويزداد إنتاج الطاقة لمواجهة الحالة الطارئة وتظهر بعض الاستجابات الفيزيولوجية كتسارع نبضات القلب وتسارع التنفس وشد في العضلات والنفسية كاليقظة الزائدة والنشوة والإحساس بالضيق ، وإذا استمر الضغط انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية (yacine, 2008)

6-1-2- مرحلة المقاومة : تشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد اكتسب القدرة على التكيف معها ، وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية ويحدث ذلك عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يحدث مزيداً من الخلل في الإفرازات الهرمونية المسببة في الاضطرابات العضوية. (سامية رجيبي، 2013-2014)

6-1-3 - مرحلة الإنهاك : إذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول فانه يصل إلى نقطة يعجز فيها عن المقاومة ويدخل في مرحلة الإنهاك ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل،

في هذه المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم ،
وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب ويسير الفرد المرض. (مريم ع.، 2009-2010)
ويمكن توضيح هذه النظرية في الشكل التالي:
شكل رقم 02 يوضح تخطيطا عاما لنظرية "سيلي" حول الضغوط (عثمان ف.، 2001)



2-6- نظريه وليم هانسون :

يعتبر "كانون" عالم الفسيولوجيا من الأوائل كذلك الذين استخدموا عبارة الضغط وعرف
الضغط انه رد فعل أو استجابة في حالة الطوارئ ، أو رد فعل عسكري بسبب ارتباطه
بانفعال القتال أو المواجهة ، ولقد حدد كانون احد النماذج المبكرة لاستجابة الضغط وهي
استجابة المواجهة أو الهروب ، ففي بحثه عن الحيوانات استخدم عبارة الضغط لانفعالي
ليصف عملية الفعل النفسي الفسيولوجي وقد بين أن مصادر الضغط الانفعالية كالآلم
والخوف والغضب تسبب تغيرات في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي ، يرجع ذلك إلى
تغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين (adrenaline) الذي
يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة (حسن ر.، 2002)

وقد أشار " كانون" إلى وجود أساليب دفاعية فيزيولوجية تساهم في احتفاظه بحالة من
الاتزان ، أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع إلى حالة الاتزان بانتهاء
الظروف المسببة لهذه التغيرات ، ومن ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يخل بهذا
الاتزان ويفشل الجسم في التعامل معه ، وهو ما اعتبره "كانون" ضغطا يواجهه الفرد، وقد
أولى "كانون" اهتماما لدور " الجهاز السمبتاوي système sympathique كأحد أقسام
الجهاز العصبي الذاتي لدوره الهام في تهيئة الجسم لمواجهة مختلف المواقف الضاغطة
(عيطور، 1997)

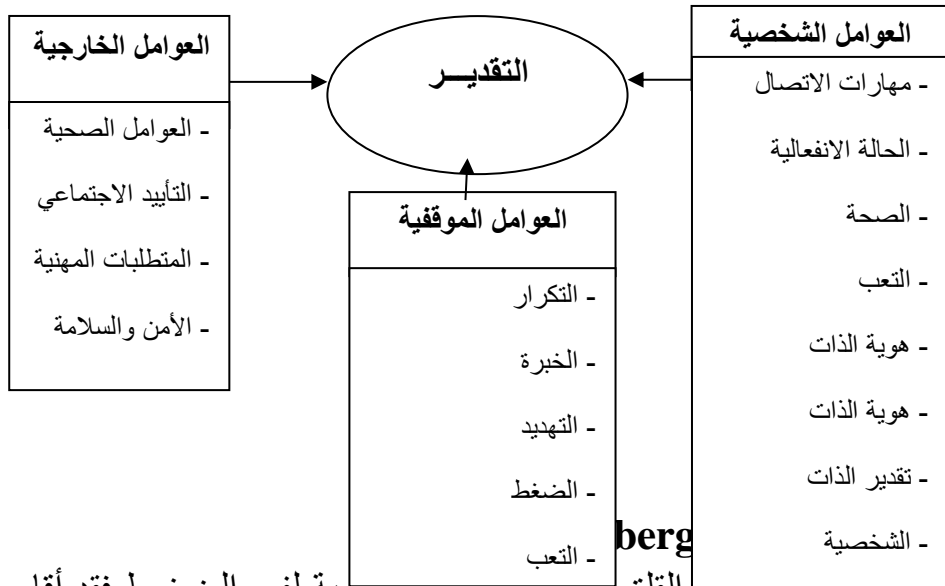
3-6 - نظرية التقدير المعرفي لازاريس lazarus :

كان التركيز قبل لازاريس على العوامل النفسية في موضوع الضغط منعدما ، وذلك أن الأبحاث تجري على الحيوانات بهدف التعرف على إفرازات الجسم بعد تعرضه للضغوط ، وبعد ظهور لازاريس الذي قام بالعديد من الأبحاث على البشر، أصبح هناك أهمية للعوامل النفسية في موضوع الضغوط، وتنسب إليه هذه النظرية في الضغوط. (taylor، 1995) وقد نشأت هذه النظرية نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي ، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد ، حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك بسيط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة للفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالفرد نفسه، وحسب نظرية التقدير المعرفي تنشأ الضغوط عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد ويؤدي إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين :

أ- **المرحلة الأولى:** وهي خاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط .

ب- **المرحلة الثانية :** هي التي يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف الضاغط. (taylor، 1995) ويمكن توضيح النظرية في الشكل التالي:

شكل رقم 03 يوضح نظرية التقدير المعرفي للضغط (taylor، 1995)



4-6 - نظرية التقدير المعرفي للضغط (taylor، 1995) يوضح نظرية التقدير المعرفي للضغط (taylor، 1995) يمكن توضيح النظرية في الشكل التالي:

القلق 1972 معدمه ضرورية لفهم الضغوط فقد أقام هذا الباحث ن القلق كسمة والقلق كحالة ، والقلق نوعين هما القلق العصابي عداد طبيعي يجعل الفرد يعتمد على الخبرات السابقة ، والثاني والمزمن

يتمثل في قلق الحالة الذي يعتمد على الظروف الضاغطة ، وهي الضغوط التي تسبب قلق الحالة، وعلى هذا الأساس ربط الباحث بين الضغط وقلق الحالة ، إذ يعتبر الضغط الناتج مسببا لحالة القلق.(swenden و graziani، 2005)

القلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل من الضغوط ، ويميز بين مفهوم الضغط والتهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلاف في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بالخطر، أما التهديد فيشير إلى التفسير الذاتي لموقف على انه خطير أو مخيف. (عثمان ف، 2011)

5-6 - **نظرية ماسلو Maslow** : وضع ماسلو الدوافع على شكل هرم متدرج من الحاجات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش في قاعدة الهرم ، ثم تأخذ في الارتقاء نحو حاجات نفسية أعلى كالحاجة إلى الأمن والحب والتقدير الايجابي وتحقيق الذات ولا يمكن للفرد إشباع الحاجات العليا في أعلى الهرم دون إشباع الحاجات الفسيولوجية الأولية في قاعدة الهرم. بذلك توصل ماسلو إلى تبيان الشعور بالضغط الذي يأتي نتيجة لنقص إشباع الحاجات وخاصة الفسيولوجية منها، مما يؤدي إلى الشعور بالضغط، بمعنى أن الضغوط النفسية تنتج عندما يفشل الفرد في إشباع حاجاته العضوية والنفسية. (حسين، 2006)

6-6- **نظرية موراي :**

يعتبر " موراي " أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة هي المحددات الجوهرية للسلوك ، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة ، ويعرف الضغط على انه صفة موضوع بيني تسير أو تعيق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين ، ويميز "موراي" بين نوعين من الضغوط هما:

- **ضغط بيتا: BETA Stress** ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

- **ضغط ألفا: ALFA Stress**: يشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي.

كما يوضح "موراي" أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ، وان الفرد يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة معينة، ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة ، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف المحفز والضغط والحاجة الناشطة فهذا يعبر عنه بمفهوم ألفا. (لعريط،

2006-2007)

6-7 - **نظرية " هولمز وراهي " rahé & Holmes :**

الضغط عبارة عن مثير وحدث يدركه الفرد على انه يمثل تهديد ويكون منشأه داخلي كالصراعات النفسية كما يحدث من الأحداث الخارجية .

وأشار الباحثان 1967 أن أحداث الحياة لها تأثير على الأفراد ، كما أكدوا على أهمية تأثير الضواغط البيئية على الصحة الجسمية والنفسية للفرد ، ويمكن قياس الضغط من خلال كم وشدة الأحداث الضغطة ، فتراكم هذه الأحداث تسبب الضيق للفرد وتعيق قدرته على التعامل معها .

تركز النظرية على أهمية المحيط ودوره الرئيسي في صحة الفرد والمجتمع، ومن أهم الأحداث التي تأثر: البطالة، الطلاق، الصدمة الانفعالية، موت الزوج، مشاكل مع الأبناء (عثمان ف، 2001)

6-8- **نظرية التحليل النفسي:** يرى "فرويد" أن دينامية الشخصية والتفاعلات المتبادلة والصدام بين هذه المكونات "الهو" الذي يمثل الجانب البيولوجي للشخصية يحاول دائماً السعي نحو إشباع الدوافع الغريزية ، لكن الأنا لا يسمح لهذه الرغبات الغريزية بالإشباع مادامت لا تتماشى مع قيم ومعايير المجتمع ويتم ذلك عن طريق الكبت وذلك عندما يكون الأنا قويا بما يكفي، لكن عندما يضعف الأنا أمام مطالب الهو فسرعان ما يقع في الصراعات والتوترات والتهديدات ، ومن ثم لا يستطيع الأنا القيام بوظائفه ولا يحقق التوازن بين متطلبات الأنا وقيم الضمير " الأنا الأعلى " وشروطه ومعاييرهِ. (حسين، 2006)

كما يؤكد التحليليين أن التعبير عن الأعراض الحالية المرضية ما هي إلا امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مر بها الفرد في الطفولة ، لذلك فالضغط النفسي الذي يعيشه الفرد حالياً عبارة عن امتداد للصعوبات والخبرات الماضية التي حاول التعامل معها من خلال استخدام ميكانيزمات الدفاع في الطفولة وهي ميكانيزمات غير توافقية وغير ملائمة للمواقف والخبرات الحالية (مليكه ش، 2010-2011)

6-9- **النظرية السلوكية:** يتزعم هذا الاتجاه السلوكي الذي يسعى إلى تعديل السلوك " سكينر " و" باندورا " حيث يرى " سكينر " أن الضغط يعد احد المكونات الطبيعية في حياة الفرد اليومية ينتج عن تفاعل الفرد مع بيئته إذ لا يستطيع الفرد تجنبه وهناك من يواجهون الضغوط بفعالية ، لكن حينما تفوق شدة الضغوط قدراتهم على المواجهة فأنهم يشعرون بتأثير الضغوط البيئية عليهم . (حسين، 2006)

كما يوضح "باندورا" 1978 مفهوم " الحتمية التبادلية " العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة باعتبار أن الفرد يتأثر بالبيئة .

فالتعلم يحدث من خلال ملاحظة وتقليد لسلوك نموذجي معين، فمثلا الوالد الذي يبالغ في الاستجابة للمواقف الضاغطة التي يتعرض لها ، فلاشك أن هذا السلوك قد يؤثر في ظهور الضغوط لدى الأبناء، كما أن استعمال الإباء لمهارات غير مناسبة للتحكم في الضغوط قد يؤثر سلبا في سلوك الأبناء كالاتماد على التدخين وتناول الكحول والمخدرات ... الخ

على هذا الأساس النماذج الوالدية تلعب دروا في ظهور الضغوط لدى الأبناء، ويضيف "باندورا" أن مهارات إدارة الضغوط يتم تعلمها مبكرا في الأسرة من خلال الوالدين ويتم ممارستها وتعزيزها خلال سنوات الدراسة ، كما أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصادمة يتوقف على درجة فاعلية الذات ، وان درجة فاعلية الذات في التغلب تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكانياته في التعامل معها (حسين، 2006)

7- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية: يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضغطة والمشاكل اليومية، أن التعرف على كيفية مواجهة هذه المواقف والأحداث الضغطة والتكيف معها يساعد في التخفيف من آثارها السلبية والتكيف معها.

وظهر مصطلح مواجهة الضغوط في البحوث التي أجريت على الحيوانات على يد "كانون" وتعرف استجابة القتال أو الهروب بأنها الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفسيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير المثيرات .

كما اشتقت النماذج الأولية لمصطلح المواجهة من أدبيات التحليل النفسي، وقد استخدمت المواجهة تحت عنوان ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية (شقير، 1998)

يعرف "لازاريس" المواجهة على أنها مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية نحو السيطرة الداخلية والخارجية على المتطلبات التي تتعدى الفرد وتتجاوز حدود إمكاناته أو التخفيف منها أو تحملها (Cohen و J، 1994)

تعتبر أساليب مواجهة الضغوط مجموعة من أنماط السلوك التكيفية والمتعلمة والتي تتطلب جهدا ، وتحددها الحاجة وتهدف إلى حل المشكلة والسيطرة عليها وبالتالي فهي تستخدم بمرونة كافية كلما تطلب الموقف الضاغط.

ويمكن استخدام أساليب واستراتيجيات مختلفة لمواجهة الضغوط النفسية نذكر منها :

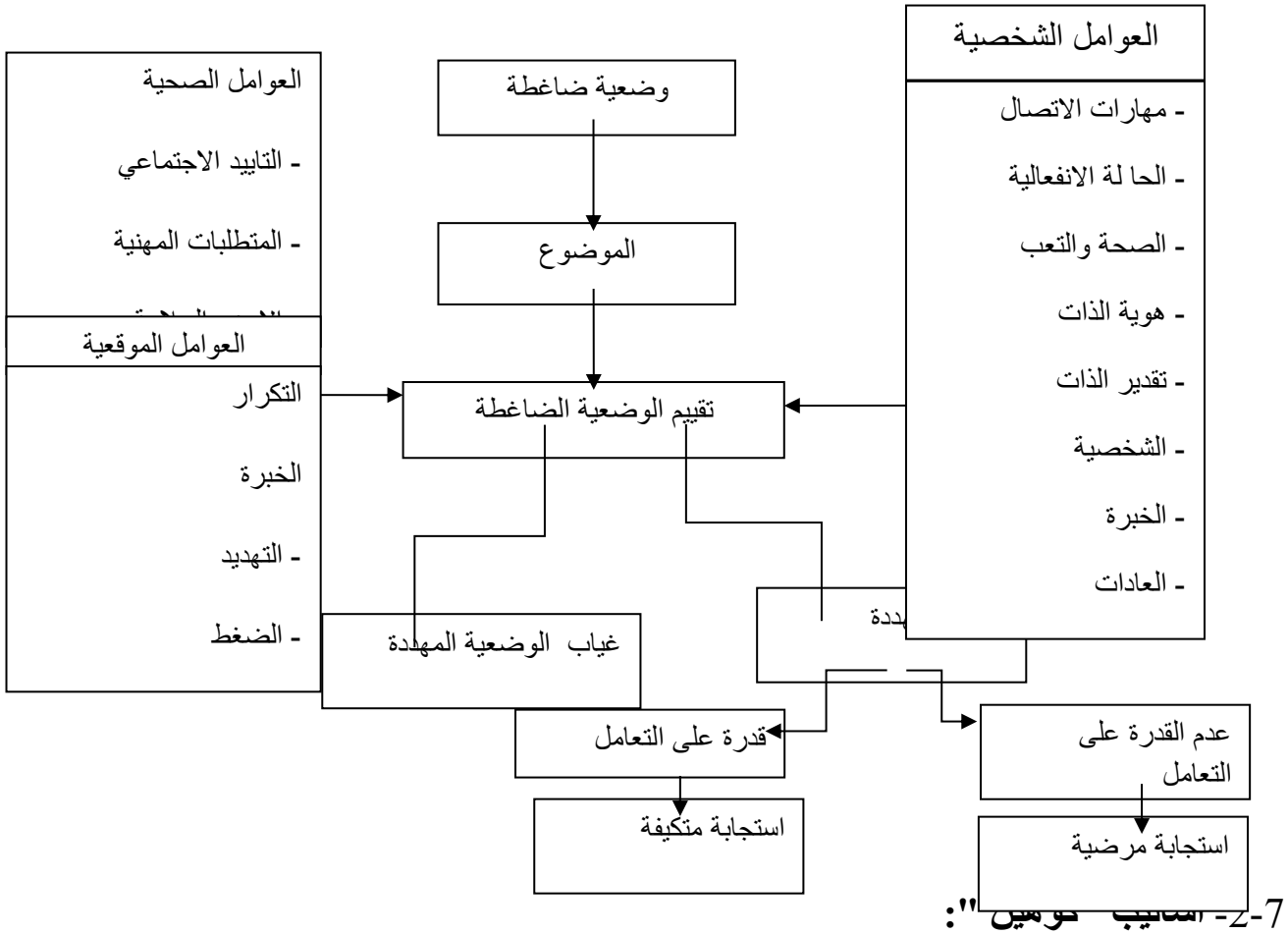
7-1- استراتيجيات "لازاريس وفولكمان": حدد لازاريس وفولكمان 1984 نوعين من الاستراتيجيات المستخدمة لإدارة الضغوط وتتمثل فيما يلي:

7-1-1 - استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة : عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة بينه وبين البيئة ، وبذلك يحاول تغيير أنماط سلوكه أو يعدل الموقف من خلال البحث عن المعلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي يغير الموقف، تهدف إلى البحث عن معلومات أكثر أو طلب النصيحة من الآخرين وإدارة المشكلة والقيام بتغيير الموقف أو حله، وبذلك يكتسب الفرد سلوكيات جديدة أو تنميتها، أو تعديل مستوى الطموح لدى الفرد ومحاولة الحصول على المساندة من الآخرين.

7-1-2 - استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال: تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعالاته وخفض المشقة والضيق الذي سببته المواقف الضاغطة، عوضا عن تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة، وتتضمن المواجهة الابتعاد عن التفكير في المواقف والإنكار، وتهدف إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الموقف الضاغط.

واعد "لازاريس و فولكمان" استبيان أساليب المواجهة لقياس هذين النوعين من الأساليب المواجهة ، وتوصل الباحثان من خلال التحليل العاملي لمفردات الاستبيان إلى ثمانية استراتيجيات فرعية يستخدمها الفرد في المواجهة وهي : التحدي، الابتعاد، ضبط الذات ، البحث عن المساندة الاجتماعية ، تقبل المسؤولية ، الهروب والتجنب، حل المشكلة ، والتقييم الايجابي للموقف. (محمد ع.، 2005)

شكل رقم 04 التعامل مع وضعية ضاغطة حسب لازاريس (نعيمة، 2013)



- 7-2-2-7- أسباب حوسيين:
- قدم مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوط النفسية تتمثل في:
- 7-2-1- التفكير العقلاني: وهي استراتيجية يلجأ إليها الفرد للتفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط
- 7-2-2- التخيل: يلجأ فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل كما إن لديه قدرة كبيرة في تخيل ما يحدث.
- 7-2-3- الإنكار: هي عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل والانغلاق وكأنها لم تحدث.
- 7-2-4- حل المشكلة: هي نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط وهو ما يعرف بالقدح (gaudreau، 2002)
- 7-2-5- الفكاهة والدعابة: هي استراتيجية يتعامل بها الفرد مع الضغوط والمواقف الخطيرة ببساطة وروح الفكاهة وبالتالي قهرها والتغلب عليها، كما أنها تؤكد على الانفعالات الايجابية إثناء المواجهة.
- 7-2-6- الرجوع إلى الدين: تشير إلى رجوع الأفراد إلى الدين والإخلاص الديني عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي والاستعانة بالله وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها. (هنا، 2013)

7-3-3- استراتيجيات التعامل مع الضغوط على مستوى المنظمة: لا يستطيع العاملون مواجهة بعض ضغوط العمل من تلقاء أنفسهم ولا يستطيعون التخلص من كل مسببات هذه الضغوط، مما يحتم على منظماتهم التدخل للحد من آثارها مستخدمة أساليب أهمها:

7-3-1- إعادة تصميم الأعمال: يقصد بتصميم العمل عملية تحديد محتوى ومهام وسلطات ومسؤوليات الوظيفة التي يقوم بها الفرد وطريقة انجازها، إضافة إلى العلاقة بين الوظائف المختلفة بهدف الوصول إلى الأهداف التنظيمية .
ويجب تصميم العمل إلى حد كبير على فاعلية الفرد، فالوظيفة قد تكون مصدرا مهما من مصادر الضغط. (الجزراوي، 1995)

مما يحتم على التنظيمات إعادة تصميم الأعمال وذلك من خلال تجميع الأعمال بحيث يشعر العامل بقيمة ما يعمل بدل أن ينحصر عمله في أمور روتينية متكررة، وتشكيل فرق عمل لإنجاز مشروعات مكتملة، وإقامة علاقات مباشرة بين الموظفين والعملاء، وتقديم التغذية المرتدة للموظفين حول أعمالهم.

7-3-2- إعادة تصميم الهيكل التنظيمي : يعرف "روبنز" الهيكل التنظيمي بأنه " أداة نصنف من خلالها إطار التنظيم ودرجة تعقده ورسمته ومركزيته ". فالتعقيد يشير إلى تقسيم العمل ومستويات الإشراف والانتشار المكاني للوحدات التنظيمية، أما الرسمية فيقصد بها درجة اعتماد التنظيم على القواعد التشريعية والتنظيمية والإجراءات اللازمة لتوجيه السلوك التنظيمي للعاملين، ويقصد بالمركزية درجة تركيز سلطة اتخاذ القرار في المستويات الإدارية العليا (stephen، 1991)

ومن الملاحظ أن لمركزية القرارات وضعف المشاركة في صنعها، وإتباع أساليب تنظيمية معقدة وغير مرنة والتخصص الدقيق وتقسيم العمل المبالغ فيه، وعدم وضوح الاختصاصات، وعدم تحديد المسؤولية أثرًا كبيرًا في إحداث الضغوط الوظيفية لدى العاملين، مما يستوجب إعادة تصميم الهيكل التنظيمي لمعالجة تلك الاختلالات والحد من تأثيرها السلبي على العامل ويمكن إعادة التصميم بعدة طرق منها إضافة مستوى تنظيمي جديد أو خفض مستوى الإشراف أو دمج بعض الوظائف وغير ذلك. (محمد ا.، 1997)

7-3-3- تطوير نظم الاختيار والتعيين: وذلك باختيار الأفراد على أسس موضوعية تضمن كفاءتهم في العمل مع تمتعهم بشخصيات تتصف بالصبر وتحمل ضغط العمل.

7-3-4- الإشراف الناجح: إن لبيئة العمل الملائمة التي يوفرها المشرف، وأسلوب الإشراف الذي يتبعه أثرًا كبيرًا في درجة الضغوط التي يواجهها الموظفون في العمل. فإذا أراد المشرف من موظفيه أن يطلعوه على اهتماماتهم ومشكلاتهم وجب عليه أن يوفر لهم المناخ الملائم للعمل، وهذا يتحقق من خلال قبول المشرف للموظفين ودعمهم ومنحهم الثقة، فالإشراف الناجح القائم على القبول والدعم والثقة يعتبر عاملا أساسيا في مواجهة حدة ضغوط العمل أو التخفيف منها. (هيجان، 1998)

7-3-5- إبتاع نظم عادلة للحوافز وتقييم الأداء: إن إحساس العاملين بأن أداءهم يقيم بشكل موضوعي و عادل وأنهم يحصلون على حقهم المناسب من التقدير المادي والمعنوي يسهم في تقليص ضغوط العمل لديهم ويخفف من آثارها إلى حد كبير.

7-3-6- تحسين بيئة العمل: إن إعادة تصميم مكان العمل والاهتمام بالإضاءة والتهوية ودرجة الحرارة والرطوبة والحد من الضوضاء والتلوث يمكن العاملين من أداء أعمالهم بسهولة ويسر ويقلل من تعرضهم للخطر ويخفف من حدة الضغوط التي يواجهون. (عقلة، 2006)

7-3-7- برامج التدريب: وضع برامج خاصة تهدف إلى تنمية قدرات الفرد في التعامل مع المشكلات الخاصة بالعمل، وتنمية مهارات المتدرب على إدارة الذات، وإدارة طريقة حياته بإمداده بالأساليب والمفاهيم التي تساعده على عيش حياة أقل تأثراً بضغوط العمل. (cartwright، 1997)

7-4- أساليب الحيل الدفاعية:

وتسمى أيضا ميكانيزمات الدفاع، وهي مجموعة ردود الأفعال والأشكال السلوكية التي تصدر عن الفرد ليواجه متطلبات ظروف جديدة مفروضة عليه ليكون متناسبا معها والاختلاف بين هذه الأشكال لا يقوم على اختلاف في خبرات الأشخاص فحسب، بل يقوم كذلك على الاختلاف في الظروف نفسها، وفي المركبات المتنوعة التي ينطوي عليها لاشعور كل شخص، وفي القدرات وسمات الشخصية التي يحملها الفرد وما يتصل بها (علي ا.، 1987)

ويرى راجح إن الوسائل الدفاعية هي إجراءات آلية لاشعورية يقوم بها الفرد للتخلص من التوتر والقلق الذي ينجم عن أزمة نفسية، وهي إجراءات لا توافقية أي لأنها لا تستهدف حلا لمشكلة بل التخلص من التوتر أو تخفيفه . وسميت بالحيل الدفاعية لأنها تدفع عن الفرد حالة القلق بمعناه الواسع، وتعطيه راحة وقتيه، وقد تكون هذه الحيل أفعالا أو مشاعرا أو أفكارا يلجأ إليها الصغار والكبار والأسوياء من الناس أو المصابين باضطرابات شخصية. (عزت، 1991)

المواجهة والدفاع أسلوبان مختلفان، فالدفاع : يتمثل في حماية الشخص من حقيقة التهديد ويساعده ويحميه من أثر الواقع غير السار حتى يتمكن الفرد من امتلاك المصادر اللازمة لمعالجة الأمور، فبعد حادث مفتح أو موت شخص محبوب يلجأ الفرد إلى أسلوب تشويه الواقع، ويختلف التشويه من طريقة لأخرى، فالتبرير ، يكون هناك تشويه قليل، حيث أن الرغبات غير المقبولة تدرك ولكنها تفسر من خلال سلسلة من الأدلة المنطقية وتكون مقنعة للفرد أو غير مقنعة، حيث تغير الدفاعات إدراك الفرد عن البيئة (R و Newman، 1981) بينما المواجهة تتضمن خبرات مستمرة مع البيئة، والفرد هنا لا يشوه الواقع بل يغيره من بعض مظاهر الواقع ذاته لكي يتم التخلص من التهديد، أو تقليله، أو تقويم المصادر التي يحتاج لها الفرد لمواجهة التهديد بأكبر عدد ممكن من المصادر، وتتضمن المواجهة التغيير،

فالفرد يستعمل المعلومات والانفعالات والحركة لتغيير بعض عناصر الموقف لكي يصبح أقل تهديداً، وهنا يكمن دور المواجهة بإبعاد الضغط النفسي، وتمكين الفرد من السيطرة على مواقف التهديد. (Newman و R، 1981)

7-4-1- الحيل الدفاعية الإبدالية:

أ- **الكبت repression** : ويكون الكبت في الأفكار والمشاعر التي تنتج عن الضغط النفسي والقلق وتدفعه بعيداً عن الوعي، والإنساني نسي كلما هو غير سار، كما في بعض ضحايا الإدمان على الكحول والمخدرات، وفي بعض الأحيان يعتبر الكبت مفيد المواجهة للضغوط فمثلاً يسمح لنا الكبت بوضع المشكلات والأزمات خلفنا والتركيز على هنا والآن من جهة ومن جهة أخرى فإن الكبت يسمح لنا بتجنب الضغط النفسي

ب- **الإعلاء أو الاستعلاء sublimation** : هو تنقية الدوافع الأولية، إلى جهود إيجابية وبناءة، تكون موجودة ضمن الذات ومن خلالها نقل من الضغط النفسي.

ج - **التعويض compensation** : يحدث عندما يستبدل الفرد أسلوب التعبير عن أحد الدوافع بأسلوب آخر غير مباشر وهذا يقلل من الضغط النفسي (العبدلي، 2012).

د- **الإحلال أو الإزاحة displacement** : هي حيل دفاعية تقوم بنقل الانفعالات من المعاني الأصلية غير المقبولة، التي تتعلق بها، إلى معاني أخرى بديلة تكون أقل إثارة للقلق أو تكون مقبولة للفرد، ويرى فرويد أن الإحلال عملية توافقية لأنها تسمح لنا بأن نستبدل الأهداف التي لا نستطيع الحصول عليها بالأهداف الممكن تحقيقها. (Cohen و J، 1994)

هـ - **أحلام اليقظة: day dreams** وهي عبارة عن إشباع نظري خيالي أو ذهني لدوافعنا ورغباتنا التي لم تنتشع في الواقع، أما بسبب وجود عقاب أو بسبب الكبت وفيها يهرب بها الفرد من واقع الحياة وضغوطها وتخلد إلى عالم خيالي نحقق فيه أمانينا.

و- **التقمص: intellectualization** وهو عكس الإسقاط، يساعد على خفض التوتر عن طريق التحلي ببعض الصفات والخصائص التي يتحلى بها بعض الأفراد الآخرين أو عن طريق الاتحاد الوجداني مع بعض الشخصيات مثل الأثرياء والمشاهير.

Reaction formation: هو اتخاذ الفرد لاتجاه معين وتكوين رد الفع ليكون مضاد لاتجاه آخر غير مقبول ومثير للقلق، ويدل على الوقاية والتقليل من مواجهة الضغط النفسي.

7-4-2- الحيل الانسحابية:

أ- **الانسحاب withdrawal**: ويعني الابتعاد الجسمي والنفسي عن الضغط والتفكير، عندما تواجه ضغوطاً تكون قد استخدمت أسلوب مواجهة فعال، إلا أن الانسحاب المستمر يمكن أن يؤدي إلى مشكلات نفسية وخصوصاً عند ما يحل عالم الخيال محل الواقع.

ب- **النكوص regression** : هو الارتداد إلى استجابات كان قد استخدمها الفرد في مراحل النمو السابقة (الطفولة أو المراهقة) فمثلاً يمكن أن يجعل الضغط النفسي شخصاً راشداً يعود للتدخين بعد ما كان مقلعاً عنه أو قضم الأظافر الذي توقف عنها في طفولته قبل امتحان

معين أو بعد يوم عصيب من أيام الأسبوع، فإن هذا السلوك يعتبر نكوصاً أو حيلة لمواجهة الضغط أو التخفيف من التوتر والقلق.

ج-التبرير **rationalization** : هو التشويه للواقع في محاولة لتبرير الأفكار والمشاعر والأحداث، التي تجعلنا غير مرتاحين، فعن طريق تبرير أعمالنا يمكن أن يؤدي ذلك إلى التقليل من الضغط النفسي لدينا.

د-الإنكار: **denial** وهو ببساطة رفض القبول أو أدراك الواقع، ومن خلال استعمال الأفكار فأنا نكون قادرين على حماية أنفسنا من الظروف المؤلمة والتي تسبب الضغط النفسي (fulks، 1992)

3-4-7- الحيل الدفاعية العدوانية:

أ-العدوان **Aggression** :يعتبر العدوان أحد الوسائل للتخلص من التهديد أو أحيانا من مصادر الضغط النفسي، إلا أن السلوك العدواني يمكن أن يكون هجوماً ضد الآخرين، وفي أكثر الأحيان يعتبر العدوان أسلوباً خفيفاً لمواجهة الضغوط.

ب-الإسقاط **Projection** : هو أسلوب دفاعي ينقل فيه الأفراد أفكارهم غير المقبولة إلى أناس آخرين، ويؤدي ذلك إلى سوء إدراك الآخرين ومعرفة سلوكهم، ولذلك فإنه أحيانا يتم مواجهة الضغوط غير المقبولة من خلال إسقاطها على الآخرين، فالشخص الغاضب ينظر إلى العالم من حوله على أنه عالم شرير مملوء بالعنف والعداء (a و Rethus، 1974).

5-7-الاسترخاء :يعود أصل هذه التقنية إلى العادات الهندية والصينية، وتعني حسب "جوزيف كنيدي" "فن التحكم في أجسامنا عضليا وعقليا"، أما في العصر الحديث فكانت أولى الأعمال العلمية التي تبنته في بداية القرن العشرين على يد شولتز J, Schultz، "بجامعة برلين، وهي طريقة (التدريب المتولد ذاتيا)، كما اهتم به " جاكوبسون Jacobson" بجامعة هارفارد والذي أسماه الاسترخاء العضلي المتدرج سنة 1334 . (فتيحة ل.، 2006) وينطلق الاسترخاء من مبدأ أن جميع الناس تستجيب للاضطرابات الانفعالية والقلق من خلال التغيرات والزيادة في توتر العضلات، هذا التوتر الذي يؤدي بدوره إلى كثرة استهداف الفرد للانفعالات والخوف والسلبية، لذا فإن التقليل من التوترات العضلية يقلل من الانفعالات (ابراهيم ع.، العلاج النفسي الحديث قوة للانسا، 1983) ويهدف هذا الأسلوب، إلى خفض معدل الالتهابات المصاحبة لهذه التوترات وخفض مستوى الدهون واستهلاك الطاقة. (تايلور)

كما يهدف أيضا إلى خفض معدل ضربات القلب، استرخاء العضلات، خفض التوتر من خلال تحقيق التوازن للجهاز العصبي الذاتي بفرعيه السمبثاوي و الباراسمبثاوي، تحقيق الشعور بالهدوء، زيادة الثقة في النفس وتقدير الذات، زيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة.

(حسين، 2006)

ومن مزاياه أيضا:

تخفيض إيقاع نبضات القلب، التقليل من مخاطر ارتفاع ضغط الدم والتشنج العضلي، تلطيف بعض آلام العضلات والظهر وغيرها، تخفيف القلق والانهيار والإحساس بالطمأنينة. (ستورا، 1997)

8- علاج الضغوط النفسية:

8-1- العلاج الطبي: يتم اللجوء إلى العلاج الطبي عندما يكون الفرد لا يستطيع التكيف، وفي حالة تحول الضغط إلى أعراض مرضية، ويتم العلاج باستعمال التقنيات التالية:

1- مواد ذات مفعول بيولوجي *substance agissante sur la biologie* لقد بينت التجارب التطبيقية أهمية المواد التالية لعلاج حالات الضغط:

* المغنيزيوم **magnésium**: لقد أظهرت عدة دراسات فعالية المغنيزيوم في التوازن العصبي خاصة الأحماض الامينية المنبهة.

* الكالسيوم: **calcium** يدخل في تبادل الشحنات العصبية واسترخاء العضلات.

* الفيتامينات **vitamines**: يتدخل فيتامين (B) في إنتاج الطاقة **métabolisme énergétique** وفيتامين (C) له دور في إنتاج الكورتيزون ، أما الجليكوكورتيكويد **glucocorticoïde** فيتدخل في تقوية الدفاع الفيزيولوجي للفرد في حالة تعرضه للضغط (حسين، 2006)

2- مواد ذات مفعول مركزي **substances a action central**: تستعمل أدوية مختلفة من بينها أقراص (anxiolytiques) وهي مضادات القلق وتستعمل في حالات وقائية من القلق قبل الوقوع في حالات الاضطراب الناتج عن الضغط.

تستعمل أثناء الضغط الحاد مضادات الاكتئاب **les antidépresseurs** في حالة الوقاية من اجل تجنب رد الفعل من الضغط المتكرر، والوقاية من المخاوف المرضية كما في حالة العصاب الصدمي. (اسيا، 2001-2012)

8-2- العلاج النفسي: يقصد به " كل مجهود فردي أو جماعي يهدف إلى تخفيف آلام ومعاناة واضطرابات النفس، ويؤثر في سلوك الإنسان بالوسائل النفسية . (الدباغ، 1984) وتتعدد طرق العلاج النفسي حسب النظريات المختلفة:

8-2-1- العلاج النفسي التحليلي: يساعد على الكشف عن الصراعات والاحباطات الداخلية أو الرغبات المكبوتة والتي ينتج عنها ضغوط نفسية داخلية .

8-2-2- العلاج السلوكي المعرفي: يمكن تخفيف الشد والتوتر العضلي بالتدريب على الاسترخاء والتأمل واليوغا ، كما يمكن معالجة الأفكار السلبية التي تنتج عنها الأعراض من خلال تدريب المريض على السيطرة والتحكم في حالات الانفعال.

8-2-3- العلاج المعرفي : يركز على ضرورة تحديد الشخص لمصادر الضغط لديه، من اجل وضع الاستراتيجيات الملائمة للتحكم فيها أو إزالتها . (زهرا، 1978)

خلاصة الفصل:

إن موضوع الضغوط النفسية ذو أهمية كبيرة خصوصا في هذا العصر المتسم بالتعقد والتغير المستمر والمطالب أو الحاجات المتعددة التي تفرض ضغطا كبيرا على الأفراد ، ومن هذا المنطلق كانت دراسة هذا المفهوم ضرورة ملحة رغم البحوث والدراسات المتعددة إلا أن زالت هناك حاجة ملحة لذلك.

لهذه الأهمية حاولنا التطرق لمفهوم الضغوط من حيث التعريف والأنواع المختلفة للضغوط ومصادر الضغط من مختلف الجوانب الشخصية والاجتماعية والتنظيمية... الخ تطرقنا كذلك إلى أهم النظريات التي تناولت مفهوم الضغط بالتحليل والتفسير ، ووضحنا أهم الآثار المترتبة على الضغوط على الفرد، ثم بينا بعض الأساليب والاستراتيجيات المتبعة لإدارة ومواجهة الضغط النفسي ، ثم تطرقنا أخيرا إلى علاج الضغط بمختلف الوسائل والطرق الممكنة.

الفصل الثاني: فصل القلق

تمهيد

- تعريف القلق
- مستويات القلق
- القلق السوي والقلق العصابي
- أسباب القلق النفسي
- النظريات المفسرة للقلق
- الأساس الفيسيولوجي للقلق

○ أعراض القلق

○ تصنيف القلق

○ قياس القلق

○ علاج القلق

تمهيد:

يعتبر القلق من أكثر الأمراض النفسية شيوعا وانتشارا بين الناس حيث يمثل دورا هاما في اضطراب وظائف الجسم ، خاصة في ظل هذا التقدم التكنولوجي الهائل والسريع في هذا العصر الذي يزيد من أعباء ومعاناة الفرد من كثرة المطالب والطموحات وكثرة المسؤوليات وتعدد حاجات وتنوعها.

كشفت دراسة مفصلة في أوروبا أجريت عام 2004 أن حوالي شخص من كل أربعة أشخاص تنطبق عليه أحد معايير الاضطرابات الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية في مرحلة ما من حياته، وقد تضمنت هذه الدراسة اضطرابات المزاج (13.9%) أو اضطرابات القلق (13.6%) أو اضطراب الكحول (5.2%). وقد انطبق معيار تشخيصي واحد على شخص من كل عشرة أشخاص تقريبا في غضون 12 شهرا. وقد ظهرت المزيد من حالات الاضطراب في النساء والشباب من كلا الجنسين.(منظمة الصحة الدولية، 2005)

القلق ظاهرة طبيعية ولكن استمراره لمدة طويلة يعرض الصحة العامة للفرد لمختلف الاضطرابات التي تضعف دورها القدرة على الأداء المطلوب وسنحاول الكشف عن هذا المفهوم بالتحليل من خلال التعريف والأسباب والنتائج المترتبة عنه .

1- مفهوم القلق:

رغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا والذي يعرف باسم " عصاب القلق " أو " القلق العصابي " أو " استجابة القلق"، وهو أشيع حالات العصاب والاضطرابات النفسية عموما، إذ يمثل من (30 - 40) بالمائة من مجمل الاضطرابات العصابية، ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر. (الشادلي، 1999)

يعرف معجم علم النفس والطب النفسي 1990 مفهوم القلق على انه شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك ان تحدث، والقلق استجابة لتهديد غير محدد كثير ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الامن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس وفي كلتا الحالتين يهيب الجسم امكاناته لمواجهة التهديد فتتوتر العضلات ويتسارع النفس ونبضات القلب. (قدوري، 2017)

2 - **مستويات القلق:** يوجد القلق في حياة الإنسان بدرجات متفاوتة من البسيط الذي يظهر على شكل انشغال بسيط، إلى القلق الشديد الذي يظهر على شكل الرعب والفرع، ونستطيع تمييز ثلاث مستويات للقلق وهي:

2-1- **المستوى المنخفض:** يشار إليه بأنه إشارة إنذار خطر وشيك الوقوع، وهو يحدث التنبيه مع ارتفاع درجة الحساسية نحو الأحداث الخارجية، أين تزداد درجة الاستعداد والتأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة.

2-2- **المستوى المتوسط:** يصبح فيه الفرد اقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود على استجابات الفرد في مختلف المواقف، فيحتاج إلى بذل المزيد من الجهود للمحافظة على الاستجابة المناسبة للمواقف.

2-3 - **المستوى العالي:** يتأثر فيه التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية فيقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للموقف، ولا يستطيع التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة نتيجة لعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (الشادلي، 1999)

3- **القلق السوي والقلق العصابي :**

من الأهمية أن نفرق بين القلق السوي والعصابي أو ما يسمى القلق الفيسيولوجي (الوظيفي) والقلق الباثولوجي . ويعتمد التمييز بين النوعين على عدة أسس منها :

- محددات القلق ونوعية المواقف التي تسببه

- شدة الأعراض

- استمرار هذه الأعراض على امتداد الزمن. (الخالق، 1990)

القلق السوي فقد يكون موضوعيا خارجيا أو ذاتيا داخليا بحيث يعزى إلى موقف محدد كما يحدث في زمن معين ، ويعد حينئذ استجابة سوية لمواقف طبيعية تسبب القلق في الحقيقة لدى معظم البشر، وذلك لارتباط هذا النوع من القلق بموضوع حقيقي يحمل مخاطر حقيقية ويكون القلق في هذه الحالة رد فعل مبرر لموضوع خارجي حيث يهيئ الفرد نفسه للتعامل مع هذا الموضوع وتجنب مخاطره، ومثال ذلك قلق الامتحان أو ما يشعر به الوالدين عند مرض احد الأبناء ، أو قلق الشخص لدى معرفته بنتيجة تحليل طبي اجري له. (قدوري، 2017)

القلق العصابي هو نوع من القلق لا يدرك الفرد مصدره ويشعر بحالة من الخوف الغامض دون مبرر شرعي لذلك فهو قلق مرضي morbid ويسمى احيانا القلق الهائم الطليق، ويتمثل في الشعور بعدم الارتياح وترقب المصائب وهذا الشعور مستمر ودائم. هو خوف مزمن من أشياء او أشخاص أو مواقف لا تبرر الخوف منها بصورة طبيعية ، مع توافر أعراض نفسية وجسمية متكررة . (غالي، 2003)

4- **أسباب القلق النفسي:** ليس هناك سبب محدد للقلق النفسي العام، بل هناك عوامل تجعل من هذا الشخص أو ذاك أكثر عرضة للقلق النفسي من غيره. ومن هذه العوامل:

4-1- الاستعداد الوراثي: أثبتت دراسات التوائم تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الداخلية والخارجية ، كما أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة المصابين بالقلق مصابون بالمرض نفسه. ووجد "سيلنر و شيلدرز " 1969 أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة 50 % وان حوالي 65 % يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت في التوائم غير المتشابهة حيث وصلت إلى 4 % فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13 % من الحالات. فالوارثة تلعب دورا في الاستعداد المرضي ، وتزيد أعراض القلق عند النساء أكثر من الرجال.(عكاشة، 2000)

4-2- الاستعداد النفسي للقلق: تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق، ومن ذلك الضعف النفسي العام، الشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، التوتر النفسي الشديد، الصدمات النفسية، الأزمات، الشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه، تَعَوُّد الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة، الصراع بين الدوافع والاتجاهات، الإحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا، الحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية.(اسيا، 2011)

الشعور بالذنب: يشعر الأشخاص بالقلق عندما يعتقدون انهم قد تصرفوا على نحو سيء وانهم سوف يتعرضون للعقاب، فهم لم يتعلموا انه من الطبيعي ان تكون لدى الانسان افكار سلبية ، وان هناك فرق بين التفكير بالشيء السلبي وعمله.

الإحباط المستمر: يؤدي الإحباط الزائد الى مشاعر القلق والتعب ولا يتمكن الأشخاص في كثير من الاحيان من التعبير عن غضبهم، وقد يكون الإحباط ناتجا عن ارتفاع مستوى الاهداف ، او تدني مستوى التقييم الذاتي، ويؤدي الشعور المستمر بضعف الاداء الى درجة عالية من القلق (الوايلي، 2003)

4-3- العوامل الاجتماعية: قد ينشا القلق من نموذج حياة يتسم بفقدان الأمن وعدم النضج وتعد العوامل الاجتماعية من المثيرات الأساسية للقلق، ولعل من المستحيل تعدادها فيظل تشعُّ بجوانب الحياة، في عصر يتسم بالقلق ومن هذه العوامل: الأزمات الحياتية، الضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المُشَبَّعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الأمن، التفكك الأسري وأساليب التعامل الوالدية القاسية، توفر النماذج القلقة ومنها الوالدين، الفشل في مختلف مناحي الحياة.(اسيا، 2011). وهناك عوامل وخصائص اجتماعية أخرى نذكرها :

4-3-1- الجنس: تزيد نسبة احتمال الإصابة باضطراب القلق العام في النساء عن الرجال بمقدار الثلثين.

4-3-2- العمر: ليس هناك مرحلة عمرية محددة تتميز بالقلق أكثر من غيرها. لكن محور القلق قد يختلف من مرحلة عمرية إلى أخرى باختلاف ما يهم كل مرحلة، مثل الدراسة والعمل والأسرة..

4-3-3- الطعام: من المعروف أن بعض المشروبات مثل القهوة والشاي والكولا تسبب زيادة في مستويات القلق لمن لديهم الاستعداد لذلك. (بخش، 2006)

4-4- طبيعة الشخصية: من أنماط الشخصية ذات العلاقة الوثيقة بالقلق العام: الشخصية الوسواسية، والشخصية الهستيرية، والشخصية الحدية. كما ان نمط الشخصية "ا" و "ب" المصنفة من قبل العالمين " فريدمان و روزمان " يحدد نوع من القابلية للتعرض للاضطرابات النفسية فأصحاب الشخصية من النمط "ا" يكونون متسرعين وميل لإنجاز الكثير من الاعمال في وقت قليل، تنافس على نحو مفرط ، قليل الاسترخاء، وضع العديد من الاهداف ، قضاء وقت اقل في الراحة والاتصال مع الاخرين. هذه السلوكيات تترك اثارا سيئة على الجهاز القلبي وتزيد من معدل نبضات القلب ويعرض الفرد لنوبات قلبية. مما يولد قلقا متزايدا

اما السلوك من النمط "ب" فهو على النقيض بحيث يشمل الخصائص التالية:
اعتماد النظرة الطويلة ، اذ يرسم هذا النوع من الاشخاص اهداف بعيدة واقعية ، تجنب السرعة في اتمام الاعمال في وقتها، الايمان بالذات والثقة ، المحافظة على حسن التوازن اجاه الاحداث الاجتماعية والمهنية. (شيخاني، 2003)

4-5- الخبرات الشخصية: عندما تمرّ بالطفل ظروف أو تجارب تربوية تجعله يشعر بالخوف، فإن ذلك يخلق لديه شعوراً بالأمان تجاه المستقبل. كما أن الاحباطات المتكررة ذات علاقة باضطراب القلق العام.

4-6- الضغوط النفسية: قد تزيد الضغوط النفسية مثل المرض، والطلاق، والخلافات، ومشكلات العمل من احتمال الإصابة بالقلق النفسي.

4-7- أمراض عضوية أخرى: مثل انخفاض سكر الدم، وفرط إفراز الغدة الدرقية واستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب التي تعمل على زيادة معدلات السيروتونين. (القرني، 2012)
5- النظريات المفسرة للقلق: لقد تعددت النظريات المفسرة للقلق بتعدد المدارس النفسية التي تجمع تحت لوائها مجموعة متعددة من العلماء والباحثين.

5-1- نظرية التحليل النفسي: يعتبر فرويد Freud رائد مدرسة التحليل النفسي ومن أوائل الذين تحدثوا عن القلق في علم النفس، بل يرى البعض أن هذا المفهوم لم يشيع استخدامه في علم النفس إلا عندما شاع استخدامه في كتابات "فرويد" ، حيث يعود له الفضل في توجيه علماء النفس إلى الدور الهام الذي يلعبه القلق في حياة الإنسان (ميشال، 1995)
ومر تفسير "فرويد" للقلق بمرحلتين:

المرحلة الاولى بين (1916- 1917) فسر فيها القلق على اساس انه حينما تمنع الرغبة الجنسية من الاشباع فان الطاقة النفسية المتعلقة بالدافع الجنسي " الليبيدو " لدى الفرد تتحول الى قلق بطريقة فسيولوجية.

اما المرحلة الثانية بعد سنة (1936) فقد عدل "فرويد" رايه واكد ان جميع المخاوف المرضية في اساسها هي رغبة جنسية غير مقبولة وخوف من العقاب، وخوف من الاخضاء، وغير هذا الخوف الى الخوف المرضي ومن خلال اهتمامه بدراسة ظاهرة القلق التي كان يشاهدها في معظم الحالات العصابية التي كان يعالجها قد ميز بين نوعين من القلق هما: (الزعيبي، 2014)

أ- **القلق الموضوعي:** يعرفه فرويد (في إطار نظريته الثانية للقلق) بأنه قلق إزاء خطر واقعي وقد أطلق عليه عدة تسميات فهو القلق الواقعي، الحقيقي، السوي)، وهو أقرب ما يكون إلى الخوف، لأن مصدره خارجي وواضح المعالم لدى الفرد إذ يقصد به تواجد الفرد في موقف يتوقع فيه الخوف من فقدان شيء ما موجود فعلا كالقلق من: الامتحان، التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، الإقدام على الزواج أو الانفصال، الانتقال إلى مدينة أخرى أو وظيفة أخرى(عثمان، 2001)

ب- **القلق العصابي:** هو خوف داخلي المصدر ينشأ عند الفرد دون ان يعرف السبب والمنشأ، ويعرفه فرويد بأنه " شعور غامض وغير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر، يكون مصحوبا عادة ببعض الإحساسات الجسمية، ويأتي في شكل نوبات تتكرر لدى الفرد " وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة، لا مبرر له، ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، يعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي.(المشعان، 1994)

إذ ينشأ نتيجة تهديد " الهو " لدفاعات "الانا" عن محاولة اشباع نزعاتها الغريزية التي لا يوافق عليها المجتمع، وفي هذه الحالة فان "الانا " لا بد ان تدافع عن نفسها، وغالبا ما تلجأ الى بعض الحيل الدفاعية : كالإسقاط والتبرير والنكوص ولكن هذه الحيل لا يؤدي الى راحة دائمة وانما مؤقتة لأنها تقوم على تشويه الواقع، لذلك تنطلق انذارات اخرى من قبل " الهو " وعندها تعجز " الانا " عن ايجاد طرق اخرى لرد النزعات الغريزية، فيشتد القلق وقد يعاني الف-رد من بعض الاضطرابات السلوكية .(عوض الله سلامة يوسف مصطفى، 2008)

ويميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي هي:

1- اضطراب القلق العام: يتمثل في خوف عام غير محدد يرتبط بتوقع مكروه، ويستمر لمدة ستة اشهرت او اكثر، من اهم اعراضه : الرعشة ، الارتجاف، التوتر العضلي، سرعة الاجهاد، زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل الذي يظهر من خلال زيادة ضربات القلب، ضيق التنفس، جفاف الحلق، الدوخة، الاسهال، الشعور بالغثيان، صعوبة التركيز، الارق، وقد يترافق اضطراب مع اعراض اكتئابية، وكل هذا يتسبب في تدهور الوظائف المهنية والاجتماعية. (اسيا، 2001-2012)

هو قلق يتعلق بأية فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي، والأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون الأسوأ دائماً. (المشعان، 1994)

2- قلق المخاوف المرضية:

عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها، ويتعلق هذا النوع من القلق بشيء خارجي معين، كالخوف من الحيوانات أو من الأماكن الواسعة أو المغلقة أو من الأماكن المرتفعة، فهو ليس خوفاً معقولاً ومبرراً ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها بالرغم من شعور المريض بغرابتها إلا أنه لا يستطيع التخلص منها، وليس شائعاً بين جميع الناس.

3- قلق الهستيريا:

يكون هذا النوع واضحاً أحياناً وغير واضح أحياناً أخرى، ولا نستطيع عادة أن نجد مناسبة أو خطراً معيناً يبرر ظهور نوبات القلق في الهستيريا، وتحل أعراض الهستيريا كالرعدة والإغماء وصعوبة التنفس واضطراب خفقان القلب محل القلق، ليزول بذلك الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح (عثمان، 2001)

-القلق الأخلاقي:

يكون على شكل إحساسات بالذنب أو والاثم وتأنيب الضمير، وهذا القلق مصدره الضمير ويرجع إلى خوف موضوعي وهو الخوف من العقوبة وما يترتب عليه من مخالفة النظام. فالعقاب ينتظر الأنا من طرف الأنا الأعلى في صورة مشاعر الإثم والخجل. وللقلق الأخلاقي روابط وثيقة بالقلق العصابي، طالما أن الأعداء الرئيسيين "لأننا الأعلى" هم

الاختيارات الموضوعية البدائية "للهو"، والقلق عصائياً كان أو أخلاقياً، لا يعد إشارة على الخطر "لأننا" فحسب، بل يعد أيضاً الخطر ذاته. (هال، 1970)

لقد أثارت دراسة "فرويد" عن القلق اهتمام العلماء للغوص فيه وسبر أغواره، غير أنهم لم يتقبلوا أفكاره بخصوص وجود مشاعر جنسية لاشعورية لدى الرضع والأطفال إزاء والديهم، وهو ما يقودهم إلى الوقوع فريسة للمرض النفسي إذا تركت هذه المشاعر لم تحل ولم تتحول.

لذلك طور كل منهم نظرية بديلة تشرح تطور المرض النفسي وسنحاول فيما يلي استعراض أهم هذه الآراء التي قال بها المحللون النفسانيون الآخرون:

-بالرغم من انفصال "كارل يونج Yung" عن فرويد إلا أنه بقي متأثراً بفكره وإن كان في نظريته إشارة لأهمية العوامل الاجتماعية، إذ يشير إلى أن القلق هو "رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي، أين تختزن الخبرات الماضية المتراكمة والتي مرت بالأسلاف القدامى والعنصر البشري عامة"، فشعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى ككل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية ويرتد إلى بعض التصرفات غير المعقولة، فمثلاً: الإنسان في حياته العادية المنظمة لا يشعر

بتأثير الأشباح، لكنه إذا مر بجوار القبو ليلا تنتابه مشاعر الخوف والقلق، لأنه قد وقع له نوع من العزو من محتويات اللاشعور الجمعي. " (القاعد، 2013)

- أما " ماي May " فترى بأن القلق هو " : توجس يصاحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد ويعتقد أنها أساسية، وأن للقلق عاملين أساسيين هما: الاستعداد الفطري والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة. وتكون استجابة القلق سوية إذا كانت تتناسب مع الخطر الموضوعي، أما الخوف فهو عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديدا للقيم الأساسية للفرد. (عثمان ف، 2001)

- يؤمن " ألفريد أدلر " بالتفاعل الدينامي بين الفرد والمجتمع، وهذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، فالطفل يشعر بعجز وضعف بالنسبة للكبار وبالبالغين بصفة عامة، وللتغلب على هذا العجز يسلك طريق السوية، والإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية. (بلكيلاني، 2008)

-يفسر " أوتورنك " القلق على أساس الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد، فانفصال الوليد عن الأم هي الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي، ليصبح أي انفصال في ما بعد من أي نوع كان مسببا لظهور القلق. ومن أمثلة ذلك: الفطام الذي يتضمن الانفصال عن ثدي الأم، فالقلق إذن هو الخوف الذي تتضمنه هاته الانفصالات، ويذهب " رانك " إلى أن القلق الأولي يتضمن صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته هما:

- **خوف الحياة:** هو قلق من التقدم والاستقلال الفردي، الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه. (رزيقة، 2011)

- **قلق الموت:** هو قلق من التوتر وفقدان الفردية وضياح الفرد في المجموع، أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي ويعود إلى حالة الاعتماد على الغير.

لقد مهدت كل هذه الأفكار لظهور جيل جديد من اتباع فرويد، الذين قللوا من أهمية العوامل البيولوجية والغريزية، مبرزين بذلك أهمية العوامل الاجتماعية وفاعلية الأنا فعلى سبيل المثال:

- تعتقد " كارن هورني " أن الثقافة التي يعيش فيها الفرد من شأنها أن تخلق لديه قدرا كبيرا من القلق، مؤكدة في نظريتها الاجتماعية على أهمية القلق الأساسي الذي تعرفه " بأنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالعدوانية والتوتر "، والقلق استجابة انفعالية موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية ترجع إلى عناصر ثلاثة هي:

الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة، لذا فإن انعدام الدفء العاطفي في الأسرة والشعور ب: العجز والنبذ والضعف والحرمان من الحنان والحب والعطف، وسط عالم عدواني هي من مصادر القلق لدى الفرد . (دبابيش، 2011)

يرى " إيريك فروم " أن الطفل باعتماده على الكبار رفي قضاء حاجاته – وخاصة والديه - يتقيد بقيود يلتزم بها لكيلا يفقد حنانهما، وبازدياد نمو الطفل يزداد تحرره واعتماده على نفسه

ويتولد لديه الشعور بالعجز والقلق، نتيجة ما يود انجازه من الأعمال وعدم اكتمال قدرته لإنجاز ذلك.

فالقلق هنا ناتج عن الصراع بين الحاجة للانتماء والارتباط بالجذور والحاجة للهوية والاستقلال، وهي حاجات إنسانية أساسية لتطور الإنسان وارتقائه، قد تعيقها الظروف الاجتماعية السيئة، لتحول دون إشباعها، في ظهر القلق ومختلف الاضطرابات النفسية. (السامرائي، 2007)

- كما اتخذ " هاري سوليفان " موقفا قريبا من السابق، حيث ركز على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدءا من لحظة الميلاد، والتي تتطور عبر مختل فمراحل النمو من خلال ربطها بالخبرات المعرفية، والقلق يبدأ مع بداية الحياة وينتج من العلاقات الشخصية المتبادلة مع الأم، ففي المراحل الأولى من العمر لا تسمح القدرات المعرفية للطفل بالتمييز بين ذاته وذات أمه، لذا فإن قلقها هو قلق ابنها، ولا يمكن خفض هذا القلق لدى الطفل إذا استمر قلق الأم، فالقلق إذن حالة مؤلمة جدا تنشأ من عدم الاستحسان في العلاقات البين شخصية. (عثمان ف.، 2001)

- يحدد "سوليفان " أربعة أنماط من الأمهات لتمثيل الأم كمصدر للإشباع في المرحلة الأولى هي: الأم الجيدة المشبعة، الأم الجيدة غير المشبعة، الأم غير الجيدة المشبعة، الأم الشريرة، بحيث يستمر ارتباط القلق بطبيعة إدراك العلاقات الاجتماعية المتبادلة وفقا لمستوى الخبرة المعرفية للفرد، ففي المرحلة الثانية مثلا يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية للأحداث دون الارتباط بأسبابها، في حين أنه يرتبط في المرحلة الثالثة بالنتائج مقترنة بالأسباب إن هذه الأفكار مجتمعة مهدت لظهور نظريات أخذت بعين الاعتبار جميع المتغيرات (دبابيش، 2011)

ولعل نظرية أريكسون **ERIKSON** "لأحسن مثال عن ذلك حيث أنه يربط الاضطرابات النفسية ومنها القلق والاكتئاب بالفشل في نمو الأنا نموا طبيعيا، حيث يفشل الفرد في حل أزمت النمو عبر مراحل العمر المختلفة - وخاصة في مراحل العمر الأولى حلا إيجابيا، مركزا على الدور الاجتماعي والثقافي في المرض النفسي. (فرج، 2009)

5-2- النظرية السلوكية: يركز السلوكيون على عملية التعلم ، إذ أن الإنسان يتعلم الخوف والقلق والسلوك المرضي مثلما يتعلم السلوك السوي ، كما أنهم يحللون السلوك إلى مثير واستجابة .

1- إن التعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف " يمدنا بتصور اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي الذي يتميز بالتالي:

- السلوك العصابي يتميز بالقلق وهذا يتضمن العقاب من أي نوع كان .
- السلوك العصابي يتميز بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الاجتماعية (مليكة ل.، 1990).

2- يعتبر "واطسون" من أهم المستفيدين من أعمال "بافلوف" واستنتاجاته ، إذ يركز على أن عمليات التعلم تتم عن طريق الاقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، فيصبح الخوف من المثير الشرطي دافعا مكتسبا ، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف والقلق تصبح المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الإنسان الخوف منها أو يقلق منها هي الأكثر إثارة للقلق والخوف.

حيث قام "واطسون" في 1920 بتجربة على طفل صغير لم يبلغ السادسة من عمره ، بحيث جعله يكره الفئران البيضاء التي كان يحبها باستخدام الاشرط الإجرائي من خلال الربط بين تلك الفئران وبين الصوت المزعج مستنتجا بذلك أن القلق سلوكا متعلما. (برحيل، 2017)

3- أما "سكينر" الذي وضع مبادئ الاشرط الإجرائي يرفض أي تفسير خيالي للعصاب ، فوجود أسباب داخلية مجرد خرافة، أد يرجع السبب إلى التعزيز أو في اغلب الحالات إلى العقاب ، حيث أن ميكانيزمات الاشرط تلعب دورا في حدوث واستمرار الاضطرابات النفسية. (فرج، 2009)

4- أما "دولا رد وميلر" فقد تعرضا في نظريتها عن "الشخصية والعلاج النفسي" للقلق كدافع مكتسب أو قابل للاكتساب ، وعندما يزداد هذا الدافع إلى حد معين يؤدي إلى تدهور الأداء والعكس صحيح، كما انه خبرة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها ، تحدث نتيجة الصراع الذي يأخذ العديد من الإشكال مما يؤدي إلى حالة من عدم التوازن والشعور بالقلق. (عثمان ف.، 2001)

3-5- النظرية السلوكية المعرفية: يشير ألبرت باندورا Bandura إلى أن النموذج المعاصر الأكثر شمولاً للدافعية البشرية، والأفكار، والأفعال التي يقوم بها الشخص يعرف بالنظرية المعرفية الاجتماعية، وأوضح باندورا من خلال نظريته أنه لا يوجد شرح كاف لتطور نمو القلق والخوف، ولكنه اقترح أن الخبرة لها دور هام في حدوث التوقع – وهو قلق المستقبل -الذي ينظم ويؤثر على العمل، والفعل، وأشار أنه في حالات الخوف البسيط يحدث التطور التالي : الخبرة المنفرة من شخص أو الآخرين تغرس، وتطبع في النفس والذهن الاعتقاد بأن الشخص غير قادر على التحكم في النتائج غير السارة، والمرتبطة بالحدث المنفر. (رجيمي، 2013)

نظرية المخططات لأرون بيك:

المعرفية أو لنظرية منظمة حاولت تكوين نظرية معرفية شاملة عن Beck إن نظرية بيك القلق، لأنه من خلال المنظور المعرفي فإن أكثر النظريات المؤثرة في تفسير اضطرابات القلق سنة 1997 Beck et Emery هي تلك التي وضعها" أرون بيك وجاري إميري " حول العمليات المعرفية الخاصة بنشأة Beck والنموذج المعرفي الذي افترضه أرون بيك القلق تقسم إلى ثلاثة خطوات هي :التقييم الأولي- التقييم الثانوي – إعادة التقييم. (غانم م.، 2009)

- **التقييم الأولي:** هو الانطباع الأول الذي يقيم به الفرد الخطر المصدر وما إذا كان له تأثير على ميوله، واهتماماته اللازمة للحياة، ونتيجة لذلك تتولد لديه الاستجابة الحرجة، وهذه الاستجابة ربما تتولد نتيجة لمدى معين من المواقف يتراوح ما بين كارثة مستقبلية وخطر حالي يهدد الحياة.

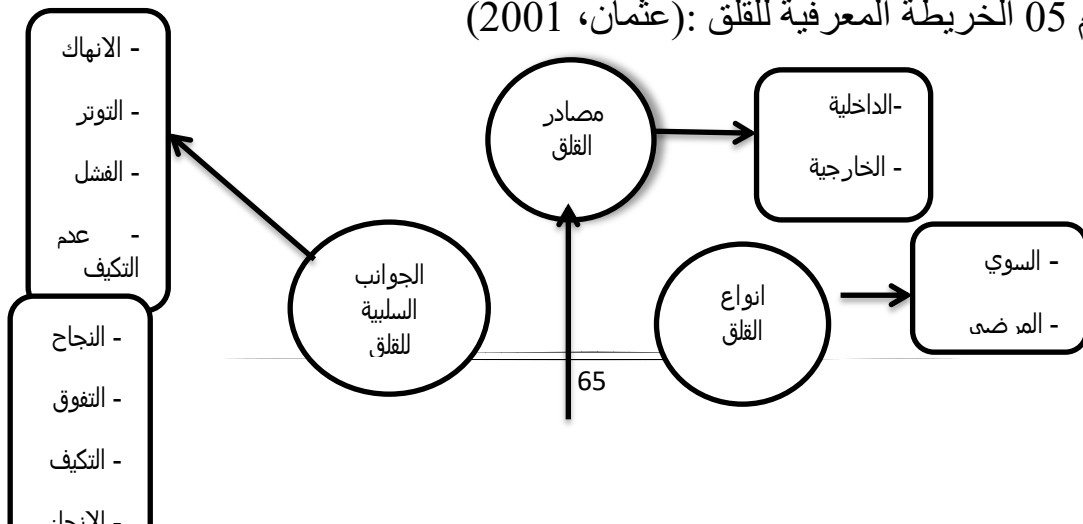
وأثناء حدوث التقييم الأولي يقوم الفرد ويحدث **التقييم الثانوي** عندما يحاول الفرد تقييم مصادره الداخلية ليحتمى منه أو يتفادى الضرر الذي يمكن حدوثه نتيجة لذلك التهديد. ويفترض "بيك" أن مستوى القلق الذي ينتاب الفرد يعتمد على هذين النوعين من التقييم وأن التقييم المعرفي لدى الفرد لا يحدث عن طريق الوعي بل يحدث التقييم، وإعادة التقييم بطريقة أوتوماتيكية.

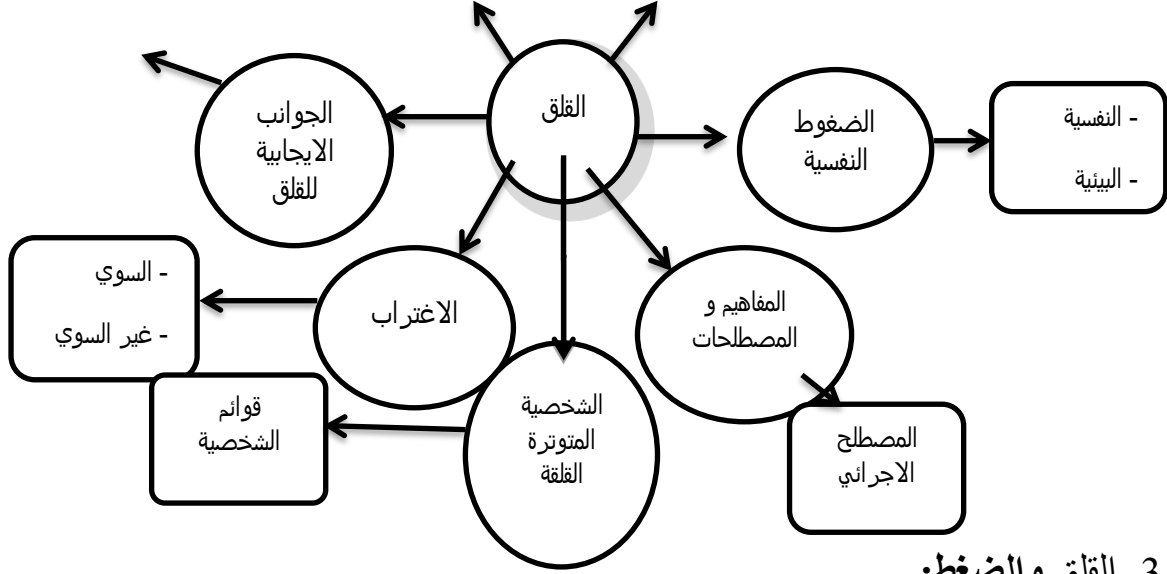
-أما **الخطوة الثالثة:** وهي إعادة التقييم حيث يقيم الفرد شدة وحدة الخطر، ونتيجة لذلك تتولد لديه الاستجابة العدائية، سواء أكان رد فعل الاستجابة بالهروب من سبب القلق أم بالمواجهة نتيجة الخطر (رجيمي، 2013)

يؤكد هذا الاتجاه على أهمية الأفكار في توليد وتفسير السلوك ولوحظ أن الأفراد الذين يظهر عليهم زيادة في المخاوف والقلق بسبب المبالغة في الأخطار والتركيز على ضعف قدرتهم في مواجهة مواقف الحياة، فاستخدم السلوكيون أسلوباً يسمونه إعادة التركيب العقلاني، صاحب النظرية العقلية "Ellis" وهذا الأسلوب ارتبط باسم العالم الأمريكي "ألبرت اليس" العاطفية وقد استند هذا النموذج إلى افتراض رئيسي هو أن الاضطرابات النفسية ومنها القلق من المستقبل إنما هي نتاج التفكير غير المنطقي (السلبى) كما يرى أن المشكلات النفسية لا تنجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها وإنما عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف (معالي، 2013)

أن القلق ينشأ عندما يدرك الفرد حدثاً، أو موقفاً معيناً بطريقة **Ellis**، وافترض " اليس " خاطئة أو غير منطقية في ميل إلى المبالغة وتعظيم الأمور وتهويلها مما يترتب على هذا الإدراك الخاطئ ردة فعل عاطفية سلبية تجاه المواقف مثل القلق والإحساس بالرفض وعدم الأهمية، والأفكار غير المنطقية التي حددها " اليس "معظمها تنبع من التعامل مع الآخرين المحيطين بالفرد والبيئة التي يوجدون فيها والمواقف والمشكلات التي يواجهها الفرد (BONDOLFI، 2014).

شكل رقم 05 الخريطة المعرفية للقلق: (عثمان، 2001)





5-3- القلق والضغط:

وتعتبر نظرية " سبيلبرجر " في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنه، فقد أقام نظريته State Anxiety والقلق كحالة Trait Anxiety في القلق علي أساس التمييز بين القلق كسمة ويقول أن للقلق شقين : سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية علي الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة.

عرف سبيلبرجر حالة القلق state anxiety على انها حالة انفعالية مؤقتة تتغير شدتها وتتقلب مع مرور الوقت، يكون الفرد فيها واع لشعوره بالتوتر والخوف، وتختفي هذه الحالة بزوال مصدر الخطر والتهديد.

اما سمة القلق trait anxiety انها سمة من سمات الشخصية ، وتشير الى استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد من حيث ميله الى ادراك المواقف المهدة والمثيرة كمواقف تهديد، ايضا تشير سمة القلق الى الفروق الفردية المستقرة نسبيا بين الافراد في استعدادهم لإدراك هذه المواقف المثيرة كواقف تهديد او خطر، او ميل للاستجابة لمثل هذه التهديدات كرد فعل لحالة القلق. لهذا فإن السمة لا يختلف مستواها عند الفرد الواحد من موقف لآخر، في حين يختلف مستواها من فرد لآخر، بحسب ما اكتسبه كل واحد منهم من خبرات في طفولته، تلك الخبرات التي تنمي الاستعداد للقلق. (الوايلي، 2003)

على هذا الأساس يربط " سبيلبرجر " بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطاً مسبباً لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلاً. (الطاف، 2005)

وقد ميز كاتل 1966 cattel بنفس الطريقة بين حالة القلق وسمة القلق على ان مستوى الاولى يتغير بحسب المواقف، ومستوى الثانية يتغير حسب الافراد. وبالتالي فان استخدام مصطلح القلق في وصف الشخصية الاساسية للفرد. يعني اننا نشير الى سمة القلق اي ان الناس جميعاً يمرون بحالة القلق في المواقف الخطرة ، ولكن قليلاً منهم الذين يتميزون بصفة

القلق بصورة مزمنة، تسمح بان يقال انه لديهم سمة القلق كسمة ثابتة نسبيا. (الساعاتي، 2000)

وتشير الدراسات التي اجريت على سمة القلق الى انها تكون من سمات الشخصية المزاجية احادية البعد، وهي موجودة عند جميع الناس بمستويات مختلفة تمتد من المستوى المنخفض الى المستوى المرتفع، وهي ايضا استعداد سلوكي يكتسب في الطفولة المبكرة والمتوسطة، ثم يظل ثابت نسبيا في مراحل الحياة. هذا وقد اختلف العلماء حول دور البيئة والوراثة في القلق، فبعضهم ارجعه الى الوراثة وبعضهم ارجعه الى البيئة، لكن معظم اتلدراسات اشارت الى ان الاستعداد للقلق استعداد في الشخصية له جانبان: جانب فطري من خلال الخصائص التكوينية والفسولوجية للكائن، وجانب مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الفرد مرحلة الطفولة. ومن التفاعل بين هذين الجانبين تنمو سمة القلق، ومهم كان مستوى المعطيات الفطرية للقلق الا انه اذا عاش الفرد في بيئة تبعث فيه عدم الراحة والطمأنينة سوف تنمو عنده سمة القلق العالية، حيث اشارت دراسات عديدة الى ارتباط سمة القلق لدى الافراد بالخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة، وفي هذا الصدد فقد اتفق علماء النفس على ان الخبرات المؤلمة في الطفولة تكتسب من مواقف يدرك فيها الطفل عدم تقبل والديه ورفضها له، مما يشعر بعدم الطمانينة، وهذا يعني ان سمة القلق العالية تنمو من خلال اضطراب علاقته بالراشدين الاخرين المهمين في حياته سواء داخل اسرته او خارجها. (الساعاتي، 2000)

ويوضح كابلان من خلال النموذج الذي وضعه أن مصطلح الضغط يشير إلى المقاومة وإذا لم Stress التي يبذلها الفرد ضد مؤثرات موجهة إليه من قوة خارجية وهذه القوة تسمى الحمل تجد مقاومة الفرد في التغلب على الحمل الزائد فإنه يشعر بحالة من الضغط وهذا يدفعه إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية للتغلب علي الضغط فلما أن يعود إلى حالة الاتزان وإما أن يفشل في التكيف . مع الموقف الضاغط وتظهر آثاره علي المدى البعيد (عسيري، 2007)

- النظرية الوجودية: نجد من أهم رواد هذه النظرية:

- رولو ماي Rolo May: احد أهم رواد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة الأمريكية ، يعتبر الاضطراب وسيلة غير سوية يسعى الفرد من خلالها للحفاظ على إحساسه بالوجود، في ظروف يكون فيها الإحساس بشكل سوي معاقا، والقلق جزء من وجود الإنسان وهو ليس خوفا من شيء موضوعي بل يعتبر شعورا غامضا وخوفا عاما من مهددات الوجود. كما يرى أن درجة القلق يمكن أن تتدرج من الدرجات المقبولة إلى الشديدة المعيقة للنمو ، التي تدفع الفرد إلى كبتها أو تجاهلها لتحقيق الاستقرار الذي لن يكون في الحقيقة إلا بتقبل تلك المهددات المثيرة للقلق كجزء من الوجود مما يساعدنا على تقبل حياتنا واستغلالها بفاعلية . (فرج، 2009)

- أما " فرانكل " " Fränkel " يرى أن القلق الوجودي يكمن وراء القلق العصابي ، والقلق الوجودي هو خوف من الموت وفي نفس الوقت خوف من الحياة ككل، فهو ناتج عن شعور الضمير بالذنب تجاه الحياة ، وإحساس بعدم تحقيق الشخص لإمكانياته القيمة. ويزداد القلق كثافة في عصرنا الحالي بسبب افتقارنا للقيم الرئيسية في مجتمعاتنا والاعتراب والعزلة. (فرج، 2009)

- **النظرية الإنسانية** : تعتبر المدرسة الإنسانية امتدادا للفكر الوجودي ، و يؤكد أصحابها على أن القلق هو خوف من المستقبل وما قد يحمله من أحداث قد تهدد وجوده أو إنسانيته ، فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يعرف نهايته الحتمية ، وان القلق ناتج عن شيء مرعب يشكل تهديد لمفهوم الذات ويعتقدون ان القلق ينتج عندما نعيق اسباب الحالات النسبية العادية والاساسية للإنسان.

- يرى "ماسلو" Maslow " أن القلق ينتج عن عدم إشباع الحاجات ، وهذا الاعتقاد نابع من نظريته الشهيرة حول هرم ماسلو

- أما " كارل روجرز " Rogers Carl " فيرى أن الإنسان يشعر بالقلق حين يجد تعارضا بين الذات الواقعية الممارسة وبين الذات المثالية ، أي أن هناك تعارض بين ما يعيشه وبين مفهومه لذاته، ويرى ان عدم ادراك الفرد لدوافعه اللاشعورية هي التي تشكل سبب قلقه، وان خبرات الفرد المؤلمة والتي يفشل في دمجها في شخصيته هي مصدر رئيسي للقلق الذي يعاني منه، وان الفرد لا يستطيع ان يصف و يشرح اسباب قلقه، لذلك لا يكون قادرا على فهمها والتعامل معها . (فرج، 2009)

6- الأساس الفيزيولوجي للقلق:

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه " السمبتاوي " و " الباراسمبتاوي " ومن ثم زيادة نسبة " الأدرينالين " و " النور أدرينالين " في الدم.

ومن علامات تنبيه الجهاز العصبي السمبتاوي :ارتفاع ضغط الدم، تزايد ضربات القلب، جحوظ العينين، تحرك السكر في الكبد وتزايد نسبته في الدم، شحوب الجلد، زيادة التعرق، جفاف الحلق، ارتجاف الأطراف، ضيق التنفس.

ومن علامات تنبيه الجهاز العصبي الباراسمبتاوي: كثرة التبول، الإسهال، وقوف الشعر، زيادة الحركات المعوية، اضطرابات الشهية والهضم والنوم. (huot، 2004)

إن المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو " الهيبوثالاموس "، الذي يمثل مركز التعبير عن الانفعالات، لاتصاله الدائم ب " المخ الحشوي " الذي يمثل مركز الإحساس بالانفعالات، كذل كف " الهيبوثالاموس " على اتصال بقشرة المخ لتلقي التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين (قشرة المخ، الهيبوثالاموس، المخ الحشوي)، ومن خلال هذه الدائرة نحس ونعبر عن انفعالاتنا، وهي تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية، وتتمثل الموصلات

المسئولة عن ذلك في: السيروتونين، النور أدرينالين، والدوبامين، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء آخر، مع وجود الاستيلكولين في قشرة المخ. (اسيا، 2001-2012)

ويتميز الفرد القلق فسيولوجيا بدرجة كبيرة من الانتباه واليقظة في وقت الراحة، مع بطء التكيف مع استمرار التعرض للموقف. والمركز الأعلى للجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيوثالاموس وهو مركز الإحساس بالانفعال، وهو على اتصال بقشرة المخ لتلقي التعليمات منها للتكيف مع المنبهات الخارجية، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ الهيوثالاموس والمخ الحشوي، ومن خلال هذه الدائرة نعبر ونحس بانفعالاتنا. وان هذه الدائرة تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وان الموصلات العصبية عن ذلك هي السيروتونين، النورادرينالين والدوبامين مع وجود الاستيلكولين في قشرة المخ، وان النظريات الحديثة في أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هي خلل في توازن هذه الموصلات العصبية. كل ذلك يجعلنا نؤمن انه من الممكن التأثير في الانفعالات المختلفة خصوصا القلق والاكتئاب بإيجاد نوع من التوازن في هذه الموصلات، وهو ما يحدث مع العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب. (عوض الله سلامة يوسف مصطفى، 2008)

لذا تفسر النظريات الحديثة مختلف الأمراض النفسية والعقلية بوجود خلل في توازن الموصلات العصبية، لذا يمكن التأثير في مختلف الانفعالات بإحداث نوع من التوازن في هذه الموصلات، وهو ما يحدث مع مضادات القلق والاكتئاب.

7- أعراض ومحاكات تشخيص القلق:

من الهمية التفريق بين القلق كتشخيص في حد ذاته وغيره من الاضطرابات النفسية، وذلك على الرغم من ان القلق عرض شائع في معظم الاضطرابات النفسية، ولا يظهر كعرضا وحيدا ويصاحبه درجة من الاكتئاب، يقول "لادرونج" 1996 : ان بعض الاعراض الاكتئابية شائعة مع القلق ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بنفس الدرجة وقد يتغلب احدهما على الاخر. وقد بذلت محاولات كثيرة لدراسة العلاقة بينهما وبقيت مشكلة غير محسومة على اهمية التفريق بينهما، نظرا للفروق في العلاج والمآل pronostic او التنبؤ بسير المرض.

لكي يكون هناك تشخيص سليم من الافضل ان يكون هناك فحص جسمي ونفسي دقيق يجري على المريض بالنظر الى ما يصاحب القلق من اضطراب شديد في الجهاز العصبي المستقل (السمبتاوي وغير السمبتاوي) وفي افرازات الغدد الصماء واجهزة التنفس والدوران والهضم، لمعرفة ما اذا كانت الحالة غير ناجمة عن امراض عضوية حقيقية، وكذلك ليكون التشخيص سليما يجب ان يكون الفحص النفسي عميقا للتأكد من ان ظاهرة القلق نقية ومستقلة وليست عرضا لمرض نفسي اخر، وقد وضع اطباء وعلماء النفس معايير وعلامات لتشخيص الامراض النفسية ومن بين اهم تلك التصنيفات تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر (I C D 10) international classification of disease و دليل تشخيص

الجمعية الطبية النفسانية الامريكية الرابع والخامس Diagnostic & statistical manual of mental disorders (DSM V) . (زعر، 2010)

على المعالج النفسي الا يستعجل تشخيص حالاته المرضية من خلال الوقوف فقط على المظاهر العصابية واهتمامه بالمبول المرضية النفسية فقط، بل من واجبه ان يولي الاعراض الجسدية اهتمامه ايضا ، والمظاهر النفسية المرضية تكون اثار واعراض لها، ومعرفة هذا قد يجنبنا صرف الكثير من الجهد والوقت والمال من اجل علاج نفسي بدون فائدة، وتقويت الفرصة على المريض من ان يأخذ علاجه الصحيح ، بل ربما قد تتأزم حالته قبل فوات الوقت.

وفيما يلي نذكر نتطرق الى مختلف الاعراض التي تظهر عند الافراد المصابين بالقلق.

7-1-الأعراض البدنية :

- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.
 - نوبة من الدوخة والإغماء.
 - تتميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.
 - غثيان أو اضطراب المعدة.
 - الشعور بألم في الصدر.(mentale، 2016)
 - فقد السيطرة على الذات .
 - نوبات العرق بدون ارتفاع الحرارة.
 - الأحلام المزعجة.
 - التوتر الزائد. (حسون، 2004)
- 7-2-الأعراض النفسية :**

- الخوف المبهم الذي لا مصدر له ولا مبرر ولا تفسير له.
- حساسية سريعة ، تهيج لأتفه الاسباب والنفور من الاصوات والضوضاء.
- نوبة من الهلع التلقائي.
- الارق ، اضطرابات النوم والكوابيس.
- الانفعال الزائد. (عثمان ف.، 2001)
- عدم القدرة على الإدراك والتمييز.
- فقدان الشهية للطعام مع فقدان الوزن او زيادة الشهية وزيادة السمنة.
- صعوبة في التركيز ونسيان الأشياء، الشعور انه قد تغير عن سابق عهده او تغير العالم المحيط به.
- الخوف من الجنون ، وخاصة في حالة تكون مصحوبة بأعراض الوسواس القهري قد تؤدي حالة القلق المزمن الى الاعياء والكأبة والقنوط، ولمحاولته الهروب من الواقع المرير يلجا المريض الى استهلاك الخمر او تناول الادوية المهدئة والمنومة. (زعر، 2010)
- زيادة الميل إلى العدوان.

ويكون القلق عرضاً شائعاً عند الاضطرابات السيكوسوماتية والامراض الجسمية مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري القرحة المعدية والقولون العصبي والامراض القلبية مثل الذبحة الصدرية وجلطة الشرايين التاجية ، الربو الشعبي ، روماتيزم المفاصل، زيادة افراز الغدة الدرقية، فقدان الشهية العصبي، وكذلك الامراض الجلدية. (الوايلي، 2003)

7-3-الأعراض الاجتماعية: من أهمها تجنب التواصل مع الآخرين، الذي يفضي للعزلة والاكنتاب، ضعف القدرة على العمل والانتاج وسوء التوافق الاجتماعي وسوء التوافق المهني وقد يصل الى السلوك العدائي وغير المضبوط اجتماعياً.

زيادة حساسية والحرص امام الآخرين، الشعور بتداعي الثقة بالنفس ، الخوف من متابعة الآخرين والشعور بقلق المريض والشعور بارتياحه في نفسه، عدم القدرة على القيام بالأنشطة المعتادة كالأكل والتنزه او الذهاب الى المطاعم او الاماكن العامة، الخوف من ان يفلت زمام الامور والقيام بأشياء محرجة كالإغماء او الاضطراب للفرار. (سلامة، 2008)

7-4- الأعراض الجسمية: هي مجموعة الاستجابات الفيزيولوجية التي تتضمن تغيرات لأجهزة الجسم، وقد تتحول مع مرور الوقت إلى اضطرابات صريحة ويؤثر القلق على مختلف أجهزة الجسم كالتالي:

7-4-1-الجهاز القلبي الدوري: يشعر الفرد بآلام عضلية فوق القلب وفي الجهة اليسار، الإحساس بسرعة دقات القلب وعدم انتظامها وبوجودها في كل مكان، ارتفاع ضغط الدم.

7-4-2-الجهاز الهضمي: يعد من أهم الأجهزة التي يؤثر عليها القلق، من خلال صعوبة البلع، الغثيان والقيء، الإسهال أو الإمساك، الشعور بالمغص الشديد، نوبات التجشؤ المرافقة للانفعالات.

7-4-3-الجهاز التنفسي: يشعر بصعوبة في التنفس ولا يستطيع التحكم في التنفس، نظراً للشعور بضيق الصدر وصعوبة استنشاق الهواء، سرعة التنفس التي تؤدي إلى طرد ثاني أكسيد الكربون الامر الذي يؤدي الى سلسلة من التغيرات في التوازن الفسيولوجي ومنها تغيير درجة حموضة الدم وثقل الكالسيوم النشط في الدم، مما يثير الشعور بالتنميل في الأطراف، وتقلص العضلات، والدوار والتشنجات العصبية، وأحياناً الإغماء. (عثمان ف، 2001)

7-4-4-الجهاز العصبي: عند فحص الجهاز العصبي يظهر القلق في شدة الانعكاسات العميقة للمصاب، مع اتساع حدقة العين، ارتجاف الأطراف وخاصة الأيدي، مع الشعور بالدوخة والدوار والصداع.

7-4-5-الجهاز البولي والتناسلي: حيث يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول وضرورة إفراغ المثانة

وقد يحدث عكس ذلك من احتباس للبول، فقدان القدرة الجنسية عند الرجل (العنة) أو ضعف الانتصاب أو سرعة القذف، والبرود الجنسي (عند المرأة) واضطرابات الطمث والألام الشديدة المرافقة له.

7-4-6- الجهاز العضلي: تظهر أعراض مثل آلام عضلية في الساقين والذراعين والظهر والرقبة والصدر، والاعياء والانهاك الجسدي ، التوتر والحركات العصبية والرعشة والارتجاج في الصوت. (القاعود، 2013)

7-4-7- اعراض جلدية : غالبا ما يكون القلق عاملا اساسيا في نشأة الكير من الامراض الجلدية كحب الشباب ، الاكزيما، الصدفية ، سقوط الشعر.
جدول رقم(06) يبرز الاضطرابات الايضية التي يصاحبها عرض القلق (زعتز، 2010)

نوع الاضطراب	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية
نقص فيتامين ب (1) - مزمن (مرض بري بري) - حاد (عطل دماغي من نوع فيرنيكية) Wernicke ²	تناذر نوراستني ³ ومظاهر قلق وانهيار وتناذر وخبل ⁴	عدم كفاية القلب (insuffisance cardiaque) مع تورم الاطراف ومظاهر عصبية وانعدام التأزر وتشويش الرؤية.
عدم كفاية البنكرياس (insuffisance pancréatique)	حالات هياج قلبي اضطرابات وعي تشبه حالات الذهان الارتعاشي	الام معدية حادة مع غثيان وقيء احيانا حالة صدمة مع او بدون فقدان الوعي
نقص السكر في الدم hypoglycémie	تعب ونزق ⁵ ومظاهر قلق تظهر على شكل نوبات خفيفة مع هياج واضطرابات وعي يمكن ان	علامات بسيطة (ارتجاج، عرق تسارع النبض) علامات متطورة (تشنجات عضلية ، علامات بابنكسي وفقدان وعي كلي

¹مرض بري بري ينجم عن نقص فيتامين ب غالبا بسبب سوء التغذية
²فيرنيكية Wernicke : عطل دماغي يطال المساحات الثانية والثالثة للمنطقة الخلفية للفص الصدغي ، يتجلى بسوء الفهم وبغرابة الحديث
³نوراستنيا : العياء او ضعف تحسسي مزمن للجهاز العصبي ينعكس بالتعب
⁴خبل confusion : حالة من التباس الوعي التي تشبه حالة التخدير او السكر
⁵نزق irritabilité : حالة استنفار نفسي تظهر بشكل انفجارات غضب او فرح غير منتظرة.

	تصل حدود فقدان وعيه	
اضطرابات هضمية اضطرابات عصبية محيطية	نزق مع نوبات بكاء وقلق وارق وهاجس المرض وتناذر خبل او نوام وحالات انهياريه	البرفيرية porphyrine

جدول رقم (07) يبرز امراض القلب والشرايين التي يصاحبها عرض القلق (زعتر،
2010)

نوع المرض	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية
الاحتشاء القلبي infarctus myocardi	المرحلة الحادة قلق بالغ مع خوف من الموت هياج او خمول نفسي حركي وفي 20% من الحالات تظهر حالة خبل حادة مع ذهول او هياج مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد و انهيار ثم فترة استعادة التوازن	الام حادة في منطقة القلب تبدا بشكل حاد ومفاجئ ويمكن ان تمتد الى الظهر او اليد اليسرى مع غثيان وازرقاق الاطراف وهبوط وتسارع النبض
ارتفاع ضغط الدم HTA	وهن نفسي جسدي نزق وتغير المزاج مظاهر قلق وانهيار وارق فترات خبل عابرة خاصة اثناء الليل	خفقان القلب وعثرة التنفس والام في منطقة القلب تضخم القلب (المرحلة 2) صداع ودوران

عثرة التنفس ، سعال جاف مشاكل تنفس انحباس البول وتضخم القلب و الكبد مع ازرقاق وانتفاخ الاوردة	قلق واضطراب نوم ليلي ارق واحلام مزعجة فترات خبل وهذيان واحيانا محاولات انتحار	عدم كفاية القلب Insuffisance cardiaque Compensée
--	--	---

8- تصنيف القلق: عرف القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR بأنه " حالة من الخوف من شر سيحدث وتوتر مستمر وعدم استقرار ، وتوقع القلق يكون داخليا أو خارجيا " فاضطرابات القلق تعد فئة مستقلة ضمن هذا الدليل التشخيصي، ويصنف القلق وفقا للمعايير التشخيصية الاكليكنية في هذا الدليل إلى :

8-1- اضطراب الهلع panic attack: فترة تتميز بالخوف الشديد والانزعاج يحدث مجموعة من الأعراض التالية: خفقان وتزايد سرعة القلب، ارتعاش، تعرق، الإحساس بالاختناق، غثيان، خوف من فقدان السيطرة، خوف من الموت... (الامريكية، 2007)

8-2- رهاب الأماكن المفتوحة agoraphobie: يتميز بمجموعة الأعراض التالية :
a- القلق من أن يكون الشخص المصاب في مواقف أو حالات قد يكون الهروب منها صعبا (أو محرجا) أو لا تكون المساعدة ممكنة في حال حدوث هجمة هلع غير متوقعة (الوجود ضمن حشد أو صف أو على جسر أو السفر في حافلة أو قطار أو طائرة)

b- يجري تجنب المواقف (مثلا أن يحدد السفر) أو يجري تحملها مع ضائقة شديدة أو مع قلق من أن يحدث لدى الشخص هجمة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع أو يتطلب وجود مرافق.

c- لا يعطل القلق أو التجنب الرهابي باضطراب عقلي آخر ، كالرهاب الاجتماعي (تجنب المصاعد) أو اضطراب وسواسي (تجنب القذارة) أو اضطراب ما بعد الصدمة (تجنب المثيرات المصاحبة لعامل الصدمة الشديد) أو اضطراب قلق الانفصال (تجنب مغادرة المنزل أو الأقارب). (الامريكية، 2007)

8-3- اضطراب الهلع بدون رهاب الأماكن المفتوحة panic disorder without agoraphobies: يتميز بوجود الأعراض التالية :

A - 1- هجمات هلع معاودة غير متوقعة.

2- واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر من واحد أو أكثر من الأعراض التالية:

* قلق مستديم من حصول هجمات إضافية .

* قلق حول مضمون الهجمة أو أثارها (فقدان السيطرة، حصول نوبة قلبية، الجنون).

* تغيير بارز في السلوك يتعلق بالهجمات.

- B- غياب رهاب الأماكن المفتوحة.
- C- لا تتجم هجمات الهلع عن تأثيرات فيزيولوجية (مثل سوء استخدام عقار أو تناول دواء) أو حالة طبية عامة (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).
- D- لا تغل هجمات الهلع باضطراب عقلي آخر مثل الرهاب الاجتماعي أو رهاب نوعي أو اضطراب وسواس قهري أو اضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب قلق الانفصال. (الأمريكية، 2007)

4-8- رهاب الأماكن المفتوحة دون اضطراب هلع: يتميز بوجود الأعراض التالية:

- a- وجود رهاب الأماكن المفتوحة المرتبط بالخوف من حدوث أعراض شبيهة بالهلع.
- b- لم تتحقق معايير اضطراب الهلع أبداً.
- c- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة أو حالة طبية عامة.
- d- إذا كانت هناك حالة طبية عامة ومرافقة فإن الخوف في المعيار a يكون زائداً عن الخوف المرافق للحالة عادة.

5-8- الرهاب النوعي أو البسيط : phobia specific يحدد من خلال المعايير التالية:

- A خوف ملحوظ ومستديم وزائد وغير معقول تكون إشارة البدء فيه وجود أو توقع موضوع أو موقف محدد (الطيران ، المرتفعات ، الحيوانات ...)
- B يحرض التعرض للمنبه الرهابي دائماً تقريباً (استجابة قلقية مباشرة قد تتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة بالموقف)
- C يدرك الشخص أن ذلك الخوف مبالغ فيه أو غير معقول.
- D يجري تجنب الموقف أو تحمله مع قلق شديد.
- E يتدخل التجنب أو التوقع القلبي من المواقف المخيفة بشكل بارز في الأنشطة أو العلاقات الاعتيادية من مهنية إلى اجتماعية.
- F عند الأشخاص الذين يقل أعمارهم عن 18 سنة تكون المدة 6 أشهر على الأقل.
- G لا يعلل القلق أو هجمات الهلع أو التجنب الرهابي المرافقة لموضوع باضطراب عقلي آخر، كالاضطراب الوسواسي القهري أو اضطراب ما بعد الصدمة، قلق الانفصال ، الرهاب الاجتماعي.

6-8- الرهاب الاجتماعي social phobie : يتميز بالأعراض التالية

- A خوف واضح من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية التي تتضمن الأداء أو الانجاز والتي يتعرض فيها الشخص لأناس غرباء أو لاحتفال فحص أو مراقبة من الآخرين له.
- B يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق بشكل دائم تقريباً ويتخذ شكل هجمة هلع مرتبطة بظرف محدد.
- C يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه وغير معقول.
- D يجري تجنب المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة أو يتحملها الشخص مع قلق شديد.

E يؤثر التجنب أو توقع القلق في المواقف الاجتماعية بشكل بارز في الأنشطة الاعتيادية من حيث الأداء المهني والاجتماعي.

F تكون المدة لدى من تقل أعمارهم عن 18 سنة 6 أشهر على الأقل.

G لا ينجم الخوف أو التجنب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (عقار أو دواء) أو عن حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر.

7-8- اضطراب الوسواس القهري obsessive-compulsive disorder: يتميز بالأعراض التالية :

A- وجود إما وساوس أو أفعال قهرية : تعرف الوسواس :

1- أفكار أو اندفاعات أو صور معاودة ومستديمة يختبرها المريض في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها تطفلية وغير مناسبة وتسبب قلقا.

2- ليست الأفكار أو الاندفاعات أو الصور مجرد انشغالات قلقية مفرطة عن مشاكل الحياة الواقعية .

3- يحاول المصاب ان يتجاهل أو يقمع هذه الأفكار أو تعطيلها بأفكار أو أفعال أخرى.

4- يدرك المصاب أن الأفكار الوسواسية نتاج عقله (ليست مفروضة عليه من الخارج). تعرف الأفعال القهرية:

1- سلوكيات متكررة (مثل : غسل اليدين ، الترتيب ، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل : الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر فيها المريض انه مجبر لأداء استجابة لوسواس ، أو وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة .

2- تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الضيق أو منع حادث أو موقف فظيع، غير أن هذه السلوكيات أو الأفعال القهرية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتعطيله أو منعه أو أنها مفرطة.

B- إدراك المصاب في سير الاضطراب ، أن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة.

C- تسبب الوسواس والأفعال القهرية ضيقا واضحا ومضيقا للوقت ، أو تتدخل بشكل بارز في الأداء الوظيفي أو الأنشطة الاجتماعية.

d- إذا وجد اضطراب آخر من المحور I ، فإن محتوى الوسواس أو الأفعال القهرية لا يكون محصورا به (مثل الانشغال بالأكل في وجود احد اضطرابات الأكل ...)

e- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (سوء استخدام عقار ، تناول دواء) أو حالة طبية عامة.

8-8- اضطراب قلق ما بعد الصدمة: post traumatic disorder يتميز بالأعراض التالية :

A تعرض الشخص لحادث صدمي.

B استعادة خبرة الحادث الصدمي بشكل مستديم بطريقة أو أكثر.

C تجنب مستديم للمثيرات المصاحبة للصدمة وتخدير الاستجابة العامة (غير الموجودة قبل الصدمة).

D أعراض مستديمة من الإثارة واليقظة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) .

E مدة الاضطراب (الأعراض a,b,c,d) أكثر من شهر .

F- يسبب الاضطراب ضيقا هاما أو اختلالا في الأداء الاجتماعي والمهني.

8-9- اضطراب القلق المعمم général anxiété disorder: يتميز بالأعراض التالية:

A قلق زائد وانشغال قلقي يحدث اغلب الوقت لمدة 6 أشهر على الأقل حول عدد من الحوادث أو الأنشطة (الانجاز في العمل أو المدرسة).

B- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال القلبي.

c- يصاحب القلق والانشغال ثلاث أو أكثر من الأعراض التالية :

- إحساس بالتوتر أو ضيق - سهولة التعب - صعوبة التركيز - استثارة - توتر عضلي - اضطرابات النوم (صعوبة الدخول في النوم أو البقاء فيه أو النوم المتقطع).

d- بؤرة القلق ليست محصورة في مظاهر احد اضطرابات المحور 1، مثال : لا يكون القلق -محصور في هجمة هلع أو الحرج أمام الملا...

e- يسبب القلق أو الأعراض الجسدية ضيقا إكلينيكيًا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني.

f- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة (تناول عقار أو مادة) أو عن حالة طبية عامة ، ولا يحدث حصرا أثناء اضطراب المزاج أو اضطراب دهاني أو اضطراب نمائي شامل.

8-10- اضطراب القلق الناجم عن : (اشر إلى الحالة الطبية العامة): يتميز بالأعراض التالية

a- قلق بارز أو هجمات هلع أو وساوس أو أفعال قهرية تسيطر على الحالة الإكلينيكية.

b- ثمة دلائل من القصة ، أو الفحص الجسدي على أن الاضطراب هو عاقبة فيزيولوجية مباشرة لحالة طبية عامة.

c- لا يعلل الاضطراب إلى اضطراب عقلي آخر.

d- لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير حالة الهذيان.

e- يسبب الاضطراب ضيقا مهما أو اختلالا في الأداء الاجتماعي والمهني.

8-11- اضطراب القلق المحدث بمادة anxiety disorder substance – induced : يتميز بالأعراض التالية :

a- قلق بارز أو هجمات هلع أو وساوس أو أفعال قهرية تسيطر على الحالة الإكلينيكية.

b- ثمة دلائل من القصة أو الفحص الجسدي أو الموجودات المخبرية على وجود أما:

1- أن تكون الأعراض في المعيار a قد تطورت خلال أو غضون شهر من التسمم أو

الامتناع.

2- أن يكون استخدام الدواء على علاقة سببية بالاضطراب.

c- لا يعلل الاضطراب باضطراب قلقي غير بمحدث بمادة ، والدلائل على أن الأعراض تفسيرها اضطراب قلقي غير محدث يمكن أن تتضمن : الأعراض تسبق بدء استخدام المادة وهي تستمر لفترة مهمة من الوقت بعد توقف الامتناع الحاد أو التسمم.

d- لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير حالة الهذيان.

f- يسبب الاضطراب ضيقا مهما أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني.

8-12- اضطراب القلق غير المحدد في مكان آخر anxiety disorder not otherwise specified

: تتضمن هذه الفئة الاضطرابات التي يكون فيها القلق أو التجنب الرهابي بارزين والتي لا تحقق معايير اضطرابات القلق النوعية أو اضطراب التأقلم مع قلق، أو اضطراب التأقلم مع قلق مختلط بمزاج اكتئابي وتشمل الأمثلة :

1- اضطراب القلق الاكتئابي المختلط: أعراض قلق واكتئاب بارزة إكلينيكية ، لكنها لا تحقق سواء لاضطراب كزاج نوعي أو لاضطراب قلق نوعي.

2- أعراض رهاب اجتماعية ذات شان إكلينيكية مرتبطة بالأثر الاجتماعي من حصول حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي (مثل داء باركينسون ، الحالات الجلدية ، التأتأة ...).

3- الحالات التي يكون الاضطراب فيها شديدا بما يكفي لكي تستوجب تشخيصا لأحد أعراض القلق لكن الشخص يخفق في الإفادة عن أعراض كافية من أجل تحقيق معايير كاملة لأي اضطراب قلق نوعي.

3- حالات يستنتج فيها الطبيب أن أعراض القلق الموجودة لكنه غير قادر على تحديد إذا كان بدنيا أو ناجما عن حالة طبية عاما أو محدث بمادة. (الأمريكية، 2007)

9- قياس القلق: احتاج الباحثون إلى أدوات تساعدهم في التعرف على وجود القلق ودرجته لدى المرضى ، لدى جاءت عدة محاولات في حركة القياس ، وكانت البداية مع "جانيت تايلور" للقلق الصريح 1951 ثم نشطت بعد ذلك البحوث والدراسات حول القلق ، إذ أحصى "سبيلبرجر" 1500 بحث ومقال وكتاب نشر بين 1950 و1964 ، و2064 أخرى بين 1970 و1974 ، واعد "كاتل" مقياسا للقلق تعرض لانتقادات كثيرة ثم اعد "سبيلبرجر" مقياسا آخر . (فرج، 2009)

10-1- اختبار حالة وسمة القلق لسبيلبرجر: state – trait anxiety inventory

يعد مقياس القلق بوصفه حالة وسمة الامتداد الطبيعي لنظرية حالة وسمة القلق والتعبير المباشر عنها بلغة القياس، صمم هذا الاختبار من طرف Gorsuch, Lushun, Speilberger سنة 1970 تحت عنوان اختبار حالة وسمة القلق (state – trait anxiety inventory) ويشمل مقياسين منفصلين يعتمدان اسلوب التقدير الذاتي وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق، الاول حالة القلق والثاني سمة القلق، ويتألف من مقياسين فرعيين يعتمدان اسلوب التقرير الذاتي هما: مقياس حالة القلق s-anxiety scale ويتكون من عشرين عبارة تقريرية تستهدف تقدير مشاعر المبحوث في الظرف الراهن او في هذه

اللحظة، ومقياس سمة القلق T- anxiety scale يتضمن عشرين عبارة تقريرية تستهدف مشاعر المبحوث بشكل عام.

ويستخدم كأداة بحث لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الاسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسية وعصبية او عضوية، او الذين ستجرى لهم عمليات جراحية، والعديد من المواقف الاخرى الضاغطة التي تثير في النفس البشرية مشاعر القلق، وقد استخدم هذا المقياس على نطاق واسع لتقدير القلق لدى المرضى جسميا وحالات المرض الجسمي النفسي وحالات المرض النفسي ، كما اثبت هذا المقياس جدواه في تحديد الاشخاص ذوي المستويات العليا من القلق العصابي.(حكيمة، 2007)

وانسجاما مع التعريف الخاص بمفهوم حالة القلق فان السمات او الجوانب الاساسية التي يتناولها مقياس حالة القلق هي مشاعر الخوف او التوجس والتوتر والعصبية والهم او الضيق، ويشير الدليل الخاص بالمقياس ان الدرجات على مقياس حالة القلق تزداد عند الاستجابة للأخطار الجسمانية والتعرض للضغط النفسي، وبالمقابل فان مقياس سمة القلق يقيس الفروق الفردية الثابتة نسبيا في القلق. (مخائيل، 2003)

مقياس القلق العام "كاتل": وضع مقياسا للقلق العام يقيس القلق بطريقة سريعة موضوعية ومقننة ، ويمكن تطبيقه على جميع المستويات التعليمية ، وهو ملائم للأعمار 14 و 15 سنة فأكثر ويمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا كما يصحح بسهولة ويتكون المقياس من 40 سؤالاً منها 20 تقيس القلق الظاهر و 20 تقيس القلق الخفي ولكل سؤال 03 إجابات بديلة . (عثمان ف، 2001)

9-2- مقياس قلق الموت: يمكن اعتبار قلق الموت احد أنظمة القلق التي هي أساس كل قلق ، فيرى "كارل يونج" أن قلق الموت مصدر أساسي للخوف العصابي . بينما يعتقد "ارنست بيكر" أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية تصنف ضمن إطار الخوف من الموت، في حين يعتقد " أدلر" أن المرض العقلي يكون نتيجة الفشل في تجاوز الخوف من الموت، أما "ستانلي هول" فيتحدث عن نوع من الفوبيا هو خواف الموت ، وهناك العديد من مقاييس قلق الموت منها : مقياس قلق الموت "دونالد تمبلر" 1967 – مقياس "كوليت – ليستر" 1969 – مقياس "ديكستان" 1972 – استخبار قلق الموت " كونت" 1982 ... (عثمان ف، 2001)

9-3- مقياس قلق الاختبار: يمكن قياس قلق الاختبار من خلال " قائمة قلق الاختبار لسبيلبرجر" وتعد مقياسا نفسيا لتقييم الذات اعد لقياس الفروق الفردية في قلق الاختبار باعتباره موقفا محددًا لسمة الشخصية ، يحتوي (20) عبارة لكل عبارة (04) اختيارات يختار منها المفحوص ما يناسبه ، ويحتوي على عاملين هما الاضطراب والانفعالية .

9-4 - مقياس القلق الاجتماعي: قدم "ليري" 1983 المقياس الذي يكون من (27) عبارة لكل منها سبعة بدائل ، ويشتمل على جانبين : الأول يعد تقريراً ذاتياً بالقلق كالعصبية والتوتر

والانزعاج والخجل ، أما الثاني فبتعامل مع خبرة القلق في المواقف الاجتماعية (عثمان ف، 2001)

10- علاج القلق:

إن علاج السلوك المرضي يعد مهمة معقدة للغاية قد يتطلب للقضاء عليه اعتماد وسائل كثيرة كالعلاج بالصدمات الكهربائية والعلا الكيميائية أو العلاج بالجراحة ، وهذه الطرق الأخيرة تقدم على أساس الاعتقاد بأن التغيرات الجسمية أو الكيميائية التي تحدث في الجسم يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في سلوك المريض ، أما استعمال الوسائل النفسانية فهي على خلاف ذلك فمبحث المشكلات النفسية بصفة خاصة لا يمكن أن يتم فقط داخل العيادة النفسية بل لابد من الاهتمام بالخلفية الأسرية والاجتماعية ، فالاضطرابات السيكولوجية من خلال النظرة الاجتماعية ليست سوى انسحاب ورفض للمجتمع والتمرد على قيمه وتقاليد ، لذا يجب التفكير في وضع الحلول للمشكل المرضي وتحديد مواطن الخلل في الظروف والعلاقات الاجتماعية ، لذا فعلاج مشكلة القلق تختلف حسب الفرد وشدة قلقه ووسائل العلاج المتاحة له (fernandez، 2004)

وأهم الطرق العلاجية ما يلي :

10-1-العلاج النفسي : هو طرق نفسانية ذات خلفية نظرية ، لعلاج مشكلات ذات صبغة وجدانية تؤثر سلبا على سلوك الفرد فتحدث اضطرابا في شخصيته والعلاج النفسي ضروري لا تستغني عنه كل الطرق العلاجية خاصة في العلاج العصابية ، حيث يعتمد أساسا على فكرة الاضطرابات النفسية التي عادة ما تقود إلى أمراض عضوية خطيرة تعود في جوهرها على اضطراب نفسي عميق وقديم ومن بين العلاجات النفسية العديدة للقلق نذكر : 10-1-1-العلاج النفسي التحليلي : وهو من بين العلاجات التي لا تركز على دواء ويساعد على استدراج المخفيات من ساحة اللاشعور إلى ساحة الشعور عن طريق التعبير التلقائي الحر ومساعدة المريض على حلها في ضوء الواقع وعليه يبقى هدفه الأساسي هو أحداث تغيير شامل في بناء الشخصية بالاعتماد أساسا على العودة إلى الماضي للبحث عن جذور الاضطراب النفسي منذ الطفولة المبكرة وإزالة معوقات الرغبة الشخصية. (اجلال، 2000) وهذا العلاج يتطلب الكثير من الوقت والجهد والمال وعموما لا يطبق هذا العلاج بكل حذافيره في الجزائر إلا نادرا نظرا لعامل الثقافة والحضارة الذي يلعب دورا مهما في تكوين الشخصية ودرجة تفاعلها مع المجتمع كذلك فإن إمكانية العلاج بهذا النوع يبقى محدودا على عدد قليل في مقابل عدد مرضى الاضطرابات النفسية الكثيرين ، لذا فإنه هناك (صعوبة تطبيق هذا العلاج لطبقة منتقاة من المجتمع لها إمكانياتها المادية للعلاج 5 مرات أسبوعيا لمدة تصل أحيانا إلى 5 سنوات ، ثم قدرة ذكاء فوق المتوسط حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظيا ولكي يستوعب تفسير العلاج ، وسن معينة عادة أقل من (40) ثم الإيمان الراسخ بالتحليل النفسي كوسيلة للعلاج ، أما من لا يتحل بهذه الصفات فقد حرم عليه التحليل النفسي ويعتبر غير صالح لهذا النوع من العلاج (نور الدين، 2010).

10-1-2- العلاج النفسي السلوكي المعرفي : يقوم هذا العلاج على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم والقوى الإدراكية , كما يشمل على مجموعة عديدة وكبيرة من التقنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في التفكير وسلوك الفرد وهو يهتم بإزالة الأعراض المباشرة دون البحث عن الصراعات النفسية وجذورها والصدمات الطفيلية. (عكاشة، 2000)

ويهتم العلاج السلوكي بمحو السلوك الخاطئ أساس السلوك المرضي وتغييره بالسلوك السليم , كما أن العلاج المعرفي ينظر إلى الأفكار والمعتقدات الخاطئة على أنها هي أساس القلق لذا فإنه يتجه إلى تعديل المنظومة الفكرية للمريض وتغيير ذلك التشويه فيما يسمى بثلاثية السلبية المعرفية أي أنه يفسر الحاضر والماضي والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية مثل ذلك :

التضخيم: حيث أن المريض يجعل من المشاكل البسيطة المختلفة ذات حجم كبير في نظره. (العزائم، 2004)

- **التعميم الزائد:** مثل الفتاة التي يحترق لها الغذاء فتعمم ذلك على أنه لا مستقبل لها في المطبخ

الاستنتاج الخاطئ : فإذا مر عليه صديقه ولم يسلم عليه فهم من ذلك أنه يصبح يكرهه "التسمية الخاطئة" : فإذا أصدر الأستاذ نصيحة إلى تلاميذه بأنه تغير في إنهاء البحث , فهذا يعني أنه سبه وأهانته وصرخ في وجهه (عثمان ف.، 2001).

(إن النظم المعرفية للإنسان تعتمد على الثقافة والحضارة والتعلم البيئي لذا يجب عدم استيراد النظم المعرفية الغربية ولكن يجب تقنين العلاج المعرفي الخاص بالقيم الأخلاقية والدينية والذي يلاءم تفكيرنا ومعتقداتنا).

10-2-العلاج البيئي والاجتماعي : بعد دراسة حياة المريض وظروفه المختلفة يمكن تشخيص مصادر القلق إن وجدت وتغيير الوضع العائلي أو المحيط الاجتماعي أو الدفع نحو التكيف معه أو ظروف العمل غير المناسبة أو كل ما من شأنه أن يؤدي إلى صفاء وطمأنينة المريض (شيهان، 1988) .

10-3-العلاج بالعقاقير : يستحسن في بعض الحالات من القلق إعطاء المريض أدوية ذات توجه نفسي بل هناك حالات يكون تناول الدواء فيها ضروري خاصة في حالات القلق الشديد أن نوبات الهلع الحادة وذلك قبل إخضاعه لأي برنامج علاجي نفسي , يكون هذا عن طريق أعضاء بعض العقاقير المنومة أو المهدئة وهذا ما يساعد على تقليل التوتر العصبي والإحساس بالراحة الجسدية وهناك أنواع دوائية عديدة فعالة في علاج اضطراب القلق ويمكن القول أن كل الأدوية المثبطة تملك مفعولا مضادا للقلق (شيهان، 1988)

ومن أهم الفصائل الدوائية المستخدمة في علاج القلق نذكر:

10-3-1- عائلة المهدئات:

هي اكثر انواع المهدئات شهرة وانتشارا على مستوى العالم، وتستعمل لتخفيف قصير المدى للقلق الحاد، تعتبر الخيار الاول لتنويم الجهاز العصبي المركزي، يشمل العلاج طويل المدى المتعلق بحالات القلق الشديد، تسبب الهذوء وتزيل القلق والتوتر بدون ان تسبب النعاس في جرعات صغيرة مثل مركبات البنزوديازيبين benzodiazépines: كالفاليوم والليبيريوم، وهي تسبب الادمان وقد ادرجت من قبل منظمة الصحة العالمية مع الخمر والمنومات في مجموعة واحدة.

عائلة المنومات: هي ادوية تسبب النوم في جرعات بسيطة وقابليتها لإحداث الادمان عالية جدا، تنقسم الى نوعين:

- مشتقات حامض الباربيتوريك barbiturique: اكتشفت من طرف الدكتور الالمانى Bayer سنة 1862 واستخدمت في الطب في التخدير قبل اجراء العمليات ، هي ادوية تستعمل لخفض النشاط العصبي المركزي، ويمتد استعمالها ليشمل التنويم والتخدير، وتستعمل هذه الادوية احيانا كمضادات للصرع، لها تأثير مضاد للقلق مرتبط بالتخدير الذي تسببه.
- منومات ليست من مشتقات الباربيتوريك: مثل الكورال و الماندراكس والهيميفرينين والموجدون، كان يعتقد انها اقل تسببا في الادمان لكن ثبت تأثيرها القوي في الادمان.

تضعف المنومات وظائف المخ مثل الخمر، تضعف القدرة على التركيز والانتباه ، وتخفض القدرة على قيادة المركبات والمهارات الحركية كالسباحة ، ويشعر المتعاطي بالنشوة في البداية ثم النوم والخمول وضعف حدة البصر واختلال الحكم على الامور، ويتصور ان الزمن يمر بسرعة ، وتخفف المنومات من حدة ادراك الالم. (الدرمداش، 1982)

فئات الادوية المضادة للقلق (الدرمداش، 1982) جدول رقم (08)

المنومات hypnotiques	anxiolytiques المهدئات
Estazolam : Nuclalon,	Clonazepam(Rivotril)
Loprazolam : Havlane	Orazepam
Lormétazépam : Noctamide et générique	Bromazépam (Lexomil)

Midazolam : Génériques,	Diazepam(valium)
Nitrazépam : Mogadon	Alprazolam(xanax)
Zopiclone : Imovane et génériques	Clorazépate potassium : Tranxene
	Prazépam : Lysanxia et génériques
	Clorazépate potassique : Tranxene,
	Lorazépam : Temesta et génériques
	Prazépam : Lysanxia et génériques

10-3-2- المهدات العظمية المثبطة : ومنها الفينوثيازين مثل Chlorpromazine largactil - Lévomépromazine - nozinan
10-3-3- مضادات الاكتئاب المثبطة : يتم ربط الاكتئاب عادة بوجود اضطراب في بعض المواد الكيميائية في الدماغ والتي تسمى الناقلات العصبية مثل: السيروتونين sérotonine والدوبامين dopamine والنورابينفرين norépinephrine.
وتعد مضادات الاكتئاب من انواع الادوية النفسية التي تؤثر على هذه الناقلات العصبية بطرق مختلفة وتتوفر انواع عديدة من الاوية المضادة للاكتئاب منها:
- مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs) : عادة يبدا الاطباء بوصفها كونها تسبب اعراض جانبية اقل من غيرها منها: فلوكسيتين Fluoxétine. (رزيقة، 2011)

مثبطات امتصاص السيروتونين – النوربينفرين (SNRIs):

تشمل مثبطات امتصاص السيروتونين – النوربينفرين أدوية فينلافاكسينودولوكستين. كذلك دواء فينلافاكسين في شكل ممتد المفعول، ودولوكستين لعلاج اضطراب القلق العام. تُعد مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية فعالة مثل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية في علاج اضطرابات القلق

- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCAs) : لا يتم وصفها الا بعد تجربة مضادات اخرى بسبب اثارها الجانبية منها: اميبرامين imipramine - اميتريبتيلين amitriptyline ...

- مثبطات اكسيد احادي الامين (MAOIs) : يتم وصفها عندما لا تعمل الادوية الاخرى نظرا لأثارها الجانبية الخطيرة ومنها : ترانيلسيبرومين - tranylcypromine - فينيلزين ... phenelzine

ويفضل عدم الاستمرار أكثر من 6 أسابيع وقاية ضد الاعتماد إلا في حالات خاصة وتحت إشراف الطبيب المعالج وعند وجود أعراض زائدة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي مثل: (رجفة اليدين, العرق, زيادة ضربات القلب) يتحسن المريض بتناول العقاقير المثبطة لنشاط

مستقبلات النور الأدرينالين مثل الأندرال والذي ينظم دقات القلب. (الدرمداش، 1982) الآثار الجانبية لتناول الادوية المهدئة:

يسبب تناول الادوية المهدئة والعلاجات جميعا اضرارا ثانوية نذكر منها ما يلي:

- الشعور بحالات دوخة ودوار
 - الشعور بالرغبة في النوم خاصة في الادوية المنومة
 - حدوث حالات انخفاض في معدل ضغط الدم
 - التسبب في مشاكل واضطرابات في الذاكرة
 - حدوث اضطرابات في التنفس وبطء شديد في التنفس
 - الشعور بالغثيان والرغبة في التقيؤ
 - عدم وضوح في الرؤية
 - حدوث جفاف في منطقة الفم
 - حدوث تأثير عكسي وزيادة اعراض القلق والاكتئاب والتوتر
 - تسبب تأثيرات على الكبد ووظائفه
 - تعرض الشخص للإدمان على تلك الادوية
- احتياطات استعمال الادوية المهدئة :

- يجب على المريض المصاب باي من الاعراض التالية : القلق او التوتر او الاكتئاب او الاضطرابات النفسية الاخرى الا يلجا الى استعمال او تناول أي دواء بدون استشارة طبية.

- يجب الالتزام بالجرعة المحددة التي يقررها الطبيب المختص.
- يفضل من البداية علاج المشكلة الرئيسية والتي تسبب في حدوث الاصابة بتلك الاضطرابات النفسية قبل بدء تناول العلاج.

- يجب التوقف عن التدخين والكحول ومشروبات الطاقة لأنها تسبب زيادة في اعراض الاضطرابات النفسية.

- يجب على المريض ان يستشير طبيبه المختص قبل الاقدام على توقيف تناول الدواء وبدون اخذ استشارة طبية.

- يجب على المريض ان يتذكر جيدا ان كثرة تناول الادوية تسبب له الادمان .

10-4-العلاج الكهربائي : قل ما يستعمل العلاج الكهربائي في علاج القلق إذ قد يكون ذا تأثير سيء وعكسي عليه إلا إذا كانت تصاحبه أعراض اكتئابية شديدة حيث يختفي الاكتئاب , لكن علاج القلق يحتاج لدراسة المريض وصراعاته وظروفه مع العلاجات السابقة الذكر , أما المنبه الكهربائي فيفيد في بعض الحالات القلق النفسي المصحوب بأعراض جسمية (mentale، 2016)

10-5-العلاج الجراحي : توجد بعض الحالات من القلق الشديد المصحوبة بتوتر شديد قد تنتهي بالانتحار , لا يمكن التخفيف منها بالطرق العلاجية السابقة , وفي هذه الحالة نلجأ إلى العملية الجراحية في المخ , وذلك بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتالاموس , أو قطع الألياف الخاصة بالانفعال الموجودة في المخ الحشوي وبقطه هذه الألياف تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة(عثمان، 2001)

10-6-العلاج الديني: ظهرت بعض الاتجاهات الحديثة بين بعض علماء النفس تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية وفي علاج الامراض النفسية، وترى ان الايمان بالله تمنح قوة كبيرة للإنسان المتدين وطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة وتجنبه القلق الذي يتعرض له كثير من الناس الذين يعيشون في هذا العصر الحديث المشبع بالمادية والتنافس الشديد والمفتقر للمبادئ الاخلاقية لذا التمسك بالإيمان بالله واتباع منهجه هو السبيل الوحيد لاحتمال معاناة الحياة بهمومها وقلقها ويؤدي الى تحقيق امن الانسان وسعادته وراحته النفسية « قال اهبطاً منها جميعاً بعضكم لبعض عدو فإما يأتينكم من هدى فمن اتبع هداي فلا يضل ولا يشقى ﴿ ومن اعرض عن ذكرى فان له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة اعمى﴾ (سورة طه ، اية 123-124) . (غانم م، 2005)

إن قراءة القرآن وتدبره تؤدي الى الطمأنينة وتقي من الاضطراب قال تعالى « وإذا مرضت فهو يشفين» فالله عز وجل هو الذي نزل الداء وينزل معه الدواء ، وعلى الفرد ان يسعى للشفاء بأساليب العلم، كما ان القران يدعو الى الصبر وعدم الجزع في مواقف الحياة. (الوايلي، 2003)

لقد وصف القرآن الكريم ما يحدثه الايمان من امن وطمأنينة في نفس المؤمن في قوله عز وجل « الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله الا بذكر الله تطمئن القلوب» سورة الرعد اية 28 ، الايمان يجعل المسلم يحس بالقرب من الله وامكانية مناجاته بالدعاء والقرآن والاستغفار والتوبة اليه عند الذنب واستجلاب رضاه بالأعمال الصالحة كل هذا يحمي المؤمن من التأثيرات النفسية الضارة لتقلبات الحياة ومصائبها ، وتمتص قوة الصدمات وتجعل سلوك الفرد اتجاها ايجابيا، فبدلاً من القنوط والياس والاحساس بالعجز والمرارة نجد المؤمن صابراً محتسباً وفي نفس الوقت صامداً ومواجهاً للمواقف بإيمان واصرار. تطرق عالم النفس الأمريكي وليام جيمس (1910) الى العلاج الديني من خلال قوله: ان اعظم علاج للقلق ولاشك هو الايمان، الايمان من القوى التي لا بد من توفرها لمساعدة الفرد على العيش،

وفقدانه يؤدي الى العجز عن تحمل معاناة الحياة، ان بيننا وبين الله رابطة لا تنفصم فاذا اخضعنا انفسنا لإشرافه تحققت كل امنياتنا وامانياتنا. (رضوان ج، 2012-2013)

كما كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يأمر اصحابه بعدم الغضب وضبط النفس، واتباع الخطوات العملية للتخلص من القلق كانتظار الصلاة بعد الصلاة، والصدقة التي تطفئ الخطيئة.

ولاشك ان الشعور بالوحدة والضياع والفراغ الروحي وعدم الالتجاء الى الله من اهم بواعث القلق، لذلك يوفر الدين الاسلامي كل مقومات العلاج الروحي من خلال تلاوة القران عن وعي وادراك، والالتزام بالواجبات والابتعاد عن ما نهى الله عليه من خلال القيام بالصلاة التي يطمئن معها العقل والنفس والوجدان، وحب الخير ومساعدة الاخرين لتحقيق الالفة والمحبة بين الناس وبذلك تتحقق السكينة والطمأنينة في النفوس.

خلاصة الفصل:

تطرقنا إلى مفهوم القلق كمصطلح هام في علم النفس، إذ يكون من أهم الأسباب المهيأة للإصابة بالأمراض النفسية، ورغم أن الأبحاث عديدة لهذا المفهوم إلا أن هناك دائما حاجة للتطرق إليه لأنه موضوع هام في الاضطرابات النفسية أو الاضطرابات العضوية وتبقى دائما الحاجة لدراسة متغير القلق نظرا لعلاقته السببية لمتغيرات أخرى أو نتيجة واستجابة لمتغيرات أخرى .

وقد تطرقنا لمفهوم القلق من حيث تعريفه عند المهتمين كل حسب نظرتة واختصاصه، وأنواعه من البسيط الى العالي ، ثم أسباب القلق والعوامل المساعدة في ظهوره، ثم تطرقنا إلى الأساس الفيزيولوجي للقلق ، بعد ذلك اشرنا إلى النظريات المختلفة المفسرة للقلق ، وكلك أعراض القلق المختلفة في جميع النواحي ، ثم تناولنا الطرق المختلفة لعلاج القلق.

الفصل الثالث: فصل الاسترخاء العضلي

تمهيد

○ نبذة تاريخية

- تعريف الاسترخاء
- أهمية استخدام الاسترخاء
- التفسير الفيزيولوجي للاسترخاء
- شروط إجراء العلاج بالاسترخاء
- أنماط الاسترخاء
- ميادين استخدام الاسترخاء
- مزايا استخدام الاسترخاء

تمهيد:

لماذا يعتبر الاسترخاء الذهني البدني من الأمور الهامة؟ لقد ثبت أن التوتر له العديد من النتائج السلبية، بالإضافة إلى أن التوتر يتسبب في شيخوخة مبكرة للحمض النووي وقد أظهرت الدراسات التي أجريت في جامعة كاليفورنيا بمدينة سان فرانسيسكو بأن الأمهات اللاتي يعانين من الضغط المرتفع يتعرضن لتدمير خلايا الحمض النووي بشكل أكبر بكثير عن اللاتي لا يتعرضن لضغوط. وبذلك فإن كلاً من التوتر والضغط يكلفان الاقتصاد الأمريكي حوالي 300 مليار دولار سنوياً، وزيادة التكاليف الصحية والحوادث والتغيب عن العمل وتغيير الموظفين وتقليل معدل الإنتاجية وفقاً لما صدر عن المعهد الأمريكي للضغط (stress.org)

نبذة تاريخية:

يرجع تاريخ الاسترخاء الذهني البدني إلى 2500 عام منذ التعرف على رياضة اليوجا. ولكن في التاريخ المعاصر يرجع تاريخ الاسترخاء الذهني البدني إلى تاريخ نشأته على يد الدكتور ادموند جاكوبسون (Edmund Jacobson) من جامعة شيكاغو. وفي العشرينيات من القرن العشرين، قام الدكتور ادموند جاكوبسون بتطوير أسلوب يعرف باسم الاسترخاء التدريجي، حيث يقوم المرضى بتعويد عضلاته بشكل تدريجي على الاسترخاء. وقد صرح الدكتور

إدموند أنه عن طريق استرخاء عضلات الجسم، سيشعر الفرد بالمزيد من الراحة بشكل عام. (فتيحة ل.، 2006)

وفي الستينيات من القرن العشرين، كان الدكتور هانز سيلبي (Hans Selye)، خبير الغدد الصماء بجامعة montreal، أول من قام بتوثيق الآثار الجسدية الناتجة عن الضغط على الجهاز المناعي للفرد، ومع ذلك قام الدكتور سيلبي بصياغة كلمة الإرهاق، والتي أصبحت فيما بعد جزءاً من مفرداته.

وكذلك في ستينيات القرن العشرين، بدأ الدكتور هيربرت بينسون (Herbert Benson)، العالم بأمراض القلب بجامعة هارفارد، في دراسة المميزات الطبية للاسترخاء. وتوصل الدكتور بينسون إلى إثبات أن التواصل الذهني البدني عن طريق تلك الأساليب البسيطة للاسترخاء قد يؤدي إلى خفض ضغط الدم وإبطاء معدل ضربات القلب وتهدئة الموجات الدماغية. ومن ثم كان يسمى هذا التأثير بـ "استجابة الاسترخاء". وفي عام 1975، قام الدكتور بينسون بتأليف كتابه المشهور استجابة الاسترخاء (The Relaxation Response).

كما أعجب الدكتور جون كابات-زين (Jon Kabat-Zinn)، الخبير بعلم الأحياء الجزيئي بجامعة ماساتشوستس، بتلك الأفكار وتبنى بشكل كبير فكرة التأمل في المستشفيات والرعاية الصحية. (سايل، 2011)

1- تعريف الاسترخاء:

حسب 1992 R. Durand de Bousingen: تقنيات الاسترخاء هي طرق علاجية لإعادة التأهيل أو التأهيل، باستعمال تقنيات محضرة ومقننة، تستعمل خاصة في التوتر العضلي يساعد على تنمية القدرة على التركيز والحشد السريع للطاقة من خلال إثارة اليقظة والانتباه، مما يسهل التحكم في التوتر والقلق والتسيير الأمثل للحياة الانفعالية، فالاسترخاء يمثل أداة ثمينة لكل من يريد البحث عن التحكم في الضبط الجسدي والنفسي. (guiose، 2003)

حسب توماس و كول يمثل الاسترخاء آلية التغذية الرجعية بين الضغط العضلي والنشاط الدماغية الشعوري حيث تعكس تفاعلات الجسم مع التوتر على مستوى العضلات الحشوية الإرادية. (thomas & coll, 1987)

ويعرف الاسترخاء أيضا انه فترة من السكون وإغفال الحواس، اي صفر استثارة، ومن خلال الاسترخاء يتمكن الفرد من توجيه انتباهه للعمل الذي يقوم به، اي يكون في حالة انتباه مسترخ ولا يمكن ان يوجد القلق في جسم مسترخ، حيث انه يصعب ان يكون الفرد عصبيا

او متوترا في حالة استرخاء جزء من أجزاء جسمه استرخاء تاما بمعنى ان العصبية والأعضاء غير الإرادية يمكن تخفيضها اذا أصبحت العضلات الهيكلية في حالة استرخاء. (رضوان ج، 2012-2013)

يعرف الاسترخاء على انه : حالة هدوء تنشأ عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة او جهد جسدي شاق ، وقد يكون غير إرادي (في حالة النوم بحيث تتحول كهرباء الدماغ من "غاما" الى " دالتا " في حالة النوم . او إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحا ويتصور حالات باعثة على الهدوء ، او يرخي العضلات المشاركة في النشاط (عثمان ف، 2011)

يعتبر " جاكوش " أول من اقر أهمية الاسترخاء كإجراء مضاد للقلق، ويرى ان خبرة الشخص الانفعالية تنتج عن تقلص او انقباضات العضلات، واقترح الاسترخاء ليسكن الحالة المضادة لحالة التوتر او الانفعال، اي ان هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي والإثارة الانفعالية ، ويرى ان معدل النبض وضغط الدم يرتفعان في الحالة الانفعالية وينخفضان بالاسترخاء العميق (العيسوي، 1997)

2- اهداف استخدام الاسترخاء:

تبين بحوث علماء النفس الفيزيولوجي منذ القرن التاسع عشر ان جميع الناس تقريبا يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغييرات وزيادة في الأنشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغييرات في الجبهة. وفي سنة 1958 تبين ايضا أن إثارة الانفعالات تؤدي أيضا الى توترات في الرقبة ومفاصل الذراع والركبتين والعضلات الباسطة كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة والقفص الصدري وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع. (ابراهيم ع، 1980)

فالاسترخاء يفيد عند مواجهة المواقف المثيرة للقلق كأسلوب للضبط الذاتي، ويمكن تجربة ذلك بممارسة الاسترخاء لدقائق قليلة قبل مواجهة أي موقف يثير الانفعال، ويمكن بمساعدة أسلوب الاسترخاء علاج كثير من الحالات النفسية المزعجة، على سبيل المثال في حالات "الفوبيا" أو الخوف المرضي التي يتم علاجها بالتطمين التدريجي الذي يساعد على التخلص من المخاوف. (امال، 2006)

كذلك يفيد الاسترخاء كثيراً في علاج الاضطرابات الجنسية في الرجل والمرأة مثل سرعة القذف، والتشنج المهبلية، وكذلك في حالات الصداع النصفي والأرق. (boussigen, 1996) ومن فوائد الاسترخاء أيضاً أنه يساعد في تغيير نمط وصفات الشخصية خصوصاً في أولئك الذين يعانون من التوتر والشد الدائم، مثل نمط (أ) من الشخصية الذين يكونون عرضة للإصابة بأمراض القلب، حيث يمكن لهم الاستفادة من الاسترخاء في تهدئة انفعالاتهم الدائمة وضبط التوتر المزمن من الإصابة على مدى طويل السمة الغالبة في

شخصيتهم، فهو بالتالي أسلوب للوقاية من الإصابة المحتملة لهؤلاء الأشخاص بأمراض القلب. (burger, 1999)

يمكن تلخيص فوائد الاسترخاء فيما يلي :

2-1- الفوائد البدنية :

التخلص من الأرق

تأخير ظهور التعب

الاكتشاف المبكر للتوتر العضلي وتحقيق القدرة على الاسترخاء .
تقليل نسبة الإصابة بأمراض القلب. (يونس، 2004)

2-2- الفوائد النفسية :

- الشعور بالهدوء .

- تطوير الثقة بالنفس وتقدير الذات .

- تطوير التوافق بين العقل والجسم.

- عدم الاستجابة للاستثارات السلبية.

- تطوير الانتباه، التركيز والذاكرة.

2-3- الفوائد الفسيولوجية :

- عمق وبطء التنفس .

- احتياج و استخدام اقل للأكسجين .

- خفض معدل ضربات القلب .

- استرخاء العضلات. (رضوان ج، 2012-2013)

3-التفسير الفيزيولوجي للاسترخاء:

هناك العديد من اجهزة الجسم لها تأثير على حالة الضغط او الاسترخاء من ذلك الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يتفرع الى مجموعتين كل منهما يقوم بعمل مضاد وهما : الجهاز السمبثاوي SN sympathique و الجهاز الباراسمبثاوي SN para –sympathique ويعملان على تحقيق التوازن في الجسم، وهناك اجهزة اخرى مثل الغدد الصماء endocrine glands والغدد اللمفاوية ductiles glandes والهرمونات.

كذلك الجهاز العضلي الهيكلي الذي من المتوقع عند التخلص من توتر العضلات ينتج عنه الاسترخاء والهدوء ، بمعنى ان الجهاز العصبي يعتبر وسيط للتخلص من الضغط والقلق. (كامل، 2004)

4- شروط إجراء العلاج بالاسترخاء:

4-1- الظروف الفيزيائية : يجب ان تتوفر الشروط التالية :

- عدم وجود مؤثرات خارجية تعيق استرسال الاسترخاء.
- ان تكون الغرفة هادئة ، ساكنة ، تبعث على الراحة والهدوء، إمكانية توفر صور مناظر جميلة كشاطئ البحر او منظر الغروب ، أزهار ، تلال ...
- موسيقى هادئة تساعد على الاسترخاء .
- توفر كرسي او سرير مريح يتم فيه الاسترخاء، لا تكون فيه أجزاء ضاغطة او مزعجة .
- 4-2- **المعالج:** من أهم شروطه:
- تتوفر فيه شروط المعالج النفسي: الهدوء والصوت الرخيم، أسلوب جميل في التأثير على أفكار المسترخي.
- إعطاء فكر مسبقة للمفحوص حول طبيعة الاسترخاء وأهدافه.
- 4-3- **المفحوص:** تتوفر فيه الشروط التالية:
- الرغبة في الاسترخاء ومساعدة المعالج على إنجاح تطبيق الاسترخاء وبالتالي الوصول الى نتائج ايجابية في خفض التوتر.
- توفر درجة من التركيز النفسي الداخلي.
- سليم من الأمراض العقلية.
- الهدوء الجسدي و الامتناع عن التحرك المستمر. (نحوي، 2009-2010)
- التوتر العضلي والأمراض النفسية (القلق بشكل خاص):** في الظروف العادية تشيع حالات التوتر الخفيفة والمؤقتة استجابة للمشكلات العقلية والاجتماعية التي تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر في تلك الحالات يعتبر ضروريا للإبقاء على الفرد في حالة من اليقظة ولا ينتهي بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.
- لكن هناك من ناحية أخرى بعض الأفراد ممن يعيشون طول الوقت تقريبا في حالة من التوتر الشديد ويصطحب هذا استثارة في الجهاز العصبي من مظاهرها جمود عضلات بعض الأعضاء وارتفاع الضغط وزيادة نبضات القلب واضطراب انتظام التنفس.
- ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلي يظهر بين الأشخاص العصائبيين الذين يعانون من حالات الصراع المستمر والقلق. (ابراهيم ع.، 1980)
- ويتملى التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية.
- ففي مقارنة بين مجموعة من الأفراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الأخيرة تعاني من الاضطراب والتوتر العضلي تحت كل الشروط. وفي حالات الاضطراب الوجداني تبين في مجموعة من الأفراد زيادة مبالغ فيها في بعض الاستجابات التي تنتمي لإطار التوتر العضلي مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة وارتفاع النبض وضغط الدم واضطراب التنفس (عثمان ع.، 1993).
- وفي مقارنة أخرى مع مجموعة من الفصاميين والمصابين بالجنون الدوري (أي الانتقال في فترات منتظمة من الاكتئاب إلى الهوس والتهيج) والعصابي والأسوياء تبين أن الفصامي من

بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلي .وقد يوحي هذا بان أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج الاضطرابات الفصامية. (ابراهيم ع، 1980)

وفي حالات الاكتئاب النفسي تبين الدراسات القليلة بعض النتائج الطريفة .فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي) الببطء في الحركة والكلام والاستجابة (الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية فان مقارنتهم

مجموعة من الأفراد العادي على مقاييس التوتر في الجبهة والفك والذراع والقدم بينت انهم أكثر توترا من الأسوياء .

وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي.

أما في حالات القلق والصراعات النفسية فان هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلي .فعدم الاستقرار والشدة والاستثارة الزائدة والحركة المستمرة كقضم الأظافر واللوازم الحركية وفرك اليدين ..الخ ماهي إلا مظاهر قليلة من الاضطرابات العضوية

الشائعة في حالات القلق . وليس من النادر أن يشكو الشخص في حالة القلق من التوتر في جسمه والصداع وآلام الظهر وخفقان القلب وربما آلام في القدم والساق والذراع ..الخ.

(عثمان ع، 1993)

لهذا يمكن القول أن التوتر احدى مكونات القلق وليس مجرد نتيجة له. فضلا عن هذا فان هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة التي تهدئ من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض ملموس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية واللوازم القهرية التي تشيع بين المرضى العصائيين كالوسوسة وطققة الأصابع وقضم الأظافر والحركات القهرية في الفم والعين والابتسامات غير الملائمة ما هي إلا أشكال حركية هدفها التخفيف من القلق عندما يثور.

5- أنماط و أنواع الاسترخاء:

مارس الإنسان منذ القدم العديد من الطقوس فرديا أو جماعيا ضمننت له استجابات الاسترخاء والتقليل من التوتر ومعظمها تتطلب درجة من التركيز الداخلي ، والهدف هو إعادة التوازن والتناسق وبعد انتهائها يصبح الفرد قار على أداء نشاطاته بكل حيوية و طاقة متجددة ومن أهم هذه الأنواع المستعملة حاليا:

5-1- الاسترخاء التأملي الداخلي ل Schultz j s : طبيب الأعصاب قام بأبحاث عن التنويم المغناطيسي، ولاحظ أن بعض المرضى لديهم قابلية للتنويم الذاتي من خلال الإيحاء الذاتي، حاول بعدها إنشاء تقنية علاج نفسي اقصر من التحليل النفسي .

تعريف: المصطلح " autogène " من اليونانية " auto " ذاتي – " gennân " يولد او يحدث ، وهو اختبار تطبيقي من طرف الشخص ذاته ، بعد اجتياز مرحلة تعلم تحت إشراف معالج ، وهي عملية استرخاء مركزة .

يقول **Schultz**: عملية الاسترخاء الذاتي le training autogène تؤدي الى حالة من الاسترخاء شبيهة بحالة النوم بدون تأثير خارجي، تمرينات منهجية تعطي إمكانية التسيير الذاتي والتحرر واستغلال القدرات الذاتية. (shultz, 2001)

هي طريقة تركز على التعلم تسمح باكتساب القدرة على الاسترخاء الفيزيولوجي ويظهر في الجانب العقلي من حيث الإحساس بالهدوء الداخلي ولديها مفعول علاجي للأعراض . (psychiatrie, 2012)

الهدف : تطوير مهارات وقدرات مختلفة مثل المرودية ، التحكم في الذات، وكذلك إزالة و إنقاص الأعراض المرضية ، وهذا يؤدي إلى تحسين القيام بالوظائف الفسيولوجية والعقلية المرتبطة مع بعضها دائماً.

الاسترخاء العضلي يولد الاسترخاء الذهني ، انبساط الجسم يحرر ه من القلق والتوتر، المصاعب الشخصية التي تؤثر في الجسم تظهر خاصة في بعض الأعضاء التي تركز على طابعها الحساس، طريقة الاسترخاء الذاتي تحسن هذه الحالة وتسمح بالوصول على أفضل طريقة للتسيير الذاتي وتحسين الحياة.(shultz، 2001)

- تقنية الاسترخاء الذاتي:

1- المبدأ: تعتمد على تمرينات فسيولوجية مقننة تسمح بالحصول على ارتخاء كلي (جسدي وذهني) عن طريق تغييرات إرادية لوضعية انقباضية ، عن طريق التركيز الذهني في وضعيات معينة : إحساس بثقل و حرارة أطراف الجسم للشعور بارتياح وسكون وهدوء.

عن طريق هذه الإحساسات التي تهدف لتغييرات موضوعية في العضلات والأطراف ، Schultz قام بوضع تمارين تسمح للفرد بالحصول على استرخاء عضلي واسترخاء عام . (psychiatrie، 2012)

تتكون طريقة شولتز من دورتين : دورة الجزء السفلي تسمح بالاسترخاء الكامل بشرط ممارستها دورياً ، تكون على 6 مراحل، وقبل بداية سلسلة التمارين يجب إجراء عملية تصفية الذهن التي تسهل عملية استرخاء شامل للعضوية ، التمارين تجرى بالتدرج من مرحلة الى أخرى وهذه المراحل هي :

- التركيز على ثقل ووزن الأطراف والجسم.

- التركيز على الإحساس بحرارة الأطراف والجسم.

- التركيز على نسق النبضات القلبية.

- التركيز على عملية التنفس .

- التركيز على الأعضاء الداخلية.

- التركيز على إرخاء الجبهة .

دورة الجزء العلوي تمارس بعد الدورة الأولى وهدفها علاجي أكثر، وتكون تحت إشراف معالج لغرض علاج مخصص مثل علاج المدمنين مثلا، العبارات تكون غالبا شخصية او فردية لكن في حالة المدمنين تكون بطريقة جماعية ، وبهذا تكون ليس عبارة عن استرخاء وإنما هي طريقة علاجية متخصصة. (sylvain, 2014)

5-2- تقنية الاسترخاء العضلي التدريجي جاكوبسون Jacobson:

يعتبر الاسترخاء من بين الاستراتيجيات التي تساهم في التخفيف من حدة اعراض القلق، والتدريب على الاسترخاء العضلي التدريجي من بي الاساليب التي استخدمت في عدة ميادين ويمكن اعتبار بداية استخدام الاسترخاء العضلي التدريجي على مرحلتين المرحلة الاولى تبدأ من أبحاث جاكوبسون في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 1934 كانت بالتزامن مع أبحاث شولتز في برلين، حيث بدأ جامعة هارفارد في 1908 أبحاث عن اهتزاز الأعصاب ، وكان يبحث أساسا عن انتقال الطاقة من النفسي إلى الجسدي، كحالة الفرع من النوم بسبب صوت مزعج. رغم انه لم يستطع ان يثبت ان بالموازاة شدة الصوت المزعج مع شدة التقلص العضلي، لكنه لاحظ ان شدة الفرع تكون مع شدة التقلص العضلي. والمرحلة الثانية هي اعمال جوزيف " وولب " "joseph wolpe" عام 1958 الذي عمل على تطوير اعمال جاكوبسون من خلال اضافة تعديلات وتطبيقات في برنامج منهجي علاجي. (borkovic, 2000)

الاسترخاء العضلي التدريجي progressive relaxation هو احد انواع الاسترخاء العضلي ويقصد به تعاقب الانقباض في مجموعة عضلية حتى يغطي جميع المجموعات العضلية في الجسم. (شمعون، 1996)

الاسترخاء العضلي التدريجي يسمح بإحداث حالة من الاسترخاء العميق، جاكوبسون اكتشف ان العضلات تكون مسترخية بعد ان تتم عمليات متعاقبة من التوتر والاسترخاء لبضع ثوان، التي تفيد في اضطرابات مثل امراض ارتفاع ضغط الدم والقولون العصبي. في اول كتبه "

الاسترخاء التدريجي " حدد فيه سلسلة من منتهي تمرين مختلف للاسترخاء العضلي وبرامج تدريبية تستمر على مدى عدة اشهر، الا انه مؤخرا تم تخفيضها الى 15 او 20 تمرين اساسي تتكرر بشكل منتظم. (الحنفي، 1999)

الاسترخاء العضلي التدريجي مفيد للأشخاص الذين يعانون من القلق والتوتر العضلي وكذلك الضغوط والتوتر في الكتفين والرقبة يمكن التخلص منها بهذه التقنية، وكذلك يفيد في اعراض اخرى مثل صداع الراس وتشنجات العضلات وارتفاع ضغط الدم ، الارق ...

واكد جاكوبسون انه " لا يمكن ان يكون هناك عقل قلق في جسم مسترخي ". (bourne, 2011)

قام بأبحاث دقيقة عن العلاقة بين المعاش العاطفي ودرجة التقلص او الشد العضلي، عن طريق جهاز يقيس الشد العضلي " électromyographie "، اتضح أن أي عملية تفكير بسيطة تؤدي إلى صيغة أولية من التقلص العضلي تلاحظ على مقياس وجهاز قياس الشد.

هذه الأبحاث كانت على العضلات المحركة للأرجل وكذلك عضلات الوجه، التفكير يحدث على ظهور تقلصات في عضلات الوجه، جاكوبسون قدم تعريفا للتوتر على انه « مظاهر موضوعية لما يقع لنا حينما نقوم بمجهود عضلي». (مكلوس، 1999)

إذا يجب إزالة هذا الشد والتوتر، وتعلم تعديله او إصلاحه. وذلك بطريقة عمل عضلي وفيزيقي.

إزالة الشد العضلي تسمح بإزالة التوتر النفسي الذي يسمح بإزالة القلق ، للوصول الى هذا الهدف وضع جاكوبسون تقنيتين هما: (العزير، 2007)

- الاسترخاء التدريجي و الاسترخاء الفارقي.

برنامج الاسترخاء العضلي: اعتمد الباحث تقنية الاسترخاء العضلي لجاكوبسون وطبق على افراد العينة التجريبية لقياس فعاليته في خفض القلق والضغط النفسي لدى افراد العينة، وهذه تعليمات البرنامج:

- استلق الآن في مكان مريح على أريكة أو كرسي أو سرير وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، أصغ إلي، أصغ إلى بعض الإحساسات والتوترات في جسمك وباستطاعتك بعدها أن تقلل منها أو تتحكم فيها .

إن جسمك الآن مستريح ولا تزال عينيك مغمضتين في استرخاء (لحظة صمت) وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولاً، كل انتباهك وتركيزك على الذراع اليسرى، أغلق راحة يدك اليسرى بقوة وبإحكام (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك اليسرى الآن وعضلات

مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشد، انتبه لهذا التوتر والشد، افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة أو وسادة ولاحظ الفرق بينما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (10 ثواني صمت) كرر غلق راحة يدك اليسرى بقوة ولاحظ التوتر من جديد ثم افتح يدك من جديد ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه من استرخاء الآن .

- اتجه إلى ذراعك الأيمن، أغلق بإحكام راحة يدك اليمنى، ولاحظ التوتر في اليد والذراع الأيمن (5 ثواني صمت) والآن استرخ يدك ولاحظ الفرق بينما كانت عليه من توتر وماهي عليه من استرخاء في وضعها المريح استمر في هذا الوضع ولاحظ الفرق بين الحالتين. كرر إغلاق راحة يدك اليمنى ولاحظ التوتر ثم افتح راحة يدك اليمنى ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. لاحظ أيضا وجود تنميلا في كلا ذراعيك، كلا الذراعين يسترخيان الآن.

- اتجه الآن إلى راحة اليد، اثن راحة اليدين إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد، لاحظ التوتر، والآن استرخ وعد إلى الوضع المريح ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (10 ثواني) كرر هذا مرة أخرى ثم أرخ معصميك وعد الى وضعهما المريح وأشعر باسترخاء أكثر فأكثر.

- الآن اثن كفيك في المقدمة بقوة في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع، حاول أن تحس بالتوتر، والآن استرخ اسقط ذراعيك بجانبك، لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وحالة الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن (10 ثوان). كرر هذا مرة أخرى، اقبض كفيك بإحكام واثنهما في اتجاه الكتفين محاولا أن تلمسهما بقبضتك، توقف واسقط ذراعيك واسترخ، اشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء، دع تلك العضلات على سجيتها (10 ثوان).

- الآن اتجه إلى الكتفين، ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفيك، لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة لاحظ التوتر حاول أن تحسبه، استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح، دع عضلاتك على سجيتها ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء الذي بدا ينتشر في الكتفين (10 ثوان) كرر هذا مرة أخرى ولاحظ التوتر ثم استرخ ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء .

- الآن نتجه إلى الوجه: عليك أن تغمض أو تجعد عضلات جبهتك و حاجبيك إلى أن تشعر أن عضلات الجبهة اشدت وان جلدها أصبح مطويا، الآن استرخ وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المريح لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء في هذه العضلات. كرر هذا من جديد ولاحظ الفرق بين حالة التوتر والاسترخاء(10 ثوان).

- والآن أغلق عينيك بإحكام حتى تشعر بالتوتر اخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين، والآن دع تلك العضلات ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. كرر هذا من جديد أغمض عينيك (5 ثوان) ثم استرخ ولاحظ من جديد الفرق بين التوتر والاسترخاء (10 ثوان).

- الآن أطبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء، لاحظ التوتر في الفكين، والآن دع فكيك واسترخ ودع شفطيك مفتوحتين قليلا، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (10 ثوان)، مرة أخرى أطبق فكيك (5 ثوان) ولاحظ فيهم (بلغالم، 2017) التوتر والان استرخ ولاحظ الفرق من جديد (10 ثوان).

- اتجه إلى شفطيك اضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام، لاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرح عضلات شفطيك ودع ذقنك في وضع مريح، اضغط مرة أخرى على شفطيك وادرس التوتر المحيط بالفم (5 ثواني) لاحظ كيف أن مختلف العضلات بدأت تسترخي بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالي.

الآن كل من يديك ووجهك وذراعيك وكتفيك ومختلف عضلاتك مسترخية في وضع مريح.

- الآن نتجه إلى الرقبة، اضغط براسك إلى الخلف على الوسادة التي تستند عليها، اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر، لاحظ التوتر في هاتاه العضلات، استرخ الآن وعد إلى وضع مريح وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي أنت عليه، كرر هذا من جديد (5 ثوان) ولاحظ التوتر ثم استرخ ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر والاسترخاء وانتقل إلى استرخاء عميق (10 ثوان).

- الآن مد راسك إلى الأمام كما لو كنت ستدفن راسك في صدرك، لاحظ التوتر في الرقبة، استرخ (10 ثوان) كرر ذلك مد راسك (5 ثوان) استرخ أكثر (10 ثوان) .

- الآن عضلات الجزء الأعلى من الظهر، قوس ظهرك كما لو كان صدرك سيلتصق ببطنك، لاحظ التوتر خاصة في الجزء الأعلى من الظهر والآن استرخ ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (10 ثوان). كرر ذلك ولاحظ التوتر ثم استرخ ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (10 ثوان).

- الآن خذ نفسا عميقا، شهيقا عميقا، لاحظ أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وأسفل البطن، استرخ ودع الهواء يخرج، لاحظ الفرق بين التوتر في الصدر والبطن وحالة الاسترخاء الآن (10 ثوان).

اعد ذلك من جديد ولاحظ التوتر والآن زفير وتنفس بطريقة عادية تاركا عضلات البطن والصدر في استرخاء أكثر كلما تنفست (10 ثوان).

- الآن اقبض عضلات البطن، شدها إلى الداخل، حافظ على هذا الوضع قليلا والآن استرخ ودع عضلاتك تسترخ (10 ثوان) اعد هذا من جديد شد عضلات بطنك بأحكام إلى أن تشعر بتوترها لاحظ التوتر (5 ثوان) الآن استرخ، دع كل شيء يسترخ عميقا، تخلص من اي توتر في أي عضل ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء الحالي (10 ثوان).

- افرد ساقيك وباعد بينهما بقدر ما تستطيع حتى تلاحظ التوتر في منطقة الفخذ (5 ثوان) والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق بين التوتر وحالة الاسترخاء فيهما، اعد التمرين من جديد وابعد رجلك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (5 ثوان) والآن استرخ دع عضلاتك في راحة تخلص من الشد (10 ثوان) .

- الآن الى بطن الساق حاول ان تشدها بان تثن قدميك إلى الأمام باتجاه الوجه، اشعر بالتوتر والانقباض في عضلات بطن الساق وفي القصبه على السواء، الآن استرخ وعد بقدميك إلى وضعهما المريح، لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (10 ثوان). الآن اثن قدميك إلى الخلف في اتجاه رسغ القدم محاولا أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبه الساقين، استمر قليلا، والآن استرخ وعد إلى الوضع المريح مرخيا عضلاتك في استرخاء عميق.

الآن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا، وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء، وتلاحظ أنك تستطيع ان تشد عضلاتك وتوترها وبنفس القدر تستطيع الآن تسترخي بجسمك كله، وإذا لم تكن بعض عضلاتك مسترخية حاول أن ترخيها.

راجع كل التمارين ابتداء من الأسفل إلى الأعلى : ابدأ من عضلات القدم ثم الساق والرسغ جميعها مسترخية (5 ثوان)، أرخ عضلات الفخذين والركبة وبطن الساق والقصبه (5 ثوان) العجز والردفين (5 ثوان) البطن وأسفل الظهر والوسط (5 ثوان) أعلى الظهر والصدر والكتفين (5 ثوان) راحة اليد والأصابع والذراعين (5 ثوان) الرقبة (5 ثوان) جبهتك مسترخية (5 ثوان) الآن استمر في هذا الوضع المريح وحاول أن تسترخ عميقا، وابدأ بالعد من واحد إلى عشرة ثم افتح عينيك بهدوء.

اهداف الاسترخاء التدريجي:

- تهدف طريقة التدريب على هذه التقنية إلى:
- جعل الفرد يعلم أن لديه توترات عضلية زائدة.
- مساعدة الفرد على أن يتبين ويدرك المستويات المختلفة من التوتر العضلي.
- مساعدة الفرد على أن يقلل من مستويات التوترات العضلية المتزايدة التي لا يحتاج إليها في أنشطة حياته اليومية.
- يشمل الارتخاء التدريج على التخلص والارتخاء الترتيبي لإهمال المجموعات العضلية.

-يؤدي ارتخاء الجسم إلى تخفيف الضغط العضلي الذي يؤدي بدوره على انخفاض الضغط الذهني. (علاوي، 2002)

- خطوات الاسترخاء العضلي التدريجي:

- بعد ايضاح الهدف من الاسترخاء يتخذ الفرد وضعا مريحا – نائما على الظهر- في مكان مريح بعيدا عن مصادر الإزعاج ، والتخلص من الملابس الضيقة، يكون الضوء خافتا وتكرار التنفس العميق واخراج زفير بطيء .
- القيام بانقباضات للمجموعات العضلية الرئيسية لمدة 4- 5 ثوان يعقبها الاسترخاء الكامل حتى يشعر الفرد بحالة الاسترخاء التي تعقب الانقباض لأبعد حد ممكن.
- يكرر الاداء السابق لمختلف انحاء الجسم ويأخذ شهيق عميق قبل الانقباض واخراج زفير بطيء اثناء استرخاء المجموعة العضلية.
- يمكن مصاحبة ذلك بسماع موسيقى هادئة او استخدام كلمات مثل استرخ، اهدا ، مع محاولة الوصول الى حالة الاسترخاء التام
- تحدد فترة التدريب اليومي وعدد فترات التدريب اسبوعيا.
- يتم مراعاة ممارسة التدريب على الاسترخاء بعيدا عن مواقف الضغوط ومصادر القلق والتوتر في العمل او الحياة اليومية.
- اذا لم يتحقق الاسترخاء ولم يتمكن الفرد من الاحساس بالفرق بين حالتي الانقباض والانبساط العضلي يعاد التدريب على المجموعات العضلية التي يشعر فيها الفرد بانها متوترة ، وينتظم التدريب حتى الشعور بالاسترخاء في اوقات الضغوط باقل جهد. (العزیز، 2007)

مبدأ تقنية الاسترخاء: الاسترخاء التدريجي أو العام يكتسب عن طريق التعرف على الإحساس بالشد العضلي والتدرب على إزالته.

التقلص محدد في عضلة ثم إلى مجموع العضلات ثم إلى الجسم كله، هذه الطريقة صالحة للجميع بشرط تطبيقها بشكل صحيح.

الاسترخاء الفارقي هي طريقة للتعديل الذاتي الوظيفي، وهي تكميلية للتقنية السابقة، وهي مخصصة لفئة محدودة تدربت على كيفية إرخاء عضلات معينة بينما الآخرين مازالوا يتعلمون كيفية اقتصاد جهدهم.

الحصة: تجري في مكان هادئ مظلم قليلا، النوم على الظهر، تكون هناك عدة حصص.

مع الممارس تكون هناك حصة او ثلاث حصص أسبوعيا للتدرب والتحكم في التقنية.

إنها طريقة تمارس دوريا ويكون الفرد فيها مجبر بشدة على المحافظة عليها ، مدة إعادة التأهيل حسب جاكوبسون تستمر من عدة شهور إلى عدة سنوات، يكون الممارس فيها نشط مسير للحصص، يفحص في كل مرة استرخاء المفحوص.

1- **تقنية الاسترخاء التدريجي:** غالبية تمارين الاسترخاء تكون في وضعية النوم على الظهر، العينين مغمضتان، الأرجل مفتوحة قليلا.

بعض التمارين يمكن إجرائها بوضعية الجلوس، لا نطلب من المفحوص التمدد والاستراحة لان هذا يكون في نهاية التمارين وسوف يتعلمها شيئا فشيئا.

- تمارين الذراعين:

تمرين 1: الذراع الأيمن موضوع على الأرض، راحة اليد متجهة للأرض، نرفع اليد، الأصابع متجهة نحو الأعلى بدون تحريك الذراع، نلاحظ الشد الظاهر في مؤخرة الساعد.

نحافظ على حالة الشد لحوالي دقيقة، ثم نرخي بعد ذلك لمدة ثلاثة دقائق. نحاول ملاحظة الإحساس بالاسترخاء في مكان التوتر العضلي.

نمارس هذا التمرين عدة مرات، حسب قابلية المفحوص للاستجابة ورغبته وقدرته على المواصلة.

على طول مجرى التمارين السابقة واللاحقة يجب إعطاء بصوت منخفض التعليمات التالية:

« أنت تحس الانقباض، انك تحس التوتر عندما ينشأ ويمكنك إزالته بنفس الطريقة التي أزلته بها الآن. أرخ عضلاتك كليا ودع الارتخاء يسيطر عليك، الارتخاء تام، لقد انبع لديك الإحساس بالتوتر وكيفية إزالته في حال حدوثه ويمكنك الآن إزالته».

يمكننا بالتدريج إعطاء التعليمات السابقة جزئيا حسب الظروف وسيرورة التمارين.

انه من الضروري جدا تسجيل الإحساس بالتوتر وبالأخص الإحساس بالارتخاء وهي الحالة التي يجب أن نجدها في كل مرة عندما نحس بوجود التوتر في ناحية من الجسم.

تمرين 2: الذراع موضوعة على الأرض دائما، راحة اليد متجهة إلى الأعلى، تثني اليد اليمنى والأصابع مغلقة، انتبه إلى الإحساس بالشد في أعلى الذراع.

من المهم التفريق بين هذا الإحساس بالشد والإحساس بالجهد العضلي الموجود في معصم اليد.

إذا استطعت تعلم هذا الإحساس ، أوقف التوتر، اليد ستسقط تلقائياً والأيدي تفتح، ضع كل الاهتمام ولاحظ نقصان أو اختفاء الإحساس بالتوتر في أعلى الذراع. نقوم بهذا التمرين عدة مرات لمدة دقيقة ثم ثلاث دقائق من الاستراحة.

تمرين 3: الاهتمام بأعلى الذراع الأيمن، ممدداً فوق الأرض وراحة اليد إلى الأرض ، نرفع أعلى الذراع بزاوية 30° درجة مع الأرض، نترك اليد مسترخية . نلاحظ الإحساس بالتوتر الذي ينشأ في الجزء العلوي للذراع على مستوى الكتف (العضلة ذات الرأسين)، عندما نصل إلى هذا الإحساس نرخي لمدة ثلاث دقائق. من المهم أن تبقى اليد مسترخية ويجب على الممارس أن يلاحظها جيداً، إذا لم تكن اليد مسترخية تماماً فهذا دليل على ان التمارين السابقة لم تمارس بطريقة صحيحة و لم تظهر فائدتها لذلك يجب الإعادة من الأول.

تمرين 4: وضع الأيدي والمرافق على حافة مجموعة من الكتب لبعض السنتمترات، نقوم بالضغط عليهم ثم نلاحظ الإحساس بالتوتر في أعلى الذراع وفي مؤخرته. نقوم بالتمرين عدة مرات: ضغط لدقيقة واستراحة ثلاث دقائق.

تمرين 5 : الذراع كلية ممدودة، نقبض بشدة على اليد للحصول على توتر في الذراع كاملاً وتصبح صلبة جداً ومتوترة، نحافظ على الإحساس بالتوتر من 30 ثانية إلى دقيقة وبعد ذلك نرخي ببطء العضلات حتى يرتخي الذراع كلياً.

نعيد التمرين عدة مرات محاولين في كل مرة الشد الأكثر والاسترخاء بصورة أكثر فاعلية.

تمارين الذراعين تكون بالتناوب بين الذراع الأيمن والأيسر، كل نهاية حصة تعتبر فترة من الارتخاء والراحة.

ب- تمارين الرجلين:

تمرين 1 : ممدداً على الأرض ، الرجلين مفتوحتين قليلاً، طي الرجل الأيسر مع الأصبع إلى الأعلى ، ثم الإحساس بالتوتر في الجزء الأعلى من الرجل تحت الركبة ، استرخ بعد ذلك.

القيام بالتمرين عدة مرات في كلا الرجلين، مع الإحساس بالتوتر وكذلك الاسترخاء.

تمرين 2: طي الرجل مع الأصبع الأكبر إلى الأسفل ، التوتر يلاحظ في الجزء الخلفي من الرجل (mollet) استشعر التوتر، كرر التمرين عدة مرات.

تمرين 3: هذا التمرين يفضل القيام به ممدداً فوق سرير، إحدى الساقين متدلّية من ناحية الركبة على حافة السرير.

خلال التمرين على الرجل ان تبقى لينة ، الأرجل تكون ممدودة حتى نصل إلى الإحساس بالتوتر في الفخذ ، عند الإحساس بالتوتر نرخي الرجل ونحس بالاسترخاء.

تمرين 4: في نفس وضعية التمرين السابق نقوم بطي الجزء المتدلي إلى الخلف ونلاحظ الإحساس بالتوتر في أعلى الفخذ ثم نسترخي.

تمرين 5: دائما في نفس الوضعية السابقة وعلى نفس الرجل نصف الرجل تبقى متدلية ولينة، نحاول رفع الفخذ. خلال ثواني نلاحظ التوتر في الجذع، نستمر في هذه الوضعية 30 ثانية نرخي تدريجيا ونلاحظ الإحساس بالراحة.

تمرين 6: نرخي الفخذ للرجل المطوية ونقوم بالضغط عليها في ناحية الفخذ، نلاحظ التوتر في المؤخرة نستمر في الضغط لحظات ثم نرخي.

- عملية التنفس: الشخص في وضعية النوم على الظهر او الجانب . التمرين يستمر حوالي 10 دقائق، نقوم خلالها بالتنفس عميق متناوب ونلاحظ تقلص القفص الصدري خلال الشهيق والزفير.

- الوجه:

الجبهة : نقوم بثني حاجبي العينين ورفع الجفون في نفس الوقت.

نلاحظ الأماكن التي يظهر فيها التوتر، ندع العضلات تسترخي تدريجيا وغلق الجفون.

- العينين:

العينين مغمضتين: الضغط بشدة على الجفون ثم نرخي بعد الإحساس بالتوتر.

العينين مفتوحتين: تركيز النظر في شيء معين لمدة 30 ثانية، نلاحظ التوتر الظاهر في عضلات العينين ثم نترك حرية النظر بدون التركيز في شيء معين.

نقوم بالتمرين تدريجيا بالنظر إلى اليسار ثم اليمين ثم إلى الأعلى والأسفل، نلاحظ التوتر ثم نسترخي بعد ذلك.

- منطقة الفم: التمرين يجري والعينين مغمضتين، كما في كل التمارين في عملية التنفس، الوجه والعينين، الباقي من الجسم في حالة استرخاء.

نقوم بالعد بصوت مرتفع إلى العشرة وإثناء ذلك نلاحظ مجموع العضلات المشاركة في التمرين (اللسان، الشفتين، الفك، الرقبة) ثم نرخي بعد ذلك.

نقوم بنفس التمرين مع خفض الصوت قليلا نلاحظ التوتر ثم نرخي بعد ذلك.

نقوم بنفس التمرين لكن هذه المرة كأننا نقوم بخرخرة المياه في الفم نلاحظ التوتر ثم نرخي بعده.

أخيرا نقوم بالعد إلى عشرة ولكن من دون إحداث صوت أو التحرك. عند انتهاء الفرد يحس باسترخاء أحسن من دون كلام.

على طول مجريات التمارين على المدرب أن يتأكد من حالة الاسترخاء لدى العميل، باستثناء العضو المستعمل تكون باقي الأعضاء في حالة استرخاء وبدون حركة. عملية التنفس منتظمة، الأعضاء بعد المجهود تكون في حالة استرخاء تام.

في النهاية دائما تكون عملية راحة في نهاية التمارين، وبقدر ممارستنا للتمارين بقدر ما نتحكم في حالة الاسترخاء وإتقانها

2- الاسترخاء الفارقي : la relaxation différentielle

- المبدأ: هذه التقنية تستعمل لهدف آخر عن التقنية السابقة، وهي تقنية مكملة لها بشرط ان تنتج التقنية الأولى ، للوصول إلى إصلاح نقاط التوتر ، والذهاب إلى ابعد حد من الاسترخاء حتى في حالة النشاط.

الهدف هو في حالة القيام باي حركة يكون العضو المستعمل فقط في حالة توتر وباقي الأعضاء تكون في حالة استرخاء. ذلك بغرض تقليل التوتر الى أقصى درجة و اقل جهد و اقل طاقة لازمة للقيام بالعمل المطلوب.

الاسترخاء الفارقي هو « استخدام اقل توتر عضلي للقيام بأي جهد، مع إبقاء باقي العضلات الأخرى في حالة راحة.

التمارين تجرى في وضعية جلوس وبطريقة تدريجية، من المفيد إجراء هذه التمارين بعد تمارين التقنية التدريجية، ولا تفصل بينهم مرحلة كبيرة من التوتر.

3-5- تقنية السوفولوجي sophrologie: هي طريقة للاسترخاء مبنية على السوفولوجي، اصل الكلمة اغريقية ابتكرها اكايسيدو 1960 caycedo حيث تعني:

"Sos" صحي " sain " متوازن ،équilibré، منسق / منسجم harmonieux

" phren " تعني الروح esprit الشعور conscience

" logos " تعني خطابا discourت دراسة (Edith, 1997).étude

تمارس على 5 مراحل متعاقبة على الجسم، من الراس الى القدمين. مما يسمح بالوصول الى حالة من الاسترخاء الشامل، المراحل المتعاقبة تشمل كل منها منطقة عصبية نركز ونرخي كل واحدة منها لإراحة العضلات المرتبطة بكل جزء معين .

المرحلة الاولى مثلا هي ارخاء الوجه وأعصاب منطقة الجبهة (بين الحاجبين ، خاصة فوق الانف) يكفي فقط اراحة اعصاب هذه المنطقة بعد عملية تركيز نحس بالاسترخاء في كل المنطقة .

الطريقة تكون عموما من الاعلى الى الاسفل (من الراس الى القدمين) وفي وضعية جلوس للبقاء في حالة يقظة ، هذه التقنية هي جد فعالة وتطبيقية للاسترخاء في وضعيات متعددة مثل التواجد في القطار او الطائرة او حتى في المكتب... (sylvain, 2014)

في حالة اتقان هذه الطريقة فإنها توفر عدة استعمالات محددة ، الطريقة تقسم الى 3 مراحل او حلقات : المرحلة الاولى فقط تقترح فوق ثلاثين تقنية (نبيل، 2014)

- **الرفسكولوجي** : او العلاج الشامل للجسم عبر تدليك اليدين والقدمين، وهي فرع اساسي من فرو الطب البديل، يدرس في العديد من الجامعات في الولايات المتحدة الامريكية واوروبا والصين واليابان ، وهو تطبيق قديم يعتمد على نقاط ضعف معينة في اخمص القدمين وجوانبه، تنعكس على كل عضو في انحاء الجسم وتجعله يمارس وظيفته الطبيعية ، وهذا الضغط غير المؤلم هو مسح وتقنيت لأي رواسب ونشاط وضبط وتوازن للغدد وافرازاتها وفتح منابع الطاقة، والوصول الى حالة استرخاء تام عام للعقل والجسم وتنفس عميق طبيعي لاشعوري، وهذا يعطينا كمية اكسجين اكثر لكل خلية من خلايا الجسم وتركيز للتفكير اعمق. (رضوان ج.، 2012-2013)

-**اليوجا**: الهدوء والسكون والوصول الى التحكم في التنفس، تسمح بالتحكم في الذات ، وعند الهدوء يتألف الجسم مع النفس ويحصل الانسجام والاسترخاء. (Schroeder, 1982)

تعمل اليوغا على تقوية الاعصاب واكتساب الارادة القوية ، وتؤثر تأثيرا مباشرا على مختلف انواع الغدد في الجسم فهي تؤدي الى قيام هذه الغدد بعملها في انتظام وحيوية. (علي ق.، 2017)

- **الزان**: اصل هذه الكلمة صيني اخذت من su sanskrit dhyâna الذي اعطى كلمة tch'an يعني zen باللغة اليابانية ، ومعنى هذه الكلمة هو التأمل والتفكير بغير هدف معين وهذا باستعمال التركيز، تخصص ممارسة تعلمنا ان نكون في تركيز كامل للقطعة المعيشة في الحاضر، وهذا من اجل اي عمل او حركة في الحياة اليومية. (رضوان ج.، 2012-2013)

-التنويم المغناطيسي: حسب ج قورين فان التنويم المغناطيسي طابع ذو نشاط ببيكولوجي ، يفضل تدخل شخص آخر يتجرد من العالم المحيط به ويبقى على علاقة بمرافقه، هذا الانفصال عن الواقع هو الذي يسمح بنوع من الاسترخاء الذي يعالج حالة خاصة، وهذا الطابع المنفرد للسير يظهر تأثير الروح بالجسد او اداء على مستوى اللاشعور.

التنويم المغناطيسي معروف منذ العصور القديمة اقتبسه الطبيب Erickson ، فجعل التنويم المغناطيسي كنافذة تطل على الروح لتسمح عبر تداعي الافكار الى تبديل بعض السلوكيات الفردية وجعلها مناسبة . كما يعتبر التنويم المغناطيسي حالة نوم اصطناعية تظهر عن طريق الايحاء، فيها يكون فيها وعي ولكن متغيرة. (رضوان ج، 2012-2013)

من اهداف التنويم المغناطيسي نذكر:

- تحسين التركيز ومقاومة الخوف والتوتر.
- تسمح للفرد باستبدال الافكار السلبية بالإيجابية.
- تسمح للشخص ان يجد حلا للمشاكل عند الفرع.

4-5- الاسترخاء الديني : الاسترخاء بسماع القران الكريم لان فيه شفاء لما في الصدور {
ألا بذكر الله تطمئن القلوب}

كما توجد اتجاهات حديثة بين علماء النفس تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية وعلاج الأمراض النفسية ، وترى ان الايمان بالله تمد الانسان المتدين بطاقة روحية تعينه على تحمل مشاق الحياة وتجنبه القلق الذي يتعرض له من الناس الذين يعيشه في هذا العصر الحديث المتشعب بالمادية والتنافس الشديد والمفتقر في نفس الوقت لمقومات الحياة الروحية والمبادئ الاخلاقية لذا فالتمسك بالإيمان بالله واتباع منهجه هو السبيل الوحيد لاحتمال معاناة الحياة وتحقيق امن الانسان وسعادته: { قال اهبطا منها جميعا بعضكم لبعض عدو فأما يأتينكم مني هدى فمن تبع هداي فلا يضل ولا يشقى. ومن اعرض & عن ذكري فان له معيشة ضنكا ونحشره يوم القيامة اعمى } (سورة طه اية 123-124). (غانم م، 2005)

الايمان يعطي الفرد احساسا باحترام الذات وذلك لما للدين من قيمة عليا لدى الفرد والمجتمع، فيشعر الفرد الانسان بتقبل واحترام ذاته وفي نفس الوقت تقبل واحترام الاخرين من المؤمنين لانهم في نظرة اخوة في الله، وكذلك يؤدي بالمؤمن الى عدم التردد وسرعة اختيار القرار والصبر على الشدائد. والايمان يجعل المسلم يحس بالقرب من الله وامكانية مناجاته بالدعاء والقران والاستغفار والتوبة اليه من الذنب واستجلاب رضاه بالأعمال الصالحة كل هذا يحمي المؤمن من التأثيرات النفسية الضارة الناتجة من تقلبات الحياة وعقباتها لان هذه المعاني السامية تمتص قوة الصدمات وتجعل سلوك الشخص ايجابيا ويشعر بالراحة ، فبدلا من الياس والقنوط والاحساس بالعجز والمرارة نجد المؤمن صابرا

محتسبا وفي نفس الوقت صامدا وعملا على مواجهة الموقف بأيمان واصرار. (الوالي، 2003)

ويمكن له الاعتماد على الرقية الشرعية والحجامة لمداواة الامراض الاضطرابات النفسية والجسمية التي تصيبه ويلجا كذلك الى الله بالدعاء ليخلصه منها.

6- ميادين استخدام الاسترخاء: يمكن استخدام الاسترخاء في عدة ميادين نذكر منها:

6-1- ميدان الطب النفس – جسدي :

يعمل الاسترخاء على إرخاء الشد العضلي ، فان تجربة الحرارة في التدريب الذاتي تساعد في تمدد الأجهزة الوعائية السطحية مما يساعد على التخفيف من الضغط الشرياني الذي يسمح على خفض المستوى الانفعالي الذي يسعى الاسترخاء على تحقيقه بوضع الجهاز الوعائي في مأمن من الزيادات المفاجئة للضغط الشرياني . كما يستعمل الاسترخاء في مجالات عديدة في الطب النفسي- جسدي حيث تلعب العوامل الانفعالية دورا هاما في هذه الأمراض القلبية الوعائية. (نحوي، 2009-2010)

6-2- ميدان الطب العصبي – العقلي: أمراض الجهاز العصبي كثيرا م تتبع بتغيرات خفية وعميقة على مستوى الشخصية وكذا بردود أفعال معقدة للمريض تجاه مرضه حيث يؤدي الاضطراب النفسي العاطفي إلى تعقيد الأعراض العصبية ، فالاسترخاء يسمح بالتوصل إلى تخفيف الارتجاف وتحقيق تكيف نفسي اجتماعي أحسن عند المصابين بمرض باركينسون ، كما يمكن تحسين بعض الحركات غير العادية وبعض الأعراض الخاصة المزعجة عن طريق الاسترخاء . وهذا يتطابق مع الطرح الذي قدمه لنا "توماس" للاسترخاء التدريجي لجاكوبسون في حالات التخفيف النسقي في العلاج السلوكي . (رضوان ج.، 2012-2013)

6-3- الاسترخاء في ميدان التربية : أظهرت عدة دراسات ان الاسترخاء خاصة الاسترخاء العضلي يساعد كثيرا التلاميذ على التحصيل الدراسي وتجاوز قلق الامتحان ، فقد دلت نتائج هيفاء ابو غزالة 1978 على فعالية كل من أسلوب تقليل الحساسية التدريجي والاسترخاء العضلي في خفض قلق الامتحان وعلى جميع المقاييس المستخدمة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. (رضوان ج.، 2012-2013)

6-4- الاسترخاء عند الإنسان السوي:

يمكن للتفاعلات الشديدة ان تسبب اضطرابات عميقة في الجسم، ويمكن اجتناب التذبذبات العنيفة للأجهزة عن طريق تقنيات الاسترخاء، التي تعطي للفرد إمكانية التوصل إلى الراحة من خلال عملية التركيز الظرفي مما يسمح بإلغاء الصدى الجسمي للانفعال وبالتالي القضاء على التفاعلات العاطفية المثيرة للاضطرابات . (رضوان ج.، 2012-2013)

7- مجالات استخدام العلاج بالاسترخاء:

يستخدم العلاج بالاسترخاء في مجالات عدة وفي معظم العلاجات السلوكية وغير السلوكية، ويستخدم مع المرضى والأسوياء على حد سواء.

هناك عوامل تحدث التوتر وتعيق الاسترخاء الطبيعي، وبذلك يعتبر طاقة مكتومة لا بد لها من الخروج، ممارسة الاسترخاء تخرج هذه الطاقة وتحررها حتى لا تعيق السير الطبيعي وتشكل مصدرا للتوتر والضغط.

التوتر الجسمي ينشأ غالبا من التوتر النفسي ، لان الجسم يستجيب لأوامر الدماغ ، فالأوامر الخاطئة تنشأ استجابة جسمية تنتج عنها توتر .

التوتر يستمر مع استمرار مصادره وعوامله ويجب إزالته بسرعة لان نتائجه على الجسم مع مرور الوقت تؤدي إلى المرض ، وهذا ما يعاني منه المرضى والمضطربين نفسيا او جسديا وعليه فهم يحتاجون الى الصيانة النفسية ، التي يتمك تأجيلها دائما الى حين تفاقم المرض، أمور مثل العادات السيئة في: العمل، الجلوس، النوم، الأفكار الحصرية ...

وعليه الاسترخاء مطلب يومي في الحياة المعاصرة. (نحوي، 2009-2010)

يمكن التركيز على المناطق التالية في عملية التدريب باعتبار هذه المناطق بؤر التوتر.

- جدول رقم 09 مخطط يوضح مراحل الاسترخاء العضلي (علي ق.، 2017)

الاسبوع	زمن الوحدة	هدف الوحدة التدريبية
الاول	10 دقائق	التعريف بالبرنامج واهدافه وتوجيهات عامة
الثاني		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الاصابع والساعد
الثالث		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الرقبة والكتفين
الرابع		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الوجه والفك
الخامس		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الاصابع والساعد والرقبة والكتيفين والوجه والفك
السادس		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات البطن
		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الصدر والبطن
		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الظهر
		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الفخذين
		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات القدم والساقين
		خفض درجة ومستوى التوتر لعضلات الصدر والبطن

والظهر والفخذين والقدم والساقين		
خفض درجة ومستوى التوتر للجسم ككل		

8- المزايا: يعمل الاسترخاء الذهني البدني على تقليل مخاطر الإصابة بأمراض القلب بنسبة 30%، وكذلك تقليل نسبة الوفيات الناتجة عن أمراض القلب بنسبة 23% وذلك وفقاً للدراسات التي نشرت في الصحيفة الأمريكية لطب القلب، والتي أظهرت أيضاً أن الاسترخاء يعمل على إطالة متوسط العمر المتوقع. وعلاوة على ذلك، تقلل أساليب الاسترخاء الذهني البدني المختلفة بشكل كبير من مخاطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم، والنوبات القلبية، وكذلك النوبات القلبية المميتة وفقاً للدراسة التي نشرت في الصحيفة الطبية البريطانية. (Burns, 1982)

كذلك، يؤدي الاسترخاء الذهني البدني إلى المساعدة في علاج حالات تصلب الشرايين. ولا يعمل الاسترخاء الذهني البدني على تقليل مخاطر أمراض القلب فحسب، بل يعمل أيضاً على علاج حالات تصلب الشرايين وذلك وفقاً للدراسة التي نشرت في الصحيفة الأمريكية لجمعية أطباء القلب والجراحة الدماغية.

ويقلل الاسترخاء الذهني البدني من مخاطر الإصابة ب الاكتئاب بنسبة 50%. كما أن من المتوقع أن تكون هناك نسبة ما بين 10 - 30% من البشر سيعانون على الأقل من إحدى نوبات الاكتئاب في حياتهم الخاصة. ومن ثم، تعمل أساليب الاسترخاء جنباً إلى جنب مع المداواة حيث يعملان سوياً على تقليل مخاطر تكرار الاكتئاب أكثر من المداواة وحدها.

ومن ثم، فإن الاسترخاء الذهني الجسدي له تأثير على أساليب المعالجة والحيلولة دون تعاطي مواد الإدمان و الإدمان. فهناك حوالي 10% من البشر يعانون من إدمان المخدرات والكحوليات المدمنة. ولقد أظهر العديد من الدراسات أن الاسترخاء يساعد في تحسين تقدير الذات والصحة النفسية على المدى الطويل، كما يساعد بشكل كبير في تقليل مخاطر الإصابة بتعاطي مواد الإدمان

ويساعد الاسترخاء الذهني البدني على معالجة القلق و النوبات القلبية. وقد أظهرت الدراسة التي أجريت في جامعة ماساتشوستس أن المرضى الذين يعانون من القلق المعمم أو الشعور باضطرابات الفزع سيكونون بحال أفضل بالفعل بعد تعلم أساليب الاسترخاء والاستمرار في استخدام تلك التقنيات على المدى الطويل.

كما أن الاسترخاء الذهني البدني من الممكن أن يعمل على تقوية جهاز المناعة. وقد بينت إحدى الدراسات أنه بعد مرور 8 أسابيع من تعلم أساليب الاسترخاء، يصبح الجهاز المناعي للمشاركين أقوى من ذي قبل.

ويعمل الاسترخاء الذهني البدني على التخلص من الألم المزمن، وكذلك التخلص من ألم الظهر المزمن. وقد أظهرت إحدى الدراسات أنه بعد مرور 10 أسابيع من دورة الاسترخاء الذهني البدني كان العديد من المرضى بحاجة إلى مسكنات بسيطة فقط. وبعد مرور 15 شهرًا، أصبحوا لا يعانون من أي آلام فحسب، بل لا يعانون أيضًا من الاكتئاب والقلق.

ويقلل الاسترخاء الذهني البدني من أعراض الآلام العضلات الليفية. وفي إحدى الدراسات، كانت هناك نسبة 51% من متوسط المرضى المدربين لديهم مؤشرات بالتحسن من أعراض الألم المزمن وتصلب العضلات والمفاصل. وهذا في حد ذاته نادر جدًا في طرق علاج الألم المزمن وتصلب العضلات والمفاصل. (العنزي ا.، 2014)

الفصل الرابع: فصل الاستعدادات الطبية

تمهيد

- مفهوم الصحة
- مفهوم الرعاية الصحية

- المؤسسة الصحية

- انواع المؤسسات الصحية

- تنظيم المؤسسة الاستشفائية
- مهام المؤسسات الاستشفائية العمومية

- مصلحة الاستعجالات الطبية

- خصائص الاستعجالات الطبية

- مفهوم التمريض

- تعريف الممرض
- الضغوط في مهنة التمريض
- مهام ومسؤوليات الممرض
- أسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية

تمهيد:

يحتل قطاع الصحة مكانة فائقة الأهمية باعتباره قطاعا يهتم بالخدمات الصحية خاصة الوقاية من الأمراض المختلفة و العلاج، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية وتقديم احسن الخدمات الصحية للأفراد وانشاء المؤسسات الصحية وتزويدها بالإمكانيات اللازمة في مختلف المجالات الطبية والتقنية ، هذا من توفير خدمات صحية ضرورية باعتبارها مطلبا هاما لحياة الانسان لوقايته وعلاجه من مختلف الامراض والاطار الصحية التي تهدد حياته.

تعتبر مصلحة الاستعجالات الطبية من اكثر المصالح الاستشفائية حيوية، وهي بوابة المستشفى بمرور عدد هائل من المرضى دون انقطاع ليلا ونهارا كما تعتبر حلقة ربط بين العالم الخارجي والوسط الداخلي للمستشفى وتستقطب هذه المصلحة افراد من مختلف الطبقات وبإصابات وامراض عديدة، حيث اغلب المرضى ومرافقيهم يتوجهون الى مصلحة الاستعجالات الطبية لكونها تتوفر على خصائص عديدة.

1- مفهوم الصحة:

ارتبطت الصحة بالمرض فعدم مرض الانسان وغياب علامات المرض عليه من جميع النواحي الفسيولوجية الجسمية والعقلية والنفسية يعني ان الانسان يتمتع بقدر من الصحة.

كان ينظر الى الصحة على انها" علاج للمرض ، فاذا ما توسع مفهومها تجاوز كونها وقاية من الامراض .

يعد هذا المفهوم ضيقا لمصطلح الصحة ، بحيث اقتصرها على انها علاج للمرض ووقاية منه على اعتبار التعريف السائد في الحقل الصحي والعاملين فيه: الصحة هي غياب المرض الظاهر وخلو الفرد من العجز والعلل . (جورج، 2011)

تعطي منظمة الصحة العالمية مفهوما شاملا عن الصحة باعتبارها " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض والعجز". (الدوبي، 2005)

تتفرع الصحة العامة الى:

الصحة الوقائية: تهدف الى منع حدوث الامراض والحد من انتشارها.

الصحة العلاجية: تهدف الى علاج المرضى ومساعدتهم في الحالة المرضية والعودة الى الحالة الطبيعية عن طريق التشخيص وتقديم العلاج المناسب للحالة وصولا الى تخفيف الالام وانهاء الاعراض المرضية. (العيون، عمان)

الصحة المهنية: متعلقة بتقديم الرعاية الصحية للعاملين في المهن المختلفة. (البكري)

مفهوم الرعاية الصحية:

يشمل مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة الى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية ، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن اطار التنمية البشرية للمجتمع.

فهي تشمل نشاطات رعاية المرضى رعاية طبية وعلاجية واعادة تأهيلهم، وهي مجموعة من الاجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع افراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي والحيلولة دون حدوث الامراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها. (الجوهري، 2009)

تعرف الخدمة الصحية على انها: الخدمات العلاجية او الاستشفائية او التشخيصية التي يقدمها اعضاء الفريق الطبي في مؤسسة صحية مختلفة، او العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض ، او التحاليل المخبرية التشخيصية التي تقدمها المختبرات لشخص ما، غير انها قد تقدم رعاية صحية وقائية، مثل تقديم طبيب لشخص مريض معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره وكيفية الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه. (المجيد، 2000)

2- المؤسسة الصحية:

يقصد بالمؤسسة العمومية الصحية كل هيئة تهدف الى تقديم رعاية علاجية او وقائية للأفراد في اقليم جغرافي معين او قطاع مهني او خدمات عامة للمجتمع.

المؤسسة العمومية الصحية هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء واعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان اقليم معين وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة بالحاجات الصحية للسكان. (غالي، 2003)

2-1- انواع المؤسسات العمومية الصحية : تنقسم المؤسسات الاستشفائية في الجزائر الى ثلاثة فروع :

1- المراكز الاستشفائية الجامعية: تمتاز بطابعها العلاجي والتعليمي فهي عادة تكون جهوية، وهي مؤسسة عمومية ادارية تنشأ بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي لكل منهما وصاية ادارية والثاني وصاية بيداغوجية. (بوحميده، 2014)

يمارس المركز الاستشفائي الجامعي مهام متعددة في ميدان الصحة يضمن نشاطات التشخيص والعلاج والاستشفاء الاستعجالات الطبية والجراحية والوقاية، وفي ميدان التكوين يوفر تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي والمشاركة في اعداد وتطبيق البرامج المتعلقة بها. اما في ميدان البحث العلمي يقوم بكل اعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007)

ب- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: تنشأ لعلاج امراض متخصصة، كالصحة العقلية وامراض النساء والتوليد ... الخ

من مهامها ايضا تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج واعادة التكييف الطبي والاستشفاء (بوحميده، 2014)

تخضع لوصاية والي الولاية الموجودة بها، يتم انشائها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007)

تمارس مهامها متعددة من خلال تكفلها إما بمرض معين او مرض اصاب جهازا عضويا معيناً او مجموعة ذات عمر معين، وبذلك نجد بان المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تتكون من هيكل واحد او عدة هياكل. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007)

ج- المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية: تتميز بكونها ذات طابع علاجي ووقائي يشغل حيز جغرافي معين، انشئت بديلا عن القطاعات الصحية المنظمة بمرسوم تنفيذي رقم 466 /97 المؤرخ في 12/02 / 1997 المحدد لقواعد انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، الذي تم الغاؤه بموجب احكام المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19/05/2007 المتضمن انشاء وتنظيم سير المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007)

تتمثل مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية اساسا في تنظيم وبرمجة وتوزيع خدمات التشخيص والعلاج واعدادة التكيف الطبي والاستشفاء، الى جانب نشاط الوقاية والنظافة ومكافحة الآفات الاجتماعية، وكذا المساهمة في اعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية. يغطي هذا سكان بلدية او مجموع بلديات.

من مهام المؤسسات العمومية للصحة الجوارية تقديم خدمات الوقاية والعلاج القاعدية، التشخيص والصحة الجوارية، الى جانب ترقية وحماية المحيط في مجال النظافة والصحة ومكافحة الآفات الاجتماعية والمساهمة في اعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007)

2-2- تنظيم المؤسسة الاستشفائية: يخضع الى تنظيم خاص يحدد عن طريق مرسوم تنفيذي يهدف الى تحديد التنظيم الداخلي للمؤسسات الاستشفائية: توضع المؤسسة الاستشفائية تحت سلطة مدير عام يساعده امين عام يكون التنظيم كما يلي:

- مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية.
- مديرية الادارة العامة.

يلحق بالمدير العام :

- مكتب التنظيم العام.
- مكتب الاعلام والاتصال.
- مكتب الصفقات والمنازعات والشؤون القانونية.
- مكتب الامن الداخلي.

تشمل مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية ما يلي:

- 1- المديرية الفرعية للنشاطات الطبية:
 - مكتب تنظيم وتقييم النشاطات الطبية.
 - مكتب تنظيم وتقييم نشاطات الاستعجال.

- مكتب الدخول والتوجيه.
- 2- المديرية الفرعية للنشاطات شبه الطبية:
- مكتب تنظيم النشاطات شبه الطبية.
- مكتب تقييم النشاطات شبه الطبية. (الجزائرية، 2017)

المجموع	الجنوب	الهضاب العليا	الشمال	المؤسسات الاستشفائية العمومية
16	0	02	14	CHU مركز جامعي
199	27	58	114	E P H مؤسسة استشفائية عمومية
77	08	21	48	E H S مؤسسة عمومية متخصصة
09	03	02	04	E H مؤسسة استشفائية
/301 67499	/38 44590	/82 16340	/180 44590	المجموع/ عدد الاسرة
/ 173 4679 سرير	/ 11 276 سرير	/ 44 1345 سرير	/118 3058 سرير	E H P مؤسسة عمومية للصحة الجوارية
1000 / 1.86 نسمة	1000 / 1.76 نسمة	1000 / 1.61 نسمة	2 سرير/ 1000 نسمة	النسبة / 1000 نسمة

○ جدول رقم (10) توزيع المؤسسات الاستشفائية في جهات الوطن 2014 (Hospitalière، 2014)

2-3- مهام المؤسسات الاستشفائية العمومية: تتمثل مهامها في التكفل بصفة دائمة بالحاجات الصحية للسكان وفي هذا الاطار تتولى على الخصوص المهام التالية :

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج والتشخيص واعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.

- ضمان حفظ الصحة والنظافة ومكافحة الآفات الصحية والاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معرفهم، كما يمكن استخدام المؤسسات الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي في التسيير الاستشفائي على اساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007)

3- مصلحة الاستعجالات الطبية : احدى المصالح الاستشفائية الهامة والحساسة التي تقدم خدمات صحية على مدار اليوم بإشراف اطباء مناوبين ذوي خبرة وطاقم تمريض مؤهل وعمال اداريين لاستقبال جميع الحالات الطارئة والحالات الخطيرة للحوادث مع وجود طاقم طبي لجميع التخصصات، كما انها مجهزة بكافة الوسائل والاجهزة الطبية والصيدلانية وسيارات اسعاف لنقل المرضى.(Hospitalière, 2014)

هي وحدة تابعة للمركز الاستشفائي تعمل على مدار 24 ساعة يشرف عليها فريق متخصص ومدرب لخدمة المرضى، مدعم بوسائل مناسبة وخاصة، خدمات المصلحة تتضمن: الاستقبال ، التقويم ، التحقيق، العلاج ، وعند الحاجة توجيه المريض الى المصالح المتخصصة والتي تتضمن متابعة العلاج لمدة اطول.(afilalo, 2000)

يعرف قويوتا 1978 guyotat الاستعجال على انه وضعية طبية ونفسية مزرية وعابرة تتطلب حل سريع.

ويرى ميشال دكلرغ Michel Declercq ان الاستعجال هو الحالة التي تحرك بقوة شديدة مشاعر المريض ومحيطه وتضعهم في اضطراب ومازق عميقين.

عرف كل من تونايون و لابييل tenaillons & labayle 2001 " مصلحة الاستعجالات هي مكان استقبال لكل المرضى الذين يتوجهون الى المستشفى للفحص او الاستشفاء، والذين لم يكن التكفل بهم مبرمجا ". (وهيبة، 2012)

يمكن اعطاء تعريف اصطلاحي للاستعجالات الطبية على انها: "استقبال لكل الحالات المستعجلة والتدخل الطبي الجراحي لمعالجة هذه الحالات"

4- خصائص الاستعجالات الطبية:

العمل الميداني للاستعجالات في المستشفيات يتضمن متاعب متنوعة واستعدادا لأوضاع وظروف مهنية منها:

- سرعة التدخل الطبي وشموليته، فبغض النظر عن كون مصلحة الاستعجالات فضاء ليس به انتظار يمكن للمريض ان يستفيد من عدة فحوصات وتحاليل للدم واشعة ووجهات نظر

لأطباء من تخصصات مختلفة في حالة عدم القدرة على وضع تشخيص محدد. (وهيئة، 2012)

- الأوضاع الاستعجالية يجب ترتيبها في أولويات حسب الحالات الموجودة والبت فيها تستدعي التدخل وتقديم المساعدة حسب خطورة كل حالة.

- تقسيم الحالات حسب: حالات استعجالية حقيقية مثل حالة جروح او رضوض مختلفة، حالة مشاكل قلبية خطيرة، او حالات اجتماعية تستدعي التدخل ككبار السن او حالات التسمم او الانهيارات العصبية.

- حالات تستدعي استعمال مكثف لتقنيات وبشكل مبكر في حالة خطيرة مع نسبة نجاح ضئيلة جدا تحتاج التدخل السريع وهنا يكمن الضغط النفسي على الطاقم الطبي المعالج. (anemf, 2011)

- العمل الاستعجالي يحتاج وسائل مادية (سيارات اسعاف اكثر تجهيزا SAMU) وطاقم طبي مؤهل لأداء العمل في هذه الحالات الاستعجالية .

تعتبر مصالح الاستعجالات الطبية من احسن المصالح التي توفر سريرا واكلًا وشربًا للحالات الاجتماعية بدون مأوى الذي يلجا بعضهم اليها هروبا من قسوة البرد والجوع .

تكون الحالات الاستعجالية في غالب الاحيان معقدة بإصابات مختلفة تحتاج الى طرق جديدة في العلاج ، تقنيات التدخل العلاجي في هذه الحالات هي خاصة بكل حالة. (urgence médicale, 2010)

5- تعريف التمريض:

اتفق الباحثون في مجال التمريض على ان التمريض تعني تقديم الرعاية المتكاملة للأفراد والمجتمعات في حالة المرض والصحة بهدف تحسين مستوى الصحة والمحافظة عليها من الناحية البدنية والنفسية والاجتماعية ، والوقاية من الامراض ورعاية المرضى ومساعدتهم على استعادة صحتهم وتأهيلهم للاعتماد على انفسهم وتقليل نسبة العجز لديهم.

اسست " فلورنس نقتينغال " اول مدرسة للتمريض عام 1860 بمستشفى سان توماس بلندن في انجلترا وكان مبدا التمريض قائما على تطبيق القواعد الضرورية للنظافة لتحقيق الراحة البدنية والنفسية للمريض. (ميهوبي، 2080)

1-5- تعريف الممرض:

هو إنسان مهني لديه الحصيلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس التي تمكنه من العمل في مختلف المصالح الصحية مع زملائه من أفراد الطاقم الصحي، وهو عنصر نشط في المؤسسة الصحية وأحداث التغييرات الايجابية فيها، ولديه الكثير من الأدوار التي يؤديها. (يوسف ل، 2015)

المررض او الممرضة الذي تخرج من مدرسة او معهد شبه الطبي ويمارس مهنة التمريض في المؤسسات الصحية المختلفة التابعة للوزارة المكلفة بالصحة كما يمكن ان يكونوا في الخدمة لدى المؤسسات العمومية ذات الأنشطة المماثلة للمؤسسات الصحية. (تواتي، 2017)

المررضون : هم افراد مهنيين لديهم الحصيلة المعرفية والمهارة والثقة بالنفس، بعد تخرجهم من مدرسة او كلية تمريض او معهد من معاهد الدولة بدبلوم متخصص، ويركزون على تطبيق العملية التمريضية في الحالات الحرجة والعناية بالأفراد في حالات الطوارئ والخدمات التمريضية. (سهيلة ب، 2015)

ومنه فان ممرضى الاستعجالات الطبية : هم الممرضون الذين يشرفون على العناية بالحالات الطارئة والمستعجلة والذين يعملون في مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية في المستشفيات.

5-2- الضغوط في مهنة التمريض:

اكدت دراسات كل من " الكندر 1981 alkander " ودراسة باك Beck 1988 و " الاماش " "alamash" 1989 ودراسة "هاري" "Harris" 1989 التي توصلت الى ان العاملين في القطاع الصحي من مشرفين واطباء وممرضين يظهرون استعدادا كبيرا للإصابة بالضغط المهني نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية، وهذا لكونهم عرضة لمواجهة العديد من المواقف الضاغطة والاستجابة لها في ان واحد. (سهيلة ع، 2009)

تعد مهنة التمريض من المهن الشاقة والصعبة والاكثر جلبا للضغوط، فقد كشفت دراسة اجراها فريت "firth" وزملائه 1988 على عينة من 200 ممرض وممرضة ان الاضطرابات الصحية النفسية تزداد بارتفاع الصعوبات المهنية، مما يؤدي الى الشعور بالقلق والاكتئاب وينعكس سلبا على الفرد، حيث يفقد حيويته ورغبته في العمل ، وان مستخدمي الصحة وخاصة الممرضين هم دائما بجانب المرضى، وخاصة مصلحة الاستعجالات الطبية والتكفل بالحالات المستعجلة والاصابات الخطيرة وغالبا ما يؤثر عليهم العمل المستمر في وضعية صعبة ومكافحتهم المستمرة لمعاناة المرضى الذين يتكفلون بهم. (صبرينة، 2013)

كما يذكر جيرالد واخرون ان التخصص الدقيق والطبيعة الروتينية للعمل تعتبر من مصادر الضغوط الوظيفية وان بعض الوظائف بطبيعتها تتضمن ضغوط عالية وذلك لأنها :

- 3- تحتاج الى تركيز مستمر لمراقبة ادوات او مواد معينة .
- 4- تتضمن في معظم الاوقات اتخاذ قرارات خطيرة.
- 5- العمل في ظروف مادية صعبة : بيئة عمل غير نظيفة وغير امنة.
- 6- القيام بواجبات غير نمطية تحتاج الى معنأة فكرية.
- 7- التفاعل مع الجمهور وما تطلبه من مشقة لإرضاء الرغبات . (جرينبرغ، 2009)

-في دراسة لأحمد وسالم السنكري 1994 هدفت الى التعرف على المسببات لضغط العمل واثارها النفسية على الممرضين العاملين في وحدات العناية المركزة، وجدت الى ان الممرضين في هذه الوحدات يواجهون ضغط عمل اكثر من الوحدات الاخرى، وان مصادر الضغط لديهم هي عبء العمل، ضوضاء، المعدات الطبية وموت المريض وهم اكثر قلقا واكثر حزنا وكأبة. (يوسف ل.، 2014)

الوقت الطويل الذي يتم قضاؤه مع المرضى والتغذية الرجعية البسيطة والاحساس المتدني بالقدرة على التحكم في الموقف، وصراع الدور وغموض الدور ، جميعها من العوامل المهنية التي تقود الى تفاقم ظاهرة الضغوط النفسية عند الممرضين (maslach, 1979)

يصنف التمريض ضمن مهن المساعدة التي غالبا ما يعاني اصحابها من ضغط نفسي مستمر يصل الى حد الاحتراق النفسي يظهر في فقدان الممرض للاهتمام بعمله مرضاه، ينتابه شعور بالتشاؤم وتبليد المشاعر واللامبالاة، نفاذ الصبر والاهمال وقلة الدافعية والحماس، وكثرة الغيابات المتكررة (p, 2006)

3-5- مهام ومسؤوليات الممرض:

الطاقم شبه الطبي مطالب بالمشاركة في اتخاذ التدابير العلاجية ، مما يستلزم عليه التحكم في تطبيق العلاجات واعطاء الادوية تنفيذا لوصفة طبية، واتخاذ الاجراءات العلاجية الملائمة، واتباع حالة المريض ومراقبة تطورها، وذلك من خلال تقديم المعلومات الضرورية واللازمة للأشخاص المعنيين، اما في الحالات الاستعجالية فعليه تطبيق الاجراءات الاستعجالية التي تتطلبها الحالة وضمان نوعية العلاج واستمراريته ، مع تفادي الاخطاء التي من شأنها تعريض حياة المريض للخطر، ثم الحرص على المساهمة في اجراء عملية تقييم للعلاج من حيث نوعيته وكميته، هذا يحافظ على الصحة لصحة الافراد عن طريق التدابير والاجراءات الوقائية والتربية الصحية. (نعيمة، 2013)

يكلف شبه الطبيين بالمهام التالية:

- استقبال المريض وتوجيهه وتحضير التجهيزات الطبية وحفظ العتاد وترتيبه.
- انجاز علاجات التمريض المرتبطة بمهامهم مع تدوينها على الوثيقة العلاجية (fiche de traitement، على أساس وصفة طبية او بحضور طبيب).
- تحضير وتوفير لوازم ومعدات طبية ضرورية للفحص والجراحة.
- مراقبة تطور الحالة الصحية للمرضى و تقييمها ومتابعتها بوسائل القياس (قياس نبضات القلب، التخطيط الكهربائي للقلب، الضغط الدموي...)
- تغيير الاسرة وترتيبها لتفادي التعفنات والالتهابات...
- جمع عينات البول والدم والتحليل.
- الدعم النفسي للمريض واهله والاجابة عن تساؤلاتهم وربط اهل المريض بالطبيب المعالج.
- القيام بمشروع العلاج وتخطيط النشاطات المرتبطة به ، ومسك وتحيين الملف العلاجي للمريض والقيام بالمهام الادارية والتنسيق مع الادارة والعمال الاخرين في المصلحة.
- الاشراف على التدريب والتكوين والمرافقة للمرضى المتدربين.
- مراقبة وسائل العمل والتأكد من صلاحيتها، والحرص على نظافة فضاء العمل والمصلحة.
- 4-5- أسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية:** حسب القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبي الجزائري:
- شعبة العلاج.
- شعبة إعادة التأهيل وإعادة التكيف.
- الشعبة الطبية الاجتماعية.
- شعبة التعليم والتفتيش البيداغوجي شبه الطبي. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2011)

الصدف	الرتب	الاسلاك	الشعب
ف			
8	مساعد التمريض للصحة العمومية	مساعدو التمريض للصحة العمومية	

9	- مساعد التمريض رئيسي للصحة العمومية		العلاج
8	- عون رعاية الاطفال للصحة العمومية	اعوان رعاية الاطفال للصحة العمومية	
9	- عون رعاية الاطفال رئيسي للصحة العمومية		
8	- مساعد جراح الاسنان للصحة العمومية	مساعدو جراحي الاسنان للصحة العمومية	
9	- مساعد جراح رئيسي الاسنان للصحة العمومية		
9	- ممرض مؤهل	ممرضي الصحة العمومية	
10	- ممرض حاصل على شهادة دولة		
11	- ممرض للصحة العمومية		
12	- ممرض متخصص للصحة العمومية		
13	- ممرض ممتاز للصحة العمومية		
9	- شبه طبي مؤهل	- المختصون في التغذية للصحة العمومية .	
10	- شبه طبي حاصل على شهادة دولة	- مرممو الاسنان للصحة العمومية .	
11	- شبه طبي للصحة العمومية	- المختصون في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية .	
12	- شبه طبي متخصص للصحة العمومية	- البصاراتيون	
13	- شبه طبي ممتاز للصحة العمومية	- النظاراتيون للصحة العمومية	
			اعادة

11	- شيه طبي للصحة العمومية	- مقومو البصر للصحة العمومية	التأهيل و اعادة التكليف
12	- شبه طبي متخصص للصحة العمومية	- المداورون بالعمل للصحة العمومية	
13	- شبه طبي ممتاز للصحة العمومية	- مقومو الاعضاء الاصطناعية للصحة العمومية - مقومو الحركة النفسية للصحة العمومية - مطببو الارجل للصحة العمومية - مقومو السمع للصحة العمومية	
9	- شبه طبي مؤهل	- مشغلو اجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية	الطبية التقنية
10	- شيه طبي حاصل على شهادة دولة	- المخبريون للصحة العمومية	
11	- شبه طبي للصحة العمومية	- المحضرون في الصيدلية للصحة العمومية	
12	- شبه طبي متخصص للصحة العمومية	- المختصون في حفظ الصحة للصحة العمومية	
13	- شبه طبي ممتاز للصحة العمومية		
9	- شبه طبي مؤهل	- المساعدون الاجتماعيين للصحة العمومية	الطبية الاجتماعية
10	- شبه طبي حاصل على شهادة دولة	- المساعدون الطبيون للصحة العمومية	
11	- شبه طبي للصحة العمومية		
12	- شبه طبي رئيسي للصحة		

	العمومية		
13	- شبه طبي رئيس للصحة العمومية		
14	- استاذ التعليم شبه الطبي	- اساتذة التعليم شبه الطبي	التعليم والتفتيش البيداغوجي شبه الطبي
15	- مفتش بيداغوجي شبه طبي		

- جدول رقم(11) يصنف الرتب التابعة لأسلاك شبه الطبي للصحة العمومية (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2011)

الجانب الميداني

الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- الدراسة الاستطلاعية
- المنهج
- حدود الدراسة (المكانية والزمنية والبشرية)
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة

تمهيد:

سنتطرق في الجانب الميداني الى اجراءات الدراسة الميدانية من الدراسة الاستطلاعية الى المنهج المستخدم ثم وسائل جمع البيانات والمقاييس المستخدمة اضافة الى اساليب تحليل البيانات ثم نتطرق الى عينة الدراسة وطرق اختيارها وخصائها.

نتطرق بعدها الى عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة وما خلصت اليه للإجابة على اشكالية البحث وتأكيد او نفي الفرضيات المصاغة .

1- الدراسة الاستطلاعية:

إن اجراء الدراسات الاستطلاعية يعد امرا ضروريا في اعداد البحوث والدراسات ، لأنها تمهد الطريق للدراسة الميدانية ، وتعرف الباحث على المصاعب في اجراءات البحث، التعرف على الظروف المحيطة والاجراءات الادارية والاتصال بعينة الدراسة وتوضيح فائدة الدراسة واهميتها ومعرفة مدى تقبل افراد العينة وتعاونهم مع الباحث واعطائه الوقت الكافي والبرنامج المطبق (برنامج الاسترخاء العضلي) اجراءات الشرح والتطبيق، والتنسيق مع الادارة خصوصا في ميدان الاستعجالات الطبية نظرا لضيق الوقت والمهام والاعباء الكثيرة والطابع الاستعجالي للواجبات المهنية .

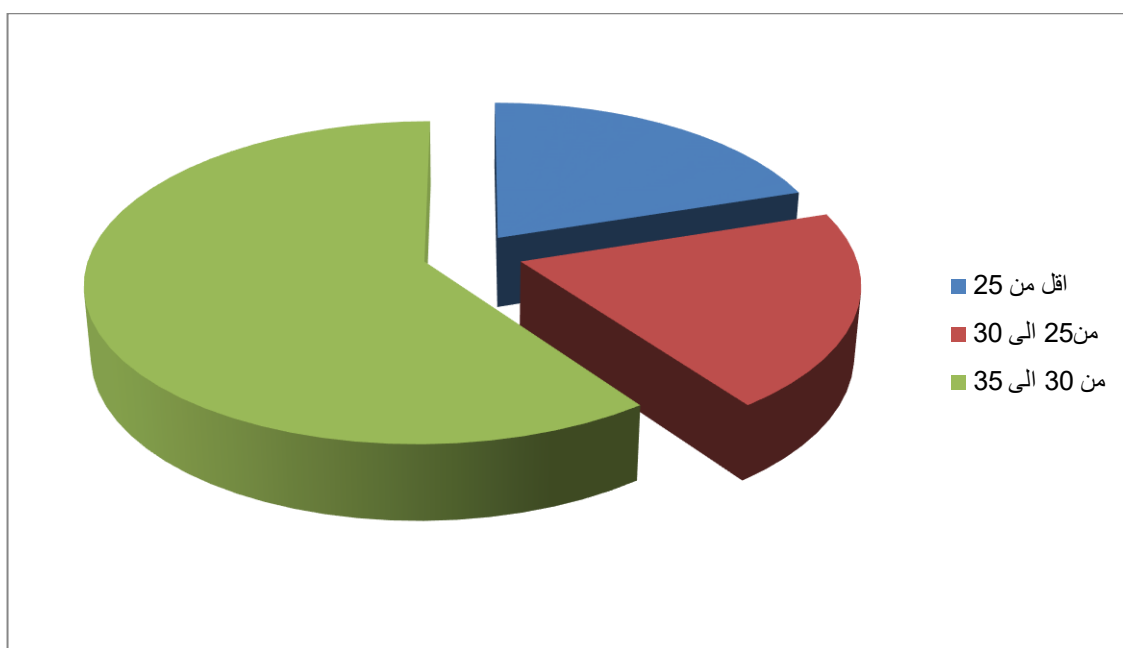
اضافة الى الصعوبات المتعلقة بالأدوات المستخدمة منها مقاييس الدراسة الاساليب المستخدمة وطرق جمع المعلومات وصلاحيتها لإجراء الدراسة، وصلاحية المنهج المستخدم وملائمته وكذلك صياغة الاشكالية والفرضيات.

- التأكد من صدق مقياسي الدراسة استبيان الضغوط و مقياس حالة القلق لسيلبرجر: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 5 افراد من الممرضين العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية

كانت خصائصهم الاجتماعية كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم(12) يمثل الخصائص الاجتماعية للعينة الاستطلاعية

افراد العينة	الجنس	السن	الخبرة المهنية
01	انثى	25	03 سنوات
02	ذكر	30	08 سنوات
03	ذكر	32	05 سنوات
04	ذكر	34	09 سنوات
05	انثى	27	04 سنوات



شكل رقم 06 يمثل النسبة مئوية لأعمار أفراد العينة الاستطلاعية

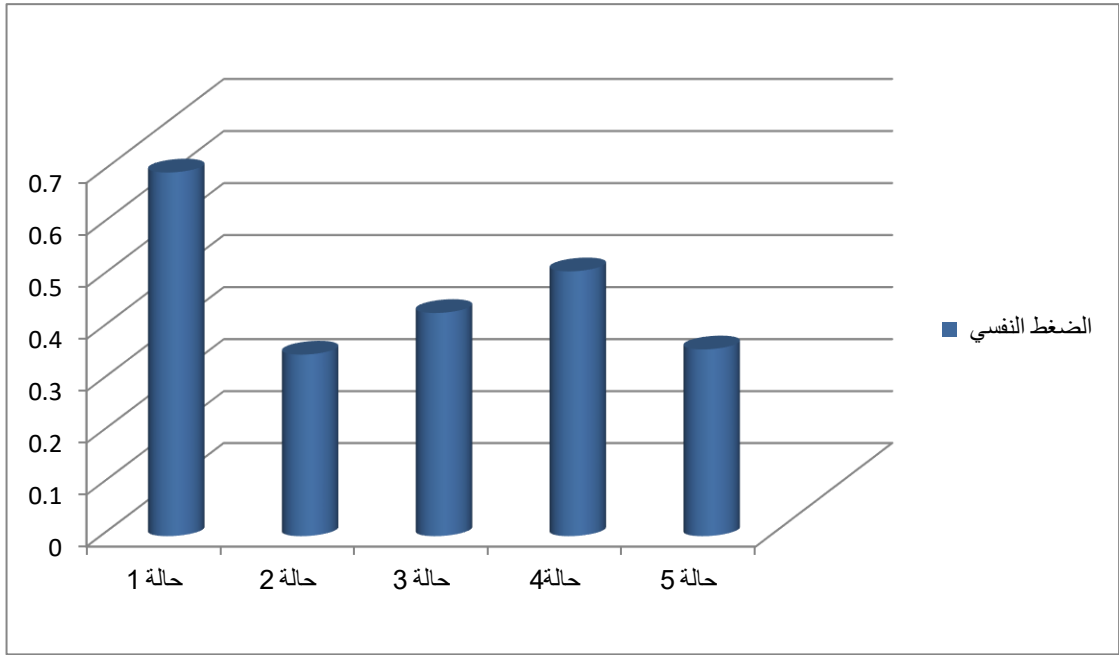
نلاحظ من خلال الجدول ان عينة الدراسة الاستطلاعية مشكلة من الجنسين بتوزيع 02 اناث و03 ذكور اعمارهم تتراوح بين 25 و 34 سنة واغلبهم من سن 30 ال 35 ولديهم كلهم خبرة مهنية اقل من 10 سنوات وابتداءا من 03 سنوات.

طبقتنا على العينة الاستطلاعية مقياس ادراك الضغوط Levenstein ومقياس حالة القلق لسيلبرجر فكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (13) يمثل نتائج مقياس ادراك الضغوط:

مستوى الضغط	درجة الضغط	افراد العينة الاستطلاعية
ضغط شديد	0.70	01
ضغط منخفض	0.35	02
ضغط متوسط	0.43	03
ضغط متوسط	0.51	04
ضغط منخفض	0.36	05

نلاحظ من الجدول ان افراد العينة الاستطلاعية مختلفين في ادراكهم للضغوط وهذا حسب توزيعهم على مقياس ادراك الضغوط من الضغط الشديد الى الضغط المنخفض بمتوسط حسابي $\times = 0.47$



شكل رقم 07 يمثل توزيع درجات افراد العينة الاستطلاعية على مقياس ادراك الضغوط يعاني افراد العينة الاستطلاعية من درجة متوسطة من الضغط ما عدا حالة واحدة تعاني من ضغط مرتفع وهذا راجع الى طبيعة العمل الاستعجالي وكذلك يرجع الى صغر السن وقلة الخبرة المهنية 03 سنوات فقط، والتدخل الصحي مع افراد في حاجة الى تدخل سريع لإنقاذ حياتهم، استعجالية الموقف والخوف من نتائج التدخل والخطر المحدق بالمصابين تجعل من المرضى في حالة ضغط دائم.

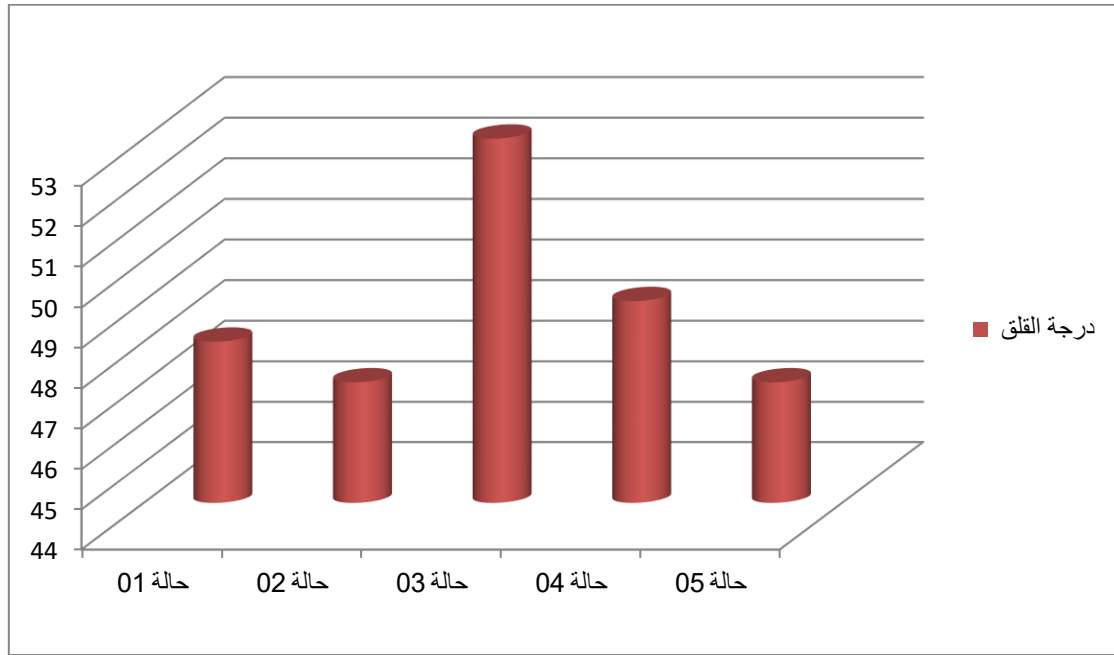
جدول (14) يمثل نتائج مقياس حالة القلق لسبيلبرجر:

افراد العينة الاستطلاعية	درجة القلق	مستوى القلق
01	48	متوسط
02	47	متوسط
03	53	متوسط
04	49	متوسط
05	47	متوسط

نلاحظ من الجدول ان كل افراد العينة الاستطلاعية يعانون من درجة متوسطة من القلق حيث المتوسط الحسابي:

$$.48.8 = \frac{244}{5} = \frac{\text{مجموع المشاهدات}}{\text{عددها}} = x$$

درجات افراد العينة الاستطلاعية يتوزعون حول المتوسط الحسابي توزيعاً معتدلاً يكشف الفروق بينهم في درجة القلق.



شكل رقم 08 يمثل توزيع افراد العينة الاستطلاعية على مقياس القلق

نلاحظ من خلال الشكل ان افراد العينة الاستطلاعية يعانون من قلق متوسط نتيجة ظروفهم المهنية مقارنة بنتائج توزيعهم على مقياس ادراك الضغوط المشار اليه سابقاً، وبالتالي الضغط المستمر ينتج عنه قلق مختلف الدرجات حسب طبيعة واستعداد وظروف كل فرد، وطريقة تكيفه مع الظروف المحيطة ، وهذا ما سوف نحاول دراسته في الدراسة الميدانية ونحاول التأكد منه.

2- المنهج:

يعتمد اختيار المنهج الذي يستخدمه الباحث في دراسته على طبيعة بحثه والاهداف التي يحاول الوصول اليها، فلكل دراسة علمية اسس منهجية يبني عليها الباحث انطلاقته في عملية البحث والدراسة، وتكون بمثابة المرشد الذي يوجهه حتى تنسم دراسته بالدقة والموضوعية ، والمنهج يعني مجموعة القواعد والاسس التي يتم وضعها من اجل الوصول الى الحقيقة. (دنيبات، 1998)

يعتبر المنهج شبه التجريبي من اكفاً وانجح المناهج لاختبار الفروض وتحديد العلاقة بين المتغيرات وتهيئة الاساس لاستخلاص الاستنتاجات السببية. (ابراهيم م.، 2002) وهو عبارة عن تغير متعمد ومضبوط للشروط المحددة للظاهرة وملاحظة نتائج التغير في الظاهرة موضوع الدراسة (صوان، 2018)

ويعرف كذلك على انه استخدام التجربة في اثبات الفروض. (عباس، 2007) لأنه لا يقف عند مجرد وصف او تحديد حالة طبيعة المتغيرات ، بل يقوم الباحث بدراسة المتغيرات المتعلقة بالظاهرة ويحدث في بعضها تغيرا مقصودا ويتحكم في متغيرات اخرى (علي ق، 2017)

كما يضيف غرين 1990 ان اسلوب التجربة يقوم على اساس ان التجارب العاملة الميدانية والمبرية التي تؤدي الى التعرف على العلاقات السببية بين مختلف العوامل التي تحدث الظاهرة او المشكلة موضوع الاهتمام. (بلغالم، 2017)

وتبعا لأهداف الدراسة وطبيعة الموضوع التي تهدف لمعرفة اثر استخدام الاسترخاء العضلي في مواجهة القلق الناتج عن الضغط النفسي لدى عينة من ممرضي الاستعجالا الطبية وبالتالي نرى ان المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبي لأنه يعمل على تحقيق اهداف الدراسة.

في هذه الدراسة الميدانية سنقوم بإجراء تطبيق قياس قبلي على مجموعتي افراد العينة : المجموعة الشاهدة والمجموعة التجريبية ، نقوم بأجراء تطبيق قياس قبلي لمقياسي الضغط النفسي ومقياس القلق لسيلبرجر، نحسب الفرق بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين ثم نقوم بتطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد المجموعة التجريبية ثم نقوم بإعادة قياس بعدي لمقياسي الضغط النفسي و القلق ونقوم بحساب الفروق بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين ثم حساب الفرق باستخدام اختبار "ت" للاختبارات القبليّة والبعدية للمجموعتين الشاهدة والتجريبية، تجرى الحسابات عن طريق الاحصاء الالي ببرنامج التحليل الاحصائي في العلوم الاجتماعية spss .

3- حدود الدراسة:

اجريت الدراسة الاستطلاعية شهر نوفمبر 2018 للاضطلاع على مجتمع الدراسة والتأكد من ادوات البحث وملائمتها والاجراءات الادارية والتنظيمية المطلوبة.

اجريت الدراسة الميدانية بداية من شهر مارس 2019 بإعطاء عينة البحث مقياس ادراك الضغوط القياس القبلي وكذلك القياس القبلي لمقياس القلق لسيلبرجر، تم اعطاء افراد العينة برنامج الاسترخاء العضلي بعد شرحه واقتراح برنامج اسبوعي للتطبيق الذاتي لأفراد العينة. بعد حوالي ثلاثة اشهر تم اجراء القياس البعدي للمقياسين إدراك الضغوط ومقياس القلق.

4- عينة الدراسة : تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من الممرضين العاملين في مصلحة الاستعجالا الطبية في كل من مصلحة الاستعجالا في بلدية بني والبان و مصلحة الاستعجالا في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي مزغيش – سكيكدة

اختيار 30 فردا كعينة البحث من مجتمع الدراسة وتم تقسيمهم الى مجموعتين شاهدة واخرى تجريبية تحتوى كل مجموعة على 15 فردا.

قام الباحث بتصنيف افراد العينة بطريقة قصدية ، ملاحظة تجانس كلا المجموعتين في المتغيرات التي يمكن ان تكون متغيرات مشوشة على افراد العينة ومنها: الجنس، السن و الخبرة المنهية من خلال الجداول التالية:

المجموعة المتغير	الفئة	الشاهدة	التجريبية	مجموع افراد العينة
الجنس	ذكر	07	08	15
	انثى	08	07	15
المجموع		15	15	30

جدول رقم (15) خصائص افراد العينتين الشاهدة والتجريبية

نلاحظ ان افراد العينتين يتوزعان بشكل متساو من حيث متغير الجنس بحيث هناك تساو في عدد الذكور والاناث في كل مجموعة وبالتالي هناك تجانس من حيث خاصية الجنس لدى افراد العينتين.

المجموعة المتغير	الفئة	الشاهدة	التجريبية	مجموع العينة	افراد
السن	23-35 سنة	09	06	15	
	36-45 سنة	05	06	11	
	45-55 سنة	01	03	04	
المجموع		15	15	30	

جدول رقم (16) توزيع افراد العينتين حسب السن

نلاحظ ان افراد العينة يتوزعون في متغير السن بشكل متقارب بحيث أن 15 أعمارهم بين (23 - 35 سنة) وهناك 11 فردا اعمارهم بين (36 - 45 سنة) اما ما فوق 45 سنة فهناك 04 فقط .

المجموعة المتغير	الفئة	الشاهدة	التجريبية	مجموع افراد العينة
	1- 6 سنوات	10	04	14
الخبرة المهنية	7- 13 سنة	05	09	14
	14 ما فوق	00	02	02
المجموع		15	15	30

جدول رقم (17) يمثل توزيع افراد العينتين حسب الخبرة المهنية

نلاحظ ان افراد العينة يتوزعون في متغير الخبرة المهنية توزيعا متقاربا حيث ان اغلب افراد العينتين خبرتهم المهنية اقل من 13 سنة وهناك 14 فردا خبرتهم المهنية اقل من 6 سنوات و02 فقط ممن خبرتهم المهنية فوق 14 سنة.

5- أدوات الدراسة :

5-1- استبيان ادراك الضغوط :

وضع من طرف " ليفنستين Levenstein " وآخرون لقياس مؤشر ادراك الضغط، ويشمل 30 عبارة، نميز منها نوعين من البنود المباشرة وغير المباشرة. تشمل البنود المباشرة 22 عبارة، وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع، عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، وإلى مؤشر إدراك ضغط منخفض، عندما يجيب الرفض. وتتمثل هذه البنود في العبارات رقم: 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 14، 14، 16 (إلى اليسار (عادة). تشمل البنود غير المباشرة 8 عبارات رقم 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29، 1 وتدل على وجود مؤشر إدراك مرتفع عندما يجيب المفحوص بالرفض، وإلى مؤشر إدراك منخفض عندما يجيب القبول. (حكيمة، 2006) وتنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة)

جدول رقم (18) توزيع عبارات استبيان ادراك الضغوط العبارات المباشرة وغير المباشرة

رقم العبارات	تقريبا ابدا	احيانا	كثيرا	دائما تقريبا

4	3	2	1	20 - 22 -23 -24 - 26-27 -28 - 30- - 8 -9 -11 - 12-14 -16 -18 - 19 - -2 -3 -4 -5 -6	العبارات المباشرة
1	2	3	4	1 -7 -10 - 13 -17 -21 -25 - 29	العبارات غير المباشرة

ضع لكل عبارة من العبارات التالية (x) في المكان الذي يصف أكثر ما ينطبق عليك عموماً في السنة أو السنتين الأخيرتين ، اجب بسرعة دون ان تزج نفسك بمراجعة اجاباتك واحرص على وصف حياتك في المدة الاخيرة.

التصحيح:

تنقط بنود الاختبار وفق (4) درجات، من 1 إلى 4 ما يلي:

1-تقريباً أبداً.

2-أحياناً.

3-كثيراً.

4-عادةً.

ويتبع التنقيط حسب نوع البنود أما أشرنا إليه سابقاً (مباشرة أو غير مباشرة).

ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا الاختبار وفق المعادلة التالية:

مؤشر ادراك الضغط = مجموع القيم الخام - 30

90

ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر ادراك الضغط من صفر (0) ويبدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط، إلى واحد (1) ويبدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

5-1- ثبات وصدق المقياس:

5-1-1- الثبات:

استعمل هذا المقياس في دراسة حول الضغوط النفسية الصحة الجسدية والنفسية في معهد علم النفس للباحثة (فتيحة ز، 2010) وتحصلت في دراستها على ثبات هذا المقياس وكان ذلك بقياس التوافق الداخلي للاختبار باستعمال معامل ألفا، فأظهر وجود تماسك قوي يقدر

ب:0.90

وقام جبالي رضوان في اطار اطروحة دكتوراه بحساب ثبات المقياس باستعمال طريقة التجزئة النصفية، حيث تجزئة المقياس الى جزئين متكافئين يضم احدهما الفقرات الفردية

والجزء الاخر الفقرات الزوجية ، تم حساب معامل الارتباط بين درجات الجزئين الذي قدر ب: 0.73 وهو دال على وجود تماسك قوي بين الجزئين.

5-1-2--الصدق:

قامت ايت حمودة حكيمة بدراسة صدق استبيان الضغط بطريقة الصدق الظاهري، فبعد ان ترجمت المقياس وتعريبه عرضت الصورة الاولية له على 10 اساتذة من قسم علم النفس بجامعة عنابة ، وطلبت منهم قراءة العبارات بتفحص لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين الانجليزية والعربية، ومناسبتها لقياس ادراك الضغط، واقتراح أي تعديل في صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياس، وترتب عن ذلك تعديل صياغة بعض العبارات في التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها. (حكيمة، 2007)

لقد قامت أيت حمودة في دراسة اخرى بالتحقق من صدق المقياس وذلك بقياس الصدق التلازمي للاختبار الذي يركز على مقارنة استبيان الضغط مع المقاييس الاخرى للضغط فظهر وجود ارتباط قوى مع مقياس سمة القلق لسبيلبرجر ويقدر ب: 0.75 ومع مقياس ادراك الضغط لكوهن ب 0.73 بينما سجل ارتباط معتدل يقدر 0.56 مع مقياس الاكتئاب. (حكيمة، 2006)

5-2- مقياس القلق : قائمة حالة القلق لسبيلبرجر *inventory Spielberg state*:

صمم هذا المقياس من طرف *Speilberger , lushene, Gorsuch* سنة 1970 تحت عنوان اختبار حالة وسمة القلق (*state – trait anxiety inventory*) ويشمل مقياسين منفصلين يعتمدان على اسلوب التقدير الذاتي، وذلك لقياس مفهومين منفصلين للقلق، الاول حالة القلق والثاني سمة القلق. حيث ان سمة القلق تتسم بنوع من الاستمرار وثابتة نسبيا في الشخصية في حين ان حالة القلق تتميز بقدر من عدم الاستقرار وتتأثر بشدة بالمواقف والايضاح المتغيرة التي قد يخضع لها الفرد من وقت لآخر. وهذا ما يتفق مع نظرية سبيلبرجر في القلق التي تنطلق اساسا من التمييز بين حالة القلق بوصفها استجابة انفعالية تتغير من مواقف لآخر، وسمة القلق بوصفها احدى الصفات او الخصائص المعبرة عن الشخصية. (مخائيل، 2003) ويستخدم هذا الاختبار كأداة بحث لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الاسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسية وعصبية او عضوية. (البحيري، 1984)

ظهر مقياس القلق بوصفه حالة وسمة في صور معدلة ومكيفة في اكثر من ثلاثين لغة في العالم، وكان الهدف من وراء اعداد هذه الصور استخدامها سوآءا للأغراض البحثية او لأغراض التشخيص والممارسة العيادية، وتمثل الهدف من وراء اعداد الصورة الجديدة المعدلة للمقياس الاصلي والتي ظهرت في عام 1983 في تطوير مقياس اكثر تكيفا للقلق من المقياس السابق، ويمكن عن طريقه التمييز بين مشاعر القلق والاكتئاب. (مخائيل، 2003)

في الدراسات العربية ظهرت عدة صور معربة، ويشير عبد الخالق الى ظهور اكثر من ست صور لهذا المقياس في مصر ولبنان والاردن والكويت عام 1989 ،ومن الدراسات العربية الهامة دراسة عبد الرقيب احمد البحيري 1984 التي اهتمت بإعداد صورة عربية مقتبسة من الصورة x ، واستهدفت التأكد من ثباته وصدقه ووضع معايير احصائية له استنادا الى اداء عينة من طلبة المرحلة الثانوية وطلبة الجامعة والدراسات العليا في مصر.

ومن الدراسات الهامة والحديثة دراسة احمد عبد الخالق التي عملت على اعداد صورة تستند الى الصورة المعدلة والاحدث لهذا المقياس وهي الصورة y ، كما استهدفت التأكد من الخصائص السيكومترية لهذه الصورة من خلالها تطبيقها على عينات واسعة من الطلبة الجامعيين في مصر 1989 . (مخائيل، 2003)

ان مقياس القلق لسبيلبرجر مستعمل بكثرة في التطبيقات والبحوث التجريبية، فاكثرت من 2000 دراسة استعملت هذا المقياس في الميدان الطبي وعلوم التربية وعلم النفس الاكلينيكي وباقي العلوم الاجتماعية، ويؤكد " بيلاك وهرسين " Bellack &Herson " 1988 ان هذه القائمة من اكثر قوائم تقدير القلق شهرة واوسعها استخداما في البحث العلمي والممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد، فهي مفيدة للمقارنة بين المجموعتين او اكثر التي تعاني من اضطرابات مختلفة وصالحة في مجال الممارسة العيادية لتقدير شدة القلق قبل العلاج، وقد اتضح ان الدرجات على مقياس حالة القلق تزداد استجابة لأنواع مختلفة من التعصب وتنخفض نتيجة للتدريب على الاسترخاء (كريمة، 2010) المقياس يحتوي 20 عبارة لتقييم ما يحسه الفرد في اللحظة نفسها.

5-2-1- تطبيق المقياس : مقياس حالة القلق يتكون من 20 عبارة تقريرية لتقدير مشاعر البحوث في الظرف الراهن او في هذه اللحظة، كما يشكل انسجاما مع التعريف الخاص بمفهوم حالة القلق، فالسمات او الجوانب الاساسية التي يتناولها مقياس حالة القلق هي مشاعر الخوف او التوجس، التوتر، العصبية، والهم او الضيق، ويشير الدليل الخاص بالمقياس الى ان درجاته تزداد عند الاستجابة للأخطار الجسمانية والتعرض للضغط النفسي وتتناقص في حالة الراحة والاسترخاء. (مخائيل، 2003)

المقياس مخصص للتمرين الذاتي ويمكن ان يملا فرديا او جماعيا، ووقت التمرير ليس محددًا ولكن في العادة يستغرق 6 دقائق و 10 دقائق للمقياسين معا حالة وسمة القلق، والتعليمات مكتوبة في ورقة الاجابة للمقياسين وعلى المفحوصين ان يقرروا ما يشعرون به فعلا في تلك اللحظة.

تصحيح المقياس: كل اجابة لعبارة من المقياس تمثل تنقيطا من 1 الى 4 و يمثل 1 درجة القلق الاقل و 4 درجة القلق الاكثر شدة .

والعبارات التي تمثل وجود القلق هي بالنسبة لمقياس E و T حسب الجدول التالي:

جدول رقم (20) يمثل تقسيم مقياس القلق حسب الفئتين

18	17	14	13	12	9	7	6	4	3	العبارات التي تمثل المقياس E
	37	35	32	31	29	28	25	24	22	العبارات التي تمثل المقياس T

نجمع الحاصل من 20 سؤال ونكتبه في أعلى الصفحة، وفي العمود حاصل التنقيط يكون بي 20 و 80 .

جدول رقم (21) : يوضح مستويات نتائج القلق لمقياس سبيلبرجر

الفئات	درجة القلق	مستوى القلق
الفئة الأولى	20	خالي من القلق
الفئة الثانية	40 – 20	قلق طبيعي
الفئة الثالثة	60 – 40	فوق المتوسط
الفئة الرابعة	80 – 60	قلق شديد

5-2-2- قائمة حالة القلق:

سنستخدم في بحثنا قائمة حالة القلق حيث يشير مفهوم حالة القلق الى حالة انفعالية طارئة او مؤقتة لدة الانسان تختلف من حيث الشدة من وقت لآخر، وتبعاً لذلك يرتفع مستوى حالة القلق في الظروف التي ينظر اليها الفرد على انها ظروف مهددة له بغض النظر عن الخطر الحقيقي او الموضوعي ، كما تنخفض شدة حالة القلق في المواقف غير الضاغطة او الظروف التي لا يرى فيها الفرد الموقف خطر مهددا له. (مخائيل، 2003)

5-2-3- صدق وثبات المقياس :

5-2-3-1- صدق المقياس : اعتمد صدق مقياس القلق لسبيلبرجر في صيغته الأمريكية على الصدق التلازمي حيث يعتمد هذا النوع من الصدق على درجة ارتباط درجات الأفراد على المقياس بمحك خارجي. وقد استخدم مقياس القلق لكاتل وشاير 1963 ومقياس تايلور 1953 للقلق الصريح وقائمة الوصف الوجداني " لزيكرمان " 1960 كمحكات للصدق التلازمي لمقياس سمة القلق، حيث كانت معاملات الارتباط بين المقياس ومقياس كاتل وشاير للقلق 0.75، ومقياس تايلور للقلق الصريح 0.77 وقائمة الوصف الوجداني 0.83 وهي دالة إحصائياً.

وقد استخدم صدق المفهوم لقياس صدق قائمة حالة القلق حيث يتسق مفهوم القلق كحالة وقتية متغيرة مع نتائج المقياس، وذلك بقياس قدرة المقياس على التمييز بين مستوى حالة القلق لمجموعة من الأفراد في مواقف مختلفة الشدة.

وقد اتضح أن المقياس يستطيع أن يميز بين الأفراد في حالة المواقف الضاغطة ومواقف الاسترخاء.

في البيئة العربية : استخدم فاروق عثمان 1993 في قياس صدق قائمة حالة و سمة القلق طريقة الصدق التلازمي وذلك بإيجاد العلاقة الارتباطية بين صدق قائمة القلق والاعتراب لدى عينة مكونة من 35 طالبا وطالبة ، وتؤكد النتائج انه يوجد ارتباط موجب 0.43 بين حالة القلق والاعتراب، وسمة القلق والاعتراب 0.56 وكلا القيمتين لمعاملات الارتباط دالة إحصائيا.

5-2-3-2- ثبات المقياس:

استخدم فاروق عثمان 1993 طريقة إعادة الاختبار لتقدير ثبات المقياس، على عينة مكونة من 35 طالب وطالبة، وكانت الفترة الزمنية الفاصلة ثلاثة أسابيع بين التطبيقين الأول والثاني، وكانت قيمة ثبات مقياس القلق 0.74 وهي قيمة دالة إحصائيا.

واستخدمت حكيمة ايت حمودة طريقة إعادة تطبيق الاختبار لحساب الثبات، فقد اجري المقياس على عينة من طلبة علم النفس جامعة عنابة عددهم 30 ، وقامت الباحثة بحساب معامل الارتباط باستخدام معادلة "بيرسون" حيث بلغ معامل الثبات 0.79 ، وهو معدل مرتفع ودال احصائيا. (حكيمة، 2007)

5-3- برنامج الاسترخاء العضلي:

يجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق ، وبعض الاضطرابات النفسية الاخرى، ويستخدمونه اما مستقلا او مع اساليب علاجية اخرى للتغلب على العديد من الاضطرابات النفسية، بما فيها مقاومة الضغوط النفسية والارهاق وصعوبات النوم ومشكلات السلوك الجنسي. وفي سنة 1939 ابدى الطبيب " جاكوبسون " Jacobson " اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة في كتابه 1964 " الاسترخاء التصاعدي " " progressive relaxation " قرر ان استخدام هذه الطرق تؤدي الى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق.

وثبت ان الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللمريض استثمارها في عدة اغراض من اهمها امكانية استخدامه مستقلا او مع اساليب علاجية اخرى كالتطمين التدريجي، ويمكن استخدام الاسترخاء اسلوبا من اساليب التدريب على المهارات الاجتماعية

ويوصون بالاسترخاء لدقائق معدودة يوميا قبل الدخول في مواقف مثيرة للانفعال او الظهور او الحديث امام الناس او المقابلات المهنية.

اثبت عدة تجارب ان الاثارة المزمنة والقلق والتوتر والغضب يمكن ان تزول بالاسترخاء ونقدم برنامج للاسترخاء العضلي على النحو التالي: (عثمان ف.، 2011)

اقتبس برنامج الاسترخاء العضلي معتمدا على تدريبات الاسترخاء المأخوذة من سلسلة عالم المعرفة ، العلاج النفسي الحديث للمؤلف لإبراهيم عبد الستار وتعليماته من طريقة جاكوبسون في الاسترخاء العضلي لفوائده في حالات القلق ومقاومة الضغوط النفسية (ابراهيم ع.، 1998)

وقدم الباحث تعليمات مجلة مع برنامج الاسترخاء العضلي لأفراد العينة للقيام بتطبيقها بطريقة ذاتية نتيجة ظروفهم المهنية التي لا تسمح بالحضور في كل مرة وتخصيص الوقت الكافي لحضور جلسات الاسترخاء وهذا مما لا يسمح بالحضور الدائم للباحث ، مما اضطر الى توزيع البرنامج الاسترخائي على افراد العينة وممارسته كواجبات بيتية.

الفصل السادس: تقديم وتحليل ومناقشة النتائج

○ تقديم الحالات

○ اختبار الفرضيات

○ التحليل العام للحالات

○ الخاتمة

○ اقتراحات وتوصيات

○ قائمة المراجع

○ قائمة الملاحق

1- تقديم النتائج:

1-1- الضغط النفسي:

1-1-1- نتائج اختبار (ت) للفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في شدة الضغط النفسي للمجموعة الشاهدة:

يوضح الجدول رقم (23) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

الدلالة	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دال	2.14	1.06	14	0.092	0.50	القياس القبلي
				0.067	0.47	القياس البعدي

من الجدول اتضح انه لا توجد فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي في درجة الضغط لدى افراد العينة الشاهدة حيث بلغ المتوسطين 0.50 للقياس القبلي و 0.47 للقياس البعدي.

واسفرت نتائج اختبار "ت" للمجموعة الشاهدة عن عدم وجود فروق دالة احصائيا بين نتائج القياسين البعدي والقبلي حيث بلغت قيمة "ت" 1.06 المحسوبة وهي اقل من قيمتها الجدولية 2.14 وهو غير دال عند مستوى الدلالة 0.05 اي انه لم ينخفض مستوى الضغط.

2-1-1- نتائج اختبار (ت) للفروق بين القياس القبلي والبعدي في شدة الضغط النفسي للمجموعة التجريبية :

يوضح الجدول (24) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

الدلالة	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دال		4.07	14	0.10	0.41	القياس القبلي
	2.98			0.09	0.38	القياس البعدي

من الجدول يتضح انه توجد فروق احصائية لدى افراد المجموعة التجريبية بين الاختبار القبلي والبعدي حيث بلغ متوسطي القياسين 0.41 للقبلي للمجموعة التجريبية و 0.38 والقياس البعدي لنفس المجموعة ، وبلغ الانحراف المعياري للقياس القبلي 0.10 والقياس البعدي 0.09.

كما اسفرت نتائج اختبار "ت" للمجموعة التجريبية عن وجود فروق فردية بين القياسين قبلي والبعدي وذلك لصالح القبلي حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة 4.07 وهي اكبر من قيمتها الجدولية 2.98 أي انه انخفض مستوى الضغط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي.

3-1-1-1 نتائج اختبار (ت) للفروق في الاختبار القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في شدة الضغط النفسي:

يوضح الجدول (25) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار القبلي للمجموعتين الشاهدة و التجريبية

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	الدلالة
القياس القبلي للشاهدة	0.50	0.09	14	2.22	2.62	دال
القياس القبلي للتجريبية	0.41	0.10				

من الجدول يتضح انه توجد فروق فردية بين القياسين القبلي لكلا المجموعتين الشاهدة والتجريبية في شدة الضغط حيث بلغ متوسطي القياسين 0.50 للقياس القبلي للشاهدة و 0.41 للقياس القبلي للتجريبية، وبلغ الانحراف المعياري للشاهدة 0.09 و للمجموعة التجريبية 0.10

لكن اظهرت نتائج اختبار "ت" للقياسين القبلي للمجموعتين عدم وجود فروق فردية حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة 2.22 و هي اقل من قيمتها الجدولية وبالتالي لا توجد فروق في مستوى الضغط النفسي بين المجموعتين.

4-1-1-1 نتائج اختبار (ت) للفروق في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في شدة الضغط النفسي:

يوضح الجدول (26) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان الضغط النفسي ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة و التجريبية.

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	الدلالة
القياس البعدي للشاهدة	0.47	0.06	14	2.90	2.62	غير دال
القياس البعدي للتجريبية	0.38	0.09				

--	--	--	--	--	--	--

من الجدول يتضح انه توجد فروق فردية بين نتائج القياسين البعديين للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في شدة الضغط حيث كان متوسط القياس البعدي للشاهدة 0.47 والتجريبية 0.38 . وبلغ الانحراف المعياري للقياس البعدي للشاهدة 0.06 و للمجموعة التجريبية 0.09. كما اظهرت النتائج وجود فروق فردية في نتائج اختبار "ت" لدى المجموعتين حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة 2.90 وهي اكبر من قيمتها الجدولية 2.62 عند مستوى دلالة 0.01 . وهذا يدل على انه توجد فروق في شدة الضغط بعد تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي.

1-2-2- درجة القلق:

1-2-1- نتائج اختبار (ت) للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق:

يوضح الجدول (27) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة الشاهدة.

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	الدلالة
القياس القبلي	50.06	3.36	14	0.18	0.69	غير دال
القياس البعدي	50.26	2.73				

من الجدول نلاحظ انه لا توجد فروق فردية بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الشاهدة حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 50.06 و الانحراف المعياري 3.36 اما القياس البعدي بلغ المتوسط الحسابي 50.26 و الانحراف المعياري 2.73 .

اما قيمة "ت" المحسوبة بلغت 0.18 وهي اقل من قيمتها الجدولية 0.69 وبالتالي لا توجد فروق دالة احصائيا بين نتائج القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق.

1-2-2- نتائج اختبار (ت) للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في درجة القلق:

يوضح الجدول (28) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	الدلالة
القياس القبلي	53.73	3.28	14	2.55	2.62	

				3.48	50.53	القياس البعدي
--	--	--	--	------	-------	---------------

نلاحظ من الجدول ان قيمة المتوسطين الحسابين توجد بينها فروق كبيرة للاختبارين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 53.73 اما المتوسط الحسابي البعدي 50.53 وبلغ الانحراف المعياري للقياس القبلي 3.28 اما البعدي 3.48.

اما قيمة "ت" المحسوبة بلغت 2.55 وهي اقل بقليل من قيمتها الجدولية 2.62 هذا ما يدل على عدم وجود فروق كبيرة بين القياسين البعدي والقبلي للمجموعة التجريبية في درجة القلق.

1-2-3- نتائج اختبار (ت) للفروق بين الاختبار القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق:

يوضح الجدول (29) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية

الدلالة	قيمة ت الجدولية	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
	2.98	2.75	14	3.36	50.06	القياس القبلي للشاهدة
				3.28	53.73	القياس القبلي للتجريبية

نلاحظ من الجدول انه لا توجد فروق كبيرة بين متوسطي القياسين القبلي للمجموعتين الشاهدة الذي بلغ 50.06 والتجريبية الذي بلغ 53.73 في درجة القلق، اما الانحراف المعياري فكان 3.36 للقياس القبلي للشاهدة و 3.28 للمجموعة التجريبية.

اما قيمة "ت" المحسوبة فهي 2.75 وهي اقل بقليل من قيمتها الجدولية 2.98 وهذا يدل على عدم وجود فروق دالة احصائيا في القياسين القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.

1-2-4- نتائج اختبار (ت) للفروق بين الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق:

يوضح الجدول (30) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية في استبيان القلق ودرجة اختبار "ت" للفروق بين الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية.

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت الجدولية	الدلالة
القياس البعدي للشاهدة	50.26	2.73	14	2.22	0.69	
القياس البعدي للتجريبية	50.53	3.48				

نلاحظ من الجدول انه توجد فروق بين متوسطي القياسين البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق حيث بلغ المتوسطين 50.26 للقياس البعدي للشاهدة و 53.50 للمجموعة التجريبية ، وبلغ الانحراف المعياري للقياس البعدي للمجموعة الشاهدة 2.73 و الانحراف المعياري للمجموعة التجريبية 3.48.

اما قيمة "ت" المحسوبة بلغت 2.22 وهي اكبر من قيمتها الجدولية 0.69 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائيا لصالح المجموعة التجريبية في درجة القلق.

2- اختبار الفرضيات:

انطلقنا في بحثنا هذا من فرضية عامة هي ان اسلوب الاسترخاء العضلي فعال في مواجهة القلق الناتج عن الضغط النفسي لدى ممرضي الاستعجالات الطبية ، وتفرعت عنها مجموعة من الفرضيات الجزئية تحققنا منها عن طريق الدراسة الميدانية والتحقق من خلال التحليل الاحصائي لنتائج عينة البحث حيث افرزت عن تحقق بعض الفرضيات وعدم تحقق فرضيات اخرى وهذا ما نحاول التطرق اليه فيما يلي:

الفرضية الاولى:

كانت توضح على انه لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في الضغط النفسي ، وهذا ما تحقق فعلا بحساب الفرق بين القياس القبلي والبعدي لمقياس الضغط النفسي وحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل منهما ، وكذلك حساب قيمة "ت" حيث كانت قيمتها المحسوبة اقل من قيمتها الجدولية هذا يدل على عدم وجود فرق بين القياسين القبلي والبعدي لدرجة الضغط النفسي للمجموعة الشاهدة،

و بالتالي فقد تحققت هذه الفرضية بعدم وجود فروق احصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الشاهدة في متغير الضغط النفسي وهذا يفسر بان نفس الظروف بقيت محيطة بأفراد العينة الشاهدة لأنها لم تجر عليها اية تغييرات او برامج علاجية وبقي افراد العينة يعانون من نفس الظروف الضاغطة مما يؤدي الى الحفاظ على نفس درجات الضغط النفسي.

وهذا ما يتوافق وبعض الدراسات السابقة التي تناولت الضغوط النفسية والقلق مثل دراسة جونسون 1999 حيث طبقت تدريبات الاسترخاء على طلبة التمريض وتوصلت الى نتائج مشابهة من حيث تأثير برنامج التدريب على خفض الضغط النفسي، وفي ظل غياب برنامج الاسترخاء العضلي عند افراد عينة المجموعة الشاهدة نلاحظ عدم انخفاض درجة الضغط النفسي.

الفرضية الثانية:

تدل على انه توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في الضغط النفسي، وهذا ما تحقق بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين البعدي والقبلي للمجموعة التجريبية حيث اظهرت النتائج وجود فروق احصائية بينها، كذلك قيمة "ت" الجدولية كانت اكبر من قيمتها المحسوبة وهذا لصالح القياس البعدي، وهذا دليل على ان برنامج الاسترخاء العضلي ترك اثر على افراد العينة التجريبية واكسبهم قدرة على مواجهة الضغوط النفسية، وبهذا تكون هذه الفرضية تحققت وان برنامج الاسترخاء العضلي من اكثر الاساليب فعالية في خفض اعراض القلق والضغط النفسي لاعتباره من الاساليب العلاجية السلوكية المختصرة والمركزة الذي يسمح للفرد باكتساب مهارة في مواجهة الضغط النفسي والقلق ، مع مراعاة وجود فروق فردية في الاعراض وشدة الاضطراب ومدى تقبل العلاج.

وهذا ما اتفق مع دراسة احمد وزملائه 1994 التي خلصت الى ان الممرضين يواجهون ضغوط عمل اكبر، وكذلك دراسة نجية توتي 2017 من حيث الاستراتيجيات المستعملة وفعاليتها وتأثيرها في مواجهة الضغط المهني لدى الممرضين، وكذلك دراسة جونسون حول برنامج ادارة الضغوط النفسية لخفض القلق والاكتئاب لدى طلبة التمريض.

وقد اعلنت النتائج النهائية لتقرير الرابطة الوطنية للصحة والسلامة الامريكية بان ازيد من 40% من المهنيين يعتبرون اعمالهم بمثابة مصدر اساسي للشعور بالضغط.

الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق دالة إحصائية للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي.

وهذا ما تحقق بعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية وكذلك حساب قيمة "ت" حيث كانت القيمة المحسوبة اقل من القيمة الجدولية هذا ما يدل على عدم وجود فروق احصائية بين القياسين القبليين للمجموعتين الشاهدة والتجريبية نتيجة وجود نفس الظروف المحيطة بأفراد المجموعتين وعدم تطبيق اي برنامج استرخاء لأفراد المجموعتين. وبهذا تكون الفرضية تحققت بعدم وجود فروق احصائية بين القياسين القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية. هذا يتفق مع دراسات سابقة حيث قام كل من الكندر 1981 وبيك 1988 وهاريس 1989 بدراسات توصلت الى ان العاملين في القطاع الصحي وخاصة الاطباء والمرضى يظهر استعدادا للإصابة بالضغط المهني نتيجة انواع مختلفة من مصادر الضغط، وكونهم عرضة لمواجهة العديد من المواقف الضاغطة في بيئة العمل وفي الحياة الاجتماعية والخاصة.

واشارت دراسة " الكمدر ALKamder " 1981 و" بيك Beck " 1988 و" الاماش Alamash " 1989 و دراسة " هاريس Haris " 1989 الى ان العاملين في القطاع الصحي يظهر استعداد كبير للشعور بالضغط المهني المرتفع نتيجة الضغوط النفسية والاجتماعية ، هذا لكونهم عرضة لمواجهة العديد من المواقف الضاغطة والاستجابة لها في ان واحد مما يزيد من حدة الاشكال.

كما ان الممرض معرض مباشرة لمعانة المرضى ومن واجباته الاساسية التعامل مع هذه المعاناة ومحاولة انقاصها ان امكن ذلك، دون اهمال رعاية المريض ، فهو مضطر لمواجهة الالم ومجبر على كبح شعوره وعدم التأثير بهذا الالم حتى لا تنقص مردوديته، (نعيمه، 2013)

الفرضية الرابعة:

توجد فروق دالة احصائية في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي، وهذا ما ثبت بعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسين البعديين للمجموعتين الشاهدة والتجريبية وبعد حساب قيمة "ت" حيث ظهر ان قيمتها المحسوبة اكبر من قيمتها الجدولية وهذا يدل على وجود فروق إحصائية لصالح المجموعة

التجريبية مما يدل على ان برنامج الاسترخاء العضلي ترك اثره على افراد المجموعة التجريبية. وبهذا تكون هذه الفرضية قد تحققت بوجود فروق دالة احصائيا بين الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية ، وبذلك ساعد برنامج الاسترخاء العضلي في خفض حدة الضغوط النفسية لدى افراد العينة التجريبية ، فالاسترخاء ثبتت فائدته في مواجهة المواقف المثيرة للقلق والضغط النفسي كأسلوب للضبط الذاتي، ويمكن تجربة ذلك بممارسة الاسترخاء دقائق قليلة قبل مواجهة اي موقف يثير الانفعال، ويمكن بمساعدة الاسترخاء علاج عدد كبير من الاضطرابات النفسية وخاصة ذات الاعراض الجسمية مثل التوترات في الرقبة والمفاصل والعضلات والاجهزة الداخلية، فالضغط يجعل الفرد يشكو من التوتر في جسمه والصداع والام الظهر وخفقان القلب وكذلك ظهور الام في الساقين والذراعين، وكذلك الجهاز العصبي الارادي واللاارادي. وهذا يتفق مع اشار اليه " ترافور وسيمون" 1990 في ان تدريبات الاسترخاء مهارة واستجابة يتم تعلمها واستخدامها لعلاج القلق والتخلص من المشكلات المرتبطة بالضغط النفسي مثل ارتفاع ضغط الدم، والقولون العصبي. ويصبح لدى الممارسين للاسترخاء طريقة فنية مهمة تساعد في التخلص من القلق والضغط النفي دون استعمال الادوية النفسية ، مما يؤكد فعالية تدريبات الاسترخاء في ضبط النفس والحد من القلق والتوتر. (القرني، 2012)

الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق، وهذا ما تم بعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وكذلك حساب قيمة اختبار "ت" حيث جاءت النتائج توضح انه لا توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي لاختبار القلق للمجموعة الشاهدة، وبهذا فقد تحققت هذه الفرضية حيث لا توجد فروق احصائية بين القياسين القبليين للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق، وهذا ناتج عن عدم تطبيق برنامج للاسترخاء وبقاء الظروف المهنية والنفسية المساعدة على ظهور حالة القلق عند افراد العينة الشاهدة. مما يعبر عن معاناتهم من اضطراب القلق كحالة، وهذا ما اتفق مع نتائج بحوث و دراسات اخرى منها: دراسة " كوهين" 2008 ، و" رايت" 2009 و" فيرث" 1988 التي اكدت ان التعرض المستمر للقلق يترتب عنه اصابة الافراد بالقلق والعديد من الاضطرابات والنتائج المصاحبة والمترتبة عنه، نتيجة مواجهتهم وضغوط ومواقف بيئة العمل ومعاناة مع المرضى الذين يتكفلون بهم ، بسبب العبء الكمي الزائد ، اضافة الى الابعاء الفكرية والانفعالية التي قد ينجر عنها صراعات نفسية تؤدي الى اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب.

ففي الدراسة التي اجراها فيرت وزملائه 1988 على 200 ممرض وممرضة ان الاضطرابات الصحية النفسية تزداد بارتفاع الصعوبات المهنية، مما يؤدي الى الشعور بالقلق والاكتئاب وتنعكس سلبيا على الفرد، حيث يفقد رغبته وحيويته في العمل. (بالرحايل، 2009)

واجريت دراسة ميدانية متخصصة يابانية على الضغوط عند قطاع الصحة سنة 1999 بينت ان النسبة ارتفعت من 33 % سنة 1982 الى نسبة 44 % سنة 1997 وهو ما يشير الى تنامي اشكال ومستويات الضغوط باستمرار.

الفرضية السادسة:

توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في درجة القلق، وهذا ظهر بعد حساب الفرق بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية حيث كان هناك اختلاف بين المتوسطات الحسابية لكن بعد حساب قيمة اختبار "ت" ظهر ان قيمتها المحسوبة اقل بقليل من قيمتها المجدولة هذا ما يدل على عدم وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لمقياس القلق ربما يعود الى عدم التطبيق المتكرر لبرنامج الاسترخاء العضلي او الى المواقف المحيطة المتكررة، فقد توصل 1989 Grath الى ان المتطلبات المهنية للممرض والعلاقات المهنية، الممرض يخضع بصفة دائمة الى متطلبات المريض التي تفوق غالبا قدراته اضافة الى متطلبات اخرى من الاطباء والادارة واطراف اخرى مما يزيد من اعباء الدور وينتج عنه نوع من الاضطراب والقلق والانزعاج وعدم القدرة على اتخاذ القرارات الصحيحة.

وتتفق الدراسة الحالية مع دراسات سابقة تؤكد ان الظروف المهنية السيئة التي يعيشها الممرض تلعب دورا اساسيا في تنمية القلق، فالفرد الذي يمر بمواقف وظروف ضاغطة تتولد لديه حالة القلق لأنه يشعر بالتهديد من البيئة المهنية التي يعمل بها، علما ان افراد العينة يتعرضون لمختلف انواع الضغوط المهنية والنفسية، منها ضغط العمل، التعامل مع الحالات الصعبة والحرجة والمستعجلة، وعدم توفر الاجهزة الكافية، وقضاء ساعات طويلة في المناوبات الليلية، والمسؤولية المستمرة في الحفاظ على حياة المرضى وصحتهم.

وترى 1981 Maslach ان طبيعة عمل الممرض هي في حد ذاته مصدرا للضغط والقلق نظرا لكون الممرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيوته، كعبء العمل والعوامل الانفعالية ومواجهة الحالات المستعجلة والخطيرة، مع مواجهة تأنيب الضمير في حالات موت المرضى والأمهم وشكواهم. (jackson, 1981)

الفرضية السابعة:

لا توجد فروق دالة إحصائية للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق

وهذا ما تحقق بعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية وكذلك بعد حساب قيمة اختبار "ت" حيث جاءت قيمتها المحسوبة اقل من قيمتها الجدولية وهذا يدل على عدم وجود فروق إحصائية بين القياسين ، وهذا راجع الى وجود افراد المجموعتين الشاهدة والتجريبية في نفس الشروط والظروف المهنية والنفسية قبل تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد المجموعة التجريبية، وبهذا قد تحققت هذه الفرضية بعدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق. وهذا ما يتلاءم مع دراسة كابلان حيث خلصت الى ان مستوى القلق والاكتئاب لدى الممارسين العامين مرتفع حسب ما كان متوقع بسبب غياب اي برامج تدريبية لمواجهة القلق والضغط النفسي.

هذا يتفق مع دراسة لأحمد وسالم السنكري 1994 هدفت للتعرف على المسببات لضغط العمل واثارها النفسية على الممرضين العاملين في وحدات العناية المركزة، وجدت ان الممرضين في هذه الوحدات يواجهون ضغوط عمل اكثر من التخصصات الاخرى، وهم اكثر قلقا وحزنا وكآبة.

الفرضية الثامنة:

توجد فروق دالة إحصائية في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق، وهذا ما تحقق بعد حساب كل من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين وكذلك بعد حساب قيمة "ت" حيث جاءت قيمتها المحسوبة اكبر من قيمتها الجدولية وهذا لصالح المجموعة التجريبية وهذا يعطي الدليل على ان برنامج الاسترخاء العضلي اكسب افراد المجموعة التجريبية مهارة في مواجهة الضغط والقلق. وبهذا تكون هذه الفرضية قد تحققت حيث توجد فروق دالة إحصائية بين القياسين البعديين للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق وهذا ما يتفق مع دراسة جونسون 1999 التي بحثت عن برنامج لإدارة الضغوط النفسية واثره في خفض القلق حيث خلصت ان افراد المجموعة التجريبية استفادوا من برنامج تدريبي (الاسترخاء) لمواجهة الضغط النفسي والقلق وهذا ما تحقق من خلال انخفاض شدة القلق. وتؤكد هذه النتائج فعالية برنامج الاسترخاء العضلي المستخدم في الدراسة الحالية في التخفيف من حدة القلق ، فتدريبات الاسترخاء تفيد عند مواجهة المواقف المثيرة للقلق كأسلوب للضبط الذاتي ويمكن تجربة ذلك بممارسة الاسترخاء لدقائق قبل مواجهة اي موقف مثير للانفعالات، كما تعمل تنقية ذهن الفرد من المثيرات الخارجية ، وتؤدي تمارين التنفس العميق الى توفير كمية الاكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم ، مما يترتب عليه تخفيف حدة القلق لدى العميل وهذا ما توصلت اليه دراسات عدة مثل باول وزملانه 2008 ، شيمبو 2009 ، فرانسيسكو واخرين 2009 ،

فراشيل وكروز 2010 وجميعها تؤكد على فعالية تدريبات الاسترخاء في ضبط النفس والحد من التوتر والقلق. (القرني، 2012)

3- التحليل العام للنتائج:

حاولت الدراسة الحالية الاجابة على اشكالية فعالية الاسترخاء العضلي في مواجهة القلق الناتج عن الضغط النفسي لدى ممرضي الاستجالات الطبية والاجابة على الفرضية العامة التي تؤكد هذه الفعالية، وتفرعت عنها عدة فرضيات جزئية نعمل على التحقق منها عن طريق دراسة احصائية تجري بواسطة القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في مقياسي الضغط النفسي والقلق.

وقد تحققت أغلب الفرضيات الجزئية من حيث فعالية برنامج الاسترخاء العضلي في مواجهة الضغط النفسي والقلق الناتج عنه حيث بعد تقسيم عينة البحث الى عينتين ضابطة وتجريبية وقياس شدة الضغط النفسي ودرجة القلق لدى افراد كل مجموعة قبل وبعد تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي، توصلت نتائج الدراسة التي استخدم في حسابها برنامج الحزمة الاحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS لحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وكذلك قيمة اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

حيث توصلت الدراسة على انه لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في الضغط النفسي، وهذا لان نفس الظروف بقيت محيطة بأفراد العينة الشاهدة لأنها لم تجر عليها اية تغييرات او برامج علاجية وبقي افراد العينة يعانون من نفس الظروف الضاغطة مما يؤدي الى الحفاظ على نفس درجات الضغط النفسي. حيث ان الضغوط المختلفة التي يواجهها الممرض اثناء عمله في البيئة الاستشفائية وخاصة مصلحة الاستجالات لها انعكاسات سلبية على النواحي النفسية والانفعالية والجسمية والاجتماعية، لان هذه الضغوط تتعارض وتعطل التناغم الطبيعي والسير العادي لوظائف جسم الانسان وحالته النفسية وقدراته الطبيعية، وقد يؤدي ذلك الى زيادة الضيق والتوتر والقلق والاحباط لديه، كما قد يؤدي الى تعب وارهاق جسدي وعصبي يمنع الممرض من تحقيق التوازن ومن ثم يفشل في القيام بواجباته المهنية على اكمل وجه. وتنتشر هذه الظاهرة في مختلف البيئات على المستوى العالمي كما أنها مرشحة للارتفاع ففي سنة 1996 بلغت نسبة من يعتبرون اعمالهم ضاغطة بالقطاع الصحي في الاتحاد الاوروبي 28% من اجمالي العاملين في القطاع.

وبينت نتائج الدراسة كذلك انه يوجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في الضغط النفسي، وبهذا يكون برنامج الاسترخاء العضلي قد اثبتت فعاليته واكسب افراد المجموعة التجريبية مهارة في مواجهة الضغط النفسي ، وهذا لاعتباره من العلاجات والتقنيات السلوكية المختصرة ذات الفعالية في مواجهة الضغوط النفسية ، هذا

ما يتوافق مع الدراسات الاخرى التي اجريت في هذا المجال، حيث يعتبر الاسترخاء من اهم الاساليب لمواجهة التوتر والقلق ، وقد ثبتت فائدة الاسترخاء العضلي كأسلوبا مستعملا منذ القدم وقد رأى " بول وانجرتس " Powell . Enright " 1998 ان الاسترخاء يعد من اهم الاساليب التي تتعامل بفعالية مع القلق والتوتر النفسي ، فقد مورس بشكل علمي مبني على دراسات جعلت الاستفادة منه اكبر مما سبق. (القرني، 2012)

وبينت الدراسة الحالية انه لا توجد فروق دالة إحصائيا للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي، وتحققت هذه الفرضية بحيث انه لم توجد اية فروق بين المجموعتين الشاهدة والتجريبية بحيث ان افراد المجموعتين يعانون من نفس الشروط و الظروف المهنية ولم تعط لهم ايه برامج تدريبية تساعدهم في مواجهة الضغط النفسي وهذا قبل اجراء الباحث وتطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد المجموعة التجريبية.

كما بينت الدراسة الحالية على انه توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي وهذا ما تحقق بعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وحساب قيمة اختبار "ت" نتيجة تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد المجموعة التجريبية واعطائه فعالية في مواجهة الضغط النفسي لدى افراد هذه المجموعة بالمقارنة مع افراد العينة الشاهدة التي لم يتم تعريضها الى اي برامج تدريبية مساعدة في مواجهة الضغوط النفسية، وقد اورد " بورنز burns " 1980 فوائد الاسترخاء العضلي منها مهنا التخلص من المشكلات والاعراض الجسمية والاضطرابات المصاحبة للضغط النفسي، ويعمل الاسترخاء اسلوبا وقائيا يعمل على خفض احتمال حدوث القلق والتوتر والضغط النفسي، ويساعد الاسترخاء الفرد على ان يفكر بطرق عقلانية وان يصبح اكثر وعيا للتوتر من خلال تعلم اجراءات شد وارخاء عضلات الجسم (beech hr, 1982)

كما توصلت الدراسة الحالية الى انه لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق، حيث ان ظروف افراد المجموعة بقيت نفسها ولم تتغير وبقياس الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي وجدنا انه لم تتغير درجة القلق عند افراد المجموعة وبقيت تعاني من نفس الظروف الضاغطة التي تولد القلق لدى افراد العينة وذلك نتيجة غياب اي برامج تدريبية مساعدة في مواجهة الضغط النفسي والقلق.

كما بينت الدراسة الحالية انه توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في درجة القلق، حيث بعد ان اجري الباحث تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد المجموعة التجريبية وبعد حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وحساب قيمة اختبار "ت" تبين وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي في مقياس القلق نتيجة تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي الذي اثبت فعاليته في مواجهة القلق واكساب افراد المجموعة مهارة واستراتيجية في مواجهته. وهذا حسبما ظهر في نتائج دراسات اخرى

أكدت هذه الفعالية لاعتبار انه من العلاجات السلوكية لمواجهة الضغط النفسي والقلق، حيث تتضمن تدريبات الاسترخاء اعادة تركيز على الانتباه الذي يؤدي الى حالة جديدة من الشعور، وبالتالي يصبح الفرد مركزا على الخبرات الداخلية وغير مركز مع الاثرات والظروف الخارجية، واذا طبق الاسترخاء بفاعلية فانه يؤدي الى انخفاض الاعراض الجسمية والنفسية مثل ضغط الدم المرتفع وانخفاض ضربات القلب والشعور بالاسترخاء ودرجة قلق اقل، وبالتالي يعد الاسترخاء اسلوبا فعالا في مساعدة الفرد في خفض التوتر والضغط النفسي ومواجهة القلق. (krohne w h, 1986)

كما توصلت الدراسة الحالية الى انه لا توجد فروق دالة إحصائية للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق، هذا ناتج عن تشابه الظروف المحيطة بأفراد المجموعتين ومعاناتهم من مظاهر الضغط النفسي والقلق وعدم استفادتهم من اي برامج تدريبية تساعدهم في مواجهة هذه الظروف المهنية والنفسية .

كما توصلت الدراسة الحالية الى انه توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق ، حيث اختلفت الظروف المحيطة بأفراد المجموعتين بعد تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد المجموعة التجريبية ، وبعد قياس المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وحساب قيمة اختبار "ت" وجدنا هناك فروق دالة احصائيا لصالح افراد المجموعة التجريبية مما يدل على ان برنامج الاسترخاء العضلي اعطى فعالية لصالح افراد هذه المجموعة في مواجهة الضغط النفسي والقلق. وبالرغم من اننا لا نستطيع تجنب الاحداث التي تحدد اتجاه حياتنا ولكننا نستطيع تخفيف القلق والتوتر والتغلب عليه بتدريبات الاسترخاء التي تسمح بتعديل ردود الفعل ازاء العوامل الخارجية والتخلص بشكل تدريجي من العوامل المؤثرة والمسببة لحدوث القلق، ومن ثم فقد اصبحت تدريبات الاسترخاء من ضروريات الحياة النفسية والاجتماعية التي يجب تعلمها لمواجهة القلق والتغلب عليه، فعندما يسيطر القلق على شخص ما نجد ان هذا الشخص غير قادر على التفكير بشكل سليم وحينئذ تصبح ردود افعاله غير طبيعية ، وبهذا يمكن ان تنعكس بشكل سلبي على صحته الجسدية والنفسية معا.

من خلال الدراسة الحالية اثبتت فعالية برنامج الاسترخاء العضلي لمواجهة الضغط النفسي والقلق عند الممرضين العاملين في مصلحة الاستعجالات الطبية كمهارة وتقنية يجب تعلمها لمواجهة الظروف المهنية والاجتماعية والنفسية التي يواجهها الممرض اثناء اداء مهامه.

4- الخاتمة:

اهتمت الدراسة الحالية بموضوع الضغط النفسي والقلق عند الممرضين في الاستجالات الطبية، حيث هدفت الى دراسة فعالية الاسترخاء العضلي في مواجهة كل من الضغط النفسي والقلق لدى فئة الممرضين في مصلحة الاستجالات الطبية.

ولتحقيق اهداف البحث والاجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من الفرضيات الموضوعية تم اختيار عينة من 30 ممرضا وممرضة من مصلحة الاستجالات الطبية، تم تطبيق مقياسين للضغط النفسي والقلق لمعرفة درجة كل منهما عند فئة الدراسة، وبعد ذلك تم تطبيق برنامج للاسترخاء العضلي بعد تقسيم عينة الدراسة الى مجموعتين : عينة تجريبية واخرى شاهدة، تم تطبيق البرنامج الاسترخائي على العينة التجريبية ثم حساب الحساب الفروق بين نتائج العينتين عن طريق برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات وانحرافات نتائج المجموعتين وحساب قيمة اختبار "ت" فتوصلت الدراسة الى النتائج التالية :

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في الضغط النفسي.
- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في الضغط النفسي.
- لا توجد فروق دالة احصائيا للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي.
- توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في الضغط النفسي.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق.
- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في درجة القلق.
- لا توجد فروق دالة احصائيا للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.
- توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.

يعاني عمال قطاع الصحة ومنهم الممرضون من مستوى ضغط نفسي مرتفع ويرجع ذلك الى مختلف انواع الضغوط التي يتعرضون لها مهنا الداخلية في بيئة العمل ومنها الخارجية والتي تؤثر على الصحة النفسية والجسمية للأفراد ، وكلما زادت الضغوط زاد مستوى القلق.

تعتبر طبيعة عمل التمريض في حد ذاتها مصدرا للضغط والقلق لكونها مهنة انسانية تتطلب قوة فكرية وسيكولوجية للتغلب على الصعوبات والظروف المحيطة التي توجد في بيئة الممرض ، تؤدي الى ظهور نتائج على الصحة الجسدية والنفسية للممرض يحتاج من خلالها الى تقديم الرعاية اللازمة لإكمال واجباته على اكمل وجه.

من خلال الدراسة الحالية اثبتت فعالية برنامج الاسترخاء العضلي لمواجهة الضغط النفسي والقلق عند الممرضين العاملين في مصلحة الاستجالات الطبية كمهارة يجب تعلمها لمواجهة هذه الظروف المهنية والاجتماعية والنفسية التي يواجهها الممرض اثناء اداء مهامه.

اقتراحات وتوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة وانطلاقا مما سبق ذكره والتطرق اليه في الدراسات السابقة فننا نسعى الى تقديم اقتراحات وتوصيات منها:

- ضرورة الاعداد الجيد للمرضين وتوفير الجو المهني الملائم للقيام بالواجبات على لكمل وجه.
- ضرورة الاهتمام الكامل بالمرضين وتشجيعهم وتوفير المساندة والدعم المادي والمعنوي وخاصة تخفيف العبء وتوضيح الدور المطلوب وفصل المهام والواجبات.
- زيادة اعداد الممرضين العاملين في مختلف المصالح لتخفيف الضغط والتنقل بين مختلف المصالح.
- ضرورة توفير ادارة المستشفيات على برامج تدريب استرخاء وخاصة العاملين في المصالح الاستجالية والاهتمام بالصحة العقلية والنفسية للمرضين .
- اجراء المزيد من الدراسات التي تهتم بالجوانب الصحية والنفسية في القطاع الصحي
- اجراء المزيد من الدراسات التي تبرز الدور الفعال لبرامج الاسترخاء والبرامج المعرفية السلوكية لمواجهة الضغوط المختلفة والاضطرابات الاخرى: القلق والاكتئاب لدى الممرضين والعاملين ككل في قطاع الصحة.

ملخص الدراسة باللغتين العربية والاجنبية:

ملخص بالعربية:

تم التطرق الى فصول الدراسة لتعريف مفاهيم الدراسة ومصطلحاتها وتحليلها من الضغط النفسي والقلق والاسترخاء العضلي والتطرق الى الممرضين العاملين في مصلحة الاستجالات الطبية.

استعمل المنهج شبه التجريبي في هذه الدراسة للتأكد من فروض الدراسة وبالتالي تم تقسيم عينة الدراسة 30 ممرضا الى مجموعتين تجريبية وشاهدة وتم تطبيق اختبارين لمعرفة درجة كل من الضغط النفسي والقلق، وتم تطبيق برنامج الاسترخاء العضلي على افراد العينة التجريبية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وكذلك قيمة اختبار "ت" للفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي في كل مرة للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في مقياسي الضغط النفسي والقلق.

وبعد جمع المعطيات واجراء التحليلات والمعالجة الاحصائية توصل الباحث الى النتائج التالية:

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في درجة الضغط النفسي.
- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في درجة الضغط النفسي.
- لا توجد فروق دالة احصائيا للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة الضغط النفسي.
- توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة الضغط النفسي.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الشاهدة في درجة القلق.
- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في درجة القلق.
- لا توجد فروق دالة احصائيا للقياس القبلي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.
- توجد فروق دالة احصائيا في الاختبار البعدي للمجموعتين الشاهدة والتجريبية في درجة القلق.

Abstract:

The study chapters were addressed to define the study's concepts, terminology, and analysis of psychological stress, anxiety, and muscle

relaxation, and to address nurses working in the emergency medical department.

The quasi-experimental approach was used in this study to verify the study hypotheses. Therefore, the study sample of 30 nurses was divided into two experimental and control groups. Two tests were applied to determine the degree of psychological stress and anxiety, and a muscle relaxation program was applied to the members of the experimental sample. The arithmetic means and standard deviations were calculated, as well as the value of... A “t” test for the differences between the pre- and post-applications each time for the control and experimental groups on the psychological stress and anxiety scales.

After collecting data and conducting analyzes and statistical processing, the researcher arrived at the following results:

- There are no statistically significant differences between the pre-measurement and the post-measurement of the control group in the degree of psychological stress.
- There are statistically significant differences between the pre-measurement and the post-measurement of the experimental group in the degree of psychological stress.
- There are no statistically significant differences for the pre-measurement of the control and experimental groups in the degree of psychological stress.
- There are statistically significant differences in the post-test for the control and experimental groups in the degree of psychological stress

- There are no statistically significant differences between the pre-measurement and the post-measurement of the control group in the degree of anxiety.
- There are statistically significant differences between the pre-measurement and the post-measurement of the experimental group in the degree of anxiety.
- There are no statistically significant differences for the pre-measurement of the control and experimental groups in the degree of anxiety.
- There are statistically significant differences in the degree of anxiety in the post-test for the control and experimental groups.

المراجع

المراجع العربية:

الكتب:

- ابراهيم عبد الستار . (1990) . العلاج النفسي الحديث . الكويت . عالم المعرفة .
- ابراهيم عبد الستار (1983) العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان . بيروت . دار الفارابي .
- ابراهيم مروان عبد الحميد . (2002) طرق ومناهج البحث العلمي في التربية البدنية . الاردن . دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- ابو العيون سمير احمد . (2013) . الثقافة الصحية . عمان . دار المسيرة .
- ابوشحانة حسن . (2000) . التلوث الضوضائي واعانة التنمية ط 1 مصر . الدار العربية للكتاب .
- احمد عبد الخالق . (1990) . قلق الموت . الكويت . عالم المعرفة .
- اجلال ,محمد سري . (2000) . علم النفس العلاجي ط 2 . مصر . عالم الكتب .

- البكري امل (s.d.). الصحة والسلامة العامة. عمان دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الدباغ فخري . (1984) . اصول الطب النفسي. العراق .جامعة الموصل.
- الدلو جمال . (2009) . الصحة النفسية . عمان. دار اسامة .
- الدمرداش عادل (1982) الادمان مظاهره وعلاجه . الكويت. عالم المعرفة.
- الدوبي عبد السلام. (2005) . علم الاجتماع الطبي .الاردن .دار الشروق.
- الجزراوي ابراهيم . (1995) . تحليل السلوك التنظيمي. عمان. المركز العربي الحنفي.
- الجوهري محمود .(2009) . علم الاجتماع الطبي .عمان .دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- السامرائي نبيهة صالح .(2007) . اعراض الامراض النفسية العصابية مهنيا وتربويا . الاردن. عالم الكتب.
- السيد ماجدة بهاء الدين. (2008) . الضغط النفسي مشكلاته واثره على الصحة النفسية . الاردن. دار صفاء للنشر والتوزيع .
- الشاذلي عبد الحميد .(1999) . الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية . مصر. المكتب العالمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.
- الشماع خليل محمد . (2007) . مبادئ الادارة مع التركيز على ادارة الاعمال. الاردن دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الشربيني لطفي : معجم مصطلحات الطب النفسي . الكويت. مركز تعريب العلوم الطبية .
- الشويهي مفتاح عبد السلام : 2008. الصحة والسلامة المهنية. مصر. الادارة العامة للمكتبات .
- القاعد خالد محمد .(2013) . الاثر السلبي للقلق والاكتئاب على جهاز المناعة والصحة . عمان.جامعة اليرموك.
- القذافي محمد رمضان : (2004) : العلوم السلوكية في مجال الادارة ط 1 ، المكتب الجامعي الجديد
- العزیز عبد المجید محمد .(2007) . سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي ط 2 مصر .مركز الكتاب للنشر
- العيسوي عبد الرحمن .(1997) . العلاج النفسي .لبنان.دار الراتب الجامعية.

- المصري مصطفى : التدريب على الاسترخاء . الجزائر . الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس .
- المشعان عويد سلطان . (1994) . علم النفس الصناعي . عمان . مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع
- المليجي حلمي . (2000) . علم النفس الاكلينيكي . ط1 . دار النهضة العربية .
- النجار زينب . شحاتة حسن . 2003 . معجم المصطلحات التربوية والنفسية . لبنان الدار المصرية اللبنانية .
- النعاس مصطفى عمر (2001) : دراسات في الضغوط المهنية والصحة النفسية ، ليبيا . دار المطبوعات والنشر
- امال محمد عبد المنعم . (2006) . الارشاد النفسي ، مواجهة الضغوط لدى اسر المتخلفين عقليا . مصر . مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع .
- بن زروال فتيحة ، لوكيا الهاشمي . (2006) . الاجهاد . الجزائر . دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع .
- بوحميذة عطاء الله . (2014) . الوجيز في القضاء الاداري . الجزائر .
- دنيبات م واخرون . 1998 . منهج البحث العلمي ، الجزائر . ديوان المطبوعات الجامعية ،
- دويدار عبد الفتاح . (2000) . علم النفس المهني والصناعي والتنظيمي وتطبيقاته مصر . دار المعرفة الجامعية .
- تايلور شيلي . (s.d.) . علم النفس الصحي . ترجمة وسام درويش بريك - فوزي شاكر طعمية . عمان دار الحامد .
- جرينبرغ جيرالد . (2009) . ادارة السلوك في المنظمات) . بت . ر . محمد السعودية ، دار المريخ .
- جورج سمور سوسن . (2011) . علم الاجتماع الطبي . م عمان . كتبة المجتمع العربي .
- جيلفورد . (1969) . ميادين علم النفس بين النظرية والتطبيق . مصر . دار المعارف .
- حبيب صموئيل . (94) . القلق . مصر . دار الثقافة .
- حسن راوية . (2002) . السوك التنظيمي المعاصر . مصر . الدار الجامعية للنشر والتوزيع .

حسين طه عبد العظيم (2006). ادارة الضغوط التربوية والنفسية .دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. الاردن

حمدي علي (2000). سيكولوجية الاتصال وضغوط الحياة .ط 2 .مصر .المكتبة الجامعية.

حسون تيسير (2004). مرجع سريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل للامراض العقلية 4 سوريا.جمعية الطب الامريكية .

حنفي عبد الغفار (2002). محاضرات التنظيم .ط 1 .مصر.مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية.

زهران حامد عبد السلام (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي.القاهرة ،مصر .عالم الكتب.

زيدان حسن (1994). السلامة الصحية المهنية. ط1 . دار المعارف. عمان

زعتن نورالدين (2010) كتاب القلق ، التاصيل الاسلامي للدراسات النفسية . الجزائر.

سترانكس جيريمي (2003). الصحة والسلامة في العمل .ط 1 ترجمة .شاهين مصر.مجموعة النيل العربية .

ستورا جون بنجمان (1997). الاجهاد اسبابه وعلاجه. ترجمة الهام لبنان. منشورات عويدات.

شقيير زينب محمد (1998). الشخصية السوية والمضطربة ط3 .مصر.مكتبة النهضة المصرية للنشر والتوزيع.

شمعون محمد العربي (1996). التدريب العقلي في المجال الرياضي ط2 .القاهرة :دار الفكر العربي.

شيهان دافيد (1988). مرض القلق .الكويت عالم المعرفة .

صوان فرج محمد : 2018 ، طرائق البحث ، بيروت.منتدى المعارف ،

عباس محمد خليل :2007 مدخل في مناهج التربية وعلم النفس ، الاردن. دار المسيرة ،

عبد المجيد الشاعر (2000). الرعاية الصحية الاولية. دار البازوري. عمان

عثمان اكرم مصباح (1995). الخطوات المثيرة لادارة الضغوط النفسية .دارابن حزم. لبنان

- عثمان عبد الطيف موسى (1993). فن الاسترخاء. مطابع الزهراء للاعلام العربي. مصر
- عثمان فاروق السيد (2011). القلق وادارة الضغوط. دار الفكر العربي. مصر
- عزت رجب احمد (1991). اصول علم النفس. دار المعارف. مصر
- عسكر علي (2004). ضغوط الحياة واساليب مواجهتها. ط 1. دار الكتاب الحديث. مصر
- عكاشة احمد (2000). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الانجلومصرية. مصر
- علي الحاج محمد فائز (1987). الصحة النفسية. المكتب الاسلامي. لبنان
- علاوي محمد حسن (2002). علم النفس التدريب والمنافسة الرياضية. دار الفكر العربي. مصر
- غالي محمد احمد (2003). اضطرابات البعد الانفعالي لعمال النقل العام. مكتبة الاسكندرية. مصر.
- غانم محمد حسن (2009). مقدمة في علم الصحة النفسية. المكتبة المصرية الاسكندرية. مصر
- غانم محمد حسن (2005). الاضطرابات النفسية والعلاج الديني. المكتبة المصرية. مصر.
- فرج عبد اللطيف (2009). الاضطرابات النفسية. دار الحامد. مصر
- فليه ف. ع (2005). السلوك التنظيمي في ادارة المؤسسات التربوية. دار المسيرة. الاردن
- كامل اسامة راتب (2004). النشاط البدني والاسترخاء. دار الفكر العربي. مصر
- كرياكو كريس (2004). الضغط والقلق لدى المعلمين. ترجمة و. العمري. دار الكتاب الجامعي.
- كنعان نواف (2007). القيادة الادارية. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع. الامارات العربية المتحدة
- محمد عبد العزيز عبد المجيد (2005). سيكولوجيا مواجهة الضغوط في المجال الرياضي. مركز الكتاب للنشر والتوزيع. مصر
- محمود عبد الحي (2003). الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي. دار المعرفة الجامعية. مصر

- مصطفى حسين باهي (2002). علم النفس الفيزيولوجي نظريات ، تحليلات ، تطبيقات. مكتبة الانجلومصرية للنشر والتوزيع. مصر
- مصطفى منصور (2010). الضغوط النفسية والمدرسية وكيفية مواجهتها. منشورات قرطبة. الجزائر
- مكلوس غ. (1999). مستقبل العلاج النفسي، معالم علاج نفسي عام. ترجمة س. جميل. منشورات وزارة الثقافة السورية. سوريا
- نجاتي محمد (2004). الكف والعرض والقلق. دار الشروق. مصر
- هال كالفن (1970). اصول علم النفس الفرويدي. دار النهضة العربية. الامارات العربية المتحدة.
- هيجان عبد الرحمن محمد (1998). ضغوط العمل. معهد الادارة العامة. السعودية
- وافي محمدالصبر (2005). الضغط والقلق الاداري. مؤسسة خورس الدولية للنشر والتوزيع. مصر
- والاس سيزلاقي (1995). السلوك التنظيمي والاداء. ترجمة ج. ا. احمد. مطابع الادارة العامة. السعودية
- يخلف عثمان (2001). علم النفس الصحة. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع. قطر
- يوسف جمعة سيد (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية. دار غريب للطباعة والنشر. مصر

المذكرات:

- اسيا عقون (2001-2012). الضغط النفسي المهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة -مذكرة ماجستير. جامعة فرحات عباس الجزائر.
- الساعاتي بهيجة (2000) العلاقة بين الضغوط الوالدية كما تدركها الامهات العاملات وغير العاملات وسمتي القلق والاكتئاب عند الاطفال – رسالة ماجستير ، جامعة الملك سعود ، السعودية
- العبدلي خالد (2012). الصلابة النفسية وعلاقتها باساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية رسالة ماجستير. جامعة ام القرى. السعودية

العنزي امل سليمان (2004) . علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور -مذكرة ماجستير .جامعة نايف العربية للعلوم الامنية. السعودية

العنزي امل سليمان .(2014) .اساليب مواجهة الضغوط عند الصحاحات والمصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية -رسالة ماجستير .جامعة الملك سعود. السعودية

الوائلي عبد الله (2003) فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير. جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .السعودية

ايت حمودة حكيمة (2006) دور سميات الشخصية واستيراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط والصحة الجسدية والنفسية . رسالة دكتوراه. جامعة الجزائر الجزائر

برحيل بن عصمان جويده (2017) بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة. رسالة دكتوراه ل م د. جامعة تلمسان. الجزائر

بلغالم محمد (2017) بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الاماكن المفتوحة. رسالة دكتوراه . جامعة تلمسان. الجزائر

دبابيش علي .(2011) . فعالية برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية واثره على تقدير الذات .كلية التربية الجامعة الاسلامية غزة. فلسطين

رجيمي سامية .(2013) .مصادر الضغط النفسي وعلاقتها بالقلق من المستقبل لدى الطالبة الجامعية المتزوجة.كلية العلوم الانسانية والاجتماعية -جامعة بسكرة.

رزيقة محذب .(2011) .الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقتته بظهور القلق حالة - سمة. تيزي وزو جامعة مولود معمري تيزي وزو.

رضوان جبالي .(2012-2013) .فعالية اساليب الاسترخاء في ادارة الضغوط النفسية لدى حكام نخبة كرة القدم -مذكرة دكتوراه.معهد التربية البدنية والرياضية جامعة الجزائر

حسن عايده شكري .(2001) .ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية - مذكرة ماجستير .جامعة عين شمس. مصر

حنصالي مريامة. (2014-2013). ادارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتي الشخصية المناعية الصلابة النفسية والتوكيدية في ضوء الذكاء الانفعالي مذكرة دكتوراه بسكرة جامعة محمد خيضر -بسكرة .

سلامة يوسف مصطفى. (2008) التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للاطباء المدخنين في قطاع غزة. الجامعة الاسلامية. فلسطين

سامية رجيمي. (2014-2013) مصادر الضغط النفسي وعلاقتها بالقلق من المستقبل لدى الطالبة الجامعية -مذكرة ماجستير. جامعة بسكرة. الجزائر

سهيلة بوسليت. (2015). سمات شخصية مرضي الاستعجالات الجراحية والطبية -دراسة ميدانية. بسكرة :جامعة بسكرة.

سهيلة عازم. (2009). مصادر الضغط المهني لدى ممرضات الاستعجالات الطبية -مذكرة ماجستير علم النفس.الجزائر :جامعة الجزائر .

طلحة هشام. (2017). قياس حدة القلق لدى تقنيي التخدير . دراسة ميدانية في مستشفى بسكرة .جامعة محمد خيضر بسكرة.

عسيري عبد الله ابراهيم. (2007). مستويات القلق لدى طلاب الجامعة. الرياض. جامعة نايف العربية للعلوم الامنية

علي قيصاري. (2017). فعالية اسلوب الاسترخاء العضلي التدريجي في ادارة الضغوط النفسية لدى لاعبي النخبة في كرة القدم اطروحة دكتوراة.الشلف :جامعة الشلف.

عوض الله سلامة يوسف مصطفى. (2008). التدخين وعلاقته بمستوى القلق وبعض سمات الشخصية للاطباء المدخنين في قطاع غزة.غزة. كلية التربية -الجامعة الاسلامية غزة.

عيطور دليلة. (1997). الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين -مذكرة ماجستير جامعة الجزائر. الجزائر

فاتح العبودي (2008-2007). الضغط النفسي وعلاقته بالرضا الوظيفي. مذكرة ماجستير. جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر

فتيحة حاج سعيد. (2016). مستوى الاحتراق النفسي لدى اطباء التخدير.بسكرة . جامعة محمد خيضر بسكرة

فراس حاج محمد (2016) أثر ضغوط العمل في مستوى أداء العاملين في القطاع الصحي: مذكرة ماجستير. جامعة دمشق. سوريا.

قدوري خليفة (2017) قلق الامتحان وعلاقته بفعالية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من تلاميذ الثالثة ثانوي لولاية الوادي، رسالة دكتوراه. الجزائر

كاميليا شموري (2017). القلق وعلاقته بالتوافق المهني لدى المعلمين والمعلمات في المرحلة الابتدائية -مذكرة ماجستير علم النفس. جامعة محمد بوضياف المسيلة.

كريمة الساسي (2010). الاكتئاب والقلق لدى عينة من المتأخرات عن سن الزواج مذكرة ماجستير. جامعة الجزائر.

لعريط بشر (2006-2007). الانعكاسات النفسية والسلوكية لنظام العمل بالمناوبة. مذكرة دكتوراه جامعة منتوري . قسنطينة.

محمد فراس حاج (2016). أثر ضغوط العمل في مستوى أداء العاملين في القطاع الصحي: مذكرة ماجستير جامعة دمشق.

محمد الزعبي (1997). ضغوط العمل لدى المديرين في جهاز الخدمة المدنية في عمان. رسالة ماجستير الجامعة الاردنية. عمان .

ماكدونالد (1996). العلاقة بين ارداك الممرضين والممرضات في وحدات العناية المركزة لضغوط العمل واليات التكيف من جهة ومن جهة اخرى الاستجابة لهذه الضغوط ميشغان الولايات المتحدة الامريكية .

مريم عثمان (2009-2010). الضغوط المهنية وعلاقتها بدافعية الانجاز لدى اعوان الحماية المدنية.مذكرة ماجستير.جامعة قسنطينة.

مليكة شارف خوجة (2010-2011). مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين دراسة مقارنة للمراحل التعليمية مذكرة ماجستير .جامعة تيزي وزو

ميهوبي فوزي (2008) علاقة المناخ التنظيمي بالاحترق النفسي لدى الممرضين -مذكرة ماجستير جامعة الجزائر.

نحوي عائشة (2009-2010). العلاج النفسي عن طريق البرمجة اللغوية العصبية - اطروحة دكتوراه.قسنطينة :قسم علم النفس وعلوم التربية -جامعة قسنطينة.

نعيمة طايبي (2013). علاقة الاحترق النفسي ببعض الاضطرابات النفسية والنفسجسدية لدى الممرضين -رسالة دكتوراه في علم النفس. جامعة الجزائر.

نورالدين زعتر. (2010). القلق عند المتربصين المقبلين على التخرج من التكوين المهني. الكلية الاداب والعلوم الانسانية -جامعة الجلفة.

هناء صالح. (2013). علاقة الضغط النفسي بمستوى الطموح لدى الطلبة المقيمين بجامعة ورقلة رسالة ماجستير .جامعة قاصدي مرباح -ورقلة

وهيبة بن ناصر. (2012). قراءة نسقية للتدخل الطبي الاستعجالي -مذكرة ماجستير جامعة وهران.

يوسف لعجالي. (2014). مصادر ضغوط العمل لدى عمال الصحة وسبل مواجهتها في المصالح الاستعجالية -مذكرة ماجستير .جامعة بسكرة.

المجلات :

الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. (2007). انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية مرسوم تنفيذي . الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. (04)07 ,

الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. (2011). مرسوم تنفيذي .رسوم تنفيذي رقم-11 121 المادة 245. 40, (17)

الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. (2017). منشور وزاري يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات الاستشفائية في سبتمبر 2017 . الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية. 18, (69)

ابراهيم لطفي عبد الباسط. (1994). عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين .مجلة مركز البحوث التربوية.5 ,

اسماعيل فؤاد صبيرة ووزان. (2015). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات .مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية.(1)37 ,

الطاف اسماعيل. طه ياسين. (2005). الضغط المهني وعلاقته بالتوافق المهني لدى اساتذة الجامعة.بغداد :مجلة البحوث الاجتماعية والتربوية -العدد الثاني عشر.

القرني محمد بن سالم. (2012). فعالية برنامج علاج سلوكي قائم على تدريبات الاسترخاء في تخفيف القلق العام لدى مرضى ضغط الدم .مركز البحوث والدراسات النفسية

العزائم محمود جمال. (2004). القلق النفسي.مجلة النفس المطمئنة.مصر

بخش اميرة طه. (2006). احداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من امهات اتلاطفال المعاقين زوالعادين بالمملكة العربية السعودية. البحرين :مجلة العلوم التربوية والنفسية -المجلد 8العدد . 3

بلكيلاني ابراهيم بن محمد. (2008). تقدير الذات وعلاقتة بالمستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة اوسلو في النرويج .كلية الاداب والتربية -الاكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك. النرويج

بن زروال فتيحة. (2003). العنف كمظهر من مظاهر الاجهاد -العنف والمجتمع مداخل معرفية متعددة -ملتقى دولي.دار الهدى للطباعة والنشر. الجزائر

بن زروال فتيحة. (2010). الاجهاد على مستوى المنظمة المصادر والتاثيرات واستراتيجيات المواجهة. دراسات نفسية وتربوية.(4)

رجاء مريم. (2008). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العمالات في مهنة التمريض 2 مجلة جامعة دمشق. سوريا

تواتي نجية. (2017). استيراتيكية مواجهة الضغط المهني لدى الممرضين العاملين في مصالح معالجة السرطان. الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والانسانية قسم العلوم الاجتماعية.(18)

حسون تيسير. (2004). مرجع سريع الى المعيير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل للامراض العقلية .4جمعية الطب الامريكية . سوريا

حكيمه ايت حمودة. (2004). سمة القلق وعلاقتها بادراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين .مجلة جامعة الجزائر.(01)

خميس محمد سليم. (2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي -دراسة ميدانية . مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية . الجزائر

سليمان الطرييري عبد الرحمن. (1991). المؤشرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط النفسي من خلال بعض المتغيرات .ط 8 .مجلة جامعة قطر. قطر

سايل حدة وحيدة (2011) التدريب على حل المشكلات وعلى الاسترخاء لدى المدمنين على المخدرات في طور العلاج .دراسات نفسية وتربوية. الجزائر.

صالح احمد فاروق. (2009). اثر المتغيرات الشخصية والتنظيمية في ضغط العمل لدى المهنيين في قطاع الصحة. المؤتمر العشرون كلية العلوم الاجتماعية. السودان.

صبرينة غربي (2013). فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العمل. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. الجزائر

صبيرة فؤاد و رزان اسماعيل (2014) مصادر الضغوط المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات، مجلة جامعة تشرين للبحااث والدراسات العلمية، عدد 37 سوريا.

عازم سهيلة (2009). مصادر الضغط المهني لدى الممرضات دراسة ميدانية. شبكة ضياء للمؤتمرات والدراسات. الجزائر.

عبد السلام علي (1977). المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات. دراسات نفسية. ط 2. الجزائر

عقلة عبد الحكيم ايمن عودة المعاني (2006). تحليل ضغوط العمل لدى الجهاز التمريضي في مستشفى الجامعة الاردنية دراسة ميدانية ط 2. عمان, مجلة دراسات العلوم الادارية. الاردن

عرسان عبد الباسط (2008). اثر برنامج تدريبي مقترح للتمرينات بمصاحبة الموسيقى في الحد من الضغوط النفسية لدة الطالبات. مجلة اتحاد الجامعات العربية., (50)

علي المير عبد الرحيم (1995). العلاقة بين ضغوط العمل وبين الولاء التنظيمي والأداء والرضا الوظيفي والصفات الشخصية. عدد 2. مجلة الادارة العامة.

عيدوني عبد الحميد (1994). فهم سلوك العمال وحاجة التنظيم والتسيير في علم النفس. مجلة العلوم الانسانية عدد 1 جامعة باتنة.

معالي ابراهيم باجيس (2013). فعالية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي وتنمية مفهوم الذات لدى الطلبة المتميزين. الاردن: البلقاء للبحوث والدراسات المجلد 17 العدد 1.

منظمة الصحة الدولية (2005). الوقاية من الاضطرابات النفسية التدخلات الفعالة والخيارات السياسية. تقرير منظمة الصحة العالمية. 10,

نبيل فروجن (2014). التصور والتدريب العقلي: تقنيات وكيفية تطبيقها في المجال الرياضي عدد 11. مجلة الاكاديمية للدراسات الاجتماعية والنفسية.

هياجنة احمد (2006). مصادر القلق النفسي لدى لاعبي ولاعبات كرة اليد في الاردن. البحرين: مجلة العلوم التربوية والنفسية المجلد - 7 العدد 4.

يونس محمد محمود (2004). مدى فعالية اسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى اعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من المصابين في الجامعة الاردنية. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية المجلد 32 العدد 3 - 2005. الاردن

المراجع باللغة الاجنبية:

afilalo, m. (2000). *guide de gestion de l'unité d'urgence* . france : la direction des communication du ministère de la santé et des services sociaux france.

anemf. (2011). *guide des urgences médico - chirurgi-cales*. (n. dib, Éd.) paris: association nationale des étudiants en médecine de france.

BONDOLFI, G. (2014). *peur, anxiété, stress.. pas de panique* . geneve: centre de documentation en santé.

borkovic, d. b. (2000). *new direction in progressive relaxtion training*. london: west port , conneticut.

bourne, e. (2011). *manuel du phobique et de l'anxieux*. paris: eyrolles.

boussigen. (1996). *la relaxation*. alger: ed dahlab.

burger. (1999). *l'homme et les agressions de la vie*. frqnce: edition puf.

Burns, B. h. (1982). *A behavior approach to the management of stress*. manchister: ed jon wiley and sons

Edith, P.-P. (1997). *sophrologie :performance sportive*. paris: amphora.

Cady, S. (2003). *La relaxation psychosomatique*. edition dunod.

cartwright, c. c. (1997). *an intervention strategy for workplace stress* (Vol. 43). journal of psychosomatic research.

Cohen J. R & Cohen. (1994). *psychology, adjustment, values , culture and change*. Boston: Allyn and Bacon.

fernandez, l. (2004). *nevroses et psychoses*. nevroses et psychoses .pdf.

foret. (1978). *etude du sommeil des des travailleurs a horaires alternants . adaptation et récupération dans le cas rapide*. paris: appl physiol 38.

fulks, M. l. (1992). *personnality life events and coping in the oldest - old international* (Vol. 34). journal of aging and human development.

- gaudreau, p. (2002). *la gestion du stress durant les compétitions* . ottawa - kanada: université d'ottawa .
- graziani, p., & swenden, j. (2005). *le stress ,emotion et stratégies d'adapatation*. paris: edition armond colin.
- guiose, m. (2003). *fondement théorique et technique de la relaxation* . france: faculté de medecine- pierre et marie curie.
- Hospitalière, D. G. (2014). *Les Urgences Médico-Chirurgicales*. algerie: Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.
- huot, j. (1995). *clinique psychologique*. quebec: cherrier837.
- huot, j. (2004). *la psychologie de l'anxiété*. montréal - quebec: clinique psychologique cherrier.
- jean net, r. m. (1996). *psychologie médicale*. paris: edition masson.Maslach,c . (1979). *the burnout syndrom and patient care.garfield .the emotional realities of lifes*. louis msby.
- Krohne w h. (1986) *Coping with stress, disposition, strategies and the problem of measurement*. Plenum press. New York. USA
- Maslach,c . (1979). *the burnout syndrom and patient care.garfield .the emotional realities of lifes*. louis msby.
- Maslach,c & jackson s e (1981) the measurement of experienced burnout, journal of occupational behavior, vol 2. relaxation.html
- mentale, l. f. (2016). *les maladies mentales*. Récupéré sur www.la-fondation-des-maladies-mentales.org/ les maladies mentales
- messoud ben h .(2008) syndrome d'épuisement professionnel " burnout" chez le personnel infirmier de deux établissements hospitliers .univ alger. algerie
- psychiatrie. (2012, nov 02). *téchniques des psychothérapies de relaxation*. Consulté le 2017, sur [psychiatrie.free](http://psychiatrie.free.fr/): www.psychiatrie.free-h.fr/psychotherapie
- neuveu,g .Gil monte . moreno b. (2006). *violence et épuisement professionnel*. bruxelle: de boeck.
- Newman. B & Newman, B. (1981). *living process of adjustments*. dorsey press.

- Rethus. s., & Rethus. (1974). *adjustement and growth M the changes of life*. New work: Richart & Winston.
- rutenfranz. (1977). *biomedical and psychological aspects of shift work* (Vol. 3). work environment and hilt.
- Schroeder, O. S. (1982). *les fantastiques facultés du cerveau*. paris: éd Robert Laffont.
- shultz, s. j. (2001). *manuel pratique du training autogène*. berlin.
- stress.org. (s.d.). *stress*. Récupéré sur stress.org/job.htm.
- stephen, r. (1991). *management, englewood, cliffs*. new jersey: prentice hall.
- sylvain, b. (2014). *les techniques de relaxation*. Consulté le 2017, sur www.moncoachderelaxation.com.
- sylvain, b. (2014). *les techniques de relaxation* . montreal: mon coach de relaxation .
- taylor, s. (1995). *health psychology*. new work: McGRAW- HILL international edition.
- thomas, & coll. (1987). *psychologie du sport de haut nivean*. paris: ed puf.
- urgence mé* (krohne w h, 1986)*dicale*. (2010). Consulté le 2017, sur portaille de médecine: www.portaille de médecine .com
- yacine, b. (2008). *l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes*. constantine: université mentouri de constantine.

الملاحق:

1- جدول رقم 22 قائمة حالة القلق لسبيبلر جر

البند	لا ابدا	قليلا	بدرجة متوسطة	كثيرا جدا
1- أشعر بالهدوء				
2- اشعر بالأمان				
3- انا متوتر				
4- اشعر بالاضطراب				
5- اشعر اني على راحتي				
6- اشعر بالانزعاج				
7- اشعر بالقلق في الوقت الحاضر من احتمال التعرض للمحن				
8- اشعر بالرضا				
9- اشعر بالرعب				
10- اشعر انني مستريح				
11- اشعر بالثقة في النفس				
12- اشعر بالنرفزة والعصبية				
13- انا شديد الاهتمام				
14- اشعر انني متردد				
15- اشعر بالاسترخاء				
16- اشعر بالقناعة				
17- انا قلق				
18- اشعر بفقدان التركيز والحيرة				

				19- اشعر بانني شخص موثوق " وثابت على حاله لا يتغير"
				20- اشعر بالفرح والسرور

2- جدول رقم 18 قائمة ادراك الضغوط ليفستين

العبارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	دائما تقريبا
01- تشعر بالهدوء				
02- تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
03- أنت سريع الغضب او ضيق الخلق				
04- لديك اشياء كثيرة للقيام بها				
05- تشعر بالوحدة والعزلة				
06- تجد نفسك في مواقف صراعية				
07- تشعر أنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
08- تشعر بالتعب				
09- تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10- تشعر بالهدوء				
11- لديك عدة قرارات لأخذها				
12- تشعر بالإحباط				
13- انت مليء بالحيوية				
14- تشعر بالتوتر.				
15- تبدو مشاكلك انها ستتراكم				
16- تشعر انك في عجلة من امرك				
17- تشعر بالأمن والحماية				
18- لديك عدة مخاوف				

				19- انت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الاخرين
				20- تشعر بفقدان العزيمة
				21- تمتع نفسك
				22- انت خائف من المستقبل
				23- تشعر بانك قمت بأشياء تريدها
				24- تشعر بانك موضع انتقاد وحكم
				25- انت شخص خال من الهموم
				26- تشعر بالإرهاك والتعب
				27- لديك صعوبة للاسترخاء
				28- تشعر بعبء المسؤولية
				29- لديك الوقت الكافي لنفسك
				30- تشعر انك تحت ضغط مميت

3- نتائج المتوسطات والانحرافات المعيارية المطبقة على مجموعتي عينة الدراسة جرى حسابها عن طريق الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	stress s av	.5033	15	.09225	.02382
	stress s ap	.4740	15	.06770	.01748

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
Paire1 قياس قبلي ضغط شاهدة – قياس بعدي ضغط شاهدة	.02933	.10667	.02754	1,065	14	,305

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 stress ex av	.4100	15	.10764	.02779
stress ex ap	.3893	15	.09801	.02531

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
قياس قبلي ضغط تجريبية- قياس بعدي ضغط تجريبية	.02600	.0247 3	.00638	4,072	14	,001

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenn e	N	Ecart type	Moyenne standard	erreur
Paire 1 قياس قبلي ضغط شاهدة	.5033	15	.09225	.02382	
قياس قبلي ضغط تجريبية	.4153	15	.10643	.02748	

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenn e	Ecart type	Moyenne erreur standard			
قياس قبلي ضغط شاهدة— قياس قبلي ضغط تجريبية	.08800	.15321	.03956	2,224	14	,043

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenn e	N	Ecart type	Moyenne standard	erreur
Paire 1 قياس بعدي ضغط شاهدة	.4740	15	.06770	.01748	
قياس بعدي ضغط تجريبية	.3893	15	.09801	.02531	

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			t	Ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
قياس بعدي ضغط شاهدة - قياس بعدي ضغط تجريبية	.08467	.11275	.02911	2,908	14	,011

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1				
قياس قبلي قلق شاهدة	50,0667	15	3,36933	,86996
قياس بعدي قلق شاهدة	50,2667	15	2,73774	,70688

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			

				Inférieur			
قياس قبلي قلق شاهدة- قياس بعدي قلق شاهدة	,2000 0	4,2961 8	1,10927	2,57914	,180	14	,860

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne standard	erreur
Paire 1	قياس بعدي قلق تجريبية	53,7333	15	3,28344	,84778	
	قياس بعدي قلق تتجريبية	50,5333	15	3,48193	,89903	

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilat éral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			

قياس قبلي قلق تجريبية						
قياس بعدي قلق تجريبية	3,20000	4,85798	1,25433	2,551	14	,023

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1				
قياس قبلي قلق شاهدة	50,0667	15	3,36933	,86996
قياس بعدي قلق تجريبية	53,7333	15	3,28344	,84778

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
قياس قبلي قلق شاهدة - قياس بعدي قلق تجريبية	3,66667	5,15013	1,32976	2,757	14	,015

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
--	---------	---	------------	-------------------------

Paire 1	قياس بعدي قلق شاهدة	50,2667	15	2,73774	,70688
	قياس بعدي قلق تجريبية	50,5333	15	3,48193	,89903

Test des échantillons appariés

	Différences appariées			T	Ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
قياس بعدي قلق شاهدة قياس بعدي قلق تجريبية	,26667	4,65168	1,20106	,222	14	,827

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
Algerian Republic Democratic and Popular

HIGHER MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENTIFIC RESEARCH

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

badji mokhtar - University



جامعة باجي مختار-عنابة

DEPARTEMENT OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION SCIENCES AND ORTHOPHONY

These presented to obtain sciences doctorate

Specialty: CLINICAL PSYCHOLOGY

The effectiveness of a muscle relaxation program to confront anxiety resulting from psychological stress among emergency nurses

Presented by: Toufik Tebiaj

Direction by: PR boufoula boukhmiss

Discussion commission :

Kerbouche ramdane	Professor doctor	President	Baji mokhtar Annaba University
PR boufoula boukhmiss	Professor doctor	Supervisor and reporter	Hadj lakhdar Batna 1 University
Amroussi meriem	Professor conference A	Member discussant	Baji mokhtar Annaba University
Hamani hazem	Professor conference A	Member discussant	Abdelhamid mehri Constantine University
Othmania abdellah	Professor conference A	Member discussant	20 aout 1955 Skikda

			University
Meglati Sami	Professor conference A	Member discussant	Abdelhamid mehri Constantine University

2024 – 2025