



كلية العلوم الاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي الإكلينيكي والباتولوجي

شعبة: وسائل التقصي وتقنيات العلاج في علم النفس الإكلينيكي
والباتولوجي

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

دور العلاج النفسي الجماعي وتقنية الاسترخاء
في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات
دراسة عيادية لخمسة عشرة حالة بدار الولادة بالوادي

من اعداد:

سمية وقاد

أعضاء اللجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران	أ.د. ميموني بدرة معتصم
مشرفا ومقررا	جامعة وهران	د. مكي محمد
مناقشا	جامعة وهران	د. بن عبد الله محمد
مناقشا	جامعة وهران	د. زروالي لطيفة

السنة الجامعية: 2015/2014

الصفحة	المحتويات
أ	شكر وتقدير
ب	إهداء
ج	ملخص الدراسة
1	فهرس المحتويات
5	فهرس الجداول
7	فهرس الأشكال
8	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها	
12	أولاً- إشكالية الدراسة.....
15	ثانياً- فرضيات الدراسة
16	ثالثاً- أهداف الدراسة.....
16	رابعاً- دواعي وأسباب اختيار الموضوع
17	خامساً- أهمية الدراسة.
17	سادساً- المصطلحات الأساسية للدراسة.....
20	سابعاً- الدراسات السابقة

الفصل الثاني: الضغوط النفسية

33	تمهيد.....
33	أولاً: لمحة تاريخية عن تطور مفهوم الضغط النفسي
35	ثانياً: تعريف الضغط النفسي و بعض المفاهيم المرتبطة به
38	ثالثاً: الاتجاهات النظرية المفسرة للضغوط النفسية
42	رابعاً: أنواع الضغط النفسي
44	خامساً: العوامل المؤثرة في شدة الضغط النفسي
45	سادساً: مصادر الضغط النفسي
45	سابعاً: مصادر الضغط النفسي في بيئة العمل
46	ثامناً: مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى القابات
48	تاسعاً: الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية المهنية
56	خلاصة الفصل

58

الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي

61	تمهيد.....
61	أولاً: لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي.....
62	ثانياً: تعريف العلاج النفسي الجماعي.....
63	ثالثاً: الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج ن الجماعي.....
63	رابعاً: أهداف العلاج النفسي الجماعي.....
64	خامساً: مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي.....
65	سادساً: نظريات العلاج النفسي الجماعي.....
65	سابعاً: مراحل وخطوات العلاج النفسي الجماعي.....
68	ثامناً: أساليب العلاج النفسي الجماعي.....
74	تاسعاً: تقييم العلاج النفسي الجماعي.....
82	خلاصة الفصل

الفصل الرابع: الاسترخاء

86	تمهيد.....
86	أولاً: لمحة تاريخية عن الاسترخاء.....
88	ثانياً: تعريف الاسترخاء.....
90	ثالثاً: مبادئ الاسترخاء العامة.....
92	رابعاً: إجراءات العلاج بالاسترخاء.....
93	خامساً: أهداف الاسترخاء.....
94	سادساً: فوائد الاسترخاء.....
98	سابعاً: التفسير الفيزيولوجي والسيكولوجي للاسترخاء.....
107	ثامناً: أنواع الأساليب الاسترخائية.....
107	خلاصة الفصل.....

الجانب الميداني

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاته

110	تمهيد.....
110	أولاً: منهج الدراسة.....
110	ثانياً: متغيرات الدراسة.....
113	ثالثاً: الدراسة الاستطلاعية.....
122	رابعاً: مجتمع الدراسة.....
123	خامساً: الدراسة الأساسية.....
139	خلاصة الفصل.....

الفصل السادس: دراسة الحالات وعلاجاتها

142	تمهيد.....
142	أولاً: عرض وتحليل نتائج المقابلات.....

180	..... ثانيا: الجلسات العلاجية ومحتواها
189	..... ثالثا: ملخص الجلسات
192	..... خلاصة الفصل

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

194	..... تمهيد
194	..... عرض وتحليل نتائج الدراسة
200	..... مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
206	..... استنتاج عام
206	..... آفاق وتوصيات
207	..... خاتمة
208	..... قائمة المراجع
217	..... الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	خصائص العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية	114
2	خصائص العينة الاستطلاعية حسب سنوات الخدمة	114
3	خصائص العينة الاستطلاعية حسب مكان السكن بالنسبة للعمل	115
4	توزيع عبارات مقياس الضغوط النفسية المهنية	117
5	يوضح البدائل الخمسة للإجابة	117
6	يوضح توزيع الفقرات المعكوسة في مقياس الضغوط النفسية المهنية	117
7	معامل ارتباط درجة كل بند من بنود البعد الأول النفسي مع الدرجة الكلية	118
8	معامل ارتباط كل بند من بنود البعد الفرعي (أ- بيئة المكان والخدمات المقدمة) مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه	119
9	معامل ارتباط كل بند من بنود البعد (ب-بعد العلاقة مع الزملاء) مع الدرجة الكلية له	120
10	معامل ارتباط كل بند من بنود البعد (ج-بعد العلاقة مع المرضى) مع الدرجة الكلية للبعد	120
11	معامل ارتباط كل بند من بنود البعد (د-بعد المستلزمات الطبية) مع الدرجة الكلية للبعد	120
12	معامل ارتباط درجات البعد الفرعي بالبعد الذي تنتمي إليه	121
13	معامل ارتباط درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس	121
14	معاملات الثبات	122
15	يوضح توزيع درجات المقياس في مجال كل فئة	122
16	يوضح قيم (U) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين رتب درجات المجموعات التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة القبلية	124
17	توزيع المجموعات عينة الدراسة	124
18	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	125

125	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب سنوات الخبرة	19
126	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مكان السكن بالنسبة للعمل	20
133	الأساليب العلاجية المستخدمة في البرنامج	21
180	الجزء الأول من محتوى جلسات البرنامج ومراحل تنفيذها	22
185	محتوى الجلسات ومراحل تنفيذ الجزء الثاني من البرنامج (تقنية الاسترخاء)	23
194	قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في القياس البعدي الأول	24
195	قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية والضابطة في القياس البعدي الأول للمقياس	25
196	قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياس البعدي الثاني لمقياس الدراسة	26
197	الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	27
198	قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية في القياس البعدي الثاني لمقياس الدراسة	28
199	اختبار ويلكوكسن (W) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياسين البعدي الثاني والتتبعي للاستبيان	29

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	تقسيمات الجماعة العلاجية من حيث الحجم	70
2	يوضح أنماط التقويم	72
3	مخطط يوضح المناطق المستهدفة من التوتر والتركيز عليها أثناء الاسترخاء	97
4	يوضح التصميم التجريبي المستخدم	112
5	خصائص العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية	114
6	خصائص العينة الاستطلاعية حسب سنوات الخدمة	114
7	خصائص العينة الاستطلاعية حسب مكان السكن بالنسبة للعمل	115
8	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	125
9	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب سنوات الخبرة	125
10	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مكان السكن بالنسبة للعمل	126

مقدمة:

اتسمت الحياة في القدم بالبساطة, لكن مع التطور والتقدم الزمني بدأت تفرض على الفرد مطالب جديدة تثقل كاهله وتحمل في طياتها ضغوطا نفسية ناجمة عن أعباء هذه المطالب وأصبح موضوع الضغوط يحظى بعناية متزايدة من قبل الباحثين والمختصين في مختلف ميادين علم النفس، ويرجع هذا الاهتمام ما تركه هذه الضغوط النفسية من آثار سلبية على الفرد وعلى المجتمع، حيث تضاعفت إلى أن مست ظروف العمل أو ما يعرف بالضغوط المهنية التي أثرت على الحالة النفسية والاجتماعية للفرد.

وتختلف مستويات الضغط النفسي تبعا لتنوع العمل وطبيعته، فإذا ما اتجهنا إلى الطابع الخدماتي نجد أن العاملين بالمؤسسات الاستشفائية من أكبر الشرائح المعرضة للضغوط وخصوصا فئة القابلات, على الرغم من خطورة هذه الضغوط التي يتعرضن لها يوميا إلا انه نادرا ما نجد دراسات بحثت في هذا الميدان أو طرحت إشكالية الضغوط النفسية المهنية التي تعاني منها القابلات وكيفية التخفيف منها حتى يحافظن على صحتهن وعافيتهن في البيئة التي يعملن فيها .

لذلك جاء هذا البحث كمحاولة لإيجاد حلول أو علاج فعال للتخفيف من الضغوط النفسية المهنية التي تعاني منها القابلات، وبالتالي تم اقتراح مساهمة متمثلة في العلاج النفسي الجماعي وتقنية الاسترخاء. حيث ستتضمن الدراسة جانبين: جانبا نظريا وآخر ميدانيا.

الجانب النظري: جاء هذا الجانب بقصد تكوين نظرة شاملة حول موضوع الدراسة وفقا لمتغيرات الدراسة, ويشتمل على ثلاثة فصول:

الفصل الأول: يتكون من مشكلة الدراسة وفرضياتها, وذكر أهمية وأهداف الدراسة, ثم الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة والتعليق عليها.

الفصل الثاني: نعرض في هذا الفصل الضغط: مفهومه ومصادره, مصادر الضغط في العمل ثم أنواع الضغط والآثار المترتبة عنه, النظريات المفسرة له, والقابلة ومصادر الضغوط لديها.

الفصل الثالث: هذا الفصل خاص بالعلاج النفسي الجماعي حيث يتم تعريفه وإعطاء لمحة تاريخية عنه, ودراسة الفرق بين الإرشاد النفسي الجماعي والعلاج النفسي الجماعي والأسس النفسية والاجتماعية له, أهدافه, ومجالاته, ونظرياته, ثم مراحل وخطوات العلاج النفسي الجماعي, تقنياته وأخيرا تقييما عاما.

الفصل الرابع: نتطرق إلى تقنية الاسترخاء من خلال تعريفها, مبادئها, إجراءاتها وأنواعها.

أما الجانب الميداني فيحتوي على الفصول التالية:

الفصل الخامس: يتضمن الإجراءات المنهجية وهي كالتالي: منهج الدراسة ومتغيراته الدراسة الاستطلاعية، أدوات جمع البيانات ، إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية ثم الأساليب الإحصائية. أما **الفصل السادس** فيشتمل على دراسة الحالات وعلاجاتها.

الفصل السابع: يحتوى على عرض النتائج وتحليلها ومناقشة فرضيات الدراسة, مع خلاصة عامة لنتائج الدراسة وآفاق ومقترحات, مشفوعة بملاحق ومراجع البحث.

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

مشكلة الدراسة واعتباراتها

أولاً: تحديد وصياغة إشكالية الدراسة

ثانياً: فرضيات الدراسة

ثالثاً: أهداف الدراسة

رابعاً: دواعي اختيار الموضوع

خامساً: أهمية الدراسة

سادساً: تحديد المفاهيم إجرائياً

سابعاً: الدراسات السابقة

ثامناً: التعليق على الدراسات السابقة

الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها

أولاً- إشكالية الدراسة:

يعتبر الضغط النفسي أحد المشاعر الأساسية في تكوين النفس الإنسانية, فهو يعني التوتر النفسي الذي يحد من سعادة الفرد وراحة باله, ويمكننا القول أن الضغط أيضا له درجة صحية إيجابية, تدفع الإنسان نحو العمل لدرء الأخطار المحتملة والتي يتعرض لها الإنسان في صراعه مع الحياة, فالضغط يمكن أن يصبح باعثا إيجابيا يساعد في الحفاظ على الذات والنجاح في مسيرة الحياة, لكن المشكلة هنا تكمن في ازدياد شدة الضغط وفي استمراره دون سبب واضح.

(يخلف, 2001, ص11)

ولا يكاد مجتمع من المجتمعات يخلو من هذه الضغوط الحياتية لأن صراع الإنسان مع الضغوط

صراع تاريخي قديم حيث بات من الصعب تقاؤها أو تجاهلها. (شحاته ربيع, 2010, ص235)

ويشير (الإمارة سعد, 2001): أن الضغوط بكل أنواعها هي نتاج التقدم الحضاري المتسارع الذي يؤدي إلى إفراز انحرافات واضطرابات تشكل عبئا على قدرة ومقاومة الناس في التحمل وتشير الإحصائيات العالمية الحديثة إلى أن 80% من أمراض العصر مثل النوبات القلبية والقرح الدامية، وضغط الدم وغيرها تكون بدايتها الضغوط النفسية. (العميري, 1992, ص284) وأن 25%

من أفراد المجتمع يعانون شكلا من أشكال الضغط النفسي. (الغريز, 2009, ص18)

فالفرد يواجه في حياته العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها

وأحداثا قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات

الحياة. (فايد, 1998) أي أن الضغوط تختلف من موقع لآخر، وبالتالي تختلف درجات التأثير بها

تبعاً لدرجة التعرض لها ومدى ارتباطها بحياة الفرد الشخصية والعملية (أبو الحصين, 2010, ص1)

وهذا التعرض المستمر للضغوط الشديدة يؤثر على مهام الفرد وواجباته الأسرية والوظيفية

وعلاقته مع المجتمع المحيط به وقد يؤثر أيضا على صحته وجسده (العيان, 2004, ص39), أي أن

له آثارا سيئة في جوانب عدة, فقد تؤدي إلى الارتباك في الحياة، والعجز عند اتخاذ القرار ونقص

التفاعل مع الآخرين, وتفشي أعراض الأمراض الجسمية وما يصاحب ذلك من اضطرابات

انفعالية, معرفية وفيزيولوجية تؤثر سلبا في جانب أو أكثر من حياته (الموسوي, 1998,

ص98), فلقد كشفت الدراسات التي أجراها فريت وزملاءه "Firth et Al;1988" نقلا عن (غربي,

2012, ص212) أجريت على 200 ممرض وممرضة أن الاضطرابات الصحية النفسية تزداد

بارتفاع الصعوبات المهنية بحيث تنعكس سلبا على الفرد حيث يفقد حيويته ورغبته في العمل.

ورغم تعدد مصادر الضغوط وتنوعها، فإن العمل يبقى أحد أهم المصادر وأخطرها، حيث تختلف مستويات الضغط النفسي تبعاً لتنوع العمل وطبيعته، وعليه يشير لانفورد (Langford;1987) بهذا المفهوم نقلاً عن (جمعة يوسف، 2004، ص3) إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغوط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس، والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين أي المهن الإنسانية وهذا ما أكدته دراسة ماسلاش "Maslach;1978" فالمرضون والأطباء والمعلمون والمشرفون الاجتماعيون معرضون للضغط أكثر من غيرهم حيث اختار هؤلاء مهنتهم ولديهم الرغبة القوية في مساعدة الآخرين.

وإذا ما اتجهنا إلى مهنيي الصحة نجدهم أكثر العاملين معاناة من الضغوط (أبو الحصين، 2010، ص2)، فالعمل الصحي معني بصحة وحياة البشرية، وهذه بحد ذاتها مدعاة للتعرض للضغوط الناجمة عن معاناة المرضى مع المرض والعلاج والتعرض لمواقف الحياة والموت والتعامل مع الكثير من الأمور والمواقف التي لا يمكن السيطرة عليها، هذا إلى جانب أن العمل الصحي في معظم دول العالم يتطلب العمل لساعات طويلة والمناوبة الليلية، والعمل خلال العطل، والسعي للتعلم المستمر لمواكبة المستجدات العملية في هذا المجال.

وإذا ما تكلمنا عن الواقع التمريضي لأقسام النساء والتوليد، خاصة وضع فئة محددة من العاملات ألا وهن القابلات اللواتي يعملن في محيط مليء بالمصاعب التنظيمية العلائقية بالإضافة إلى أن أخلاقيات المهنة تتطلب منهن العمل في الاستجالات، والعيش في مواقف مؤلمة: كالموت، والتشوّهات الخلقية والكمية الكبيرة من العمل، والظروف الصعبة للعمل وعدم الاعتراف بهن في المحيط الطبي، مع أن هؤلاء القابلات يعتبرن أنهن شاهدات على أكبر أسرار المرأة و الولادة، وضع الجنين، معاناة المرأة الحامل.... الخ بحيث تعتبر هذه المهنة قلب كل ما هو أنثوي(الحمل، الحب، التهدئة الإحساس... الخ، ولهذا لا بد من تقدير هذا الدور الفعال، فهن يتعرضن لمستويات عالية من الضغط، ويعانين من عدة آثار نفسية وجسمية، لذلك فهن يحتجن إلى إشباع حاجاتهن النفسية شأنهن شأن جميع الناس كما أن شخصية القابلة تتأثر بصورة مباشرة بكل ما يصيب حاجاتها أو بعضها من إهمال أو تغييب أو حرمان، لذلك فإن هذه المهنة تستدعي توفير عدة مكونات حتى تستطيع القابلة بموجبها أداء وظيفتها، بالإضافة إلى الاستقرار النفسي الذي يجعلها قادرة على الإحساس بكيانها، وإشباع حاجاتها وقادرة على أداء دورها المهني بكل نجاح، ومن بين هذه المكونات محاولة إعداد برامج وقائية وعلاجية وتنموية، تعمل على تطوير قدرات القابلات على مواجهة الضغوط في مراحلها المبكرة وعلاجها في حالة وقوعها، حيث أن

هذا الموضوع لم يلق الاهتمام الكافي في أدبيات البيئة العربية بشكل عام والبيئة الجزائرية بشكل خاص رغم أهميته وتأثيره على صحة الفرد.

ويمثل **العلاج النفسي الجماعي** من بين البرامج الوقائية العلاجية، فقد أجريت عدة بحوث لدراسة آثاره ولما له من دور فعال في تفاعل أفراد الجماعة حيث استخدم **"مكسويل جونز"** (Jones M) طريقة المحاضرات والمناقشات الجماعية في علاج مرضى من جنود في الحرب العالمية الثانية ممن توهموا أنهم مرضى القلب، وكان تركيزه في محاضراته على شرح عمل الجهاز العصبي، وشرح بعض مبادئ التشريح، ووظائف الأعضاء، وبعد 12 ساعة من المحاضرات والمناقشات لوحظ حدوث تغير أساسي في اتجاه الجماعة نحو الأعراض. (الزراء، 1988، ص129)

ويقول **"وولف"** (Wolf: 1967) عن (راتب كامل، 2004، ص352) أن طريقة المحاضرات والمناقشات الجماعية يجب أن تستخدم مع الجماعات المتجانسة، بمعنى أن يكون أعضاؤها يعانون من مشكلات متشابهة، ومن أمثلة ذلك: المدمنين، الذين يعانون اضطرابات الكلام والذين يحتاجون إلى إجراءات وقائية، والمرضى الذين يعانون مشكلات اجتماعية.

كما تعتبر **تقنية الاسترخاء** عنصرا هاما في التقليل من التوترات والضغط النفسية وهذا ما أكدته الدراسات التجريبية والتي هدفت إلى اختبار مدى فعالية البرامج المعدة لمواجهة الضغوط المهنية لدى الممرضين فقد اعتمدت معظم الدراسات على نموذج **ميكنبوم (Meichenbaum)** والعلاج المعرفي وذلك باستخدام عدة أساليب من بينها أسلوب الاسترخاء (دراسة **جونسون Jonhoson 1999**، دراسة **ميراث Mireth 1996**، دراسة **مور Moore 1999**) وأجمعت هذه الدراسات على فاعلية البرامج التدريبية في خفض درجة الضغوط النفسية والقلق والإحباط لدى العينات المستهدفة بالتدريب، وعلى استمرار آثارها الإيجابية بعد مرور فترة من الزمن.

كما أشارت البحوث والدراسات الحديثة وكذا العديد من المهتمين بعلاج الضغوط النفسية أن الاسترخاء يعتبر أفضل وسيلة يمكن بواسطتها التخلص من عبء الضغوط النفسية حيث يؤكد الطبيب النفسي الألماني **"جوهانز شولتز"** (Johannes Schultze) أنها أحد أهم الأساليب لمساعدة الناس على مواجهة الضغوط في حياتهم. (راتب كامل، 2004، ص352)

وبما أن دراستنا تهتم بشريحة القابلات وتهتم بدراسة الضغوط النفسية لديهن فتعتبر هذه الدراسة كنافذة يمكن من خلالها التعرف على القوى السببية للضغوط سواء أكانت هذه القوى ترتبط بطبيعة المهنة أو بطبيعة الأنظمة الصحية ومن ثم تحديد انعكاساتها على القابلات.

والبحث الحالي عبارة عن محاولة تطبيق تقنيتين لتنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية المهنية، وبالتالي مساعدة القابلات في مجابهة هذه الضغوط أو التخفيف منها وهاتين التقنيتين إحداهما قائمة على الأسس النظرية للمدخل النفسي الجماعي بأسلوب المناقشة الجماعية، والأخرى نموذج شولتز للاسترخاء وذلك لملاءمتهما مع أهداف البحث وخصائص العينة.

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة على النحو التالي:

هل المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقاً من العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء أكثر فعالية من المساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات؟
- أسئلة الدراسة الفرعية:

- 1- هل للعلاج النفسي الجماعي دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- 2- هل لتقنية الاسترخاء دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات .
- 3- هل للمساهمة العلاجية بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- 4- هل للمساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- 5- هل هناك احتفاظ لأثر المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات؟

وبناء على الإشكالية المطروحة تم الاعتماد على صياغة الفرضيات كحل مؤقتة.

ثانياً- فرضيات الدراسة:

I- الفرضية العامة:

المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقاً من العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء أكثر فعالية من المساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

II- الفرضيات الجزئية:

- 1- للعلاج النفسي الجماعي دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- 2 - لتقنية الاسترخاء دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات .

- 3- للمساهمة العلاجية بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- 4- للمساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- 5- هناك احتفاظ لأثر المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

ثالثا- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى:

- 1- معرفة درجة ومستوى الضغط النفسي الذي تعاني منه القابلة جراء الضغوط المهنية.
- 2- محاولة التخفيف من هذه الضغوط النفسية المهنية.
- 3- التحقق من مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي بأسلوب المناقشة وتقنية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

رابعا - دواعي وأسباب اختيار الموضوع:

- 1- إن اختيار هذا البحث حول دراسة الضغوط النفسية للقابلات لم يكن بمحض الصدفة, بل كان نتيجة التجربة المهنية للطالبة التي تناهز (09) سنوات كقابلة في مصلحة دار الولادة وهذا العمل يتطلب يقظة وانتباها مركزا وتأهبا واستعدادا مستمرين طول فترة العمل, وكذا سلوكيات تفوق النمط العادي, ونشاطا متواصلا ومتزايدا, هذا الاستثمار الكبير للطاقة وللمجهودات العقلية والبدنية والنفسية يجعل القابلة في أغلب الأحيان تعيش ضغطا نفسيا لإتمام دورها على أكمل وجه, خاصة وأنها تتعامل مع روحين داخل جسم واحد وعليها المحافظة عليهما بأكبر قدر ممكن.
- 2- المجهودات الجبارة والنبيلة المتواصلة التي تبذلها القابلة, خاصة أثناء فترة المناوبة الليلية والتي تجعلها أكثر عرضة للضغط النفسي.
- 3- اختيار العلاج النفسي الجماعي وتقنية الاسترخاء لأنهما يساعدان القابلة على خلق نوع من التوازن والتحكم في النفس وضبطها والسير الحسن للصراعات النفسية.
- 4- الإطلاع على إحدى مجالات تدخل الأخصائي النفساني وهو المجال الطبي, وتوضيح الدور الفعال للقابلة التي تعاني من نقص الدعم الإداري وخصوصا الاجتماعي وهو ما انعكس على أدائها عموما.

خامسا- أهمية الدراسة:

1 - تلقي هذه الدراسة نظرة على واقع عمل القابلة، من خلال التعرف إلى الضغوط النفسية التي يتعرض لها وبالتالي اتخاذ الإجراءات الكفيلة للتصدي لهذه الضغوط أو التخفيف منها واقتراح حلول مناسبة لمساعدتهن للتغلب على هاته الضغوط .

2- تحديد دور هذه الدراسة من الناحيتين النظرية والتطبيقية: فمن الناحية النظرية سوف تسهم في التعرف عن الضغوط النفسية التي تعاني منها هاته الشريحة، كما أنها ستعطي للمسؤولين عن قسم أمراض النساء والتوليد نظرة عن الضغوط وبالتالي العمل على تقليلها ما أمكن, لرفع كفاءة القابلة بشكل أفضل وإعطائها حقها و مكانتها العملية المناسبة .

3- نقص المواضيع والدراسات الأكاديمية في قطاع حساس كالقطاع الصحي وخاصة مواضيع حول القابلات, فهذه الدراسات تحتاج إلى توسيع أكثر ليسهل على طلبة العلم الاستفادة منها والإطلاع عليها لما تحويه من مادة علمية مركزة فيها نوع من الغموض.

سادسا- المصطلحات الأساسية للدراسة:

اشتملت الدراسة الحالية على عدة مفاهيم أساسية, ورفعا لأي لبس قد يتبدى في فهمها نورد فيما يلي أهم المصطلحات:

1- الضغوط النفسية: يعرف الباحثون في علم النفس الضغط النفسي بعدة تعريفات، وكل تعريف ينطلق من أساس محدد وواضح فبعض التعريفات ينطلق من المثير المحدث للإثارة والبعض الآخر ينطلق من الاستجابة الصادرة إزاء المثير والبعض الآخر من التعريفات يجمع بين المثير والاستجابة بالإضافة إلى متغيرات وسيطة قد تكون واضحة. ولقد ورد في معجم علم النفس والتحليل النفسي أن الضغوط النفسية تعني: " وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر, أو تشويها في تكامل شخصيته وحينما تزداد حدة هذه الضغوط فان ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد ".

أما (الرشيدي, 1999, ص20) فقد أدرج تعريفات لبعض الباحثين منها:

- تعريف لازاروس Lazarus الضغط بأنه: "مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد بالإضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر, وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف.

- أما **ولتر جملش (Gamelch)** فإنه يعرف الضغط بأنه " التوقع الذي يوجد لدى الفرد حيال عدم القدرة على الاستجابة المناسبة لما قد يتعرض له من أمور أو عوارض قد تكون نتائج استجاباتنا لها غير موفقة وغير مناسبة".

- تعريف (سيزالقي ووالاس,ت:أبو القاسم أحمد, 1991, ص108), **(Szilagy et Wallace)** حيث يعتقد بأنه "تجربة ذاتية تحدث خلا نفسيا أو عضويا لدى الفرد ناتجة عن عوامل في البيئة الخارجية أو المنظمة أو الفرد".

- تعريف **سيلبي(Selye)** للضغط النفسي أنه: "مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو استجابة غير محدد من الجسم نحو متطلبات البيئة". (pierre loo et al,2003,p102)

- تعريف (الطيري, 1994, ص17) فيرى " أن الضغوط تنتج حينما تكون المتطلبات في البيئة أو العمل أكبر من أن تتحملها القدرات والمصادر المتوفرة للفرد".

٤ التعريف الإجرائي للضغوط النفسية في بيئة العمل المعتمدة في هذه الدراسة:

هي مجموعة الدرجات التي تتحصل عليها القابلة في الاستبيان الذي يقيس الضغوط النفسية المهنية.

2- الاسترخاء:

- يعرفه معجم **مصطلحات علم النفس:** " بأنه حالة نفسية تتميز بالإحساس والارتياح في وضعية الاستلقاء حيث تنعدم حركة عضلات الجسم وتخلوا من التوتر ويفتر النشاط العقلي".

- أو: هو وسيلة عملية لمقاومة حالات التوتر والانفعالات والغضب و القلق أو التخفيف من معاناتها. (علي كمال, 1994, ص435)

- أما **سابير (Sapir)** فيعرفه بأنه: "تقنية تطبق حول التوتر العضلي ويهدف إلى ارتخائه وبالتالي نقول العلاج النفسي بالاسترخاء, كما تصاحب هذه التقنية بعض التغيرات العميقة في الوضعيات العاطفية والشهوانية. (Julien Daniel; p793)

٤ **التعريف الإجرائي:** هو تدريب القابلة على حركات لإراحة عضلاتها(استرخاء عضلي) للوصول إلى الاسترخاء النفسي والتركيز على الأحاسيس واستعمال الإيحاء حتى تتمكن أخيرا من القيام بذلك بنفسها (التدريب الذاتي).

3-العلاج النفسي الجماعي:

"هو علاج مجموعة من المرضى في جلسة علاجية واحدة". (علي كمال, 1994, ص443)

- كما عرفه (سري, 2000, ص133) بأنه علاج عدد من الأشخاص الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعة علاجية صغيره, ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل

وتأثير متبادل بينهم بعضهم البعض وبين المعالج, مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب, والعلاج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل.

- أما (زهرا, 1977, ص312) فقد عرفه بأنه: "علاج عدد من الأشخاص الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة, يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد".

٤- التعريف الإجرائي:

هو عبارة عن جلسات بأسلوب المناقشة الجماعية تتخلله تقنيات مختلفة, تشترك فيه مجموعة من القابلات يعانين من ضغوط نفسية مهنية, حيث يترتب على الإفصاح والاستبصار بالمشكل حالة من الارتياح وخفض التوتر.

4- مصطلحات مهمة في البحث:

أ- **المساهمة العلاجية:** هي عبارة على أسلوب علاجي يتضمن استخدام العلاج النفسي الجماعي أولا ثم تقنية الاسترخاء أو العكس لمعرفة أيهما أكثر تأثيرا وفعالية.

ب- **مهنة القابلة (القبالة):** هي مهنة تابعة للرعاية الصحية, تقدم فيها القابلة الرعاية للنساء المقبلات على الولادة خلال فترة الحمل, المخاض والولادة, وخلال فترة ما بعد الولادة كما تهتم أيضا بحديثي الولادة وحتى سن ستة أسابيع بما في ذلك مساعدة الأم في الرضاعة الطبيعية. ويعرف ممارسي هذه المهنة باسم "القبالة".

- فحسب منظمة الصحة العالمية "OMS": القابلة هي شخص تابعت برنامج تدريبي معترف به في بلدها, تفوقت بنجاح في دراسة هذا الاختصاص وتحصلت على المؤهلات اللازمة ليُعترف بها أو إعطاءها شهادة مرخصة لصفة القابلة, ويجب أن تكون قادرة على الإشراف وتوفير الرعاية والمشورة للنساء الحوامل, أثناء وبعد الوضع لمساعدتهن أثناء الولادة, وتكون من مسؤولياتها توفير الرعاية لحديثي الولادة والرضع, هذه العناية تشمل التدابير الوقائية وتشخيص الظروف غير الطبيعية لدى الأم والطفل, واللجوء إلى المساعدة الطبية عند الضرورة, وتنفيذ تدابير طارئة في حالة عدم وجود طبيب, وهي تلعب دورا هاما في التنقيف الصحي ليس فقط للمرضى بل للعائلة بأكملها والإعداد لدور الأبوة وينبغي أن تتفاهم مع بعض حلقات الطب النسائي, التخطيط والتنظيم الأسري والرعاية التي تقدمها للطفل.

- وفقا للإتحاد الدولي للقابلات: تعرف القابلة على أنها محترفة على قدر كبير من الكفاءة والمسؤولية تعمل في شراكة مع النساء وتقدم الدعم اللازم والرعاية والمشورة أثناء الحمل والمخاض, وفترة ما بعد الولادة, وتجري الولادات على مسؤوليتها الخاصة وتوفر الرعاية للطفل, وتشمل هذه الرعاية التدابير الوقائية وتعزيز الولادة الطبيعية, والكشف عن المضاعفات

في الأم والطفل, والحصول على المساعدة الطبية المناسبة أو أي مساعدات أخرى, وتنفيذ إجراءات الطوارئ. بالإضافة إلى الاختبارات السنوية لأمراض النساء تنظيم الأسرة, ورعاية بعد انقطاع الطمث (سن الأمان).

٤ **التعريف الإجرائي:** هي الممارسة المختصة في الحمل منخفض الخطورة والولادة, فهي تعمل بمصلحة أمراض النساء والتوليد بدار الولادة بالوادي, وتكون قد تحصلت على أعلى الدرجات في الاستبيان المقاس للضغوط النفسية المهنية.

سابعا- الدراسات السابقة:

لإنجاز أي بحث علمي نحاول البحث عن الدراسات السابقة للتكلم عن الموضوع وفقا لتجربة سابقة يمكن أن تزودنا بالإطار النظري العام للموضوع وكذا بالنتائج المتوصل إليها إن وجدت وبحثنا هذا يتضمن دراسات البحوث الأخرى فهو حلقة من سلسلة سبقته حلقات وتلحقه حلقات انه مساهمة تضاف إلى المساهمات العلمية الأخرى.

1- دراسات حول الضغوط:

1- الدراسة الأجنبية:

أ- دراسة (Jhon: 1987):

هدفت الدراسة إلى محاولة تقييم كيفية الحياة العملية لدى طواقم الإسعاف الطبية (الخاصة) ومحاولة التعرف على مصادر الضغوط النفسية لديهم والخدمات المقدمة من قبلهم. عمل الباحث على تتبع متغيرات الدراسة, وذلك بالاستعانة بمقاييس الرضا الوظيفي والنفسي العالمية على عينة ممن يعملون في طواقم الإسعاف الطبي الخاصة.

وقد أظهرت النتائج أن الرضا الوظيفي لدى أفراد العينة كان مرتفعا, وهذا عمل على تدعيم ما افترضه الباحث بضعف العلاقة بين الضغوط النفسية المترتبة على العمل والرضا الوظيفي, وهذا يعني انه كلما زاد مستوى الرضا الوظيفي كلما قلت الضغوط النفسية". (علي ع السلام, 1997, ص90)

ب- دراسة فيليب آدم وهرزليش (Philippe Adam Claudine, Herzliche; 1994):

قاما بإجراء هذه الدراسة عن طريق الملاحظة داخل المستشفيات, وأظهرت النتائج وجود مجموعة من الظروف ترفع من حدة الضغوط التي تواجه الممرضين خاصة الظروف المهنية وضغوط عبء العمل, مناوبات العمل, تعددية التبعية (حيث يخضع لإشراف رئيس المصلحة والطبيب, السلطة, الإدارة.... إلخ).

ج- دراسة بيتر وآخرون (Peter et al 2006) الدانمارك: والتي تناولت بدراسة ضغط العمل النفسي وعلاقته بالصحة كما تقدرها الممرضات: اختبار لنموذج عدم التوازن بين المكافأة

والجهد, وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغط النفسي ومؤشرات الصحة كما تقدرها الممرضات ذاتيا, وتكونت العينة من(367) ممرضة في مستشفيات الدانمارك, وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الحواس السيكلوجية لقياس سرعة العمليات العقلية, مقياس الضغط النفسي لقياس مؤشرات الصحة السقيمة كما تقدرها الممرضات, وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيا بين ضغوط العمل وظهور أعراض مرضية نفسية وجسدية لدى الممرضات, وأن الممرضات يعانين ضغوطا نفسية مرتفعة ناجمة من المصادر التالية:عبء العمل الزائد, قلة المكافأة المادية كما أكدت الدراسة على ضرورة التدخل الوقائي من خلال برامج تدريبية.(علواني,2010, ص38)

أما المؤسسة الكندية للبحوث حول خدمات الصحة فقد أوضحت نتائجها تفوق عوامل الضغوط التنظيمية وأهمها عدم المشاركة في القرار وزيادة العمل, يليها عدم التعاون أو التعاون الصعب في محيط العمل, ثم التقدير شبه المنعدم لكفاءات الممرضين أو الممرضات المختصات, هذا إلى جانب غياب التكوين المستمر وضعف التأهيل للأعضاء الجدد, صعوبة التخفيف من آلام المرضى وعدم وجود الوقت الكافي للبقاء برفقتهم. أما على النحو العاطفي فالعجز أمام آلام المرضى والموت والتعرض لأحزان واكتئاب المرضى.(Fillion.L et Laurent.S. 2003)

2- الدراسة العربية:

أ- دراسة عسكر وعبد الله(1988):

استهدفت الدراسة التعرف على مدى معاناة العاملين من الضغوط الناشئة من ظروف العمل وتحديد الفروق في مستويات الضغط التي يتعرضون لها, ثم التعرف على الأمراض النفسية الفيزيولوجية المرتبطة بضغط العمل الأكثر تكرارا لدى العاملين في المهن الأربع والمتمثلة في: التدريس, التمريض الخدمة الاجتماعية والخدمة النفسية بالكويت, على عينة مكونة من(353) عامل موزعة كالتالي: (78) مدرس ومدرسة, (162) ممرض, (73) أخصائي اجتماعي (40) عاملة بالخدمة النفسية, وقد أظهرت النتائج أن مستويات الضغط للمهن الأربع لا تعد عالية وأن الفئة الأكثر تعرضا للضغوط هي مهنة التمريض تليها الخدمة الاجتماعية ثم التدريس وأخيرا الخدمة الاجتماعية, كما أكدت الدراسة أن متغيري الشعور بالإرهاق والشعور بالأمان الوظيفي هما المتغيران اللذان لهما دلالة إحصائية من بين المتغيرات الأخرى. (علي عسكر وآخر, 1988, ص65)

ب- دراسة الوائلي, الأردن(1998):

بعنوان: مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين, دراسة مقارنة بين المستشفيات الحكومية والخاصة, والتي تهدف إلى تحديد مستويات ضغط العمل وعلاقتها بكل من متغيرات

بيئة العمل التمريضي في الأردن تكونت العينة من(234) ممرضا وممرضة يعملون في جميع المستشفيات الحكومية و(240)ممرض وممرضة يعملون في المستشفيات الخاصة, استخدم الباحث مقياس الضغط النفسي(kinzels) بعد أن أجرى تكيفه بما يتلاءم وبيئة العمل التمريضي وأظهرت النتائج أن أفراد العينتين لديهم مستوى متوسط من ضغط العمل, وأن هناك فروق دالة إحصائية بين بيئة عمل العينتين ناتجة من مصادر ضغط التعامل مع الآلات, المعدات الطبية والتعامل مع الزملاء الممرضين, كما يقيم أفراد العينتين مصدر ضغط التعامل مع زوار المرضى بالمرتبة الأولى من حيث الترتيب مقارنة بمصادر ضغط بيئة العمل الأخرى. (الوائي, 1998, ص8)

ج)- دراسة جودت سعادة وزهدي طبيبة وروحي عبدات وإسماعيل أبو زيادة فلسطين(2003):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس ضغوط العمل التي تواجه الممرضين والمرضات في المستشفى بمحافظة نابلس الفلسطينية في ضوء ستة متغيرات: الجنس, سنوات الخبرة, نوع المستشفى الحالة الاجتماعية, المستوى الأكاديمي ومكان السكن, وتم استخدام استبيان لقياس ضغوط العمل متكون من(50) فقرة, تم توزيعها على(144) ممرض وممرضة من هذه المستشفى, وتم استعمال عدة أساليب إحصائية كاختبار "ت", وأظهرت النتائج أن هناك مستوى مرتفعا في ضغوط العمل عند الممرضين والمرضات مع وجود فروق في مستويات ضغوط العمل تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور ولمتغير نوع المستشفى لصالح المستشفى الحكومي, ولمتغير مكان السكن لصالح الممرضين والمرضات الذين يسكنون خارج مدينة نابلس, ولمتغير المستوى الأكاديمي ولصالح حملة شهادة البكالوريوس, كما أوضحت الدراسة عدم وجود فروق تعزى لمتغير سنوات الخبرة والحالة الاجتماعية للممرضين والمرضات. (جودت سعادة وآخرون, 2003, ص140)

3- الدراسة الجزائرية (الوطنية):

أ)- دراسة محفوظ بوسبسي, وهران (1979):

هذه الدراسة قام بها الأستاذ محفوظ بوسبسي في المركز الإستشفائي الجامعي بوهران ما بين (1970-1972م) على مجموعة من النساء العاملات, متكونة من(95) امرأة كن قد تعرض إلى حالة انهيار عصبي, تتراوح أعمارهم ما بين:19-60 سنة من بينهن 47 امرأة عاملة موزعات على الشكل التالي: (53.1%) من قطاع الخدمات, (27.3%) من قطاع الصحة, (17.8%) من قطاع التعليم. ومن بين النتائج المتوصل إليها: أن موظفات قطاع الصحة غالبا ما يعانين من حالات تنبيه حركي مصحوبة بإثارة عصبية وتصرفات انتحارية وهي عبارة عن اضطرابات استجابية تشكل أهم الأسباب لدخولهن المستشفى. (بن عياش حورية, 1995, ص ص11-12)

ب)- دراسة عازم سهلية الجزائر (2009):

معنونة بـ"مصادر الضغط المهني لدى ممرضات مصلحة الاستعجالات بمستشفى الجزائر".
وهدفت الدراسة إلى تحديد أسباب الضغط وتحديد الظروف المثيرة له لدى ممرضات مصلحة الاستعجالات بمستشفى الجزائر على عينة قوامها (160) ممرضة موزعة على ستة مستشفيات بالجزائر، يعملون بمصلحة الاستعجالات وتم تطبيق بطارية من الاستبيانات تشمل فيها مختلف متغيرات البحث منها: استبيان قياس درجة الشعور، بالضغط استبيان مصادر الضغط المهني... الخ. واستخدمت الباحثة عدة أساليب إحصائية، وتوصلت إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن الممرضات الجزائريات يدركن ضغط مهني مرتفعا هذا من جهة أخرى هناك عدة متغيرات تساهم في حدوث الضغط لدى هذه الفئة بدرجات متفاوتة أهمها عبء العمل، الدور الإداري أو البنية التنظيمية العلاقات بين شخصية، السيرة المهنية... الخ. (عازم، 2009، ص183)

ج)- دراسة بودلة (2012):

بعنوان "المعاش النفسي للقابلات، ودراسة الاستراتيجيات الدفاعية الجماعية لجماعة العمل من منظور بيسيوديناميكية العمل" وهدفت الدراسة إلى وصف انتشار الضغوطات النفسية الاجتماعية، والمشاكل الصحية المرتبطة بها لدى القابلات، ومعرفة سير العمل الجماعي ومكوناته، إضافة إلى التعرف وتحليل الإستراتيجيات الجماعية المستعملة من طرف القابلات وهذا لمقاومة المعاناة المعاشة في ممارسة مهنتهن، وتكونت عينة الدراسة من 25 قابلة تم اختيارهن بطريقة عشوائية، ولم تضع الباحثة شروط معينة للبحث، المهم أن تعمل بصفة دائمة في مهنة القابلة بمستشفى باب الواد بالجزائر، كما استعملت الباحثة عدة أدوات منها: المقابلة العيادية، المقابلة الجماعية، ومكونة من عدة محاور، بالإضافة إلى استبيان لقياس الشدة النفسية لدى القابلة، وكان من أهم النتائج المتوصل إليها: ارتفاع مؤشر الشدة النفسية فارتفاع المطلب النفسي الذي ارتبط بضعف المنطقة التقريرية مع وجود الدعم الاجتماعي الضعيف من طرف المسؤولين، إضافة إلى انعدام الاعتراف مع وجود مجهودات داخلية مرتفعة، عدم التوازن بين المجهودات والاعتراف يمكن أن يرتبط بارتفاع الشدة النفسية لدى القابلات.
كما أن القابلات يستعملن عدة استراتيجيات دفاعية جماعية لمواجهة المخاوف والعوائق والضغوط الموجودة في العمل، فالقابلة تكافح من أجل أن لا تقع في الأمراض. (بودلة،

2012، ص171)

على الرغم من أن الضغوط النفسية تحظى بمكانة وأهمية كبرى إلا أننا نجد قلة في الدراسات الخاصة بمهارتي الاسترخاء والعلاج الجماعي, وكان على الباحثة التعرف على الدراسات السابقة أو المشابهة ذات الصلة بالموضوع, وقد تعرفت الباحثة على بعض الدراسات منها:

II- دراسات حول الاسترخاء:

1- الدراسات الأجنبية:

(أ)- دراسة **جيمس ويست, أمريكا (Gemse West,1984):**

بعنوان: تحليل لعناصر الضغوط المهنية بتطبيق البرنامج التحصيني ضد الضغط على ممرضات العناية المركزة, والتي هدفت إلى تقويم تأثير التدريب في مهارات المواجهة وإيضاح دور النموذج التحصيني في خفض الضغط لدى الممرضات, وتكونت العينة من (60) ممرضة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية ومن ثم قسمت إلى خمس مجموعات أربعة منها تجريبية, حيث تلقت المجموعة الأولى إطارا نظريا حول الضغوط ونظرياته في حين تلقت المجموعة الثانية إطارا نظريا حول الضغوط, إضافة إلى التدريب على مهارات الاسترخاء, وإعادة البناء المعرفي ومهارات المواجهة, ومهارة توكيد الذات أما المجموعة الثالثة فقد تلقت إطارا نظريا شمل مواضيع الضغط, ومفاهيمه ثم عرض لـ(08) مواقف ضاغطة اشتقت من مصادر ضغوط عمل الممرضات, وتلقت المجموعة الرابعة المراحل الثلاث السابقة في حين لم تتلق المجموعة الخامسة أي تدريب, وتمثلت أدوات الدراسة في مقاييس الضغط النفسي البرنامج التدريبي وفقا لنموذج التحصين ضد الضغوط, وجرى تطبيقه على مدى أربع أسابيع, وقد اختلفت زمن الجلسة تبعا لنوع التدريب في كل المجموعات أظهرت النتائج أن النموذج التدريبي التحصيني للمجموعة الرابعة كان أكثر فعالية مقارنة بالمجموعات الثلاث, كما أشارت نتائج التدريب التحصيني إلى انخفاض الضغط النفسي لدى أفراد المجموعة الرابعة. (أبوالحسين, 2010, ص145)

(ب)- دراسة **ميرث 1996 (Mûrti):**

بعنوان: أهمية تطبيق التدريبات المنزلية لخفض الضغط لدى مجموعة من الممرضات باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج السلوكي, وهدفت الدراسة إلى معرفة التأثير الخاص بتطبيق الممارسة المنزلية للاسترخاء, وإدارة الضغوط بالعلاج المعرفي السلوكي وأثر تلك الممارسات المنزلية (القياس المؤجل) في خفض درجة الضغط, وتكونت العينة الدراسة من(91) ممرضا وممرضة, قسمت إلى أربع مجموعات: المجموعة الأولى والرابعة مارست العلاج بالمنزل (بتطبيق الاسترخاء) خلال فترة المتابعة حيث خضعت الأولى للعلاج السلوكي, أما الثالثة فلم تمارس العلاج بالمنزل خلال فترة المتابعة ممن خضعوا للعلاج السلوكي (المجموعة الثانية)

والعلاج السلوكي المعرفي (المجموعة الثالثة) أما أدوات الدراسة فقد طبق مقياس الضغط والبرنامج التدريبي, وتبين من نتائج الدراسة أن هناك فروق بين المجموعتين في انخفاض درجة الضغط وذلك لمصلحة المجموعة التي خضعت للتدريبات المنزلية.

(ج)- دراسة مور1999(MOOR):

بعنوان: المنهج النفسي التربوي لخفض الضغط لدى الممرضات باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي, والتي هدفت إلى تقويم فاعلية البرنامج التعليمي لتطوير الذات وإدارة الضغط وتكونت العينة من (67) ممرضة جرى اختيارهن بطريقة عشوائية, وقسمت إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية, وقد قسمت المجموعة التجريبية إلى مجموعات صغيرة وجرى تطبيق البرنامج عليهن من خلال تدريبهن على مهارات المواجهة, إعادة البناء المعرفي, توكيد الذات والاسترخاء العضلي والتنفسي, وأظهرت النتائج انخفاض درجات الممرضات على المقاييس الأربعة: مقياس الغضب, مقياس الإحباط, مقياس الضغط ومقياس الاكتئاب مما يدل على فعالية الفنيات والمهارات المتضمنة في البرنامج.(غربي, 2003 ص140)

(د)- دراسة كريستين لوسكونف: من خلال مذكرة قامت بها هذه الباحثة والتي كانت تعمل بمخبر علم النفس بالمعهد الوطني لعلوم التربية بفرنسا, حيث درست أثر السفرولوجي على بعض المتغيرات الفسيولوجية: الإيقاع القلبي, الإيقاع التنفسي, الشد العضلي, والمقاومة الكهربائية للجلد ولقد خرجت الباحثة في نهاية الدراسة بانتقادات قوية تجاه السفرولوجيا, فقد بينت أن الراحة بدون أي إحياء تعتبر أكثر فعالية لاستراحة الفرد أي أن مبدأ الفعل الإيجابي الذي يقع في مركز الآلية العليا للسفرولوجيا يبدو وكأنه غير علمي.

2- الدراسة العربية:

- دراسة حداد ودحادة (1998):

أجرى دراسة هدفت إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشادي يعتمد على التدخل المعرفي في حل المشكلات وبرنامج إرشادي جمعي في الاسترخاء العضلي على ضبط التوتر النفسي, وتم اختيار عينة الدراسة من(30) طالبا ممن يعانون من التوتر النفسي تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: الأولى تلقت تدريبا على حل المشكلات, والثانية تلقت تدريبا على الاسترخاء, والثالثة ضابطة, وبعد تطبيق مقياس التوتر النفسي الذي يتكون من (35) فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد: البعد الفيزيولوجي, البعد المعرفي و البعد النفسي وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات ولصالح المجموعتين التجريبيتين التي خضعت إلى البرنامج الإرشادي

الجمعي, كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيتين. (بحادحة, 1998, ص64)

3-الدراسات الجزائرية:

أ- دراسة إكيوان مراد(2002):

موضوع الدراسة: تقنيات الاسترخاء وتسيير التوتر المرتبط بالمنافسة الرياضية عند اللاعبين الجزائريين لكرة القدم.

هدفت الدراسة إلى محاولة إبراز أهمية تقنيات الاسترخاء في تسيير التواتر النفسي المرتبط بالمنافسة الرياضية عند اللاعبين الجزائريين لكرة القدم, وأجريت الدراسة على عينة قوامها (26) لاعب كرة قدم حيث قام الباحث بتدريبهم على التقنيات الاسترخائية, وقام بتوزيع استبيان على العينة يهدف إلى إبراز أهمية الاسترخاء بالنسبة للاعبين من ناحية شعورهم وضبطهم لانفعالاتهم وتحكمهم في سلوكياتهم, كما قام بتمرير شبكة تقييم ذاتي في شكل اختبار إسقاطي واستعمال مقياس نفسي (اختبار قائمة سلوك المنافسة) كما قام الباحث بمعالجة البيانات واستخدام عدة أساليب إحصائية منها اختبار "بيرسون" وكان من أهم النتائج التي أظهرتها الدراسة: أن لتقنيات الاسترخاء تأثير إيجابي وفعال على اللاعبين.(إكيوان, 2002, ص216)

ب- دراسة بن عكي أميرة(2009):

موضوع الدراسة: انعكاسات أساليب الاسترخاء والتصور الذهني على الأداء الرياضي لدى رياضيي الكاراتيه دو.

هدفت الدراسة إلى توضيح انعكاس أساليب الاسترخاء والتصور الذهني على الأداء الرياضي خلال المنافسة الرياضية, وأجريت الدراسة على عينة اشتملت (53) لاعبا تم اختيارهم بطريقة عشوائية واستخدمت الباحثة استبيانا مقسما لثلاث مراحل بعد حساب صدقه وثباته, واستخدمت عدة أساليب إحصائية منها: اختبار بيرسون, وقد أسفرت النتائج أن لأساليب الاسترخاء والتصور الذهني أهمية كبرى في بناء أفكار نفسية ايجابية لشخصية اللاعب نحو المنافسة.(بن عكي, 2009, ص313)

ج- دراسة غربي صبرينة (2012):

بعنوان: مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين بولاية ورقلة, وقد هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية البرنامج في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط النفسية لدى الممرضات والمتمثلة في الأساليب التالية: تعلم حل المشكلات, تعلم ممارسة الاسترخاء, تعلم التعبير عن الأفكار والمشاعر... الخ وقد تم الاعتماد

على المنهج التجريبي بوجود مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة, كل مجموعة متكونة من (14) ممرضة, وتم تطبيق هذا البرنامج على المجموعة التجريبية, ثم تقاس فاعلية هذا البرنامج من خلال التغيرات وكذلك من خلال الفرق بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على المقاييس المستخدمة في البحث وكشفت النتائج عن فاعلية البرنامج التدريبي في إدارة الضغوط المهنية لدى الممرضات من خلال خفض مستوى الضغوط لديهن, وزيادة استخدام الأساليب الإيجابية بعد تطبيق البرنامج ولمصلحة القياس البعدي. (غربي, 2002, ص326)

III- دراسات حول العلاج الجماعي بأسلوب المناقشة الجماعية:

لقد أشارت بعض الدراسات إلى أهمية العلاج النفسي الجماعي ومدى فاعليته في تعديل سلوك الفرد وتبصيره بمشاكله, ومن هذه الدراسات:

1- الدراسات الأجنبية:

أ- دراسة "لاينهان وآخرون" (Linehan, 1988):

تم في هذه الدراسة استخدام العلاج النفسي الجماعي باستعمال أسلوب المناقشة والحوار في مقابل العلاج بالعقاقير لعينة ممن يعانون من أعراض اكتئابية نتيجة اضطراب الشخصية الحدية والذين كانوا يحاولون الانتحار فوجدوا أن المرضى الذين تلقوا الأسلوب الأول (المناقشة والحوار) قد تحسّنوا بشكل أفضل وقل سلوكهم الموجه نحو إلحاق الأذى بالذات قياسا بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير, كما أظهر أفراد المجموعتين قدرا من التحسن فيما يتعلق بالأعراض الاكتئابية إلا أن أفراد المجموعة الأولى والذين تلقوا أسلوب المناقشة والحوار, كانوا أكثر تحسّنا من أفراد المجموعة الثانية التي تلقت العلاج بالعقاقير. (عادل محمد, 2000, ص385)

ب- دراسة "سترافنسكي وآخرون" (Stravinsky & al, 1994):

قاموا بدراساتهم على عينة ضمت 24 مريض بالاكتئاب الحاد, انسحبت منهم ستة مرضى لتصبح بذلك المجموعة النهائية للدراسة 18 مريضا تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقت المجموعة الأولى برنامجا للعلاج النفسي الجماعي استغرق خمسة عشر أسبوعا بواقع جلسة واحدة في الأسبوع, في حين تلقت المجموعة الثانية نفس الأسلوب العلاجي مضافا إليه عقار مضاد للاكتئاب, وتم استخدام مقياس "بيك" للاكتئاب, ومقياس "هاملتون" للاكتئاب ومقياس اليأس, تم تطبيقها جميعا قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده, حيث كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين ترجع إلى الأسلوبين العلاجين المستخدمين وعند متابعة ستة عشر مريضا منهم بعد (6 أشهر) أوضحت النتائج فعالية العلاج النفسي الجماعي في علاج

الاكتئاب الحاد, وأن إضافة العقار المستخدم للبرنامج العلاجي لم تكن له أي آثار دالة.
(الزباد, 1988, ص186)

2-الدراسات العربية:

أ)- دراسة عبد الجواد, مصر (1994):

-عنوان الدراسة: "فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين."
- أهداف الدراسة: معرفة فاعلية برنامج التدريب التحصيلي في خفض مستوى الضغوط لدى المعلمين.

-عينة الدراسة : تكونت عينة البحث من (120) معلما قسمت إلى (8) مجموعات, قوام كل مجموعة (15) معلما وذلك وفقا لمتغير الخبرة في العمل.

- أدوات الدراسة: قائمة الضغوط النفسية للمعلمين إعداد(طلعت منصور), مقياس الروح المعنوية والبرنامج التدريبي الذي يتألف من (10) جلسات تتضمن إعادة التوتر الذهني للتدريب التحصيلي, الاسترخاء, مهارات لعب الأدوار واستعراض أسلوب المحاضرة ومناقشة مشكلات مختلفة.

- نتائج الدراسة: تفوق معلمي المجموعة التجريبية على المجموعة الضابطة في المقياس البعدي على مقياس مصادر الضغوط النفسية, ومقياس الروح المعنوية, ما يثبت فاعلية البرنامج في خفض الضغوط.

ب)- دراسة سلامة, مصر(1995):

-عنوان الدراسة: دراسة مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى المعلمين.

-أهداف الدراسة: تقديم برنامج على غرار التدريب التحصيلي ضد الضغط بهدف الضغط لدى المعلمين.

-عينة الدراسة: تكونت العينة من مجموعتين إحداهما تجريبية وعددها (22) معلما ومعلمة والأخرى ضابطة.

- أدوات الدراسة: مقياس الضغوط النفسية للمعلمين, والبرنامج تضمن (6) جلسات بواقع جلستين في الأسبوع, تضمن أسلوب المناقشة الجماعية لمواضيع الضغط, والتدريب على الاسترخاء.

- نتائج الدراسة: أثبتت فاعلية البرنامج من خلال التطبيق البعدي وخلال فترة المتابعة في خفض درجة الضغوط لدى أفراد المجموعة التجريبية. (الحسين ع العزيز أسماء, 1997, ص213)

ج- دراسة الوائلي (الرياض, 2003):

- عنوان الدراسة: "فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات"
- أهداف الدراسة: التعرف على فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات للإسهام في العلاج.

- عينة الدراسة: تكونت من (12) مدمن مخدرات من نزلاء مستشفى الأمل بالرياض.

- أدوات الدراسة: مقياس القلق (لفهد الدليم وآخرون), وإعداد برنامج العلاج النفسي الجماعي وتم تطبيق مقياس قبلي وبعدي على العينة للوقوف على فاعلية العلاج النفسي الجماعي, ويتكون البرنامج من (9) جلسات تستغرق لمدة ثلاثة أسابيع بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع, حيث استخدم الباحث طريقة إلقاء المحاضرات والمناقشات الجماعية لأعضاء الجماعة لتوضيح الصورة السلبية لسلوك الفرد عن نفسه وعن الآخرين, والعمل على إعادة الثقة بنفسه كعضو فاعل في الجماعة.

- نتائج الدراسة: وجدت أن مستوى درجة القلق في القياس البعدي انخفضت عن القياس القبلي لكن لم يكن الفرق واضحا كما كان متوقعا وذلك راجع إلى أن البرنامج اقتصر على المحاضرات النظرية عن القلق وأسبابه وأعراضه وطرق علاجه, دون أن يتضمن تدريب المدمنين على الاسترخاء ومواجهة نوبات القلق حيث يستطيع المدمن تهدئة نفسه بطريقة عملية.
(الوائلي, 2003, ص199)

3-الدراسات الجزائرية:

أ- دراسة مبروك ووداد (2006):

بعنوان: "فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا-إعاقة متوسطة-" وهدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى الفئة المدروسة, وتم الاعتماد على مجموعة متكونة من أربع حالات وبعد تحليل نتائج سلم "بيك" للاكتئاب قبل وبعد تلقي العلاج النفسي الجماعي ونتائج المقابلة العيادية وأظهرت النتائج أن للعلاج النفسي الجماعي دور فعال في التخفيف من أعراض الاكتئاب عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا. (مبروك, 2006, ص377)

ب-دراسة مرغني(2009):

بعنوان دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا المصابين بتقرحات جلدية, وهدفت الدراسة إلى التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى هذه الفئة باستعمال هذا العلاج, وتم الاعتماد على مجموعة تتكون من خمس حالات وبعد تحليل نتائج

المقابلة العيادية نصف الموجهة ونتائج سلم "بيك" للاكتئاب, ومقياس سبيلرجر للقلق قبل وبعد تلقي العلاج النفسي الجماعي, وقد أظهرت النتائج أن العلاج النفسي الجماعي ساهم في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب عند المعاقين حركيا المصابين بتقرحات جلدية. (مرغني, 2009, ص244)

ثامنا: التعليق على الدراسات السابقة:

كشفت العديد من الدراسات السابقة –سواء العربية منها أو الأجنبية - وجود أنواع مختلفة من الضغوط باختلاف أهداف وعينة الدراسة, ومن هذه الضغوط: الضغوط النفسية الضغوط المادية الضغوط الإدارية, الضغوط المتعلقة بالعمل, الضغوط غير متعلقة بالعمل وتصنيفات أخرى وبين هذه الدراسات: دراسة (Jhon,1987) فيليب وهرزليتش(1994).

وهناك العديد من الدراسات التي تناولت الضغوط النفسية التي تتعرض لها شرائح مختلفة من المهن التي لها احتكاك مباشر مع الآخرين كالتعليم, الخدمة الاجتماعية, الصحة... إلخ ومحاولة معرفة المهنة الأكثر تعرضا للضغوط, أشارت أغلب الدراسات إلى أن عمال القطاع الصحي خاصة مهنة التمريض هم الأكثر عرضة للضغوط النفسية المهنية, وهذا ما أكدته دراسة عسكر(1988), وقد اختلفت نتائج هذه الدراسات باختلاف المتغيرات التي وضعت لقياسها وكذلك باختلاف البيئات التي أجريت فيها الدراسات, ومن الملاحظ أن الدراسات الجزائرية التي عنيت بموضوع البحث قليلة نسبيا, وخاصة إذا تطرقنا إلى الوضع التمريضي عامة وتكاد تكون معدومة إذا ما تكلمنا عن القابلات وعن دار الولادة خاصة ما عدا دراسة: دوخ بودلة عليمية(2012) التي تناولت المعاش النفسي للقابلات وهي الدراسة الوحيدة الجزائرية –على حد علمنا- التي تناولت هذه العينة, أظهرت الدراسات أن هناك تشابه إلى حد بعيد في أنواع الضغوط التي يتعرض لها الممرضون والممرضات على اختلاف البيئات التي أجريت فيها الدراسات كما أظهرت الدراسات أن ضغوط العمل تؤثر على الصحة النفسية للممرضين والممرضات ومن أمثلة ذلك: الشعور بالإرهاق الشعور بالأرق, والاحترق الوظيفي, القلق... إلخ كدراسة بيتر وآخرون(2006).

كذلك أكدت الدراسات أن مصادر ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون والممرضات والتي قد تسبب الاحتراق الوظيفي وقد تمتد لتؤثر على ردود الأفعال السلوكية والإدراكية ومن هذه المصادر: عبء العمل, ضوضاء المعدات الطبية, موت المريض الحوافز المادية, كثرة الخلافات بين الزملاء وهذا ما جاء في دراسة عازم سهيلة (2009).

أما بالنسبة لتقنية الاسترخاء فقد كانت هناك بعض الدراسات التي عنيت بها إلا أن الملاحظ هو قلة هذه الدراسات خاصة العربية منها-حسب علم الباحثة- دراسة حداد ودحادحة (1998) أما المحلية فتمثلت في دراسة غربى صبرينة(2012) وقد غاب عن هذه الدراسات ما يتعلق

بالقابلات وتطبيق هذه التقنية عليهن بل كانت أغلب الدراسات حول الممرضات بصورة عامة كدراسة (جيمس ويست, 1984), (ميرث, 1996), ولم ينحصر تطبيق هذه التقنية على فئة الممرضين فحسب بل طبقت كذلك على فئة الرياضيين كدراسة (إكيوان, 2002), ودراسة (بن عكي أميرة, 2009), وقد أظهرت الدراسات أن تقنية الاسترخاء تلعب دورا أساسيا في تخفيف الضغوط النفسية المهنية وكان لها دورا فعالا في ضبط التوتر والقلق لدى العينات المستهدفة واستمرار آثارها الإيجابية بعد مرور فترة من الزمن.

كما أن الدراسات التي تناولت العلاج النفسي الجماعي أثبتت نجاعتها في ميدان علم النفس حيث استخدمت عدة أساليب وفنيات أهمها المناقشات الجماعية, وكانت فعاليتها واضحة في انخفاض الشعور بالوحدة النفسية كدراسة (سلامة, 1995), والتخفيف من الضغوط النفسية (عبد الجواد, 1994), والقلق والاكتئاب (الوايلي, 2003), (مرغني, 2009) حيث تترتب عليه حالة من الارتياح وإعادة التوازن.

وهذا ما اتفقت عليه أغلب نتائج الدراسات السابقة, فهي تقدم دافعا لضرورة القيام بالدراسات التجريبية على أفراد الصحة عامة والقابلات خاصة, حيث نلاحظ قلة الدراسات التي تناولت استخدام العلاج النفسي الجماعي في خفض الضغوط من الناحية التجريبية خاصة المحلية منها.

أما أوجه الاختلاف:

فلا توجد أي دراسة من الدراسات السابقة-حسب علم الباحثة- تناولت متغيرات الدراسة الحالية بصورة كاملة, وتعتبر الدراسة الحالية أول دراسة يتم إجراؤها في منطقة الوادي على القابلات بمصلحة الولادة, كما أن هناك ندرة في استخدام فنيات العلاج النفسي الجماعي للتخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, مما يؤكد ضرورة إجراء العديد من البحوث والدراسات المحلية في هذا المجال, ولقد استفادت الباحثة من الدراسات في صياغة أسئلة الدراسة وأهدافها وفروضها.

الفصل الثاني

الضغوط النفسية

تمهيد

- أولاً: لمحة تاريخية عن تطور مفهوم الضغط النفسي
- ثانياً: تعريف الضغط النفسي وبعض المفاهيم المرتبطة به
- ثالثاً: الاتجاهات النظرية المفسرة للضغوط النفسية
- رابعاً: أنواع الضغط النفسي
- خامساً: العوامل المؤثرة في شدة الضغط النفسي
- سادساً: مصادر الضغط النفسي
- سابعاً: مصادر الضغط النفسي في بيئة العمل
- ثامناً: مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات
- تاسعاً: الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية المهنية

ملخص الفصل

الفصل الثاني: الضغوط النفسية

تمهيد:

تعتبر الضغوط النفسية من المتغيرات أو المثيرات التي تحدث في البيئة الداخلية أو الخارجية للفرد، والتي باستمرارها وشدتها تعيقه عن التوافق النفسي والاجتماعي، فعند تعرض الإنسان إلى العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات وأحداثا قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر، عوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات حياته، كل ذلك من شأنه أن يزيد من تعقيد الحياة وظهور الكثير من الصعوبات والمشاكل التي تلعب دورا في نشأة الأعراض النفسية المرضية، وظاهرة الضغوط النفسية من الظواهر الإنسانية المعقدة التي تتجمع في مضامين بيولوجية، نفسية، اقتصادية واجتماعية ومهنية، هذه الأخيرة يدركها الفرد من وقت لآخر نتيجة معاشته لمطالب مهنته. ولعل مهنة القبالة من أهم المهن وأكثرها حساسية لعنايتها بالأمر والجنين ونجدها بالمقابل تحمل في طياتها أخطارا ومشاكل وضغوط تتعرض لها القابلة أثناء تأدية عملها كما نجدها مهمشة ومعرضة للعنف خاصة اللفظي منه لأن المجتمع يصفهن بأسوأ النعوت رغم أهميتهن، وهذا ما يجعلها تدور في حلقة الضغوط، ولهذا شهدت العقود الأخيرة اهتماما متزايدا من جانب الباحثين بدراسة الضغوط النفسية خاصة المهنية منها بهدف الوقوف على طبيعتها وآثارها، وكيفية التعامل معها بنجاح.

ومن خلال هذا الفصل سيتم التطرق إلى العديد من العناصر المتعلقة بالضغوط النفسية من حيث البعد التاريخي لهذا المصطلح وكيف تطور إلى ما وصل إليه الآن، ثم نرجع إلى أهم النظريات التي تناولت هذا الموضوع وأنواعه، وما هي العوامل المؤثرة في شدته وأهم مصادره وسنحاول التركيز على معرفة المصادر والضغوطات التي تتعرض لها القابلة وأخيرا الآثار المترتبة عنه.

أولاً: لمحة تاريخية عن تطور مفهوم الضغط النفسي:

يعتبر الضغط ظاهرة إنسانية معقدة، ومن المفاهيم القديمة التي تناولها الفلاسفة والعلماء. إلا أن الاهتمام العلمي بهذا المفهوم يعد حديثا نسبيا وهذا نظرا لتغير نمط الحياة، وتعقدتها وظهور مشاكل جديدة وأحداث ضاغطة تتطلب الدراسة والبحث.

لقد اهتم أفلاطون (Platon) من خلال أعماله بتقديم شرح للطرق أو الإستراتيجيات التي يتبعها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة التي تمر في حياتهم، كما قدم وليام شكسبير (W,Shakspear) وصفا لاستراتيجيات الفرد في المواقف الضاغطة كالصرع، فقدان شخص عزيز، الأزمات

وبعد ذلك توالى الدراسات العلمية لمفهوم الضغط باستخدام تصورات و نظريات متعددة.

فهذه الكلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية **Stringer** وهي تعني شد, ضيق, عقد أو ربط.

(Stora, 1993; p03)

كما استخدم على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالتب والفيزياء وعلم النفس والصحة النفسية وغيرها من المجالات, غير أن تحديد مفهوم الضغط **Stress** من الناحية الزمنية صعب للغاية ويحتمل أن هذا المصطلح استعمل لأول مرة خلال القرن الرابع عشر, ولكن هذا الاستعمال لم يكن بصورة ثابتة ومنظمة, وقد استعملت فيما بعد في الكتب الإنجليزية مفاهيم أخرى للدلالة على الضغط منها: **stress, Straisse, Stres** وبالرغم من الكلمة ومشتقاتها وجدت منذ قرون إلا أن أصلها غير معروف إلى حد الآن. (طه ع العظيم حسين, 2006, ص17)

وفي القرن السابع عشر استعملت الكلمة اللاتينية "الضغط" (**Stress**) للتعبير عن العذاب والحرمان والمحن والضجر وهي نتاج لقصور الحياة اليومية تعبر عنها بكلمة واحدة.

وبعد ذلك وخلال الاكتشافات الفيزيائية التي قام بها المهندس روبرت هوك (**Hook**) في القرن الثامن عشر لأغراض هندسية فإنه كان لها تأثير واسع لنموذج تفسيري لمصطلح الضغط على الجهاز الفيزيولوجي والنفسي والتي تشير إلى ضغط الجسم الثانوي تحت تأثير قوة خارجية وهي قوة تمكن من تشويه هذا الجسم ليس بإرجاعه إلى أصله فحسب بل بتحويله لسبب ضعفه, إذن عرفت كلمة الضغط عرفت في الفيزياء للدلالة على القوة الممارسة على مادة ما.

(Servant, 2007, p15)

ثم بدأ انتشار هذه الكلمة خلال القرن التاسع عشر, وخلال هذه الفترة يقول الفيزيولوجي كلود برنارد (**Claude Bernard**) أن التغيرات الخارجية في البيئة يمكنها أن تعطل الكائن العضوي ولكي يحافظ على نفسه يجب أن يتكيف بطريقة مناسبة مع هذه التغيرات, وأنه من المهم أن يحصل العضو على التكيف ويبدو أن هذا أول اعتراف بالنتائج المضرة الكامنة في عملية الإجهاد التي تخل اتزان الجهاز العضوي. (كشروء, 1995, ص303)

وبعد ذلك ظهرت أعمال الفيزيولوجي الأمريكي والتر كانون (**Walter Cannon**) والذي يعتبر من الأوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة. وقد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانيزم أو آلية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة من الاتزان الحيوي أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه. (عسكر, 2000, ص34)

وفي نهاية القرن التاسع عشر وصفت لأول مرة الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة من طرف **أوبنهايم (Oppenheim)** بعد ملاحظته للأشخاص الذين أصيبوا بحوادث السكك الحديدية. في بداية القرن العشرين أقيمت دراسات في مجال الطب العقلي لدى الجيش فلاحظوا وجود اضطرابات من نفس النوع لدى الجنود عند عودتهم من المعارك, وهذه الاضطرابات لها علاقة بالصدمات الانفعالية وبذلك أطلق عليها بذهان الصدمة. (Boudarene,2005,pp101;102)

ويعتبر **هانس سيلبي (Hans Selye)** من أشهر الباحثين الذين ارتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط و يعرف بأب الضغط و يرجع الفضل إلى كتاباته و محاضراته و خاصة في المجال الطبي بتأثير الضغوط على الإنسان.(Stora,p03), كما أنه أول من وضع الضغط حيز التطبيق عام 1946.

ثم أخذ هذا المصطلح "الضغط" في التبلور والتكيف أكثر فأكثر منذ بداية الستينات حيث أصبح محل اهتمام العديد من الإطارات المختصة والأطباء..... خاصة بعد إثبات خطورته حيث أن عدم التوازن بين الإمكانيات والمنظمات وعدم التوازن بين حاجيات الفرد والتصارع بين الأهداف والحقيقة الموجودة في المحيط, كل هذا يؤدي للضغط الذي يتولد عنه أعراض بسلوكية و فيزيولوجية وسلوكية.(الشريف, 2007, ص27)

ثانيا : تعريف الضغوط النفسية وبعض المفاهيم المرتبطة بها:

1- تعريفات الضغط النفسي:

تتعدد مفاهيم الضغوط, وتختلف باختلاف مناهي اهتمامات الباحثين في المجالات المختلفة أو باختلاف النظرة إليها من حيث مصدرها (مسبباتها), أو نتائجها وأثارها, أو من حيث الخلفية النظرية التي ينطلق منها الباحث.(عكاشة, 1999, ص86), فمن الملاحظ أن هناك الكثير من التعريفات "للضغط النفسي" إلا أنه لا يوجد اتفاق تام على تعريف واحد محدد لهذا المفهوم. ويرجع ذلك إلى اختلاف وجهات النظر وخلفيات العلماء .

ويعتبر **هانس سيلبي (Hans Selye)** الرائد الأول الذي قدم مصطلح الضغط النفسي (**Stress**) على الساحة العلمية وعرفه بأنه: " استجابة الجسم غير المحددة نحو أي مطلب يفرض عليه " أي أن الطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسم باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع وهو يعبر عن مشاعر التهديد والخوف. (Pierre Loo et al,2003,p102)

أما **سوچر (Swogger)** نقلا عن (السرطاوي زيدان, 1998, ص10) فقد عرف الضغط بأنه" الحالة الناتجة عن إخفاق عملية المواجهة " .

وهناك تعريفات أخرى حسب (الرشيدي, 1999, ص20) لبعض الباحثين منها:

تعريف لازاروس (Lazarus) للضغط بأنه " مجموعة المثيرات التي يتعرض لها الفرد بالإضافة إلى الاستجابات المترتبة عليها وكذلك تقدير الفرد لمستوى الخطر وأساليب التكيف مع الضغط والدفاعات النفسية التي يستخدمها الفرد في مثل هذه الظروف".

ويرى موراي (Murray) الضغط بأنه " صفة لموضوع بيئي أو شخصي تيسر أو تعوق جهود الفرد في تحقيق هدف ما ".

أما وولتر جملش (Walter Galmech) فيعرف الضغط بأنه " التوقع الذي يوجد لدى الفرد حيال عدم القدرة على الاستجابة المناسبة لما قد يتعرض له من أمور أو عوارض قد تكون نتائج استجاباتنا لها غير مناسبة.

ومن تعريفات الضغط النفسي التي حظيت بقبول واسع تعريف سزياقي ووالاس (Szilagy et Wallace) حيث يعتقد بأنه "تجربة ذاتية تحدث خلا نفسيا أو عضويا لدى الفرد ناتجة عن عوامل في البيئة الخارجية أو المنظمة أو الفرد". (سزياقي ووالاس، ت: أبو القاسم أحمد، 1991، ص 108)

- ويعرف غيبسون (Gibson 1994) عن (فهيمى محمد، 1998، ص 25) الضغط النفسي بأنه "استجابة مكيفة تتوسطها الخصائص الشخصية والعمليات النفسية، وأنها نتيجة حادث، أو موقف أو فعل بيئي خارجي بحيث تضع متطلبات سيكولوجية أو بدنية مفرطة على الفرد ".

- ويعرف كابلون (Caplan) حسب (الفرماوي حمزة، 2009، ص 78) الضغط النفسي في العمل على أنه " الخصائص الموجودة في بيئة العمل التي تخلق تهديدا للفرد".

- أما كلا من كوب وروجرس و فرانش (French,Rogers,Cobb) يروا ضغط العمل بأنه "عدم المواءمة، أو عدم التناسب بين ما يمتلكه الفرد من قدرات ومهارات وبين متطلبات عمله".

- ويعرف غراث (Mc.Grath) -حسب المرجع السابق- الضغط بأنه "عبارة عن حالة تنتج عن التفاعل بين الفرد والبيئة بحيث تضع الفرد أمام مطالب أو عوائق أو فرض".

ويرى كوكس وماكاي (Cox et Mackay) 1976 نقلا عن (فونتانا ديفد، ت: حمدي الفرماوي، 1993، ص 107) بأن الضغط النفسي "يحدث عندما يكون هناك تباين بين متطلبات مدركة وإدراك الفرد لقدراته لمواجهة هذه القدرات".

أما دوش وورث (Duch Zorth) عن (فيولا منصور، الببلاوي، 1989، ص 43) فيرى "أن الضغط له مظاهر سلبية وأخرى إيجابية وأن ضغوط الفرد ناتجة عن حالة أو موقف، وتفاعل الفرد فيها مع نظام العمل".

كما يرى كوبر (Cooper) حسب (عبد المنعم أمال, 2006, ص57) الضغط بأنه " عدم تكافؤ إمكانيات الفرد مع المطالب البيئية الموضوعة على عاتقه, أو الظروف التي يواجهها, وقد تحدث المشكلة عندما تكون قدراته غير كافية لمواجهة المتطلبات الجسمية أو الاجتماعية".

كما أن البيئة العربية حاضرة بباحثيها من خلال التعاريف التي جاؤوا بها والتي تعتبر تعزيزاً لسابقتها في البيئة الغربية وأهمها:

التعريف التالي لـ(الكبيسي, 2005, ص10): " هي ظروف وأحداث ومواقف غير عادية يتعرض لها العاملون داخل بيئة العمل أو بسببها فتؤثر سلباً على راحتهم النفسية وعلى مشاعرهم وأحاسيسهم ومعنوياتهم لتنعكس بدورها على صحتهم العقلية والجسدية أو كليهما معا".

ويعرفها (الرشدي, 1999, ص74) على أنها: " تأثير داخلي لدى الفرد ينجم عن التفاعل بين قوى ضاغطة ومكونات الشخصية, وقد يؤدي إلى اضطرابات جسمية أو نفسية أو سلوكية لديه, تدفعه إلى الانحراف عن الأداء الطبيعي, أو يؤدي إلى حفزه لتحسين الأداء".

أما (الطريي, 1994, ص17) فيرى " أن الضغوط تنتج حينما تكون المتطلبات في البيئة أو العمل أكبر من أن تتحملها القدرات والمصادر المتوفرة للفرد".

ويعرفه البيللوي 1998 نقلاً عن (الغريز, 2009, ص25) " بأنه الحالة التي يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التكيف وتزداد هذه الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف والمطالب أو استمرت لفترة طويلة".

وتكمن المشكلة الرئيسية ضمن إطار إيجاد تعريف محدد للمفهوم في أنه تكوين فرضي وليس شيئاً ملموساً واضح المعالم من السهل قياسه, فغالباً ما يستدل على وجود الضغوط من خلال استجابات سلوكية معينة كما هو الحال في التعرف على الذكاء أو مفهوم الذات أو نمط معين من الشخصية. (عسكر علي, 2003, ص25)

ما يمكن أن نستشفه من خلال هذه التعريفات أن هناك ثلاث عناصر للضغط النفسي وهي:

• **الضغط كمثير:** هو عبارة عن القوة التي تبدأ بها حالة الضغط النفسي لدى الفرد ومصدرها البيئة, وهذا ما أكده Caplan والبلاوي, الطريي, Cox ...

• **الضغط كاستجابة:** وهي عبارة عن ردود الفعل النفسية والسلوكية, والمتمثلة في الإحباط والقلق وهذا ما يؤكد تعريف كل من هانز سيللي, الرشدي, Gibson ...

• **الضغط كعلاقة تفاعلية:** وتعني التفاعل بين عوامل المثيرات والاستجابات, ويأتي ذلك من العوامل التنظيمية في العمل, ومن المشاعر الإنسانية وهذا ما ورد في تعريف لازاروس Szilagy Glath والكبيسي.

ونستخلص من خلال التعرض للتعريف السابقة ما يلي :

- الضغوط النفسية تنجم عن التفاعل الدائم بين الفرد وعوامل داخلية وخارجية كظروف العمل ومصاعب الحياة. أي لكي يحدث الضغط لابد من التفاعل بين المثيرات والاستجابة لها.
- تؤثر الضغوط سلبا على التوافق النفسي والاجتماعي للفرد.
- تختلف الاستجابة للضغط من شخص لآخر كل حسب قدرته على السيطرة والتحكم في الموقف الضاغط.
- إن ضغوط العمل ليست بالضرورة سلبية أو سيئة دائما فكلما ازدادت شدتها حملت في طياتها انفعالات سلبية, أما إذا كانت معتدلة ومقبولة كانت لها نتائج إيجابية.
- استمرارية التعرض للمواقف الضاغطة يؤثر سلبا على الجانب النفسي والجسدي للفرد. وهذه الخصائص تعني أن للضغط آثارا قد تكون إيجابية أحيانا, كما قد تكون سلبية وبالتالي فإن وجود مستوى معين من الضغط لا يشكل ظاهرة مقلقة, لكن ارتفاع مستوى الضغط قد يرافقه بعض الآثار السلبية على صحة الفرد.

ثالثا: الاتجاهات النظرية المفسرة للضغوط:

تختلف النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط باختلاف الأطر النظرية والمشارب العلمية التي تبنتها وانطلقت منها نظرا لتعقيد الظاهرة التي هم بصدد بحثها, ومن هنا كان لابد من عرض أهم النظريات التي قامت بدراسة هذه الظاهرة على النحو التالي:

I- النظرية الايكولوجية: الضغط عبارة عن مثير وحدث يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له قد يكون منشأه داخليا كالصراعات النفسية, كما قد ينشأ من الأحداث الخارجية ويمثل هذا الاتجاه كل من هولمز و راهي (Holms et Rahe). (حسين طه ع العظيم, 2006, ص53)

أشار الباحثان 1967 أن لأحداث الحياة تأثيرا على الأفراد, وتؤكد البحوث التي قاما بها على أهمية تأثير الضواغط البيئية على الصحة الجسمية والنفسية للفرد, ويمكن قياس الضغط من خلال كم وشدة الأحداث الضاغطة, فتكدس وتراكم هذه الأحداث تسبب المشقة والضيق للفرد وتعيق قدرته على التعامل معها. وبذلك تركز النظرية الايكولوجية على أهمية المحيط ودوره الرئيسي في صحة الفرد والمجتمع ويسمى هذا النوع بالضغط النفسي الاجتماعي, ومن أهم الأحداث التي تقف وراءه البطالة, الطلاق, الصدمة الانفعالية, موت الزوج, مشاكل مع الأبناء. (يخلف عمار, 2001, ص49)

II- النظرية الفيزيولوجية: ينظر علماء هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة, لهذا فالضغوط تمثل ردود الفعل أو الاستجابة التي تصدر عن الفرد إزاء الحدث

الضاغط, ويركز هذا الاتجاه على الحالة الداخلية للكائن العضوي وبذلك يشار إلى الضغط على أنه ردود الفعل الانفعالية والفيزيولوجية التي تنجم عن التعرض للأحداث الصعبة, و بذلك ركزت الدراسات على دور الجهاز العصبي المركزي والجهاز الغدي وكذلك على ردود الفعل الانفعالية جراء التعرض للضغط. (حسين طه ع العظيم, 2006, ص50).

سُمي هذا الاتجاه النظري بالاتجاه الفيزيولوجي للضغط من أهم رواه **كانون (Cannon)** و **هانز سيلبي (H.seley)**. وفيما يلي سوف نقدم التقدير الفيزيولوجي للضغط حسب هاتين النظريتين:

1- نظرية وليام كانون: يعتبر كانون -عالم الفيزيولوجيا- من الأوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرف الضغط برد الفعل أو الاستجابة في حالة الطوارئ, أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة, ولقد حدد كانون أحد النماذج المبكرة لاستجابة الضغط وهي استجابة المواجهة أو الهروب, حيث حاول تفسير الاستجابات الفيزيولوجية للضغوط عام 1920 في دراسته عن كيفية استجابة كل الإنسان والحيوان لتهديد خارجي ووجد أن هناك عددا من الأنشطة المتتابعة التي تستثير الغدد والأعصاب لتهيئ الجسم لمواجهة الخطر أو الهروب منه والحياة البشرية تجلب معها العديد من الأحداث الضاغطة المرغوبة وغير المرغوبة التي ربما تهدد الحياة, مما يحتم على الأفراد أن يجاهدوا ويكافحوا لمقاومة هذه الأحداث أو الهروب بعيدا عنها وان الأشخاص عندما يتعرضون لمواقف وأحداث ضاغطة تظهر عليهم العديد من التغيرات الفيزيولوجية. (صادق حسن, 2011, ص56)

2- نظرية هانز سيلبي: كان هانز سيلبي بحكم تخصصه كطبيب في علم الغدد متأثرا بتفسير الضغط تفسيراً فيزيولوجياً وتستند نظريته إلى مجموعة من التجارب التي أجريت على الحيوانات, والتي أسفرت على أن الضغط متغير غير مستقل وهو استجابة لعامل ضاغط (**Stresseur**) فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له آثاره الفيزيولوجية (تحرير السكر في الدم, ارتفاع ضغط الدم) أطلق عليها مفهوم زملة أعراض التكيف العام (**syndrome général adaptation**) والتي تمثل حجر الزاوية والأساس في موضوع الضغوط النفسية. (شقيير زينب, 1998, ص169) وعرف **سيلبي** بذلك الضغط النفسي بأنه الاستجابة غير النوعية للجسم لأي طلب أو دافع والطريقة اللاإرادية التي يستجيب لها الجسم باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع وهو يعبر عن مشاعر التهديد والخوف. (حسن راوية, 2002, ص33)

ونظرية **سيلبي** تشبه نظرية أستاذه **كانون** للطوارئ لكنه يزيد عنه من ناحية أنها تظهر الدور الذي يقوم به الجهاز الغدي بالإضافة للجهاز العصبي السمبثاوي. (Ross, 1988, p53) وضمن هذا الإطار اقتراح **سيلبي** ثلاث مراحل للاستجابة للضغط وهي كما يلي :

- **مرحلة الإنذار أو التنبيه (phase d'alarme):** وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط (Stresseur) ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم وقد تحدث الوفاة عندما تنهار مقاومة الجسم, ويكون الضاغط شديداً.

- **مرحلة المقاومة (phase de résistance):** وتحدث عندما يكون التعرض للضاغط متلائماً مع التكيف فتختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات أخرى تدل على التكيف.

- **مرحلة الإنهاك (الإجهاد) (phase d'épuisante):** مرحلة تلي المقاومة, ويكون فيها الجسم تكيف غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفذت, وإذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف والعجز وتلف أجهزة الجسم. (يخلف عمار, 2001, ص98)

III- النظرية الإدراكية لسبيلبرجر (Spielberger) 1972: يعد معرفة وفهم نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورة لفهم نظريته في الضغوط حيث أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين نوعين من القلق هما:

-**القلق كحالة (Anxiété State):** وهو قلق الموقف أو القلق الموضوعي ويعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة.

-**القلق كسمة (Anxiété trait):** يتمثل في القلق العصابي المزمن وهو استعداد طبيعي يجعل القلق يعتمد على الخبرات السابقة.

وعلى هذا الأساس ربط الباحث بين الضغط والقلق كحالة إذ يعتبر الضغط الناتج مسبباً لحالة القلق ويستبعد بذلك القلق كسمة, الذي يكون من سمات شخصية الفرد أصلاً. كذلك اهتم سبيلبرجر في الإطار المرجعي لنظريته بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة, ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها ويحدد العلاقة بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة فالفرد يقدر الظروف الضاغطة التي أشارت إليها حالة القلق لديه ثم يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط (كبت, إنكار, إسقاط..) أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهروب من المواقف الضاغطة. (الرشدي, 1999, ص54)

فالقلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط, و تبدأ هذه العملية بواسطة مثير خارجي ضاغط, ويميز بين مفهوم الضغط يشير إلى الاختلاف في الظروف والأحوال البيئية التي تنسم بالخطر أما كلمة تهديد فتشير إلى التفسير الذاتي لموقف خاص أنه خطر أو مخيف. (يخلف, 2011, ص100)

IV- نظرية التقدير المعرفي (التفاعلية) للازاروس: نشأت هذه النظرية نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الحركي الإدراكي حيث أكدوا على دور الإدراك والتقييم المعرفي في الاستجابة للضغط. (Gatchel et all, 1989,46)

والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف, ولكنه رابط بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط, وبذلك يستطيع تفسير الموقف, ويعتمد تقييمه للموقف على عدة عوامل منها العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه. (بخلف, 2001,

ص100) لهذا فمن الأهمية ألا نغفل دور وجهة نظر الفرد للوضعية الضاغطة كعامل يساهم سلبا أو إيجابا في الاستجابة للضغوط الواقعة عليه, إذ يلعب التقدير المعرفي من قبل لحجم الضغط الواقع عليه, دورا في اختيار طريقة التعامل وتحديد استجابات الفرد وانفعالاته وكذلك النتائج التكيفية وهو ما يفسر لنا تباين استجابة الأفراد لعامل ضاغط واحد (Servant, 2007,p158)

أي أن أي حدث ضاغط يتوقف أثره بصفة جوهرية على الكيفية التي يقيم بها الفرد هذا الحدث فحسب وجهة نظر لازاروس أن أي حدث جديد أو تغيير في البيئة يحث الفرد على القيام بمجموعة من التقييمات. (Taylor, 1995,p58)

ولقد وضع لازاروس فكرة التقدير أو التقييم للضغط وفق المراحل التالية :

1\ **التقييم الأولي:** وهي مرحلة تسمح للفرد بتقييم الواقع والخطر المهدد كالفقدان التهديد... فقد يكون التقييم الأولي إيجابيا ينتج عنه سلوكيات إيجابية تدفع الفرد للمزيد من الجهد والعمل, وقد يكون التقييم الأولي سلبيا ينتج عنه سلوكيات انفعالية كالضغط والخوف والخجل... الخ, ويصبح التقييم هنا ضارا يهدد راحة واستقرار الفرد.

2\ **التقييم الثانوي:** يحدد الفرد فيها إمكانية التعامل مع المواقف الضاغطة أو مواجهتها وتقييمه لما يمتلك من مصادر داخلية (شخصية) أي سمات الفرد مهاراته, خبراته... الخ ومصادر خارجية (اجتماعية) تعينه على التكيف مع الحدث الضاغط, لكن إذا فشل الفرد في أي من تلك العمليتين هنا يحدث ما يسمى بالضغوط النفسية.

3\ **مرحلة المواجهة:** يلجأ فيها الفرد إلى استعمال إستراتيجية معرفية أو سلوكية لمواجهة الحدث الضاغط, ويتم وفق نوعين أساسيين, حيث تكمن الإستراتيجية الأولى في اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير المواقف الضاغطة وتتسم هذه بطبيعة سلوكية تعتمد على أسلوب حل المشكلات أما الإستراتيجية الثانية فتتمثل في اتخاذ الفرد أفعالا غير مباشرة ذات طبيعة انفعالية. (بخلف, 2001, ص54)

٧- **نظرية النسق الفكري** لهنري موراي (Murray.H): يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة, ويعرف الضغط بأنه " صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين " ويميز بين نوعين من الضغوط.

1- ضغط بيتا (Beta stress): وهو يشير إلى إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

2- ضغط ألفا (Alpha stress): ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول, ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها, ويطلق على هذا تكامل الحاجة أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا. (فاروق عثمان, 2001, ص100) وهكذا وطبقا لنظرية موراي تكون الحاجات النفسية قوى دافعة ولكنها لا تعمل بمفردها وإنما تتضافر مع القوى البيئية في ديناميكية من أجل انبثاق السلوك التنظيمي ففي الحالة التي تكون فيها هذه القوى ميسرة وقادرة على الإشباع يفض التوتر ويستعيد الإنسان اتزانه ونظامه, أما في حالة إعاقة إشباع الحاجات المثارة يكون الضغط وهنا نكون إزاء حالتين يطلق عليهما مصطلح الضغوط ألفا وبيتا. (الرشدي, 1999, ص68)

من خلال العرض السابق للنظريات التي حاولت تفسير الضغط النفسي يمكن القول أن رغم تعدد واختلاف النظريات في تفسيرها لهذا المفهوم, إلى أن تكامل العقل والجسد والجانب النفسي والاجتماعي والتأثير المتبادل بين مختلف هذه الجوانب هو الإطار والأساس الذي يساهم في الكشف عن الأبعاد المختلفة للضغط فلا يمكن فهم السلوك من زاوية واحد باعتبار الإنسان وحدة كلية لا تتجزأ وتربطها علاقة تأثير وتأثر.

رابعا: أنواع الضغوط

يظهر الضغط بأنواع متعددة تختلف باختلاف المواقف الضاغطة, كما تختلف الاستجابة تبعا للموقف الضاغط وتبعا للفروق الفردية في الاستجابة, أي يمكن لنا أن نحصر الضغوط في أنواع لأنها ترتبط بمواقفها, وقدرة الإنسان على تقبله, والتعامل معها والتعايش معها, ومدى قدرته على التوافق معها وفي ما يلي أهم أنواع الضغوط:

1- الضغوط المؤقتة والضغوط المزمنة: وهي التي تختلف في المدة التي تستغرقها.
1- الضغوط المؤقتة: هي الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تنتهي, ولا يدوم أثرها لفترة

طويلة (كالامتحانات, الزواج الحديث...) وهذه الضغوط تكون سوية في معظمها إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل مثلما يحدث مع المواقف الشديدة الضاغطة التي تؤدي إلى صدمة عصبية. (فيولا منصور والبيلاوي, 1989, ص07)

2- الضغوط المزمنة: هي التي تحيط بالفرد لفترة طويلة نسبيا مثل تعرض الفرد لآلام مزمنة, أو وجود الفرد في أجواء اجتماعية, واقتصادية غير ملائمة بشكل مستمر وفي الغالب تكون هذه الضغوط سالبة من حيث تأثيرها على الفرد لأنها تجعله يجند كل ما لديه من طاقة وإمكانيات لمواجهتها, وعلى ذلك فإن حدوث الضغوط المستمرة يرتبط بظهور العديد من المشكلات الجسمية والنفسية للفرد الواقع تحت الضغط مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية والإنهاك. (Servant, 2007,p155)

وتوصل (سوبرنجن و كوهين) 1985 إلى أن الأفراد الذين يعيشون في أجواء اجتماعية أو اقتصادية منخفضة قد يعانون من ضغط بيئي مزمن بدرجة أكبر من الذين يعيشون في أجواء اجتماعية واقتصادية مرتفعة. (Sherlock, 1985, p52)

II- الضغوط الايجابية والضغوط السلبية: إن الضغوط ليست بالضرورة شيئا سلبيا فقد تكون في بعض الأحيان دافعا للإنجاز والأداء, وهذا ما أشار إليه هانز سيللي وكيلي وعلى هذا الأساس يمكن تصنيفها إلى:

1- الضغوط الايجابية: وهي الضغوط التي تحدث توترا يؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا, أي الاتزان النفسي كتلقي مكافأة في العمل نظير نجاحه في مهمة ما. (فيولا منصور والبيلاوي, 1989, ص7), فهي تزود الفرد بالطاقة التي يحتاج إليها حتى يكون أكثر إبداعا وإنجازا في أدائه وأكثر قدرة في اتخاذ القرارات وحل المشكلات. (حسين طه ع العظيم, 2006, ص31)

2- الضغوط السلبية: هي التي تؤدي إلى التوتر, وبالتالي تؤدي إلى الشعور بالتعاسة, والإحباط وعدم السرور, وعدم الاتزان النفسي. وفي هذا الجانب يذكر موريس (Morris): "إن الإحساس بالضغوط النفسية بنوعها السلبية والايجابية, يعتمد على تقويم الفرد للموقف على نحو أساسي فقد يشكل الموقف ذاته ضغطا سلبيا لشخص, بينما قد يشكل ضغطا ايجابيا للآخر. (غربي, 2012, ص52) ويميز كل من لازاروس وكوهين: (Lazarus et Cohen 1977) حسب (أبو حبيب نبيلة, 2010, ص45) بين نوعين من الضغوط:

• **ضغوط خارجية(بيئية):** تمتد من الأحداث البسيطة التي تحدث كل يوم إلى الأحداث الحادة القوية.

• **ضغوط داخلية (شخصية):** تشير إلى الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي. وأشار مور (1972 Moore) - حسب نفس المرجع- إلى بعض أنواع الضغوط المتمثلة في الضغوط الناشئة عن المشكلات البسيطة التي يواجهها الفرد في حياته اليومية, وكذلك الضغوط النمائية المرتبطة بمراحل نمو الفرد كالمراهقة.

خامسا: العوامل المؤثرة في شدة الضغط النفسي

هناك عدد من المتغيرات والعوامل التي من شأنها أن تؤثر في إحساس الأفراد بالضغوط النفسية الواقعة عليهم ومن أهم هذه العوامل:

I- خصائص الموقف الضاغط: ويشمل

1- شدة الضغط: حيث تختلف من حيث الشدة والحدة, فهناك الضعيفة وأخرى متوسطة بينما هناك ضغوط حادة, فكلما زادت شدة الضغوط كلما زادت احتمالية وجود آثار سلبية على الفرد.

2- العدد: عدد المواقف والمصادر التي يتعرض لها الأفراد تزيد من شدة الضغط النفسي لديهم لاسيما عندما تحدث خلال فترة قصيرة ومتواصلة.

3- المدة الزمنية: يختلف تأثير الضغط النفسي على الفرد تبعا لمدته, أي إن تأثير الضغط قد يكون عابرا أو خطرا حسب المدة الزمنية التي يتعرض فيها الفرد للضغوط.

4- التوقع: إن قدرة الفرد على التعامل الفعال مع الضغط له علاقة بقدرته على توقع الأحداث وكذلك فإن إمكانية التوقع تفيد في تعديل درجة الضغط النفسي وإمكانية التغلب على الحدث الضاغط, وذلك لأنه يحضر الذهن والجسم مسبقا لأحداث على وشك الحدوث.

II- خصائص الفرد: وتشمل:

1- الفروق الفردية: إن لشخصية الفرد أثرا مهما في تحديد اهتماماته بالأحداث التي يتعرض لها ومدى استجاباته لها, حيث تختلف من فرد لآخر حسب نمط شخصيته فليس المهم النظر فقط إلى كمية الضغط بحد ذاته, وإنما إلى الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع الأحداث التي تقع عليه.

2- الخبرة السابقة: إن تقييم الفرد للموقف بأنه مثير أو غير مثير للضغط النفسي يجرى على أساس خبراته السابقة للموقف مع مواقف مشابهة قد مرت به سابقا, وقد أثبتت بعض البحوث أن العلاقة بين الخبرة والضغط النفسي علاقة عكسية. (غربي, 2012, ص54)

3- درجة التحمل: تشير إلى قدرة الفرد على تحمل و فهم الضغوط التي يتعرض لها أثناء وبعض المواقف الضاغطة.

4- مفهوم الذات: أثبتت الدراسات أن انخفاض مفهوم الذات يساهم في زيادة مستوى الضغط عند الأفراد.

5- مستوى تعليم الفرد وعمره: يعد مستوى تعليم الفرد التي تؤثر أيضا في درجة إحساس الفرد بالضغط, حيث أن أصحاب المؤهلات العلمية العالية أكثر تعرضا للإحساس بالضغط من ذوي المؤهلات العلمية الأقل, كما أن عمر الفرد يؤثر أيضا, فالمرهقون أكثر تأثرا بمصادر الضغط من الراشدين وأقل تقويما لأحداث الحياة وتصديا لضغوطها. (الطريبي, 1994, ص07)

III- الدعم الاجتماعي: عامل من العوامل التي تؤثر في شدة الضغوطات النفسية كلما كان هناك دعم عاطفي و مساندة تقدمها الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل والجيران ... كلما قل مستوى الضغط. (الرشدي, 1999, ص57)

سادسا: مصادر الضغوط النفسية

يشكل الضغط العنصر المركزي لكل التهديدات التي تواجه الفرد نتيجة مختلف متطلبات الحياة اليومية والاجتماعية والمهنية, مما يستوجب زيادة مفرطة في التكيف النفسي والجسدي مع الصعوبات التي يعيشها يوميا, والتي قد تفوق قدرته على مواجهتها أو التكيف معها, مما يجعله عرضة لمختلف الانعكاسات على الصحة النفسية والجسدية وبذلك تعددت تصنيفات المصادر لديهم, ويمكن تقسيم مصادر الضغوط النفسية إلى فئتين عامتين خارجية وداخلية وهي كالآتي:

1- مصادر خارجية: تتمثل في المنبهات التي تحيط بالإنسان والتي يتعرض لها بشكل مباشر أو غير مباشر و تتكون مصادر الضغوط التالية:

1- مصادر الضغوط البيئية: تكمن في الوسط الذي يعيش فيه الفرد, في البيئة الطبيعية مثل, الغلاف الجوي, درجة الحرارة والبرودة, وطبيعة التضاريس(صحراء, جبال), شح الموارد الطبيعية الكوارث الكونية وأيضا ضغط السكن وقلة الخدمات أو ضعف الإضاءة...الخ. (عبد المنعم أمال, 2006, ص62)

2- مصادر الضغوط الاجتماعية: تتمثل في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد كالخلافات الأسرية, مختلف أحداث الحياة التي تؤثر على توافق الفرد, التفاوت الحضاري والثقافي, صراع الأجيال, اختلاف الميول والاتجاهات...الخ حيث أبرزت دراسة هاربري وآخرون (Harbry et Al) وكذلك دراسة ساندلر (Sandler) عام 1967 وجود ضغوط اجتماعية و مشكلات أسرية ناتجة عن أسباب متعددة تسبب في ظهور بعض الاضطرابات النفسية كغياب أحد الوالدين طلاق... (شقيير زينب, 1998, ص178)

3- مصادر الضغوط المادية والاقتصادية: كضغوط الفقر والبطالة, التفاوت الطبقي... ويكون معنى الضغط هنا التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الاستجابة لها وعدم الرضا الناتج عن عدم التوافق مع الأوضاع الاقتصادية. (عبد المنعم أمال, 2006, ص62)

4- مصادر الضغوط الأكاديمية: ترتبط بالمجال الأكاديمي وظروف الدراسة كصعوبة التعامل مع الزملاء, ضعف القدرة على التركيز, الانتقال إلى مدرسة جديدة الفشل في الامتحانات... (الموسوي, 1998, ص104)

وتشير هذه الضغوط في جملتها إلى مجموعة الصعوبات الأكاديمية التي يواجهها الطلبة داخل البيئة التعليمية.

II- مصادر داخلية: وهي التي تنبع من داخل الفرد (عوامل ذاتية فردية) كما حددها

ميلر (Miller) 1979 كالطموحات والأهداف, وأخرى نفسية كانخفاض تقدير الذات, القلق الاكتئاب, الإحباط, الصراع النفسي, طرق التفكير السلبية, الاعتقادات غير المنطقية... (حسين طه ع العظيم, 2006, ص37) بالإضافة إلى الضغوط التي ترتبط بالصحة الجسمية والفيزيولوجية كالصداع ارتفاع ضغط الدم أمراض القلب صعوبات في النوم, العادات الصحية السيئة... الخ (شقيير زينب, 1998, ص178)

وبصرف النظر عن نوع المصادر الضغوط فإن استجابة الفرد للأحداث الضاغطة تتوقف على إدراك الفرد لمعنى الحدث الضاغط ومدى تأثيره على حياته, وغالبا تكون استجابة المواجهة أو الهروب هي الاستجابة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة. (حسين طه ع العظيم, 2006, ص41)

سابعاً: مصادر الضغوط النفسية في بيئة العمل:

هذه الضغوط ترتبط بمهنة الفرد وما يقوم به من عمل, حيث يشير المهتمون بموضوع ضغوط العمل إلى وجود عدة مصادر لها التأثير على سلوك الفرد, وتنعكس على إنتاجيته كالعاملين في مهنة الطب والتمريض والتي يمكن تصنيفها كما يأتي:

I- مصادر متعلقة بطبيعة العمل: وتتضمن مجالان أساسيان:

1- ظروف العمل: كالظروف الطبيعية والمادية (الفيزيائية) التي تحيط بالفرد في محل عمله كالإضاءة التهوية, الحرارة, الرطوبة, الضوضاء...

2- عبء العمل: وهو كمية ونوعية العمل اللتان يطلب من الفرد إنجازها في وقت معين فبعض الأعمال تكون بها زيادة في حجم العمل لا يستطيع الفرد القيام بها ضمن الوقت المتاح, أو أن هذه المهام تتطلب مهارات عالية لا يملكها الفرد, كالأعمال التي تتطلب ضمان تقديم الخدمات للأفراد خلال الأربع والعشرين ساعة كما هو الحال بالنسبة لعمال الصحة, مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الضغوط لدى أصحابها. (أبو الحصين, 2010, ص42)

II- مصادر متعلقة بدور الفرد: وتشمل مايلي:

- 1- صراع الدور:** يؤدي الفرد عدة أدوار قد يتعارض دور مع آخر مما يؤدي ذلك إلى صراع الدور أو يعمل أشياء لا يرغبها أصلاً, أو لا يعتقد أنها جزء من عمله.
- 2- غموض الدور:** يرتبط غموض الدور بغياب الوضوح حول المسؤوليات المهنية للعمال وكذا لا يكون لدى القائم بالدور المعلومات الكافية لأداء دوره بشكل مناسب أو حينما تكون المعلومات التي تلقاها قابلة لأكثر من تفسير. (سترانكس,ت: بهاء شاهين, 2003, ص195)
- 3- المناوبة الليلية:** تؤثر المناوبة الليلية على الجانب الفيزيولوجي والاجتماعي لوظائف الفرد كونها تتعارض مع التناغم الطبيعي لجسم الإنسان, ويمكن أن تسبب له آثارا سلبية بينت عدة دراسات بأن المناوبة الليلية لها تأثير سلبي في عادات النوم والعلاقات الاجتماعية زيادة حالات الطلاق, المشكلات الجنسية, الجسدية... وهذا ما أكدته دراسة (ابو عجمي, 2006) ودراسة (Chem, 2006). (ديفيد,ت: حمدي الفرماوي, 1993, ص58)
- 4- فرص التطور المهني:** فإحساس الفرد بغياب فرض تطوير مهارات العمل أو الارتفاع بمستوى التأهيل يعتبر مصدرا للقلق والإحباط للفرد, ويزداد القلق بعدم المساواة في المعاملة وغياب التقييم الموضوعي, وغياب العدالة في الترقية, وينتج عن هذا عدم الرضا في العمل والرغبة في ترك العمل. (عبد المعطي مصطفى, 2006, ص52)
- 5- اختلاف شخصية الأفراد وقدراتهم:** قد تكون الضغوط الموجودة في بيئة العمل واحدة, إلا أن اختلاف شخصية الأفراد تعطي الفرصة للشعور بالضغوط دون شخص آخر بالإضافة إلى تفاوت القدرات من فرد إلى آخر فيؤدي ذلك إلى تفاوت الشعور بضغوط العمل كالقدرة على تحمل المسؤوليات.. (العيان, 2005, ص163)

II- مصادر متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل:

- 1- اختلاف العلاقات الشخصية:** تؤدي العلاقات الشخصية بين الفرد وزملائه دورا هاما في الحياة العملية, وتنتج عن هذه العلاقات إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية كالتقدير والاحترام والصدقة, في حين إذا أسيء استغلال هذه العلاقات فيؤدي ذلك إلى نوع من العداء وبالتالي الشعور بالضغوط لفقر المساندة الاجتماعية, كما أن العلاقات غير المتعاونة بين أفراد جماعة العمل يؤدي إلى ظهور علامات الضغط لعدم وجود التقدير في جماعة العمل. (محمد علي, 1986, ص186)
- 2- مشاكل الخضوع للسلطة:** تتميز المنظمات بوجود هيكل متدرج من السلطة الرسمية فكل رئيس يمارس نفوذه وسلطته على مرؤوسيه. ويختلف المرؤوسون في قبولهم لنفوذ وسلطة

الرؤساء وعادة ما يطلب من المرؤوسين الامتثال لسلطة الرؤساء, وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالضغط. (ع المعطي مصطفى, 2006, ص53)

3- العلاقة مع المرضى والزوار: تقضي الممرضة أو الطبيبة ما يعادل (31%) من الوقت في التعامل المباشر مع المريض, فالتعامل مع جمهور واسع يتضمن فئات ونماذج متعددة من الأفراد, حيث ينتمون إلى فئات عمرية واجتماعية وتعليمية مختلفة فتكون حالتهم النفسية سيئة بسبب معاناتهم أو أقرانهم المرضى, وينعكس هذا على تعاملهم مع العاملات, كما أن تقديم الخدمة التمريضية والطبية يمثل في حد ذاته مصدرا للضغط إزاء هذه المعاناة. (Rowe et)

(Sherlock, 2005, p88)

ثامنا: مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى القابلة:

تعد مهنة القبالة من أنبل المهن نظرا لما تقدمه من خدمات إنسانية بالدرجة الأولى وهي مهنة كثيرة المتطلبات هدفها تقديم العلاج للمريضات والعناية بهم سواء على المستوى المادي أو النفسي, فهي تتعدى العناية المادية إلى الإحساس بمعاناة وآلام المريضة وطمأننتها فلا يمكن للعلاج أن ينجح دون أن تقدم العناية والراحة النفسية للمريضة حتى ولو كان على حسابها, لذلك فهي تتعرض إلى ضغوط مختلفة تؤثر على أدائها بشكل عام, وبالتالي على عرقلة مسيرتها في تحقيق أهدافها التي وجدت لأجلها, فمهنة القبالة تشترك في مصادر ضغوطها مع المهن الأخرى الخدماتية التي ذكرت سابقا, رغم أن الدراسات العلمية في هذا الجانب لم تنظر باهتمام كبير لضغوط العمل لدى العاملين في القطاع الصحي بشكل يتناسب مع دورهم الكبير المؤثر في قطاع المؤسسات الخدماتية وتنفيذ الخطط الوطنية بشكل عام.

وقبل أن نعرض إلى أهم مصادر الضغوط التي تخص القبالة, علينا أن نقدم في عجالة تعريفا بسيطا للقبالة ولأهم الأدوار التي تقوم بها, ثم نعرض إلى المشاكل والصعوبات التي تتلقاها القبالة في مجال مشوارها المهني, هذه الأخيرة تعتبر من أهم مصادر الضغوط التي تخصها.

1/- تعريف القبالة

1-التعريف اللغوي للقبالة: مشتق من اسم الفاعل "قابل" ونقول قبالته أي اتجاهه, والقبالة هي التي تتلقى الولد عند الولادة.

2- مهنة القبالة (القبالة): هي مهنة تابعة للرعاية الصحية, تقدم فيها القبالة الرعاية للنساء المقبلات على الولادة خلال فترة الحمل, المخاض والولادة, وخلال فترة ما بعد الولادة كما تهتم أيضا بحديثي الولادة وحتى سن ستة أسابيع بما في ذلك مساعدة الأم في الرضاعة الطبيعية. ويعرف ممارسي هذه المهنة باسم "القبالة".

(أ)- فحسب منظمة الصحة العالمية "OMS": القابلة هي شخص تابعت برنامج تدريبي معترف به في بلدها، تفوقت بنجاح في دراسة هذا الاختصاص وتحصلت على المؤهلات اللازمة ليُعترف بها أو إعطاءها شهادة مرخصة لصفة القابلة، ويجب أن تكون قادرة على الإشراف وتوفير الرعاية والمشورة للنساء الحوامل، أثناء وبعد الوضع لمساعدتهن أثناء الولادة، وتكون من مسؤولياتها توفير الرعاية لحديثي الولادة والرُضع، هذه العناية تشمل التدابير الوقائية وتشخيص الظروف غير الطبيعية لدى الأم والطفل، واللجوء إلى المساعدة الطبية عند الضرورة، وتنفيذ تدابير طارئة في حالة عدم وجود طبيب، وهي تلعب دورا هاما في التنقيف الصحي ليس فقط للمرضى بل للعائلة بأكملها والإعداد لدور الأبوة وينبغي أن تتفاهم مع بعض حلقات الطب النسائي، التخطيط والتنظيم الأسري والرعاية التي تقدمها للطفل. (منظمة الصحة العالمية، 2014)

(ب)- وفقا للإتحاد الدولي للقابلات:

تعرف القابلة على أنها محترفة على قدر كبير من الكفاءة والمسؤولية تعمل في شراكة مع النساء وتقدم الدعم اللازم والرعاية والمشورة أثناء الحمل والمخاض، وفترة ما بعد الولادة وتجري الولادات على مسؤوليتها الخاصة وتوفر الرعاية للطفل، وتشمل هذه الرعاية التدابير الوقائية وتعزيز الولادة الطبيعية، والكشف عن المضاعفات في الأم والطفل والحصول على المساعدة الطبية المناسبة أو أي مساعدات أخرى، وتنفيذ إجراءات الطوارئ. بالإضافة إلى الاختبارات السنوية لأمراض النساء، تنظيم الأسرة، ورعاية بعد انقطاع الطمث (سن الأمان).

والقابلة لديها مهمة هامة في المشورة والتعليم في مجال الصحة، ليس فقط للمرأة ولكن أيضا داخل الأسرة والمجتمع، وهذا العمل ينبغي أن يشمل في مرحلة ما قبل الولادة، التعليم والإعداد للأبوة، وقد تمتد إلى صحة المرأة، الصحة الجنسية أو الإنجابية ورعاية الطفل واكتساب المعرفة اللازمة لمواجهة نقص مساكن الأمل والمطهرات.

ويمكن للقابلة ممارسة عملها في أي مكان بما في ذلك المنزل، والمجتمع، المستشفيات العيادات أو الوحدات الصحية. (الإتحاد الدولي للقابلات، 2014)

كما تعرف على أنها الممارسة المستقلة المختصة في الحمل منخفض المخاطر والولادة وما بعد الولادة، فهي بشكل عام تعمل لمساعدة النساء للتمتع بحمل صحي وولادة طبيعية.

/// مراحل تطور عمل القابلة: وفقا لعدة مواقع مهنية، وفي الكتب العلمية والمهنية، مهنة القابلة هي "ثاني أقدم مهنة في العالم"، ويمكن أن نجد أثرهن منذ ولادة وظهور البشرية إلى عصور ما قبل التاريخ، ومن ثم وعلى مر التاريخ في مختلف القارات .

ففي العصور الوسطى وعصر النهضة، كانت تمارس هذه المهنة بصفة قليلة من طرف النساء دون معرفة نظرية إلى غاية نهاية القرن السادس عشر، بعد ذلك بقرنين تقريبا، تمكن أطباء الجراحة والتوليد من كسر هذا الاحتكار، فمنذ الحرب العالمية الثانية نسبة خدمة التوليد في المنازل انخفضت وتراجعت بصفة كبيرة وبسرعة، حيث يتم تتبع النساء الحوامل ووضع حملهن في المستشفيات وبالتالي أصبحت الاستشارة الطبية إلزامية، وذلك راجع إلى التقدم السريع في العلوم والتكنولوجيا في مجال التوليد والتناسل.

وعلى الرغم من هذا التحول وتدخل الطبيب في مجال العمل، إلا أن دور القابلة لم يختفِ فأدمجت بسرعة إلى جانب الطبيب في عيادة الأمومة وسوف تعتمد تدريجيا استراتيجيات للحفاظ على خصوصيتها والاعتراف بها ولمهنتها من قبل شركات التأمين وعالم الطب.

(Alderson, 2001, p51)

وأصبحت القابلة اليوم قادرة على ممارسة مهنتها في المستشفيات والعيادات أو في أي مكان آخر، حيث أن وجودها مستلزم ومطلوب، لكنها تختلف من بلد إلى آخر، فليها مكانة هامة في السويد وهولندا ومكانة أقل في بريطانيا والولايات المتحدة وكندا، ففي الولايات المتحدة مثلا تعطى لها الرخصة وفقا للولاية، إما كونها متقدمة ممرضة ممارسة أو قابلة أو ممرضة قابلة وكثير منهن معهن درجة الماجستير في التمريض والصحة العامة أو القبالة حيث تعمل القابلة في المستشفى، والعيادة الطبية والمكاتب الخاصة ومراكز الولادة وفي المنازل، وهن قادرات على وصف الأدوية في جميع الولايات الـ50. (Dejours ,1993,p131-136)

والقابلات في كندا يعرفن باسم "قابلات" أو "قابلات مسجلات" أو ما يعادلها باللغة الفرنسية (sage-femme) "حكيمه" حيث تقدم القابلة استمرارية الرعاية للمرأة الحامل، واختيار مكان الولادة والتركيز على المرأة باعتبارها صانعة القرار الرئيسي في رعاية الأمومة وعندما تعاني المرأة أو طفلها من مضاعفات تعمل القابلة بالتشاور مع خبير ملائم. والقابلة المسجلة يمكنها القيام بإجراءات التشخيص المناسبة مثل اختبارات الدم والموجات فوق الصوتية (échographie). ويمكنها وصف عدد محدود من الأدوية.

وفي نيوزيلندا فقد استعادت القبالة وضعها باعتبارها مهنة مستقلة في عام 1990 وقانون الممرضات المعدل استعاد التفريق القانوني والمهني بين التمريض والقبالة واعترف بهما كمهنتين منفصلتين وتميزتين، حيث يتطلب التسجيل في القبالة درجة البكالوريوس وهو حاليا برنامجا لمدة ثلاث سنوات كاملة.

وعلى المرأة اختيار إما القابلة، أو ممارس عام أو طبيب توليد لتوفير الرعاية لهن، وحوالي 78% في نيوزيلندا يخترن للقابلة لرعايتها من بداية الحمل إلى 6 أسابيع بعد الولادة. (Alderson 2001,p50)

أما في العالم العربي فكانت القابلة أو "الداية" في السنوات الماضية تمثل المصدر الموثوق للنساء، ليس فقط في قضايا الحمل والولادة وصحة المولود والوالدة، بل تعدتها إلى تحولها إلى خبيرة في الشؤون الاجتماعية بشكل عام.

وعقب ارتفاع شأن الطب بدأت "القابلة" تواجه هجوما من المجتمع الذي بدأ يتحول نحو المستشفيات والمراكز الصحية، لكن القابلة ضلت متمسكة بمكانتها مما قاد إلى اشتقاق اسم "القابلة القانونية"، وهي التي تدرس المهنة بدلا من استقائها بالتواتر أو الوراثة. ومهمتها هي القيام بعملية التوليد العادية والعناية بصحة الحامل قبل الولادة وعند الوضع وبعده وخلال مدة النفاس، وتشرف على صحة المولود تحت إشراف طبيب.

وفي الجزائر وجدت مهنة القابلة قبل سنة 1957 فكان لها تكوين جامعي، وكانت معظم الولادات تمارس في المنازل، فكانت لهن وظيفة حرة، وبعد الاستقلال توجهت معظم الولادات إلى المستشفيات وتم إنشاء طاقم جديد وتكوين جديد ألا وهو الشبه طبي. (بودلة، 2012، ص80). لكن القابلة الجزائرية بقيت تمارس مهنتها في ظروف شاقة ومتعبة نظرا لغموض دورها ثم يأتي القانون الأساسي الجديد بالقبالات ليجعل للقابلة -لأول مرة- كيانا خاصا يحدد مسؤوليتها ويرد لها شيئا من الاعتبار المفقود منذ عقود.

III- مهام القابلة :

تلعب القابلة دورا هاما في مختلف مراحل حياة المرأة :

- قبل الزواج
- خلال فترة الحمل
- أثناء الولادة
- خلال مرحلة ما بعد الوضع
- خلال فترة منع الحمل

خلال فترة ما قبل سن اليأس (انقطاع الطمث) (AESP et autres, 2011, p5) فتطور الكفاءات لدى القابلة يأخذ بعين الاعتبار مختلف الأزمنة للتطبيق العيادي الذي تقوم به ضمن سيرورة عملها، حيث بدأت القابلة المراقبة الطبية للنساء الحوامل في أوائل القرن العشرين من أجل الحد من مخاطر التشوهات، وفاة الجنين والأم، لكن الملاحظ أن القبالات اللواتي يعملن

في المستشفى ويقمن بمتابعة الحمل عددهن منخفض نسبيا لأن المرأة الحامل تفضل أن تتابع حملها عن طبيب نساء وتوليد في عيادة خاصة أو قابلة مستقلة, ولا تلجأ إلى عيادات الأمومة والطفولة. (بودلة, 2012, ص72)

وعموما يمكن للقابلة في إطار فيزيولوجي فحص ومتابعة الحالات العادية (غير المعقدة) للحمل وتقديم دورات للاستعداد للولادة, كما يمكنها مرافقة المرأة في ولادتها, وتتبع الأطفال حديثي الولادة وتدبير تلك المضاعفات وإحالتها علاجيا, وخلال كل مرحلة تقوم القابلة بمتابعتها للاعتناء بحالة الأم والجنين والوصول بهما إلى بر الأمان, وأهم المهام التي تقوم بها القابلة في كل مرحلة حسب القانون الأساسي للقابلات:

1. قبل الزواج:

- أ- تقديم وتفسير الفحوصات شبه الإكلينيكية كتحاليل ما قبل الزواج ... الخ
- ب- إعطاء معلومات حول التربية الجنسية والتنظيم العائلي.

2. خلال فترة الحمل:

خلال فترة الحمل تبدأ القابلة بمرافقة ومتابعة المرأة الحامل على المستوى الطبي وأيضا النفسي, فيجب عليها أن تأخذ بعين الاعتبار في كل لحظة لوجود كائنين حيين متشابكين ومترابطين ألا وهما: الأم والجنين.

فتقوم القابلة بأهم هذه المهام حسبما سطره القانون الأساسي للقابلات: رقم 91-109 الصادر في 27 أبريل 1991 وهو نفسه تقريبا الذي أصدرته الجامعة الطبية وجمعية الطلبة الفرونكوفونيين:

- التأكد من ثبوت الحمل عن طريق عمل فحص مخبري للبول أو الدم .
- فحص إكلينيكي عام للكشف عن عوامل الخطر أو الأمراض أو متابعة طبية وجراحية للسوابق الفردية والأسرية بدقة.
- إجراء فحص ايكوغرافي لمراقبة تطور الجنين بعد إجراء دورة رسمية وإعطاءها شهادة مصادق عليها, فالقابلة تعطي كل المعلومات اللازمة عن المسار الجيد للحمل وتضع جدولا زمنيا للرصد.
- تسجيل المرأة الحامل وجمع المعلومات في المستشفى في الحالات العادية كما تضمن لها الفحص في المنزل.
- تعبئة كتيب "صحة الأم والطفل" للمرأة الحامل بشكل كامل, والتحضير النفسي المسبق لعملية الولادة, كما تقوم بمهمة التنقيف الحي ونشاطات التوعية بصحة الأم والجنين والعائلة على

حد سواء حول مواضيع مختلفة كالتغذية، النظافة، علامات خطورة الحمل الرضاعة الطبيعية...إلخ.

- إجراء الفحوصات والأشعة المسموح بها كفحوصات: منع الحمل، فصيلة الدم، فحص البول، فحص الزلال والسكر في البول، فحص السكري للحوامل..... إلخ ومتابعة نسائية ووقائية وترسل إلى الطبيب المختص في حالة وجود وضعيات مرضية، كما تقوم بوصف الأدوية حسب ما يسمح به القانون خلال المسار الصحي للحمل وبعده.

- إجراء تشخيص للمرأة الحامل ومراقبة وضعية الجنين ومرافقتها إلى غاية وضع حملها بإجراء عملية الولادة إذا كانت يسيرة وضمان – باستشارة طبية- متابعة مراحل الحمل المرضية أثناء الاستشفاء أو أثناء الفحص (حالة الجنين وتقلصات الرحم).

- تقييم تطعيم الكزاز للحامل وإتباع بروتوكول تطعيم الكزاز للحوامل المعتمدة في وزارة الصحة .

- إجراء معاينات في حالة الطوارئ لآلام البطن خلال الثلاثة أشهر الأخيرة من الحمل

3 - خلال مرحلة الولادة :

- تحاول القابلة قبل الميلاد منع سوء المعاملة الناجمة عن العلاقة بين الأم، الأب والطفل ومحاولة تحفيزها من خلال إعطاء مكانة للجنين لتطويع العلاقة مع والديه في وقت مبكر خلال هذه الفترة (داخل الرحم)، كما تحاول ضمان مسؤولية السير الحسن للولادة الطبيعية، والمراقبة الالكترونية (monitoring) أثناء الوضع لحالة الجنين وتقلص الرحم.

- في حالة حدوث صعوبات، تقوم القابلة بتقدير الوضع والتفاعل بسرعة عن طريق استدعاء الطبيب النساء والتوليد، والمساهمة في وضع الحمل بمختلف الطرق.

- تحرير ملفات الولادة بشكل يومي .

- القيام بإنعاش المولود بعد الوضع في انتظار الطبيب وتوفير الرعاية الجيدة له .

4- بعد الولادة :

- مراقبة الحالة الصحية للام (النبض، ضغط الدم، الأدوية). وكذلك للطفل حديث الولادة وتوفير الرعاية لهما، والقيام بالفحوصات الأولى بعد الولادة للام (فحص الأعضاء التناسلية الخارجية وإفرازاتها، فحص الثدي والحلمة..... إلخ).

- التأكيد على المتابعة والمراقبة الدورية للام وكذلك الطفل إذا كانت عملية الحمل والولادة يسيرين عن طريق ملاحظة الحالة الصحية للام ومراقبة الوضع النفسي لهما.

- الانتباه إلى العلاقة بين الأم والطفل (اكتئاب ما بعد الولادة).
- التصريح بالحالة المدنية.
- تقديم نصائح للزوجين في مختلف طرق منع الحمل، وتقديم وصفة طبية لمنع الحمل الهرموني بعد الولادة والإجهاض.
- كما أن القابلة تقوم بتأطير الطلبة العاملين تحت مسؤوليتها .
- تجدر الإشارة بنا إلى أن القانون الأساسي للقابلات قام بتنظيم هذه المهنة ووضع الأسس المؤطرة لها بالشكل الذي يعطي لهذه الفئة حقوقها ويحدد واجباتها، كما أن القانون المعدل مؤخرا قام بإشراك القابلة ضمن السلك الطبي بزيادة مدة تكوينها 05 سنوات حتى يسمح لها بالتكوين الجيد والرفع من مستوى الأداء الوظيفي والتقليل من الأخطاء الطبية لكن هذا القانون لم يتم تطبيقه بحذافيره ويبقى هذا القانون غامضا في خضم الأخطار والمشاكل والتعثرات التي تواجه هذه المهنة والتي تعتبر من أكثر المهن حساسية لعنايتها بحالة الأم والجنين، ولكنها في نفس الوقت تتعرض هذه الشريحة- القابلات - إلى مجموعة من المشاكل والضغوطات المهنية التي تعرقل مسارها وتحد من فاعليتها ومستوى أدائها واهم هذه المشاكل هي:
- النقص الكبير في عملية التكوين المتواصل.
- تولي القابلة مهام كثيرة في ظل النقص المسجل للمختصين في طب النساء مما يجبرها على مزاوله مهام لا تتعلق بتخصصها كالتدخل لإنقاذ حياة مريضة، لكنها تجد نفسها في النهاية تواجه اتهامات بالإهمال والتسبب في أخطاء غيرها كما تتهم بالتدخل في مهام لا تتعلق بتخصصها زيادة عن الضغط الناتج عن وتيرة العمل، وهذا ما يعرضها للعقوبات، ويخلق عزوفا عن هذه المهنة.
- تعرض القابلة للإرهاق الشديد بسبب ارتفاع عدد الولادات, فحسب إحصائيات الاتحاد الوطني للقابلات والمجلس الوطني لنقابة القابلات لسنة 2013: القابلة الجزائرية الواحدة تشرف على 10 آلاف ولادة سنويا، ففي الجزائر تشرف القابلة على 20 ولادة في 24 ساعة, أما في مستشفى ابن باديس بقسنطينة فيستقبل من 40-50 ولادة في 24 ساعة أي بمعدل 1500 ولادة شهريا، بينما المعدل الدولي الذي سقفته منظمة الصحة العالمية لا يزيد عن 175 ولادة في العام للقابلة الواحدة، لكن العدد الإجمالي للقابلات في الجزائر حسب الإحصائيات لا يتجاوز 7343 قابلة. وهو عدد غير كاف مقارنة بعدد الولادات المسجلة سنويا -80 ألف ولادة سنويا - ونسبة مهمة من هذه الأخيرة تتم في ظروف سيئة.

● زيادة الشكاوى والمتابعات القضائية الموجهة ضد القابلة في المحاكم الجزائرية بسبب كثرة الولادات، وفي حالة وفاة الأم أو الجنين أو كليهما معا. حيث كشفت تقارير أن واحدة من بين اثنين من القابلات تتعرض إلى المتابعة القضائية أي بمعدل 3 متابعات دورية في كل ولاية بسبب الأخطاء المهنية الناتجة عن ضغوط العمل. كما أقر الاتحاد أن المتابعة القضائية للقابلة تحدث بشكل يومي كما أن (75%) من القابلات متابعات أمام القضاء، وان أي خطأ يرتكب عند الولادة تكون القابلة أول طرف يتم استدعاؤه للوقوف أمام المحاكم ولا يوجد قانون واضح يحميها، فتجد نفسها في الأخير تواجه تهديدات بالطرد وحتى السجن نتيجة أسباب قد لا تكون في النهاية مسؤولة عنها.

● الخوف من الأخطار المهنية التي تتربص بها أثناء عمليات الولادة مما يعرضها لمختلف الأمراض والعدوى، وعلى رأسها التهاب الكبد الفيروسي بأنواعه وداء السل أثناء عملية تلقيح الأطفال، إلى جانب فيروس نقص المناعة المكتسبة (السيدا) الذي يهددها في أي لحظة، وحمى التيفوئيد..... الخ

● التعرض للصدمات النفسية في حالة وفاة امرأة حامل أثناء الوضع، وإجبارها إلى العودة إلى المهنة والإشراف من جديد على ولادة أخرى تحت طائلة محدودية عدد القابلات دون تكفل نفسي، فيؤدي هذا إلى حدوث اضطرابات نفسية .

● العجز عن التكفل بوافدات الحوامل بسبب النقص الكبير في عدد القابلات بسبب التقاعد أو الهجرة إلى الخارج كالهجرة إلى كندا، أو عزوف الكثير من الطالبات إلى الدخول إلى هذا التخصص لأسباب مختلفة.

● حق القابلة في تحرير وصفات طبية تتعلق ببعض الأدوية التي توصف للنساء الحوامل وبعد الوضع ولكنها لا تدرج ضمن قائمة الأدوية في مصلحة التأمين، وهذا ما يسبب لها مشاكل متكررة مع مريضاتهن.

● الدخول الاضطراري للقابلات أثناء العطل والمناسبات والأعياد واللجوء إليهن في أي ساعة بسبب النقص الفادح للعدد خاصة في الجنوب، مما يؤثر عليهن ويقلص من عطائهن ونوعيته.

● التعرض لعدة مخاطر كيميائية كالمنظفات والمعقمات والمطهرات والحساسية لبروتين اللاتكس الموجود خاصة في القفازات.

● التعرض لأخطار جسدية ومشاكل صحية, كأمراض مزمنة في أسفل الظهر ناجمة عن العمل اليدوي والحمل الثقيل, والسقوط, ومشاكل صحية حول المفاصل الناجمة عن بعض الحركات والوضعية في العمل, والتعرض للصدمات في حالة الازدحام, بالإضافة إلى التهابات الجلد الناتجة عن غسل وتطهير اليدين بشكل متكرر, كما أنها تعاني من خطر الحروق كخطر انفجار الأكسجين ومخاطر كهربائية, ورائحة المطهراتالخ.

كما أن القابلية تتعرض للانهايار العصبي, الإجهاد, القلق, الشعور بالذنب, وتغيير الوزن نتيجة الضغوطات وعيش مواقف مؤلمة (وفاة, ولادة بتشوهات خلقية... الخ) بالإضافة إلى العمل أثناء الليل وبالتناوب بشكل غير منتظم يعرض القابلية إلى عدة مشاكل أهمها الإصابة بالسرطان.

(الاتحاد الوطني للقابلات, 2013).

تاسعا: الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية:

لا شك أن التعرض للضغوط يعتبر أمرا حتميا لكل الأفراد في الحياة المعاصرة, ولكن لا يعني ذلك أن جميع الأفراد يتركون أنفسهم للمعاناة من الآثار السلبية للضغوط, فهناك بعض الأفراد يجتهدون بمردهم أو بمساعدات تنظيمية, للتغلب على آثار الضغوط, وهناك مجموعة أخرى من الأفراد غير قادرين على الوقوف أمام الضغوط وبالتالي يتركون أنفسهم يحترقون أمامها سواء في شكل توترات عضوية أو نفسية حادة. (غربي, 2012, ص 62)

معنى ذلك أنها تختلف من فرد لآخر باختلاف والأحداث الضاغطة وباختلاف المجالات التي تظهر فيها, ولهذا فقد اهتم الباحثون بدراسة التأثيرات السلبية الناجمة, وفي مايلي وصف لبعض الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط:

1- الآثار المعرفية: تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد, ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالي:

- نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة .
- تدهور الذاكرة بنقصان القدرة على الاستدعاء مع زيادة الأخطاء والنسيان.
- ضعف القدرة على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات, وعدم القدرة على اتخاذ القرار .

- فقدان القدرة على التقييم الصحيح للموقف, واضطراب التفكير(نمطي وجامد) .
- التعبيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته والآخرين. (حسين طه ع, 2000, ص 44)

2 - الآثار الانفعالية: تتمثل في زيادة التوتر الفيزيولوجي والنفسي ويتجلى في سرعة الاستثارة والخوف وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك حيث تقل على الانسجام والاسترخاء

مع زيادة معدل الأفكار الوسواسية ويختفي الإحساس بالصحة والسعادة, كما تظهر بعض المشكلات الشخصية كإنخفاض تقدير الذات وعدم الثقة بالنفس مع زيادة معدل القلق والعدوانية والاكنتاب و النظرة السوداوية للحياة. (حسن مصطفى, 2002, ص205)

3- الآثار الفيزيولوجية: إن الأحداث والظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد وفي الجهاز العصبي, وتتمثل هذه الآثار في:

* إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والتنفس وزيادة نسبة السكر في الدم... الخ

* اضطرابات هضمية: كاضطراب المعدة, الأمعاء, الغثيان, الإمساك..

* ارتفاع مستوى الكلسترول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية.

* توتر العضلات كارتعاش الأطراف, توتر الرقبة والظهر, الصداع. (حسين طه ع, 2006, ص46)

4- الآثار السلوكية: حينما يتجاوز الضغط المستويات العادية المألوفة, تظهر ردود فعل سلوكية أهمها:

- تزايد مشكلات الكلام كالتأتأة والتلعثم.
- نقص الميل والحماس حيث يتخلى عن أهدافه الحياتية, ويتوقف عن ممارسة هواياته وبالتالي انخفاض مستوى نشاطه وانخفاض إنتاجيته. (الفرماوي حمزة, 2009, ص37)
- زيادة معدلات الغياب عن العمل وعدم الرضا عنه.
- اضطراب النوم وإهمال المنظر والصحة .
- عدم الثقة في الآخرين والانسحاب منهم و الميل للعزلة والتخلي عن الواجبات والمسؤوليات والإلقاء بها على عاتق الآخرين. (فونتانا: الفرماوي, 1994, ص30)
- وقد عرض أخصائون في الضغط النفسي جملة من الأمراض المرتبطة بالضغط أو الناشئة عنه وأهمها: تعاطي العقاقير والمخدرات والكحول, ظهور الأمراض المزمنة والاضطرابات الأساسية في الصحة العقلية والانهيار العصبي. (Stora, 1995, p38)

خلاصة الفصل:

يبدو أن الضغط النفسي أصبح مجالاً يسيطر على أغلب ميادين الدراسات الحديثة بل أصبح يشكل حجر الزاوية في مجالات الصحة النفسية والعلاج النفسي، لما له من آثار هامة وخطيرة ناتجة عن كثرة الأعباء والمطالب التي تفوق قدرة الفرد على تحملها ومواجهتها والسيطرة عليها وافتقاده لأساليب واستراتيجيات نفسية معرفية سلوكية للتعامل مع مصادرها وشريحة القابلات تتعرض لهذه الضغوط، فبالرغم من أن القابلة تعتبر أم المولود الجديد بعد أمه الحقيقية وتفرح لولادته سالماً، لكنها تُقَابِل من طرف البعض بالإهانة والشتم والسب أثناء عملها لأتفه الأسباب، كما أنها تلبي النداء وقت الحاجة إليها بدافع الواجب المهني، فهي تنجز الكثير مما لا يقتصر فقط على مهنة التوليد إذ أنها تنقذ الأرواح وتعمل على النهوض بالصحة الجيدة في المجتمعات كافة، كما أنها تشكل قوة عاملة أساسية في أي نظام فعال للرعاية الصحية، وهذا ما يثقل كاهلها ويزيد من أعباء عملها ومن ضغوطاتها وبالتالي حاول الباحثون التعرف على مصادر الضغط، من أجل الكشف عن الأساليب المستعملة في تسوية الضغوط والتعامل معها انطلاقاً من أن الضغط يصاحب الإنسان طوال حياته وكذا محاولة إيجاد حلول فعالة لتخفيف هذه الضغوط من خلال أساليب علاجية متنوعة لإحداث التوازن النفسي للفرد وزيادة القدرة على التفاعل والتكيف وهذا ما سنتعرف عليه في الفصل القادم.

الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي

تمهيد

أولاً: لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي

ثانياً: تعريف العلاج النفسي الجماعي

ثالثاً: الفرق بين الإرشاد النفسي الجماعي والعلاج النفسي الجماعي

رابعاً: الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي

خامساً: أهداف العلاج النفسي الجماعي

سادساً: مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي

سابعاً: نظريات العلاج النفسي الجماعي

I/ النظرية التحليلية النفسية

II/ النظرية النفسية الديناميكية

III/ نظرية ديناميكية الجماعة

IV/ النظرية بين الشخصية

V/ النظرية السلوكية

VI/ النظرية المعرفية السلوكية

VII/ نظرية الأنساق

ثامناً: مراحل وخطوات العلاج النفسي الجماعي

I/ مراحل العلاج النفسي الجماعي:

1/ مرحلة الإعداد للعلاج

2/ مرحلة تنفيذ الإعداد والتجهيز للعلاج

3/ مرحلة التقويم

4/ مرحلة إنهاء الجلسات

5/ مرحلة المتابعة والرعاية اللاحقة

III مراحل الجلسة العلاجية الواحدة:

1/ مرحلة الافتتاح

2/ مرحلة البناء

3/ مرحلة الإقبال

تاسعا: تقنيات العلاج النفسي الجماعي

I/ تقنية العلاج بالمحاضرة

II/ تقنية العلاج بالمناقشة الجماعية

III/ تقنية لعب الأدوار:

1- السيكودراما

2- السوسيوودراما

3- الكرسي الفارغ

IV/ العلاج عن طريق التدريب على التفكير واتخاذ القرارات

V/ العلاج الأسري

VI/العلاج النفسي الجماعي المتمركز حول العميل

VII/ النادي العلاجي

عاشرا: تقييم العلاج النفسي الجماعي

خلاصة الفصل

الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي

تمهيد:

يعتبر العلاج النفسي الجماعي من الأساليب التي تتزايد أهميته لعلاج المشكلات والصراعات النفسية وكذا الضغوط, فيساعد في التحكم فيها, والسيطرة عليها وعلى المشاكل التي تصيب الفرد, فقد أصبح العلاج النفسي الجماعي يتمشى مع العلاج الطبي حيث تكمن أهميته في تقديم علاج فعال للجانب النفسي لعدد كبير من الناس ولفترات أطول كما يوفر لهم الفرصة لتعديل أنماط غير تكيفيه في العالم المصغر المتمثل في الجماعة. وسنحاول في هذا الفصل التفصيل في العلاج النفسي الجماعي.

أولا : لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي :

لقد طبق المعالجون العلاج النفسي الجماعي منذ القدم ولكن بصورة غير رسمية وغير علمية, وبعد عدة سنوات تبين لعلماء النفس والاجتماع والطب العقلي أن للعلاج النفسي الجماعي علمية علاجية ينبغي أن تدرس وتخطط كأى منهج آخر. (الزرد,1984,ص121)

وتؤرخ البداية الحديثة للعلاج النفسي الجماعي للدكتور جوزيف برات (J.H.pratt) (1907) الذي عاش في مدينة بوسطن الأمريكية والذي حاول جمع مرضاه المصابين بالالتهاب الرئوي في جلسات تثقيفية ولقاءات أسبوعية جماعية, ووجد بأن هذا الجمع قد أفاد في رفع معنويات المرضى, وزادت النتائج الايجابية للعلاج, وفي أعقاب الحرب العالمية الأولى استعمل الدكتور لازل (Lazell) في الولايات المتحدة الأمريكية الأسلوب الجماعي في علاج الحالات المرضية العقلية وكان أول من يفعل ذلك.

وفي أوروبا اتجه ألفرد أدلر (Alfred Adler) إلى النظرة الاجتماعية في العلاج فاستخدم منهجا جماعيا في توجيه الأطفال في فيينا (Vienna) والذي أكد على أهمية وضرورة تنمية المرضى للميول والاجتماعات الاجتماعية, وفي النمسا قام مورينو (Morino) بالعلاج الجماعي في العشرينات, وهو أول من اصطلح اسم (العلاج الجماعي), كما أنه ابتدع الطريقة المسماة بالسيكودراما ثم نقلها إلى الولايات المتحدة الأمريكية في أوائل الثلاثينيات.(علي كمال,1994,ص449). وفي أثناء الحرب العالمية الثانية (1939-1945) نشط العلاج الجماعي بسبب عدم وجود عدد كاف من الأطباء العقلانيين يكفي لعلاج الأفراد ذوي الخسائر النفسية في المجال العسكري.

وفي عام (1946) أخذ روجرز في تدريب الأخصائيين النفسيين على ممارسة العلاج الجماعي لرجال الإدارة في القوات البحرية الأمريكية. (الخواجة ع الفتح, 2010, ص33)

وفي الخمسينات اتجه العلاج الجماعي للتطبيق بصورة رسمية في المؤسسات وفي جميع المجالات بعد إنشاء الجمعية العالمية للعلاجات الجماعية سنة (1950). (الزراة, 1984, ص133)

أما في الستينات والسبعينات اتجه العلاج الجماعي خصيصا للحالات غير الشديدة أو الحالات الأقل اضطرابا أو الأسوياء الذين يعانون من بعض الاضطرابات في المجالات غير الطبية. (العزة حسني, 2010, ص409)

ثانيا: تعريف العلاج النفسي الجماعي:

- لقد عرف مورينو (1932) (نقلا عن فطيم لطفى, 1993, ص48) العلاج النفسي الجماعي: "بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار أو المهام و بين تكنيك العلاج التلقائي المباشر".

- وقد عرفه (زهران, 1977, ص307) بأنه: "علاج عدد من المرضى الذين يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة, ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد".

- أما (العزة حسني, 2010, ص405) فقد عرفه بأنه: "العملية التي يستخدم فيها التفاعل الجماعي أي التفاعل بين الأفراد الجماعة لتسهيل فهم الفرد لذاته فهما أكثر عمقا وقبول الإنسان لذاته قبولا أكثر عمقا".

- وحسب (أبو زيد ع الحميد, 2002, ص22) فقد عرف العلاج النفسي الجماعي بأنه: "علاقة نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية بين عدد من الأفراد ومعالج أو أكثر, وقد يكون هؤلاء الأفراد مرضى, أو مضطربين أو جانحين, وقد يكونوا أطفالا أو مرهقين أو راشدين, أو مسنين وقد يكونوا ذكورا أو إناثا أفرادا أو عائلات وتكون هذه الجماعة إما صغيرة, أو متوسطة أو كبيرة الحجم, وقد تكون متجانسة أو غير متجانسة وفقا لمستويات حدة مشكلاتهم وكثافتها, وتختلف طبيعة العلاج وفق طبيعة الاضطرابات والنظرية, والأسلوب العلاجي ومهارة المعالج, ونضج الجماعة ودافعيتها وذلك من خلال عمليات التفاعل البسيطة, أو المتوسطة, أو العميقة, ومستويات تدعيم الأفراد بعضهم بعضا لتحقيق أهداف الجلسات العلاجية وتعديل سلوكياتهم والاتجاه نحو التغيير الايجابي بعد حل الصراعات وإحداثيات التوافق".

ويتضح من خلال عرضنا للتعريف السابقة أن العلاج النفسي الجماعي يجب أن يتم في إطار فردين أو أكثر تتشابه مشكلاتهم لتجانس الجماعة حتى يسهل العمل معها يتفاعل فيما بينهم ولهم أهداف متفق عليها, لتعديل سلوكهم وإحداث التوافق الشخصي والاجتماعي لدى أفراد تلك المجموعة في آن واحد.

ثالثاً/ الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى قواعد نفسية واجتماعية رئيسية, لابد من مراعاتها لتقويم سلوك الفرد في العملية العلاجية منها:

1- الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية, اجتماعية لابد من إشباعها في إطار اجتماعي كالحاجة إلى الأمن, والنجاح, والتقدير والشعور بالانتماء, والحاجة لحب الآخرين والتفاعل معهم وكذلك الحاجة للنصح والتوجيه, وغير ذلك من الأمور التي تتيح للفرد الاستقرار النفسي. (زهرا, 2005, ص284)

2- المعايير الاجتماعية السائدة في كل مجتمع تقتضي تحديد الأدوار الاجتماعية التي تتحكم في سلوك الفرد حتى يشعر الفرد بالانتماء والتفاعل مع الجماعة, مما يساعد الفرد على بذل الجهد وزيادة الحصيلة الإنتاجية عن طريق التأثير والتأثر بالجماعة. (علي كمال, 1994, ص445)

3- رغم وجود فروق فردية بين الأفراد إلا أن هناك تشابهاً بينهم في بعض سمات الشخصية وفي بعض الحاجات في بعض المشكلات.

4- عند العمل الجماعي وعن طريق التعلم والتغذية الراجعة تقل الأخطاء, وتصبح هناك فرصة للأفراد لأداء المهام بطريقة أفضل وسرعة عالية, وربما يظهر عنصر المنافسة الايجابية. (سغفان إبراهيم, 2006, ص15)

5- تعتبر العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المرض النفسي وعاملاً من عوامل تدعيمه وتثبيته.

6- يؤثر التفاعل الاجتماعي بين الأفراد في العملية العلاجية, فبجعل كل واحد منهم مرسلًا ومستقبلًا للتأثيرات العلاجية, فلا يعتمد العلاج على المعالج النفسي وحده, بل يصبح الأفراد مصدرًا من مصادر العلاج وعضواً فعالاً فيه, حتى يحظى بحياة كريمة ومنتجة تجعله قادراً على إقامة علاقات فعالية. (زهرا, 2005, ص284)

خامساً: أهداف العلاج النفسي الجماعي :

1- التخفيف من مقاومة الفرد والتحدث عن مشكلاته التي قد لا يبوح بها أو يناقشها في الجلسات الفردية, وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات. (زهرا, 2005, ص286), فيتشجع لإبداء الرأي والمناقشة والحوار والمساهمة الفكرية من خلال التفاعلات الانفعالية, وتكوين تصورات جماعية تهدف لخدمة الفرد وخدمة الجماعة, وتساعد تلك العملية في تماسك الجماعة, فكلما استقرت على رأي علاجي معين لقضية ما محل الجدل, كلما ساعد ذلك في تقريب المسافة الفكرية بين أعضائها. (سامي محمود, 1962, ص61)

2- التنفيس الانفعالي وتكوين علاقات اجتماعية جديدة, حيث يجد الفرد في المعالج النفسي وأعضاء الجماعة العلاجية سندا وجدانيا ومجالا لتفريغ شحناته الانفعالية .

3- الاستبصار الجديد حيث تهيء الجماعات العلاجية للفرد رؤية جديدة لنفسه ومشكلاته, إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضا. (زهرا, 2005, ص286)

4- التدعيم الجماعي: فإن كان العلاج الفردي يهدف إلى تدعيم الفرد, فالعلاج النفسي الجماعي يهدف إلى تدعيم الفرد والجماعة, واستخدام الفرد في تدعيم الجماعة, واستخدام الجماعة في تدعيم الفرد في علاقة دائرية تحاورية تفاعلية متصلة ومستمرة ومقننة لتخطي الأزمات وتخطي المراحل العلاجية, وإعادة الثقة بالنفس, وإعادة الثقة بالآخرين أيضا. (فطيم لطفى, 1994, ص90)

5- تنمية القدرة على البوح الذاتي: قد يلجأ المعالج في العلاج الفردي إلى الاستعانة ببعض العقاقير المهدئة أو بعض الأساليب التنويمية لمساعدة مريضه على البوح ما بداخله والإفصاح والفضفضة لكن يختلف الأمر في العلاج النفسي العلاجي فالجماعة أداة علاجية ووسط علاجي يساعد في هذا الغرض, فقد تؤثر على الفرد لإخراج ما بداخله من مشاعر وأحاسيس وبالتالي يشجع فردا آخر للقيام بالمهمة ذاتها, وبذلك يتعلم أفراد الجماعة ضرورة البوح الذاتي والجماعي للفرد وللجماعة. (أبو زيد ع الحميد, 2002, ص66)

6- تنمية الشعور بالمسؤولية الجماعية والقدرة على حل المشكلات: حين تصل الجماعة إلى درجة مرتفعة من النضج العلاجي يشعر أفرادها بالمسؤولية اتجاه بعضهم البعض وبالتالي تنمو قدرتهم على حل مشكلاتهم السابقة والراهنة والمستقبلية من خلال تعلم أساليب مواجهة المشكلات ومهارات حلها التي يفرضها الموقف الجماعي, فتذوب مشكلات الفرد داخل مشكلات الجماعة ويقوم كل فرد بمساعدة الآخر في حل مشكلاته عن طريق اتخاذ بعض التدابير الملائمة والقرار المناسب لحلها. (صبري أحمد, 1982, ص25)

7- إعادة تنظيم ولو جزئيا, عن طريق تحسين صورة الذات ورفع كفاءة الأنا وإعادة توجيهه... إلخ أي تنشيط التوظيف النفسي بصورة إيجابية, ويتوقف ذلك على الأسلوب العلاجي الذي يتبع في الإطار الجماعي للعلاج وتشكيل الجماعة العلاجية والأهداف الموضوعية لها. (زهرا, 2005, ص286)

سادسا: مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي:

يستخدم العلاج الجماعي على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية, وفي العيادات الخارجية اليومية, وفي الملاجئ, وفي العيادات الخاصة والمؤسسات, وذلك في علاج:

1- الأطفال والمراهقين والراشدين.

- 2- توجيه آباء وأمهات الذين يعانون من مشكلات متشابهة, أو الأولياء الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال.
 - 3- الأسرة بأكملها عندما تتشابك مشكلات أفرادها.
 - 4- المشكلات المهنية, وتحقيق التوافق بين الشخص ومهنته, مما يوثق العلاقة في ميادين الإنتاج المختلفة.
 - 5- الحالات الانحراف والإدمان وجنوح الأحداث.
 - 6- حالات الانطواء والانعزال والاكتئاب والخجل. (شاذلي, 2001, ص94)
 - 7- المساعدة في فطام المريض نفسيا من علاقة التحويل التي تتكون بينه وبين المعالج النفسي الفردي, ففي الجلسات الجماعية ينتشعب التحويل إلى علاقة متعددة الأبعاد بدلا من اتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فقط, وذلك يسهل من التخلص التدريجي من التحويل.
- أما الحالات التي يستحسن فيها عدم استخدام العلاج النفسي الجماعي فأهمها:
- الشخصية السيكوباتية.
 - مرض الهذاء.
 - حالات الهوس الشديد المصاحب بالذعر.
 - حالات الجنسية المثلية.
 - حالات الضعف العقلي.

سابعا: النظريات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي:

هناك العديد من النظريات الخاصة بالعلاج النفسي الجماعي, فبعضها يعتمد بصورة أساسية على الخبرات الإكلينيكية لصاحب النظرية, والبعض الآخر يعتمد على أساس تجريبي, وهناك نظريات أخرى لا تعتمد إلا على إجراء تعديلات بسيطة في موضوع أساسي, لذا من الممكن النظر إليها كمجموعة واحدة وهناك أيضا مجموعتان من النظريات غير الأساسية: الأولى تشتمل على نظريات العلاج النفسي الجماعي التي ظهرت واستمرت لبعض الوقت ولكن أتباعها قليلون نذكر على سبيل المثال: النظرية النفسية الحركية لبيسو (Pesso, 1973) والنظرية الجشطالتيية للعلاج النفسي الجماعي والتي تمتعت بشعبية كبيرة في الستينات والسبعينات, لكن هذه الشعبية تضاءلت مؤخرا, والمجموعة الثانية من نظريات العلاج النفسي الجماعي هي التي تدخل تحت فئة معينة أكثر من دخولها ضمن مجموعة, وتتكون من نظريات وفنيات تحظى في أحسن حالاتها بقبول هامشي. (مرغني, 2009, ص152)

وتتمثل أهم نظريات العلاج النفسي الجماعي في:

I- النظرية التحليلية النفسية :

تهتم هذه النظريات بالمصطلحات التحليلية النفسية مثل: التحويل والمقاومة, وتؤكد على أهمية العوامل التاريخية والنفسية الداخلية مثل : الدوافع اللاشعورية. يبدأ المعالج الجماعي التحليلي مهمة فهم وتفسير ماذا يحدث داخل الجماعة على أساس افتراض مؤداه أن الأشياء ليست كما تبدو للوهلة الأولى.(ابو زيد ع الحميد,2002,ص81) ويعتبر **وولف وشوارتز** (Wolf et Schwarts) أن السلوك الملاحظ والتفاعل داخل الجماعة هي مظاهر تحويل مرتبطة بدوافع لاشعورية و محددات تاريخية, حيث لا يعرف أعضاء الجماعة لماذا يتفاعلون مع بقية الأعضاء الآخرين, ويستطيع المعالج تمييز هذه الدوافع ومساعدة أعضاء الجماعة في إدراكها.

وينظر **فولكس وانتوني** (Foulks et Anthony:1965) إلى السلوك الملاحظ في إطار مواضيع تحتية مشتركة بين أعضاء الجماعة كما فعل **وولف وشوارتز** ولكن **فولكس** يركز أكثر على الموضوع المشترك بين أفراد الجماعة وعلى العلاقة التحويلية بين الجماعة والمعالج وهنا قلما يتكلم المعالج أو يوجه الكلام إلى أحد أعضاء الجماعة.(مرغني,2009, ص153) ولذلك فإن الجلسات الجماعية في نظرة تتيح فرصة إصلاح توتر العلاقات الاجتماعية وإنضاجها وإزالة الصراعات الخاصة بها والمترتبة عليها حتى يضمن لأفراد الجماعة تحقيق النضج والاستبصار والسعي وراء الشفاء.(ابو زيد ع الحميد, 2002,ص82)

ويؤكد **إزرايل** (Ezriel:1973) كما فعل **فولكس** أهمية الموضوع الضمني الذي يشترك فيه الجماعة أكثر من تركيزه على السلوك الملاحظ, ومهمة المعالج هي أن يكشف هذا الموضوع المشترك ويطرحة على الجماعة, ثم يوضح رد الفعل الخاص بكل فرد اتجاه هذا الموضوع المشترك. وتجدر الإشارة إلى الجماعات التي تستخدم فيها هذه النظريات تكون نادرة في العيادات النفسية, باستثناء المعاهد التي يتم فيها التدريب على العلاج النفسي التحليلي.

III- النظرية النفسية الديناميكية:

إن الاهتمام بديناميكيات اللاشعور وبمفاهيم مثل: النكوص ودفاع الأنا يضع النظريات النفسية الديناميكية ضمن النظريات النفسية التحليلية بصورة عامة, لكنهما تختلفان في الأسلوب, حيث تركز على أمور خاصة بالعمليات النفسية الداخلية والجماعة.(مرغني,2009, ص153) وقد ساهم **ويلفريد بيون** (Wilfred Bion:1961) في هذا الموضوع حيث لم يقل إلا القليل عن التحويل, أو النكوص أو ديناميكيات اللاشعور والمقاومة من حيث مفهومها النفسي التحليلي ولكنه يتمسك بقوة بأساسيات النظرية النفسية التحليلية فيما يتعلق بأن الأشياء ليست كما تبدو, ويصف

بيون الموضوع الضمني أو الكامن بالنسبة للجماعة ويعتمد في ذلك إلى حد كبير على حاجة

الجماعة للاعتماد على قائد الجماعة. (Lonergan.2002.p192)

أما ويتاكر (Withaker.D) وليبرمان (Lieberman:1964) فقد اقترحا أن المناقشات التي تدور

في الجلسات الجماعية العلاجية ما هي إلا تعبير عن صراعات لا شعورية واحدة تلو الأخرى

ولذلك تحتوي الجلسات على سلسلة من الصراعات الرئيسية أو البؤرية، ويركز أسلوب المعالج

القائد في محاولة مساعدة الجماعة على إيجاد حل الصراعات القائمة بين الأفراد وداخلهم، وعليه

أن يختبر إلى أي مدى يمكن لأفراد الجماعة تحمل مستويات الفلق الناتج عن الصراع، والعمل

على حل تلك الصراعات في جو أكثر أمانا وأقل قلقا. (أبو زيد ع الحميد، 2002، ص83)

III-نظرية ديناميكية الجماعة:

انبثقت هذه النظرية من مناهج تختلف تماما عن النظريات النفسية التحليلية والنظريات النفسية

الديناميكية التي ذكرت أعلاه .

ويمكن عزو نظرية ديناميكية الجماعة إلى علم النفس الاجتماعي والصناعي عن طريق جهود

المتخصصين لهذين المجالين لمعرفة أثر الجماعة على سلوك الفرد وإنتاجيته في مكان العمل

وفي الجماعات البشرية الأخرى، واكتساب المزيد من فهم طبيعة حياة الجماعة.

(رضوان شفيق، 2002، ص137)، وفي العلاج الجماعي الديناميكي يكون التركيز على تعلم الكيفية التي

تعمل بها الجماعة، وفي الوقت نفسه أثر الفرد على الآخرين من خلال عملية التغذية الرجعية

بواسطة الآخرين المتواجدين في المجموعة يتعرف الفرد على علاقته هو بالتفاعل داخل

المجموعة. (مرغني، 2009، ص154)

IV-النظرية بين الشخصية:

تركز هذه النظرية على العلاقات بين أفراد الجماعة لحظة حدوثها وفي مكانها (هنا والآن) وعلى

السلوكات الملاحظة بين أفراد الجماعة، كما تركز هذه النظرية أيضا على أمور أخرى خاصة

بالجماعة. ويعتبر يالوم (Yalom:1985) الأشهر والأكثر تأثيرا من بين المنظرين الآخرين في

هذا المجال، وقد تأثر يالوم بنظرية هاري ستاك سوليفان (Sullivan.H.S:1953) والتي ترجع

الاضطرابات المرضية النفسية إلى التشوهات الإدراكية الشخصية، ولذلك يركز يالوم على

التفاعل بين الشخصي الزماني (الآن) والمكاني (هنا) حيث يرى أن العوامل العلاجية هي

ميكانيزمات أساسية للتغير ويعتمد وصفه للعوامل العلاجية على البحوث التي قام بها هو

ومساعديه كونه طبيب نفسي اعتمد على الأسلوب العلمي التجريبي في أعماله لعدة سنوات.

(Lonergan.2002.p205)

V-النظرية السلوكية:

تطبق هذه النظرية قواعد التعلم المستخلصة من علم النفس التجريبي في تغيير وتعديل السلوك المنحرف. يشتمل المنحى الرئيس لها على تحديد الأنماط السلوكية التي يوافق كل من المعالج والعميل أو العملاء على ضرورة تعديلها كل على حدة, كما تستخدم فنيات العلاج السلوكي في العلاج النفسي الجماعي قصير المدى ذو الموضوع الواحد مثل التدريب على توكيد الذات والمهارات الاجتماعية. (مرغني,2009,ص155)

VI-النظرية المعرفية السلوكية :

يعتبر العلاج النفسي الجماعي المعرفي السلوكي من الأساليب التي طورت حديثا وهو مبني على النظريات المعرفية لبيك (1976:Beck) وإليس (1962:Ellis) وميكنبوم (1977:Meichenbaum) ويعتبر الاندماج بين النظريتين حديثا نسبيا, والفنيات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي المعرفي السلوكي تشبه تلك التي تستخدم في العلاج النفسي الجماعي السلوكي من حيث أنها منظمة إلى درجة كبيرة, وتشتمل على الواجبات المنزلية والاحتفاظ بسجلات وافية من قبل أعضاء الجماعة ولعب الأدوار (التدريب على السلوك). وتختلف عن نظريات العلاج النفسي الجماعي السلوكي في كون أنها تولي اهتماما كبيرا لإعادة البناء المعرفي للعميل, والجماعات في هذا النوع من العلاج منظمة جدا فهي تشبه الفصول الدراسية وحلقات التدريب أكثر مما تشبه الجماعات في العلاج النفسي الجماعي التقليدي. (مرغني,2009,ص155)

VII-نظرية الأنساق:

الجماعة العلاجية ما هي إلا نسق - النسق هو مجموعة من المعطيات أو العناصر أو المفاهيم التي ترتبط فيما بينها لتؤدي وظيفة ما. وفكرة النظرية اقترحها فون برتالا نفي (1966:Bertalaffy.V) حيث افترض احتمالية تساوي الأفراد من حيث الجودة فيما يتعلق بالأنساق الحياتية الخاصة بهم, وعلى المعالج أن يدرك أنساق جماعته ويقيس مستوى صحتها ويساعدهم على كيفية تصحيح المسار حتى يتقن الأفراد المهارات اللازمة للشفاء. كذلك تهتم النظرية بموضوع المسافات الاجتماعية بين أفراد الجماعة, ومحاولة تقريبها لكي يتم الشفاء وإزالة المعوقات التي تشل التفاعل بين الأفراد وزيادة التواصل والعلاقات بين الفرد والجماعة ككل. (Lonergan.2002.p200)

ثامنا : مراحل وخطوات العلاج النفسي الجماعي:

I - مراحل العلاج النفسي الجماعي :

1- مرحلة الإعداد للعلاج النفسي الجماعي :

أ- **تحديد الهدف من الجلسة العلاجية:** تختلف الأهداف باختلاف طبيعة المشكلات, حيث يتم من خلاله إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والثقافية والمهنية, وتيسير الإمكانيات لتحقيق هذه الأهداف.(زهران, 1998 ص503) فيقوم المعالج النفسي بوضع أهداف الجلسات العلاجية في ضوء التشخيص الذي تم من قبل, ويتم تصنيفها إلى أهداف معرفية,سلوكية...إلخ

ب- **تحديد الإستراتيجية المستخدمة في الجلسة:** من أجل تحقيق الأهداف التي تم تحديدها سابقا يتم وضع إستراتيجية معينة في ضوء نظرية أو أكثر من نظرية, وتتكون الإستراتيجية من بعض الفنيات الشائعة في العلاج النفسي الجماعي كالسيكودراما, لعب الأدوار, المحاضرة والمناقشة الجماعية... وسوف يتم عرض أهم هاته الأساليب لاحقا كما يرتبط تحديد الفنية بتحديد بعض الوسائل والإجراءات ومن أمثلها: المجسمات, التسجيلات الصوتية, جهاز فيديو, كمبيوتر نشرات وكتيبات...إلخ, فتستخدم هاته الوسائل في العلاج النفسي الجماعي للتقليل من المشكلات الناتجة عن الفروق الفردية بين أعضاء المجموعة وتساعد على التعلم المباشر وغير المباشر, كما أنها تثير اهتمام الأعضاء وبالتالي فإن استخدامها يقلل من الشعور بالملل أثناء الجلسة.
(سعفان إبراهيم, 2006,ص100-102)

ج- **تحديد دور المعالج النفسي:** دور المعالج في العلاج النفسي الجماعي هو دور أحد أعضاء الجماعة أكثر من ما هو دور قائد لها هو دور الملاحظ, ويتركز دوره حول الإثارة والضبط والتركيب والتفسير والشرح والتعليق. وهو يترك التفاعل الاجتماعي الحر يتم بين المرضى بعضهم البعض وهو لا يحتكر, بل يشجعها ويقوم بحث كل عضو في الجماعة على التعليق على مشكلات الآخرين وتأويلها, وأهم ما يجب أن يهتم به المعالج النفسي هو تهيئة المناخ العلاجي الذي يسود فيه الحب والتقبل والتسامح والفهم والحرية وغير ذلك من ضروريات المناخ العلاجي السليم وما يجب ملاحظته أيضا أن المعالج يجب أن لا يستخدم المصطلحات العلمية والتقنية وأن لا تكون لديه اتجاهات جامدة أو تسلطية وأن يكون متفائلا وواقعا في نفس الوقت.(زهران, 2005,ص289)

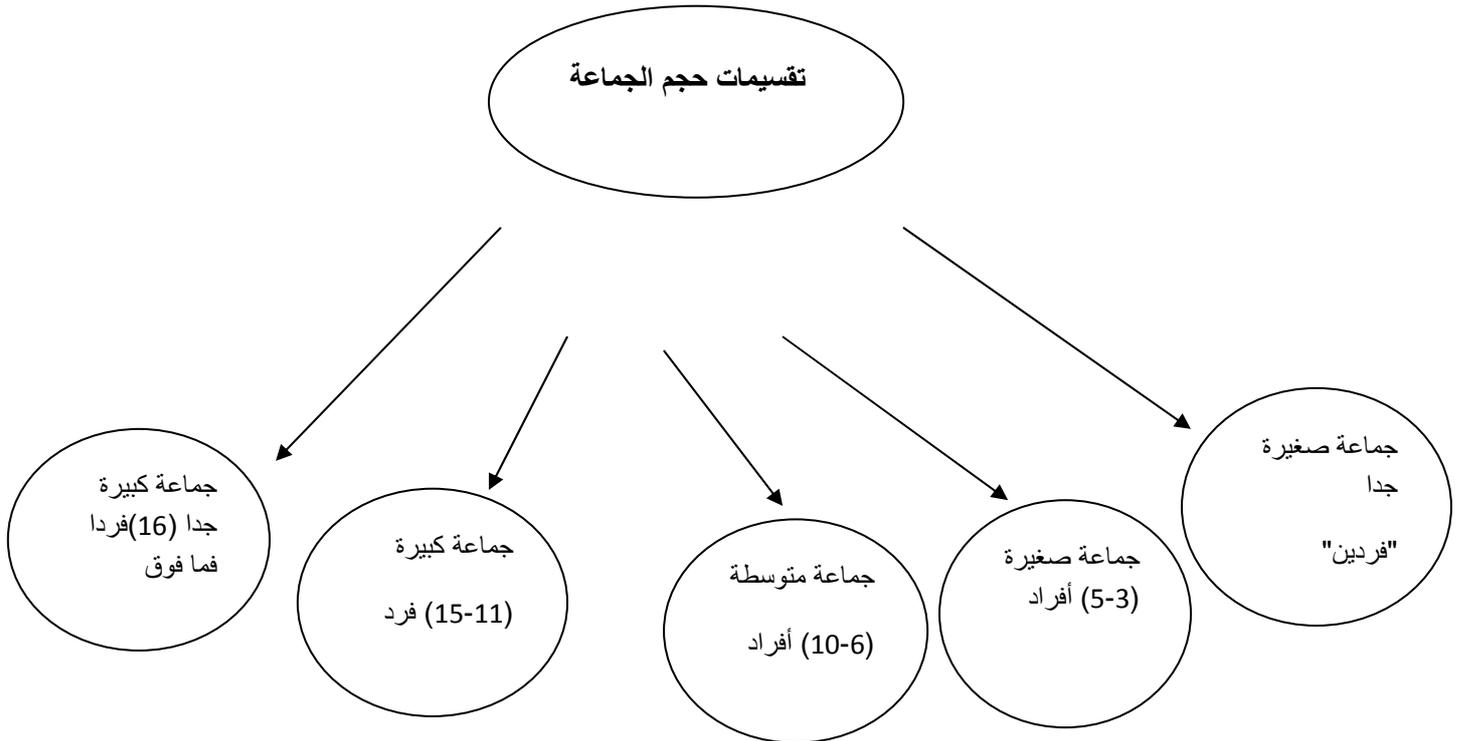
د- **المقابلة الاكلينيكية:** في هذه المرحلة يفضل أن تكون المقابلة الإكلينيكية فردية, أي مقابلة كل فرد على حدى وسوف نلجأ إلى المقابلة الجماعية في مرحلة تنفيذ برنامج الإعداد.
(Power. M.J.1985.p202).

ه- **تحديد حجم الجلسات (المدة):** على المعالج أن يحدد حجم الجلسات المناسب الذي سوف تستغرقه عملية الإعداد وعليه أن يحدد توقيت كل جلسة, وليكن ساعة كحد أدنى لكل جلسة ويمكن أن يزيد على ذلك وفقا لمتغيراته أي بمعدل ساعة ونصف في المتوسط, فهي تكون عادة

أطول من الجلسات الفردية, وتكون الجلسات موصولة في محتواها ومتراطة ومنسقة, كما يمكن أن يعقد المعالج من جلسة في الأسبوع الواحد إلى ثلاث جلسات, كما يمكنه تحديد مكان الجلسات أي غالبا ما تكون العملية العلاجية في مكان مستقل وهادئ يمكن ممارسة العلاج الجماعي فيه بارتياح. (عيسوي, 1984, ص218)

و- تحديد العدد (حجم الجماعة المناسب):

حيث يتفق أسلوب العلاج على تشكيل الجماعة العلاجية بطريقة عشوائية, أو اتباع القواعد والأصول السوسيوومترية فيمكن تقسيم الجماعة العلاجية وفق مايلي:



شكل رقم (01): تقسيمات الجماعة العلاجية من حيث الحجم

وعموما فإن الجماعات الصغيرة والمتوسطة الحجم تعد من أفضل الجماعات وفقا لمتغيرات التفاعل العلاجي والاستفادة العلاجية, وعلى المعالج أن يقرر أن تكون جماعته متجانسة أو غير متجانسة متوسطة التجانس, ويكون التجانس حسب: الجنس, العمر المستوى الاجتماعي, نوع المشكل, اللغة, الديانة...

وهناك من يفضل أن تكون الجماعة غير متجانسة بقدر الإمكان للتوصل إلى أقصى تفاعل ممكن حيث تختلف الفئات الإكلينيكية لأفراد الجماعة وتختلف الأنماط السلوكية لهم. (فطيم, 1982, ص106)

وهناك العكس أي-لا يحبز فكرة عدم التجانس- وذلك: خوفا من تنافر الجماعة أو أن اختلاف التفاعلات قد يؤدي إلى تشعبها بدرجة قد تفسد الجلسة العلاجية أو قد يؤدي اختلاف أنماط المعاناة إلى الابتعاد عن التمرکز الموحد للجماعة... (الزراة, 1988, ص121)

وعموما فالأمر متروك للمعالج فله أن يكونها في ضوء رؤيته وخبرته شريطة أن يكونها التكوين المناسب, والذي يتلاءم مع الأهداف العلاجية التي يريد تحقيقها. (أبو زيد ع الحميد, 2002, ص110) بعد تحديد حجم الجماعة لأبد من اختيار الحجرة المناسبة التي سيتم فيها العلاج النفسي كأن تكون واسعة, مغلقة, جيدة التهوية, جيدة الإضاءة... (Eitington. J.E.1990.p99)

ي- **تحديد نوعية المشكل:** وتعد عملية تصنيف مشكلات أعضاء الجماعة من الخطوات المهمة وذات المغزى في تحديد البرنامج, بل وفي نجاح العملية العلاجية كلها, فبناء على التصنيف الصحيح للمشكلات سوف يتم توزيع الأعضاء على أنواع العلاجات الجماعية المختلفة. (عيسوي, 1984, ص214)

لذلك يؤكد الباحثون على ضرورة تشابه مشكلات أعضاء الجماعة حتى يكون هناك تجانس بينهم الأمر الذي يمنع ظهور مشكلات جديدة ناشئة عن اختلاف نمط الشخصيات وأساليب التعبير خلال الجلسات العلاجية. (عبد الفتاح كميليا, 1998, ص47)

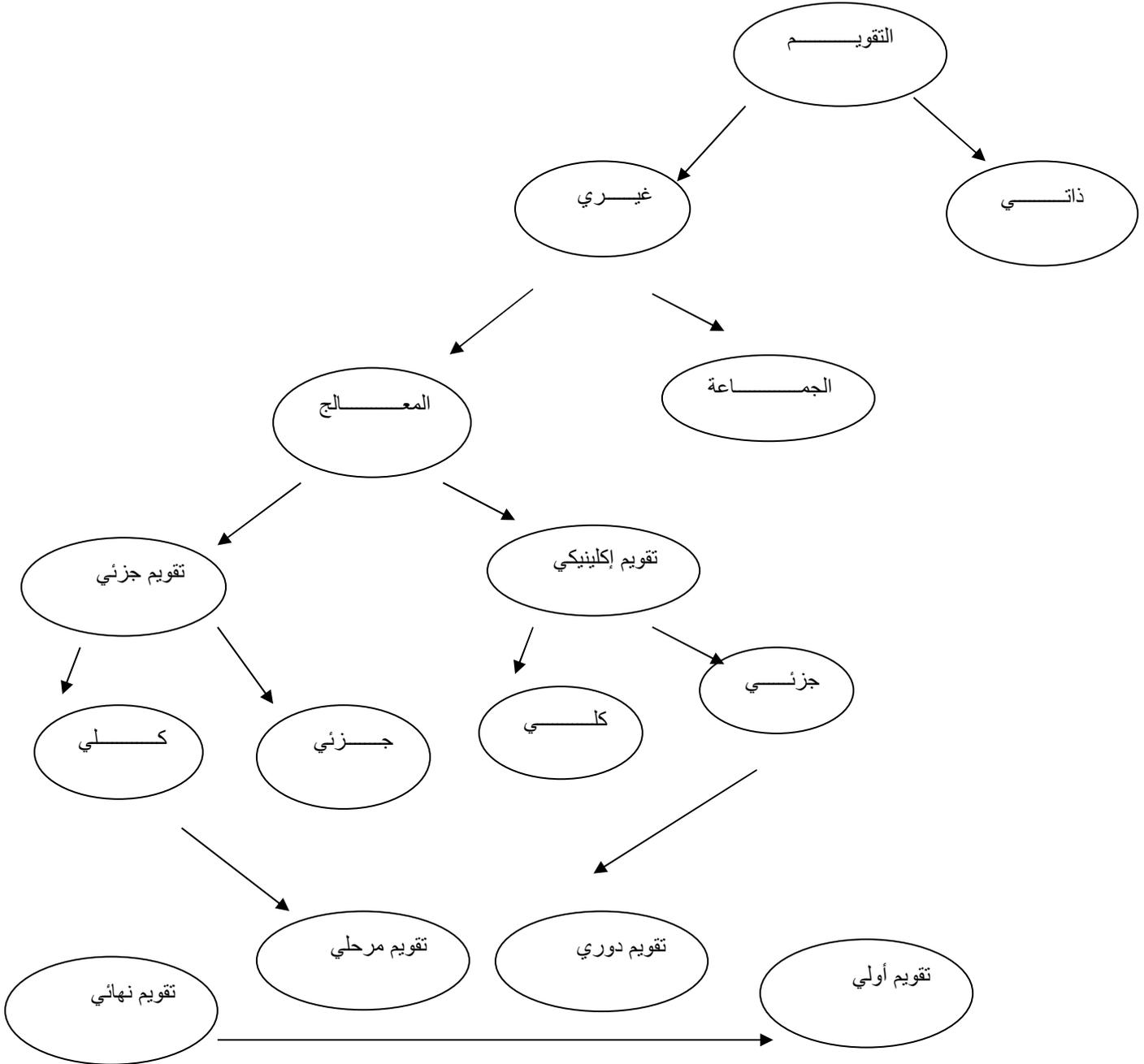
2- **مرحلة تنفيذ الإعداد و التجهيز للعلاج:** و يتم ذلك وفقا للخطوات التالية:

- أ- **مرحلة التدعيم الاجتماعي:** وتتضمن ظهور القلق بين الأفراد فيما يتعلق بالعلاج وتهدف إلى توثيق العلاقة بينهم وزيادة معرفتهم بعضهم ببعض وظهور روح الجماعة. (سري, 2000, ص134).
- ب- **مرحلة التلقين المعرفي:** وتهدف إلى تقديم شرح واف وكاف ومنطقي وموجز وموضح وبسيط وتدعيمي عن المتغيرات التالية:
 - مفهوم العلاج النفسي الجماعي.
 - أهداف العلاج وعملية الإعداد.
 - الزمن المحدد لعملية الإعداد والافتراضي لعملية العلاج نفسها.
 - المكان الذي سوف تجري به الجلسات, وزمن كل جلسة علاجية .
 - حصر المفاهيم الخاطئة والتوقعات السالبة ومحاولة تصحيحها مبدئيا, تلك التي تتعلق بالعلاج.

- قواعد الجلسة العلاجية والمعايير المفترض إتباعها والسلوكيات المقبولة.
- فكرة مبسطة عن الأدوار العلاجية لكل من المعالج والأفراد, وكذلك عن الأساليب العلاجية وعن المراحل العلاجية التي سوف يمر بها الأفراد خلال فترة العلاج.
- محاكات إنهاء الجلسات والبرنامج العلاجي ككل.
- التقويم و المتابعة وإجراءات كل منهما.

ج- مرحلة المناقشة: تهدف هذه المرحلة إلى مناقشة الأفراد فيما استمعوا إليه, والإجابة عن تساؤلاتهم واستفساراتهم والأمور التي عليهم فهمها, والحصول على تغذية راجعة عن انطباعاتهم وجمع مقترحاتهم عن العلاج وعن الجماعة العلاجية, وهذا من شأنه أن يترك أثرا طيبا في نفوس الأفراد بأنهم يشتركون في العملية العلاجية بأنفسهم. (أبو زيد ع الحميد, 2001, ص113-115)

3- التقويم: عملية التقويم ذات أهمية للمعالج والجماعة العلاجية حيث يتم فيها تقدير مستوى الاستفادة التي حصلها أفراد الجماعة, والشكل التالي يوضح أنماط التقويم:



شكل(02): يوضح أنماط التقويم (أبو زيد, 2001, ص171)

4- إنهاء الجلسات: تتحدد وفقا لطبيعة المنهج المستخدم والتحديد الحازم لموعد الإنهاء.

5- المتابعة والرعاية اللاحقة: عملية المتابعة ذات أهمية للتخفيف من وطأة صدمة الإنهاء وملاحظة مدى استفادة المرضى مما تعلموه خلال الجلسات. (أبو زيد، 2001، ص173)

II- مراحل الجلسة العلاجية الواحدة (المقابلة):

تمر الجلسة العلاجية بمراحل ثلاث وهي: (الافتتاح, البناء, الإقفال) والمراحل الثلاث تتم من خلال مرحلة المقابلة على النحو التالي:

- بدء الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة.
- التذكير بما تم الوصول إليه في الجلسة السابقة ومناقشته مع أعضاء الجماعة.
- مناقشة الموضوع الرئيسي للجلسة مع ممارسة الأنشطة المختلفة لتحقيق أهداف الجلسة.

- تقييم الجلسة العلاجية.

- إنهاء الجلسة بإعطاء واجب منزلي إن وجد.

* كما توجد بعض السلوكيات الشائعة يجب اتخاذها في الجلسة الأولى أهمها:

- التعرف بين أعضاء الجماعة العلاجية.
- التأكيد على مبدأ سرية المعلومات بين أعضاء الجماعة العلاجية وحفظ أسرار الجماعة بالنسبة للمعالج.

- توفير الطمأنينة للأعضاء لعرض مشكلاتهم وخبراتهم السلبية وبالتالي معرفة الظروف والمواقف التي أدت إليها.

- التأكيد على أهمية العمل الجماعي في إتاحة الفرص للمناقشة والحوار والتعاون والتعاطف.

- توضيح حقوق وواجبات كل عضو أثناء الجلسة كحقه: في الحديث وإبداء الرأي ومن واجباته: الحفاظ على سرية المعلومات, وأن يكون صادقاً وإيجابياً. (سعفان إبراهيم، 2006، ص66-67)

* كما أن هناك قواعد عامة للجلسة العلاجية يجب الالتزام بها من الطرفين أهمها:

- الالتزام بالوقت المحدد.

- احترام موعد الجلسة .

- حفظ المعالج لأسماء جماعته .

- الجلوس بطريقة لائقة وسط لجماعة, وعدم النوم أو الأكل أثناء الجلسة العلاجية .

- تسجيل ملاحظات خاصة بسلوكيات أعضاء الجماعة. (أبو زيد، 2001، ص173-174)

تاسعا: أساليب العلاج النفسي الجماعي:

إن للعلاج الجماعي عدة أساليب, منها: أسلوب التمثيل النفسي (السيكودراما), وأسلوب التمثيل النفسي الاجتماعي (السوسيو دراما), وأسلوب النادي العلاجي, وأسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية. وسوف نركز على الأسلوب الأخير لكوننا نستخدمه في هذا البحث. ويعد **مكسويل جونز (Janes)** من رواد هذا الأسلوب, حيث استخدمه أثناء الحرب العالمية الثانية. (نقلا عن سرى, 2000, ص138).

ويتمثل هذا الأسلوب في أنه طريقة تربوية تعتمد على عنصر التعليم وإعادة التعليم, ويطلق عليه أحيانا «اسم العلاج الجماعي التعليمي», ويهدف إلى تعديل بعض السلوكيات والأفكار والمعتقدات لدى بعض الأفراد, ويتم خلاله إلقاء محاضرة حول موضوع الجلسة ويتخلله أو تليه مناقشات مفتوحة وإلقاء الأسئلة من جانب الأعضاء المشاركين. (البيلاوي إيهاب, 2002, ص136), كما أن المناقشة والقرار الجماعي يؤديان إلى تعديل الاتجاهات بدرجة أفضل, حيث أن المناقشة الجماعية بين أعضاء الجماعة يتمخض عنها قرار جماعي أكثر صدقا واتزاناً من تقدير ورأي فرد واحد وهي تؤثر في دقة وكفاية الحكم على إدراك أعضاء الجماعة, وهي أيضا تؤثر على دقة أحكامهم في تقدير أحكام الآخرين, وهذا ما أكدته الدراسات التجريبية في إطار علم النفس الاجتماعي كتجارب كيرت ليفين (Lewin, 1947), وتجارب كوش وفرنش (Coch & French, 1948).

أما "صفاء الأعسر" (1970) فقد درست دور المناقشة الجماعية -كشكل من أشكال العلاج الجماعي- في تخفيض مستوى القلق, وتقرر الباحثة أن الفرد في الموقف العلاجي الجماعي ينشط انفعاليا وعقليا واجتماعيا, وفي موقف المناقشة الجماعية ينشط التفريغ أو التعبير عن المشكلات وبالتالي نمو الشعور بالانتماء وإدراك كل فرد للتشابه بينه وبين الآخرين. (ميخايل, 1991, ص320) ويفضل أن يكون أعضاء الجماعة العلاجية متجانسين, بمعنى أن يكونوا جميعا يعانون من مشكلات متشابهة, ويراعى أيضا أن تتضمن المحاضرة والمناقشة الصفات الغالبة لأعضاء الجماعة العلاجية (رشاد موسى, 2000, ص11). وتتمثل طرق وتقنيات هذا الأسلوب فيما يلي:

I- تقنية العلاج بالمحاضرة:

1- تعريف تقنية العلاج بالمحاضرة:

ويقصد بها بأنها: "طريقة تعليمية تربوية يتم من خلالها تقديم المزيد من المعارف والأفكار المتصلة بالجوانب العقلية والشخصية والاجتماعية والصحية المرتبطة بموضوع الجلسة مع بيان كيفية التعرف على المشكلة وأثارها ومواجهتها." (سعفان, 1997, ص263), أي أن هذا الأسلوب يقدم فيه المعالج سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة, وقد يستخدم الحكايات والنوادر

والقصص الفكاهية أو الجادة, أو يأخذ موقفا من مواقف الحياة العادية, أو تاريخ حياة الأفراد في المجموعة أو غيرهم من المرضى, أو يتناول أحداثا في المنظر الاجتماعي, أو أي مادة نفسية أو اجتماعية أو إكلينيكية أو مادة تاريخية أو أدبية, وتعرض بطريقة تستولي على اهتمام المتعالج وقد يستعمل الوسائل السمعية والبصرية المعينة كالشرائط والسينما والصور الكرتونية والتسجيلات الصوتية واللوحات والرسوم, وغير ذلك مما يفيد في عملية العلاج (عيسوي, 1984, ص226), وبعدها يقوم المتعالجون بالتحاور في الموضوع ويتعلم بعضهم من بعض, ويقوم المعالج بدور الضبط والتفسير والشرح والتعليق, وتعتبر هذه الطريقة إحدى الوسائل المهمة لنقل المعلومات والأفكار والحقائق. (الفرخ كاملة, 1999, ص169)

2- خطوات تقنية العلاج بالمحاضرة: تعتمد الطريقة العلاجية على مجموعة من الخطوات يجب أن تتبعها, وتتمثل خطوات العلاج بالمحاضرة في مايلي:

(أ)- الإعداد للمحاضرة: وتتطلب من المعالج أن يسأل نفسه عدة أسئلة هي:

- ما المدة المتاحة؟ فعنصر الزمن مهم بالنسبة للمحاضرة حتى يتمكن من تقسيم عناصر الموضوع حسب الزمن المتاح حتى لا يطغى عنصر على آخر.

- ماهي المادة العلمية التي سيقدمها؟ ويشمل تحديد موضوع المحاضرة, والبحث عن مصادر المادة لإعدادها.

- ما الهدف من المحاضرة؟ فيجب على المعالج أن يضع الهدف الذي ينبغي تحقيقه.

- من الفئة؟ إجابته على هذا التساؤل تتيح له أن يعد مادته بناء على خصائص الفئة. (محي مسعد, 2000, ص125).

(ب)- إعداد محتوى المحاضرة: مع مراعاة التسلسل المنطقي في عرض عناصرها.

(ج)- إلقاء المحاضرة: مع الحرص على ترك فترة للمناقشة والاستماع لكل عضو, ثم توضيح ما يقوله, ومواجهته بالتناقض بين أقواله وأفعاله حتى يتعرف عما هو ظاهر وغير ظاهر في سلوكه وأيضا التعرف على جوانب الضعف والقوة في شخصيته. (سغان, 1997, ص263).

(د)- تقييم المحاضرة: عن طريق طرح مجموعة من الأسئلة أو تكليف أعضاء الجماعة بواجب منزلي.

وهذه الخطوات تمكن المعالج من تخطيط محاضراته وتنفيذها بشكل جيد, وتساعد في توفير تغذية مرتدة تجعله يتعرف على مواطن القوة والضعف من أجل التقويم والتحسين والإصلاح.

II - تقنية العلاج بالمناقشة الجماعية:

1- تعريف تقنية المناقشة الجماعية:

المناقشة الجماعية أسلوب علاج جماعي, ويرى البعض أنه الشكل الأساسي للعلاج والإرشاد الجماعي, وهو أسلوب تعليمي وتعلم تعاوني, وتطلق سوزان فيني (Finney, 1991) على المناقشة الجماعية اسم "دائرة المشاركة" ويقصد بها: «عملية المناقشة في جماعة صغيرة تتيح فرصة المشاركة بين الأعضاء وبين المعالج (زهرا, 2000, ص59) فالمناقشة تعد بمثابة قلب التفاعل اللفظي والجلسة العلاجية الجماعية ماهي إلا شكل أو آخر من المناقشة (عيسوي, 1989, ص227).

والمناقشة الجماعية عبارة عن: "نشاط جماعي يأخذ طابع الحوار الكلامي المنظم, الذي يدور حول مشكلة أو موضوع تشعر الجماعة بحماس لمحاولة الخروج منه, ويتم في المناقشة تحديد الجوانب المختلفة للمشكلة, ثم يتم تحليلها, ويشترك في المناقشة جميع أفراد الجماعة محاولين تبادل أكبر قدر من الحقائق والمعلومات خلال وقت محدد, وفي نهايتها يمكن لكل فرد أن يكون قد اكتسب أفكارا جديدة, وحقق تجانسا أفضل داخل الجماعة. (عطية السيد, جمعة سلمى, 2001, ص271).

ويتم في المناقشة الجماعية عرض للجوانب الشخصية والاجتماعية والتربوية والمهنية المتصلة بمشكلة ما, ثم تتدرج المناقشة إلى المشكلات المتشابهة الخاصة بأعضاء الجماعة والمرتبطة بتلك المشكلة. (سعفان إبراهيم, 1997, ص263)

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يهم اختيار القصة كثيرا بقدر ما يهم الديناميات النفسية التي تثيرها في الجماعة العلاجية, والأفضل تخصيص الجزء الأكبر من الوقت للمناقشة والاكتفاء بعرض الموضوع المراد مناقشته في أقل من نصف الزمن المحدد, وينبغي أن يكون المعالج ملما إماما تاما بموضوع الحديث والأفضل أيضا أن تترك الحرية لأفراد الجماعة لتوجيه الأسئلة التي تدور حول الموضوع وغيره من الموضوعات. (عيسوي, 1984, ص227)

2- مبادئ تقنية المناقشة الجماعية: هناك بعض المبادئ يجب مراعاتها في المناقشات الجماعية

حتى تكون فعالة, وهي:

- الإعداد الجيد من حيث الزمان والمكان المناسبين والمناخ الاجتماعي المناسب.
 - الالتزام بمقتضيات أصول المناقشة مثل: عدم التدخل في الحديث, وعدم مقاطعة حديث الآخرين, وألا يستأثر المعالج بالمناقشة, أو يدع أحدا يستأثر بها وحده.
 - التأكيد لأفراد الجماعة بأن الخلاف في الرأي أمر طبيعي ولا يؤثر على العلاقات.
- (زهرا, 2000, ص60).

- المشاركة الاختيارية, بمعنى أن تترك حرية الاختيار للأعضاء للاندماج في عملية المناقشة.
- أن تتم المناقشة في موضوع يهتم به كل المشاركين, وتكون قصيرة ومختصرة.
- المناقشات تكون غير رسمية, بمعنى أن إدارتها تتم بطريقة ذاتية, وعلى المعالج أن يشعر الأعضاء بأن الاجتماع هو اجتماعهم, و أن حرية التعبير مكفولة للجميع.
- يجب أن توجه المناقشات إلى موضوع الجلسة, بحيث يمكن أن تكون محاضرة ألقيت, أو شريط فيديو تمت مشاهدته حول مهارة من المهارات أو مشكلة من المشكلات.
- تحاشي جلسات الاستجواب, فمن غير المرغوب فيه أن يوجه المعالج للأعضاء الأسئلة المتلاحقة التي تتصف بالاستجواب حتى لا يقلق الأعضاء, وتتخذ إجاباتهم صورة جامدة وعقيمة تصاغ لإرضاء المستجوب فحسب, وتفقد المناقشة غرضها الأساسي.
- مشاركة المعالج بطريقة فعالة وبأسلوب غير مباشر, بحيث يكون دوره المسير والمشجع للأعضاء على المشاركة, فهو الذي يثير الأسئلة ويوزعها بصورة متكافئة, ويسمع للأسئلة ويتعاون مع جماعة الأفراد للإجابة عنها, أي يحافظ على المسار الطبيعي والعلاجي للمناقشة.
- التسجيل الوافي لكل ما يدور في المناقشة حتى يمكن استخدامه في مساعدة الأعضاء على النمو والتكيف. (فهيم محمد, 1998, ص274).

- ألا ينهي المعالج المناقشة إلا بعد أن يتأكد من شعور كل الجماعة بالرضا والقناعة.
(أبو زيد ع الحميد, 2001, ص237).

3- خطوات تقنية المناقشة الجماعية: تعتمد طريقة المناقشة على خطوات يجب إتباعها وهي كما يلي:

- السكوت حتى يبدأ بعض أفراد المجموعة بالحديث.
- يقوم المعالج بافتتاح الجلسة العلاجية إذا يبدأ أحد من أعضاء المجموعة بالحديث, حيث يقول: هل من الممكن أن نبدأ في الحديث؟ أو يسأل عن المواضيع التي يرغب أعضاء الجماعة البحث فيها, أو يقول: هل يستطيع أحد منكم البدء بالكلام؟
- يمكن البدء في الكلام من خلال تقديم كل فرد لنفسه مع التحدث قليلا عن حياته.
- في حالة عدم الاستجابة من أي عضو في المجموعة يمكن المعالج أن يتدخل قائلا: في الظاهر أن السكوت يخيم على كل عضو في المجموعة, وأنه من الصعب البدء في الكلام.
(ماهر عمر, 1994 ص226), وهذه الخطوات تمكن المعالج من تسيير المناقشات الجماعية بشكل جيد, وتساعد في توضيح النقاط الغامضة لدى المتعالجين, كما تمكنهم من تبادل الأفكار فيما بينهم والاستفادة من عملية العلاج.

- 4- الآثار العلاجية لتقنية المناقشة الجماعية: لخصت "صفاء الأعسر 1970" نقلا عن (زهرا، 2000 ص 61) الآثار العلاجية للمناقشة الجماعية كالتالي:
- "تحقيق المساندة الانفعالية وتخفيف التوتر الانفعالي عن طريق المشاركة في الخبرات التي تهدف إلى التنفيس والتفريغ الانفعالي والتحرر من أثر الخبرات المؤلمة.
 - تقديم المساندة من خلال التفاعل الاجتماعي لتحقيق الاستبصار والتوافق الاجتماعي.
 - تركيز الانتباه على المشكلات على أنها مشكلات جماعية ومشكلات عامة (بدلا من التركيز عليها كمشكلات فردية وشخصية)، مما يساعد على التخلص من الحساسية التي توجد لدى بعض الأفراد تجاه العلاج الفردي.
 - تقديم الشرح والتعليم والتفسير.
 - تنشيط التفاعل الاجتماعي والتأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة العلاجية، وجعل كل فرد من أفراد الجماعة مصدرا من مصادر العلاج.
 - إتاحة فرص اجتماعية لاكتساب مهارات اجتماعية تفيد في تحقيق التوافق.
 - شعور الأفراد بالأمن والتقبل، وأن المشكلات مشتركة، والتخلص من الشعور بالاختلاف.
 - تشجيع الأفراد على الالتزام والمسايرة بمعيار الصراحة والصدق.
 - تنمية وتأكيد الثقة بالنفس لدى المشاركين، وتحملهم مسؤولية التعلم.
 - تنمية مهارة التنظيم عمليا".
 - تتضمن الأسئلة والإجابات والتعليقات من جانب كل من المعالج والمتعالجين، والتغذية الراجعة ومشاركة أفراد الجماعة. (براون(ت) بغدادي، 1980، ص 53).
- ومن خلال هذه الآثار تبرز أهمية المناقشة الجماعية في تقديم بعض البرامج العلاجية التي تحقق الاستبصار التوافق النفسي وتنمية الثقة بالذات، بالإضافة إلى الشعور بالآخر وبمشكلته.... وفي ضوء ذلك قامت العديد من الدراسات والبحوث باستخدام هذه الطريقة وأثبتت فعاليتها.
- وأخيراً يجب على المعالج أن يعرف الهدف الأساسي من اختيار التقنية المناسبة، فإذا كان الهدف من المحاضرة هو إعطاء المعلومات فإن التركيز يكون على حديث المعالج، أما إذا كان الهدف استثارة الجماعة العلاجية والحصول على تعبيراتهم عن انفعالاتهم فإن التركيز ينبغي أن يكون على المناقشة، ولا نستطيع أن نقول أن المناقشة أفضل من المحاضرة إلا إذا عرفنا الهدف من الجلسة العلاجية، والوضع المثالي أن تكون المحاضرة معدة إعدادا جيدا ومنظمة تنظيما يجذب انتباه الجماعة، أن تلقى بطريقة حسنة، كما ينبغي أن تكون المناقشة أيضا مشجعة ومثيرة لاهتماماتهم، وأن تشركهم إشراكا فعليا في نشاط الجماعة.

III-تقنية لعب الأدوار:

تم تطوير تقنية لعب الدور من تقنية العلاج باللعب التي تستخدم مع الأطفال, على يد مورينو (Moreno) لكي يتلاءم مع الكبار, واستخدم كيرت ليفين (Kert-Levin) أيضا هذا الأسلوب كما استخدمه فريديريك بيرلز (Friedrich W.Perls) في العلاج الجشتالطي. والأساس النظري لهذه الطريقة هو التعلم التلقائي, والتي تعني أن جانبا هاما من عملية التعلم يتم عن طريق الاستجابة النشطة للمتعلم, وبالتالي التخلص من عوائقه وإحباطاته والتعبير عن أفكاره واتجاهاته وخبراته التي لا يعي بها في الغالب وذلك عن طريق قيامه بتمثيل أدوار أشخاص آخرين أو تمثيل أجزاء من أدواره في الحياة.

يرى البعض أن لعب الأدوار إذا استخدم في المجال الاجتماعي أطلق عليه السوسيودراما وإذا استخدم في المواقف ذات الطابع النفسي أطلق عليه السيكودراما, ويرى البعض الآخر ضرورة التفرقة بين لعب الأدوار وكلا من السيكودراما والسوسيودراما, ففي لعب الأدوار يُعطى للأشخاص أمثلة أو نماذج أو أدوار لكي يتعلموها ويكرروها, أما في السيكودراما والسوسيودراما فالتركيز لا يكون على تكرار وتعلم دور معين وإنما على خلق التلقائية وتنمية القدرة على اتخاذ القرار. (سغان, 2006, ص171)

ومهما اختلفت وجهات النظر فالمهم هو التخلص من القلق وحل الصراع اكتشاف بعض النواقص والأخطاء التي يمكن تداركها. وسيتم الآن عرض بعض أشكال لعب الأدوار:

1- التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما):

التمثيل النفسي المسرحي هو عبارة عن تصوير تمثيلي لمشكلات نفسية على شكل تعبير حر في موقف جماعي, يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي. ورائد هذا الأسلوب هو « مورينو » (Morino) الذي يرى أن أهم ما في التمثيل النفسي المسرحي هو حرية السلوك لدى الممثلين وتلقائيتهم حين يعبرون عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم وإحباطاتهم, مما يؤدي في النهاية إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الجماعية (سري, 2000, ص136), وبالنسبة لمؤسس هذه الطريقة « مورينو » فإن البسيكودراما هي: "العلم الذي يستشف الحقيقة الإنسانية من خلال استخدامه لطرق دراماتيكية" والطرق الدراماتيكية التي يعينها مورينو هي لعبة التمثيل على المسرح التي تعتبر أساس البسيكودراما, فاللعبة المسرحية العلاجية تتيح للمعالج اكتشاف الدلالات العميقة لمختلف المظاهر السلوكية التي يبديها الأفراد على المسرح العلاجي, وتتلخص البسيكودراما بالطلب من الأفراد بأن يقوموا بدور الممثلين على المسرح, وذلك بإعطائهم فكرة التمثيلية (وليس النص) بحيث

يتصرف كل مريض أو فرد على طريقته الخاصة (النابلسي أحمد، 1991، ص182)، وبعد التمثيل تبدأ مناقشة أحداث التمثيلية النفسية والتعليق عليها ونقدها واستعراض ما يمكن استنتاجه، ويشترك في المناقشة المعالج والأفراد. (سري، 2000، ص137)

2- التمثيل الاجتماعي المسرحي (السوسودراما):

يعتبر التمثيل الاجتماعي المسرحي توأماً للتمثيل النفسي المسرحي وهو يتناول المشكلات الاجتماعية المجتمعية.

ومن أشهر أساليب التمثيل النفسي المسرحي والعلاج النفسي المسرحي أسلوب قلب الأدوار حيث يقوم أحد الأعضاء بدور المعلم مثلاً ومعه عضو آخر يقوم بدور التلميذ، وعندما يتصاعد أدائهما التلقائي ويندمجان، يطلب المعالج منهما قلب الأدوار-أي يقوم المعلم بدور التلميذ، والتلميذ بدور المعلم- للتعرف على درجة التصلب والمرونة، وذلك بجانب التعرف على واقع السلوك الانفعالي ومشكلات الفرد التي يمكن أن يعيشها في الأدوار واستجاباته التلقائية. (سري، 2000، ص138).

3- الكرسي الفارغ:

تهدف هذه الطريقة إلى تسهيل حوار أخذ الدور بين العميل وآخرين وبين أجزاء شخصيته وعادة ما يستخدم في موقف جماعي حيث يوضع كرسيان يواجه كل منهما الآخر فيمثل إحداهما العميل أو يمثل أحد مظاهر شخصيته(على سبيل المثال المظهر المتسلط القوي أو المتجبر) ويمثل الكرسي الآخر شخصاً آخر أو المظهر المعارض للمظهر الأول من مظاهر الشخصية (على سبيل المثال المظهر الضعيف الخانع أو المراوغ)، ويقوم العميل بتمثيل الدورين بالتبادل والانتقال من أحد الكرسيين إلى الآخر.

يقوم المعالج بإعطاء تعليماته للعميل محددًا وقت انتقاله من كرسي إلى آخر، أو يقترح عليه بعض الجمل ليقولها أو يوجه انتباهه إلى ما قاله أو يكرر بعض الكلمات أو الأعمال وخلال الحوار قد تظهر الانفعالات والصراعات ويصل العميل إلى المأزق، وبهذه الطريقة يتحقق الوعي ويتحقق التكامل، ويستخدم تكنيك الكرسي الفارغ أو الخالي في موقف جماعي حيث يعمل المعالج مع عضو من الجماعة على أساس واحد بعد واحد. (سغفان، 2006، ص176)

IV-العلاج عن طريق التدريب على التفكير واتخاذ القرارات:

هناك بعض المعالجين يستهدفون تدريب الفرد أو المريض على التفكير في حل المشكلات واتخاذ القرارات، والتفكير الإنتاجي، والاشتراك الإيجابي في خلق القيم الاجتماعية، مع الاهتمام بادراك الفرد، وحديثه، وسلوكه على أساس التغذية الراجعة التي يحصل عليها من جراء سلوكه. وفي هذا العلاج يشترك الأعضاء سويًا في خبراتهم ومشكلاتهم وفي وضع خطط للتعامل معها، أو وضع

خطط بديلة والتفكير في الاحتمالات المتوقعة, وإذا نفذ العميل أو الفرد خطة ما, كان عليه أن يقرر للجماعة ما حدث بعد تنفيذها, وهنا تقارن الجماعة بين ما توقعوه وبين ما تم فعله, كما يقارنون بين توقعات الأفراد المختلفة وتقويمهم للموقف ونتائجه.

كما ينبغي أن نؤكد هنا, أنه كما توجد الحاجة إلى التغييرات الداخلية, فإن هناك الحاجة إلى حدوث تغييرات خارجية والتي تحتاج إلى العلاج الاجتماعي للمجتمع, ولذلك ينبغي على الممارس لهذا النوع من العلاج الإلمام بالنظام الاجتماعي الذي يعيش في كنفه الفرد, مع معرفة المفاهيم الخاصة بالعلاقات الإنسانية وديناميات الجماعة. (عيسوي, 1984, ص237)

V- العلاج الأسري:

يستخدم العلاج النفسي الجماعي في علاج الأسرة بكاملها كوحدة, عندما تتشابك مشكلات أفرادها, أو بعض أعضائها الذين تتعلق بهم المشكلات كالأب والابن أو الأخ والأخت.... إلى غير ذلك. ويعتمد هذا النوع العلاجي على أهمية الأسرة كوحدة بالنسبة لنمو الشخصية والتوافق النفسي لدى الفرد, وكذلك يقوم على أساس أن الأسرة المضطربة تعتبر تربة حقيقية لنمو الاضطرابات النفسية لدى عضو أو أكثر من أعضائها, وأن الطفل المضطرب ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة. (ميخائيل إبراهيم, 1991, ص323)

والعلاج النفسي العائلي يوجه جهوده نحو تعديل الأنظمة النفسية الوظيفية داخل العائلة وذلك بهدف تحسين إمكانيات وأساليب الاتصال بين أفرادها, وعن طريق تحديده لصعوبات الاتصال العائلي, يستطيع المعالج أن يحدد تشخيصه والوسائل التي يراها مناسبة في عملية العلاج التي تهدف إلى تعديل وتصحيح الأنماط العلائقية الخاطئة بين أفراد الأسرة وخاصة بين المريض وبين بقية أهله.

هذا وهناك حالات لا ينصح فيها باللجوء إلى العلاج الأسري, ومن هذه الحالات وصول الأسرة إلى درجة من الاضطراب الذي يهدد بانتهيارها, ومنها أيضا اشتغالها على حالات مرضى الهذاء أو السيكوباتية, أو الإجرام, وحالات الخيانات الزوجية. (زهران, 2005, ص300).

VI- العلاج النفسي الجماعي المتمركز حول الجماعة:

يطبق هذا النوع نظريات العلاج الفردي المتمركز حول العميل على الجماعة, ومن رواد هذا الأسلوب "هوبز" (Hobbs:1951), ومن الفروق الهامة بينهما, هو أن موقف الجماعة يجسد فعالية التفاعل الاجتماعي والعلاقات الإنسانية ويتيح فرصة مباشرة لاكتشاف طرق جديدة وأكثر فعالية للتعامل مع الناس عن قرب, حيث يتعلم الفرد الأخذ والعطاء والمساندة الانفعالية, وتقديم المساعدة وتلقيها, أي أنه يقوم على أساس الاعتقاد بأن الفرد يحتاج إلى الشعور بأن الجماعة تقبله

فيشعر بالقبول من قبل الجماعة ومن قبل المعالج, والغالب أن يجري المعالج مقابلة فردية للشخص الذي يرغب الانضمام إلى الجماعة فيشرح له كيفية عملها-عمل الجماعة- ويتيح له فرصة الانضمام أو عدمه ويؤدي ذلك إلى الشعور المتبادل بالأمن.(عيسوي,1984,ص250)

وفي هذا الأسلوب لا يعد المعالج مادة معينة مسبقا للمناقشة, ولكن الجماعة حرة في مناقشة ما يهمها من مواضيع, وأهم نشاط للمعالج هو تقبل مشاعر أعضاء الجماعة وإيضاح تلك المشاعر والتوجيه غير المباشر للتفاعل الجماعي.(زهران,2005,ص206).

VII- النادي العلاجي:

ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تتيح فرصة العلاج النفسي الجماعي القائم على نشاط العملاء العملي والترفيهي والاجتماعي بصفة عامة, وكثيرا ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي, مثل كرة الطائرة أو السباحة أو نشاط فني مثل الموسيقى والغناء أو الرقص, ويلاحظ أن في أنواع النشاط المتعددة يمكن أن يتم اختيار ما يلائم حالة العميل أو الجماعة ككل, ومثال ذلك اللجوء إلى نشاط رياضي كالملاكمة في حالة الرغبة في تفرغ النزعات العدوانية.(العناني حنان,2000,ص91).

ويحدد "سلافسون"(Slavson:1947) حسب(زهران,2005,ص298) ملامح العملية العلاجية هنا, أن نشاط العملاء يحل محل الكلام, ويلاحظ أن العملاء الذين ينجح معهم هذا الأسلوب العلاجي هم أولئك الذين يحتاجون إلى تكوين علاقات شخصية بناءة مع رفاقهم, ومع الذين يحتاجون إلى خبرات جماعية بناءة, ومع الذين يعانون من الرفض في أسرهم, وفي المدرسة, أو في المجتمع بصفة عامة..

عاشرا: تقييم العلاج النفسي الجماعي:

I- مزايا العلاج النفسي الجماعي:

إن العلاج النفسي الجماعي يتميز كأسلوب علاجي نفسي بالعديد من المميزات التي تساعد المعالج على إتمام العملية العلاجية بنجاح, ومن هذه المميزات:

- 1- يؤدي إلى اقتصاد كبير في الوقت والجهد والتكلفة, حيث يستطيع المعالج النفسي معالجة ومساعدة أكثر من فرد في وقت واحد.
- 2- يقلل من تمركز الفرد حول ذاته, وتقوى لديه تقديره لذاته والثقة بنفسه.

3- توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد جماعة العلاج, وتبادل الآراء, حيث يتأكد المريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية, وهذا يقلل من شعوره بالعزلة والألم.(ع الستار إبراهيم, 1994,ص306)

4- يعطي أعضاء الجماعة كل منهم في الآخر قدرًا كبيرًا من التشجيع والمساندة.(الطواب محمود, 2008,ص369).

5- تعدد أساليبه وتنوعها, مع إمكان التدريب عليها بدرجة أسهل من غيرها نسبيًا.

6- تحسين التفاعل الاجتماعي ونمو العلاقات والاتجاهات الاجتماعية.

7- إحداث تغيير في الشخصية والسلوك, وإتاحة فرصة خبرات مكثفة وتحسين الاستبصار.(سري, 2000,ص146).

8- له أثر تنفيسي ذو قيمة كبيرة, إذ فيه مجال لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة دون أي نقد, وهو يمد الأفراد بالسند الانفعالي المطلوب في العلاج النفسي عن طريق العلاقات الجماعية.

9- يقلل مشاعر القلق والشعور بالذنب, ويجعل الفرد يميل إلى التسامح اتجاه الخبرات الاجتماعية المحبطة.(زهران, 2005,ص308).

II- عيوب العلاج النفسي الجماعي: ومن عيوبه ما يلي:

1- قد تكون التغييرات السلوكية التي تحدث قصيرة الأمد وغير دائمة, وقد يحدث لدى البعض انتكاس.

2- قد يندمج الفرد بعمق في الكشف عن ذاته ثم يترك بمشكلاته غير محلولة.

3- قد يستفيد أحد المرضى أو الأفراد دون الآخرين مما يحدث مشكلات خاصة في عملية التوافق النفسي.

4- قد يتحمس بعض الأعضاء للطريقة ويستمرون في الاشتراك في حلقات عمل جديدة, وقد يحترفون حضور جلسات العلاج الجماعي.(سري, 2000,ص146).

5- أنه قد يحدث نوع من التوافق والتكيف لدى الفرد ولكنه لا يحدث تغييرات جذرية في شخصية الفرد.(زهران, 1994,ص309).

6- عدم مناسبة مواعيد الجلسة العلاجية بالنسبة للجماعة.(ع الستار إبراهيم, 1994,ص309)

خلاصة الفصل:

يتضح لنا من خلال ما ورد في هذا الفصل بأن العلاج النفسي الجماعي تقنية علاجية مناسبة للعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية, التي تنعكس سلبا على علاقتهم بالآخرين وبذواتهم, كما أنها تؤثر على صحتهم الجسمية, والحال نفسه بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من ضغوطات نفسية شديدة, هذه الأخيرة تؤثر بدرجة كبيرة عليهم وعلى الجانب الجسدي.

كما أن هذا النوع من العلاج يساعد أعضاء الجماعة العلاجية على التماسك والتعاون فيما بينهم, من أجل الوصول إلى حلول منطقية للتخفيف من هذه الضغوط النفسية ولذا فإن تفعيل دور الأفراد داخل الجماعة يزيد من تقوية العلاقات الإنسانية, وبالتالي إحداث تغييرات في نظرة الفرد نحو ذاته وكيفية تعامله مع الآخرين.

في نفس الوقت هناك بعض التحفظات-من قبل المعالجين النفسيين- لاستعمال طريقة العلاج النفسي الجماعي لوحدها, نظرا لاعتقادهم بأن التفاعلات التي تحدث في الجماعة أثناء العلاج الجماعي هي عبارة عن تفاعلات ظاهرية لا تصلح أن تستخدم إذا كانت الصراعات راسخة الجذور, ولهذا يفضل الاستعانة بتقنية الاسترخاء التي لها فوائد نفسية وجسدية في التخفيف من الضغوط وحل الصراعات الداخلية, وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل القادم.

الفصل الرابع

الاسترخاء

تمهيد

أولاً: لمحة تاريخية عن الاسترخاء.

ثانياً: تعريف الاسترخاء.

ثالثاً: مبادئ الاسترخاء العامة.

رابعاً: إجراءات العلاج بالاسترخاء.

1- الإطار المادي للفحص.

2- المعالج.

3- المفحوص.

خامساً: أهداف الاسترخاء.

سادساً: فوائد الاسترخاء.

1- فوائد جسدية.

2- فوائد نفسية.

سابعاً: التفسير الفيزيولوجي والسيكولوجي للاسترخاء.

1- التفسير الفيزيولوجي.

2- التفسير السيكولوجي.

ثامناً: أنواع الأساليب الاسترخائية.

1- الاسترخاء التدريجي لجاكوبسون "JACOBSON"

2- الاسترخاء الذاتي لشولتز "SHUTZ"

3- تقنية السفرولوجيا "SOPHROLOGIE"

4- الاسترخاء المتعدد المحاور لبالمير "PALMER"

5- الاسترخاء النفسي العضلي "AJURIAGURA"

6- الاسترخاء النفسي لـ "MICHEL SAPIR"

ملخص الفصل.

الفصل الرابع: الاسترخاء

تمهيد:

يعتبر الاسترخاء من الطرق الأكثر استعمالاً في العلاج النفسي في عصرنا الحالي فتمثل فكرته في إحداث إستراتيجية نفسية-جسدية من خلال الشد والارتخاء العضلي وعملية التنفس وللإسترخاء أهمية كبيرة في حياة الفرد وفي استقراره النفسي، فهو إضافة إلى كونه وسيلة علاجية يعتبر أيضاً وسيلة تربية وإعادة تربية، خاصة عندما يتعرض الفرد لكثير من الضغوط وفي فترات قريبة، فإن إصابته بالاضطراب تكون أكثر احتمالاً، وبما أن القابلة تتعرض لكثير من الضغوط النفسية في مكان عملها فيعتبر الاسترخاء الوسيلة المناسبة لتخفيف من هذه الضغوط حيث تركز طرق الاسترخاء على ضبط التوتر العضلي وتخفيفه من أجل خلق توازن ذهني للقابلة للوصول للراحة النفسية لها، كما تساعدها هذه التقنية في التحكم وتوجيه استثارته الانفعالية من خلال عملية التدريب، فهي تحتل مكانة رفيعة بين التقنيات النفسية العلاجية التي تركز على تحسين مستويات اليقظة والتركيز وتنشيط الذاكرة، وتنمية مهارات الابتكار،... الخ، لإعادة شحن الأرواح والأبدان لتعويض ما نفقده يوميا من صخب الحياة.

أولاً : لمحة تاريخية عن الاسترخاء:

يستخدم الاسترخاء في الطب و العلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة، وتاريخ الدراسات العلمية ترجعها إلى الفترة المتميزة بالتنويم المغناطيسي تقريبا عندما بدأ فرويد (Freud) في التخلي عن التنويم المغناطيسي لأن المرضى يظهرون مقاومة اتجاهه، فلجأ إلى استعمال الاختبارات الإسقاطية وتقنيات إزالة التركيز كتقنية التداعي الحر كطريقة تحليلية. (بن عي، 2009، ص 173)

أما "شاركو" (G.M.CHARCOT.1987.Paris) فكان اتجاهه عكس فرويد "Freud" حيث ربط التنويم المغناطيسي بالهستيريا وكذلك "بيرنهام بيناسي" (BERNHEIM) بمدرسة نانسي "NANCY" الذي اعتبر التنويم المغناطيسي كظاهرة عامة لمعظم الأفراد وقريبة من الإيحاء وأظهر استعمالها كطريقة علاجية، لكن سرعان ما تم الكشف عن حدود التنويم المغناطيسي من قبل النفسانيين العلاجين.

قبل ذلك وفي "1900" تكلم "فاق" (VAGT) عن التنويم الذاتي بأنه طريقة تستعمل للإسترخاء عندما يكون الفرد في حالة نوبة نفسية، ثم طور هذه الطريقة تلميذه "شولتز" (SHULTZ 1908)

تحت اسم "التدريب الذاتي" التي تستدعي الإيحاء الذاتي للوصول إلى حالة من الارتخاء العضلي، فهي تقنية إرادية للتنويم المغنطيسي الذاتي.

من 1910 إلى 1930 حدد "SHULTZ" طريقته، كما بين التغييرات الإدراكية والفكرية التي تحدثها، علاقتها وتأثيرها على النوم، بالإضافة إلى درجات النكوص التي تحدثها فكانت لهذه الطريقة الأثر الكبير على طريقة "كريتشمير" (KRETSCHMER)، كما استوحى من أعماله العديد من العلماء منهم "بوزنغن" (BOUSINGEN)، "ستولوفين" (STOLEVIS)، "فيتوز" (GUITOZ) وترتكز هذه الأعمال على العلاقة الموجودة بين التغييرات العضلية الانفعالية والعاطفية. (Julien et Coll;p373)

أما في الثلاثينيات فقد طور الطبيب النفساني "جاكبسون" (Jacobson) الجانب الفيزيولوجي للاسترخاء وأبدى اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة (ع الستار إبراهيم، 1983، ص 88)، وهذا من خلال دراسة الآثار الالكتروغرافية المسجلة أثناء الحركات والاضطرابات الملاحظة الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية. (Julien et Coll;p374) وفي كتابه المشهور بعنوان "الاسترخاء التصاعدي" قرر استخدام هذه الطريقة التي تؤدي إلى فوائد علاجية بين المرضى بالقلق فهي تهدف إلى الراحة النفسية من خلال نزع الضغط العضلي ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيف القلق وتطوير الصحة النفسية. كما أن لهذه الطريقة الأثر الكبير في الولايات المتحدة فأصبحوا يستخدمون أساليبها بالإضافة إلى أساليب أخرى قاموا بتطويرها للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي "جوزيف ولب" (Joseph Wolp) نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاءً عميقاً. (ع الستار إبراهيم، 1983، ص 88)

كما أن "أجورياقيرا" (J.de Ajuriaguerra) اهتم بالاسترخاء، فقد كان له تكوين عصبي وأخذ بعين الاعتبار العوامل المتعلقة بالمراقبة الارتخائية العضلية والصراعات العاطفية التي تؤثر فيه. فكان متأثراً بالمصطلحات التحليلية وبين بان الاسترخاء يساعد في العلاج النفسي، وفي التفريغ والتعبير عن المعاش الجسدي فيساعد في العلاقة التحويلية بين المريض والمعالج ومن ثمة التعليم على الارتخاء العضلي.

بعدها تأثر العديد من المعالجين الفرنسيين بالاسترخاء من بينهم "م. سايبير" (Michel Sapir) و"ريفرشون" (Reverchon) حيث بين أهمية بعض المفاهيم التحليلية في التأثير على

الاسترخاء منها: العوامل التحليلية، التصورات الاوڤيبيية، النكوص، والاستهجمات الأولية البدائية.

(Julien et Cobll;p394)

لقد كان لهذه الأعمال الفضل في وضع تقنيات إعادة التربية النفسية- العضلية وتطوير التقنيات الحديثة للاسترخاء.

ثانيا: تعريف الاسترخاء:

- عرفه (الخولي، 1986،ص372) "في الموسوعة المختصرة لعلم النفس: "هو الراحة الجسمية والذهنية وإرخاء وزوال توترها مع تمديد الجسم أو استلقائه وهو انبساط العضلات ونقص توترها أو زواله وهو عكس الانقباض، وفي الحالات العادية لا يكون الاسترخاء كاملا إذ تحتفظ العضلات الهيكلية في أثناء انبساطها بدرجة بسيطة من التوتر".

- أما (الرشدي، 1999، ص162) فقال:"يعد الاسترخاء طريقة نفسية جسمية مصمم لتقليل مستويات العضلات وعضلات الاضطرابات المرتبطة بها، وهو ضروري لهؤلاء الأشخاص الذين يرغبون في التغلب على الضغوط النفسية حتى يسهل معرفة الأحاسيس التي تصاحبه".

- كما أشار(ع الستار إبراهيم،1983،ص89) إلى أن الاسترخاء يعني: "التوافق الكامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر".

- حسب (بوزنقن"RD",1980,P 124 Bousingen): "تعد تقنيات الاسترخاء ملتي علم النفس الفزيولوجي عند الإنسان، وهذا بفضل تداخلها على الجسم من خلال استعمالها للتفاعلات العضوية بمساعدة أساليب نفسية خاصة بها".

- أما (Rovet,1975;p 70) فقد عرفه بأنه: "وضع مميز وخاص من اللاوعي وأثناء تطبيقه يكون نشاط العمليات الكبرى بطئ والعضلات مسترخية، أما النشاط الدماغي فيكون منخفضا جدا لكن بدون فقدان القدرة على الضبط الإرادي، وفي هذه الوضعية يكون حقل الشعور في أدناه، والجسم ثابتا والذهن فارغا من كل الأفكار، فيجد الشخص نفسه منغمرا في جو هادئ وساكن".

- ويعرفه (شمعون العربي،1999، ص168) الاسترخاء: "بأنه انسحاب مؤقت ومتعمد من النشاط، يسمح بإعادة الشحن والاستفادة الكاملة من الطاقات البدنية والعقلية والانفعالية ويتميز الاسترخاء بغياب النشاط والتوتر، وهو فترة من السكون وإغفال الحواس ويحدث الاسترخاء والتوتر في درجات من التواصل، مع التدريب يمكن التعرف على أي نقطة في هذا التواصل صحيحة، وأي نقطة خاطئة وتوقيت حدوث ذلك. وأفضل حالة استرخاء يمكن للفرد الوصول إليها تسمى: مستوى صفر الاستثارة وهناك اختلافات بين الأفراد في هذه الحالة".

انطلاقاً من هذه التعاريف يتضح لنا أن الخوالي "يركز على انبساط العضلات ونقص توترها أو زوالها لحدوث الاسترخاء، وقد أيدته الراشدي في ذلك للتغلب على الضغوط النفسية وكذلك إبراهيم، أما شمعون فقد أضاف أن نتيجة ما سبق ذكره هو إعادة الشحن والاستفادة الكاملة من هذه الطاقات، ويتم ذلك دون فقدان القدرة على الضبط الإرادي (حقل الشعور) حسب Rovet أما بوزنقن فقد أكد أن تقنية الاسترخاء تسمح للوصول إلى التحكم في التوتر عن طريق التفاعلات العضوية والنفسية."

وأخيراً يمكننا القول أن الاسترخاء يندرج ضمن المهارات النفسية التي تساعد في تعديل السلوك، وهذه التقنية تسمح للوصول إلى التحكم في القدرات النفسية عن طريق المرور بالضبط الجسدي فهو يساعد على تنمية القدرة على التركيز، الحشد السريع للطاقة من خلال إثارة اليقظة والتنشيط، مما يسهل في التحكم في التوتر والتسيير الأمثل للحياة الانفعالية والقلق.

ثالثاً: مبادئ الاسترخاء العامة:

إذا أردنا أن نطبق جلسات التدريب على الاسترخاء بشكل دقيق وعملي مضبوط لابد من مراعاة عدة شروط تمهيدية، على المعالج أن يتحلى بها ضماناً لأداءات جيدة، فعالة وميسرة للحصول على حالة من الاسترخاء العضلي والممتدة لفترات طويلة، ومن هذه الشروط:

- 1- **الكلمات والتعابير:** يجب أن تكون موحية بالاسترخاء والدفء وتجعله تلقائياً.
- 2- **الوقت:** هناك أفراد يتعلمون الاسترخاء بسرعة وبعد تدريب قليل، ولتحقيق مثل هذه الاستجابة الاسترخائية التعليمية السريعة يتعين على المعالج أن يفرض تعلم الاسترخاء ببطء وبايقاع في بداية التعليم التدريبي مع وقفات لجعل الخبرة الذاتية تكاملية.
- 3- **مراعاة الفروق الفردية:** علينا مراعاة الفروق الفردية في فهم تقنية الاسترخاء وتفسير هذه الخبرة وأهدافها وفوائدها وأيضاً في الإحساسات التي قد يشعر بها المريض عندما يتقنون الاسترخاء. (مختار ممدوح، 2001، ص41)

4- **البعد عن السلبية:** الانتباه إلى خصوصية كل فرد، فالجمل التي يمكن أن تكون بالنسبة لنا سارة، قد تجعل المفحوص يتفاعل ويضطرب. فهناك من التخيلات التي لا يحبها المفحوص، ولا يشعر بالهدوء، أو السرور إذا ما تخيلها لذا يجب معرفة رأي المفحوص مقدماً ما إذا كان يفضل صوراً معينة يتخيلها، وأخرى تزعجه فنقتادها.

5- **إدراك علامة التوتر:** يتعين على المعالج ملاحظة علامات التوتر، والاسترخاء السعال والتنفس غير منتظم و التشنج العضلي، غالباً ما تدل على عدم نجاعة الأسلوب أو التقنية المستعملة.

6- الحصول على المفعول الارتجاعي: نتحصل عليه في نهاية كل جلسة علاجية فنتكلم مع

المفحوص عن مشاعره وردود أفعاله، والمقاومات النفسية التي ظهرت خلال الجلسة، ووفقا لهذا المفعول الارتجاعي يمكن أن نستمر أو نتوقف وتغير التقنية أو الأسلوب المستعمل.

7- تنبيه المفحوص إلى أهمية بقائه يقظا وواعيا أثناء الاسترخاء: خلال تدريب المفحوص على

الاسترخاء، ينبغي على المعالج أن يرخم صوته من وقت إلى آخر ليكون موحيا بالهدوء والاسترخاء، وان يترك الوقت الكافي للمريض ليستوعب التعليمات المعطاة له لينفذها. ويجب أن يبقى واعيا لان النوم خلال الاسترخاء يعتبر تجنباً له وهنا يجب شرح الفرق بين النوم

والاسترخاء. (الحجار محمد، 1990، ص185)

8- تطوير الذات: يجب تذكير المفحوص أن ما يتعلمه وينفذه تقنية واحدة، وعليه ألا ينظر إليه

على انه والوسيلة الوحيدة التي لا يوجد غيرها، ومن خلال ممارسة التدريب الاسترخائي يمكن للمفحوص أن يخترع المقولات الإيحائية ويضعها لنفسه، كما يجب أن يعلم أن ما يتدرب عليه ليس من اجل المعالج بل لذاته ولنفسه. وأن كل تدريب من شأنه تعليم ذاته سرعة الاسترخاء وتعمقها، وإذا اتضح له أن نوعا معيناً من الاسترخاء لم يكن نافعا أو محققا للهدف، حينئذ يتعين على المعالج تغييره إلى أنواع أخرى. (عيسوي، 1997، ص154)

9- الوقت والمكان: يجب:

- ألا يمارس المفحوص أعماله البيئية (المنزلية) الاسترخائية بعد الاستيقاظ مباشرة، ولا قبل النوم مباشرة.

- أن تمارس في مكان يدل على الهدوء والراحة، في مقعد مريح، وليس على سرير إلا في حالات القلق.

10- نقل التدريب: يجب على المعالج تشجيع المفحوص، على نقل تعلمه للاسترخاء ليطبقه في

حياته اليومية وفي تعامله مع المؤثرات الاجتماعية والبيئية التي تعترض نشاطاته الحياتية.

- أن ينصح المعالج المفحوص أن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة الحالية (عملية الاسترخاء) وذلك لتعميق الإحساس بها.

- يوضح المعالج للمفحوص أن الاستماع وتنفيذ التعليمات بدقة متناهية يساعد على زيادة قدرته على الاسترخاء. (مختار مدوح، 2001، ص43)

رابعا: إجراءات العلاج بالاسترخاء:

1- الإطار المادي للفحص: هناك بعض العوامل المادية التي تؤثر إلى حد كبير في فشل أو نجاح

العملية العلاجية منها مايلي:

● **الغرفة:** من الأفضل أن تكون هادئة، ساكنة، تبعث على الراحة والهدوء ولا تحتوي على مثيرات تجلب انتباه المريض مما يعرقل سيرورة الاسترخاء، كما تكون بعيدة عن مصادر الإزعاج والمقاطعة أو مثيرات تعيق استرسال الاسترخاء.

● **الإضاءة:** لا يجب أن تكون قوية بل يجب أن تكون متوسطة.

● **التهوية:** من الأفضل أن تكون الغرفة ذات حرارة معتدلة وتتوفر على تهوية.

(الرشيدي، 1999، ص160)

● **ملابس المفحوص:** التركيز على أن الملابس واسعة، مريحة، جافة وتفادي الملابس المبللة بالعرق كما يجب التخلص كل ما قد يعوق الإحساس بالاسترخاء في بعض مناطق الجسم كالساعات، الأحزمة، الأحذية... الخ

● **المسافة:** مراعاة المسافة بين المفحوصين في حالة التدريب الجماعي على الاسترخاء على ألا تقل عن متر واحد تقريبا بين مفحوص وآخر.

● **التأكد على المواصفات التالية في وضع الرقود على الظهر:**

- ملامسة منتصف الرأس للأرض بحيث يكون النظر مستقيما إلى أعلى.

- تساوي ضغط الكتفان إلى أسفل وكذلك الفخذان والساقان والكعبان.

- الرقود بشكل مستقيم بحيث يكون توزيع أجزاء الجسم على الجانبين متساويا والعمود الفقري في وضعه الطبيعي.

- الفخذان والساقان متقاربان ومتلاصقان، ومد الذراع جانبا والكفان موجهان للأعلى.

● **النهوض:** يفضل عدم الاستيقاظ المفاجئ لان المفحوص يكون في حالة من الاسترخاء ويشعر

بثقل وزن الجسم، لذلك يجب التدرج في طريقة الاستيقاظ، بالتنفس العميق وتحريك بعض أجزاء

الجسم كالقدمين، الذراعين... الخ حتى يشعر بالاستيقاظ الجسم. (شمعون العربي، 1999، ص179)

2- المعالج: من أهم شروطه:

- تتوفر فيه شروط المعالج النفسي، هدوء، صوت رخيم وأسلوب جميل يساعد على التأثير في أفكار المسترخي.

- إعطاء فكرة مسبقة للمفحوص حول طبيعة الاسترخاء وشرح الهدف من التدريب عليها حتى يساهم ذلك في مزيد من الواقعية لاستخدام هذا الأسلوب والاقتران بدور الاسترخاء في تطوير مستوى الأداء.

كما يجب توضيح أهميتها، استخداماتها، فوائدها، ومجموعة التدريبات المستخدمة والإجراءات المتبعة، وكذلك العمليات المستخدمة كتفسير طريقة الانقباض والانبساط في الاسترخاء.

3- المفحوص: من أهم الشروط الواجب توفرها فيه:

- الرغبة في الاسترخاء، ومحاولة مساعدة المعالج في إنجاح تطبيق الاسترخاء، وبالتالي الوصول إلى نتائج ايجابية في خفض التوتر.
- توفر درجة من التركيز النفسي الداخلي.
- سليم من الأمراض العقلية.
- الهدوء الجسدي والامتناع عن الحركة. (نحوي، 2010، ص72)

خامسا: أهداف الاسترخاء:

تبين في السنوات الأخيرة أن للاسترخاء أثرا فعالا في علاج الاضطرابات النفسية عامة والسيكوسوماتية خاصة، وأهم الأهداف التي يسعى الاسترخاء إلى تحقيقها هي:

- 1- التعود التدريجي على المواقف المثيرة للقلق، خاصة إذا ما استعمل مع أسلوب التطبيق التدريجي وهو أسلوب من أساليب العلاج الذاتي.
- 2- يستخدم لتغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسة في إثارة الاضطرابات الانفعالية، ويمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية ومنطقية فعندما يستخدم الاسترخاء مثلا في علاج حالات القلق، المخاوف، توهم المرض من شأنه أن يمنح الشخص بصيرة عقلية وواقعية بطبيعة قلقه، فالقلق الذي كان يعتقد المريض بأن أسبابه فيزيولوجية- عضوية، يصبح شيئا يمكن ضبطه والتحكم فيه ذاتيا. (عيسوي، 1997، ص155)
- 3- إدراك الفرد لجسمه وإحساساته وذلك بجعل الانسجام بين الفكر والجسم وجعلهما يعملان في تناسق وانسجام.
- 4- تحقيق التوازن الداخلي.
- 5- التخفيف من شدة الإرهاق الخارجي والكفاح الداخلي للنفس.
- 6- تطوير التحكم في الذات.
- 7- تحسين قدراته العقلية (الذاكرة، التركيز، الخيال). (أبو عوض سليم، 2007، ص12)
- 8- مساعدة الفرد على التمييز (وبوضوح) بين حالة التوتر العضلي وحالة الاسترخاء، مع ما يرافق الأولى من إحساسات مزعجة، والثانية من إحساسات سارة بالراحة، الأمر الذي يدفعه تلقائيا للتدرب على الاسترخاء.
- 9- تحقيق القدرة على ممارسة التحكم الإرادي المسؤول عن إزالة التوتر وعن الاسترخاء. (نصار كريستين، 1998، ص97)

سادسا: فوائد الاسترخاء:

1- فوائد جسدية: وتتمثل في:

- إزالة التشنجات والآلام العضلية.
- نقل الانعكاسات العضلية وتعميمها على العضلات الداخلية.
- إزالة تشنجات: المسالك البولية، عضلات البطن، والأطراف، الفخذين.
- الوعي بالفروق الجوهرية ما بين الاسترخاء والانقباض أو التوتر العضلي.
- انخفاض الضغط الدموي.
- انخفاض الإيقاع التنفسي.
- انخفاض التوتر القلبي ومعدل ضربات القلب أثناء الحصة.
- انخفاض استهلاك الأوكسجين.
- انخفاض الأمواج المخية وإحداث توافق أكبر لها للبلوغ إلى إيقاع "ALPHA".
- تأخير ظهور التعب والقدرة على العمل لساعات أطول. (Lhopiteau .C,2006,p50)

2- فوائد نفسية:

- تطوير الثقة بالنفس من خلال ضبط الذات والتوازن الروحي.
- الإسهام في خفض مستويات الضغط والقلق والوصول إلى مستويات عالية من الشعور بالراحة النفسية والهدوء والأمان. (علاوي محمد، 2002، ص217)
- زيادة الأداء التحصيلي والتحكم في العمل وعدم التأثر بالضغط العصبي.
- تطوير الانتباه والتركيز وخفض السلوك السلبي. (بن عي، 2009، ص180)
- من هنا يمكننا استخلص أهمية وفوائد الاسترخاء إلى مايلي:
- يعتبر الاسترخاء مؤشرا وقائيا لحماية أعضاء الجسم من الإجهاد الزائد، وخاصة أعضاء أو أجهزة الجسم الأكثر تهيؤا لحدوث أمراض التوتر .
- يعتبر الاسترخاء مدخلا علاجيا حيث يفيد في التخلص أو التخفيف من حدة التوتر في حالات مثل: الصداع النصفي، الأرق وعدم استطاعة النوم الهادئ، القرحة، المشكلات الجنسية، التشنج القولوني، دقات القلب غير المنتظمة... الخ
- يعتبر الاسترخاء مهارة مفيدة لمواجهة الضغوط والتغلب عليها بما يسمح بتحقيق الصفاء الذهني، والتفكير الفاعل...، فكما هو معروف أن التوتر الزائد قد يعوق العمليات العقلية بينما الاسترخاء يساعد على استعادة ووضوح التفكير، حيث يمكن التعامل مع الأفكار في الذاكرة على

نحو أفضل عند ما يكون الفرخ في حالة استرخاء، وعلى ضوء ذلك يمكن استخدام الشخص لمهارات الاسترخاء في مواقف الحياة الضاغطة والتغلب عليها، ومن ذلك الضغوط المهنية. (راتب كامل، 2004، ص124)

سابعا: التفسير الفيزيولوجي والسيكولوجي للاسترخاء:

هناك محاولات عديدة بذلت من أجل تفسير الآليات المسؤولة عن حالة الاسترخاء منها ما يتعلق بالجوانب الفيزيولوجية مثل النشاط اللاإرادي والتوتر العضلي، ومنها ما يرتبط بالجوانب النفسية مثل الاتجاهات نحو الذات وسنعرض فيما يلي ملخصاً لتلك المحاولات.

1- التفسير الفيزيولوجي للاسترخاء:

هناك العديد من أجهزة الجسم لها تأثير على حالة الضغط أو الاسترخاء من ذلك الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي)، والغدد الصماء والهرمونات، العضلات الهيكلية... وسنحاول أن نسلط الضوء على دور هذه الأجهزة:

1- الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي):

يعتبر الجهاز العصبي الذاتي أحد فروع الجهاز العصبي الطرفي، له مجموعة من الوظائف الآلية كالهضم، تنظيم دقات القلب وإفرازات الغدد. وينقسم الجهاز العصبي الذاتي من حيث عمله إلى مجموعتين هما: الجهاز العصبي السمبتاوي والجهاز العصبي الباراسمبتاوي وهما متضادان في عملهما لكنهما يحققان المحافظة على توازن جيد، فيقوم الأول بالدفاع ضد أي مسببات للضغط أو الخطر الذي يهدد الجسم، وذلك برفع استثارة الجسم من أجل القيام باستجابة القتال أو الهروب أما الثاني فيقوم بتنظيم نشاط الأعضاء أثناء الراحة بعد استجابة الاستثارة التي يقوم بها الجهاز السمبتاوي. (راتب كامل، 2004، ص125)، وهذا ما يحدث في حالات الاسترخاء حيث يكون الفرد جالسا أو مستلقيا بارتياح ومغمض العينين، وغير معرض لإثارة حسية من صوت... الخ وغير مشغول بعمليات فكرية مزعجة أو تتطلب التركيز، فقد أفادت الملاحظات الاختبارية بأن الفرد في مثل هذه الحالة من الراحة يكون في حالة معتدلة من الفعل الفيزيولوجي سواء كان ذلك في حركة القلب أو التنفس، أو حركة الدماغ. (عيسوي، 2007، ص155) أي أنه من المتوقع أن تدريبات الاسترخاء تفيد في مساعدة الفرد على الارتقاء بعمل الجهاز العصبي الباراسمبتاوي وتحسين العملية المتبادلة لكل من الجهاز السمبتاوي والباراسمبتاوي. (راتب كامل، 2006، ص128).

2- الغدد الصماء والهرمونات: من أكثر الأبحاث الحديثة التي قام بها العلماء هي الأبحاث على الهرمونات العصبية والغدد وما يحدث فيهما من تغيير نتيجة قيام الفرد بالجهد الجسمي والعقلي. وأهم هذه الهرمونات هي هرمونات الكاتي كولامين (Caté- Cholamines) وتشمل هرموني

الأدرينالين والنورادرينالين التي تفرزها الغدد الصماء وقد تمت دراسة هذه الهرمونات في حالات مقارنة ومتضادة، كحالات (التوقع، الاسترخاء) الكسل والجهد العضلي، قلة النشاط الجسمي والجهد الحسي، حالات الإثارة الحسية والتجريد الحسي، وحالات انعدام الثقة بالنفس والمقدرة على السيطرة على المواقف... وغيرها من الحالات المتضادة وقد أفادت هذه الدراسات بوجود فروق في مقادير هذه الهرمونات في الحالات المتضادة، إفراز هرمون الأدرينالين يبلغ في حالات التوقع ثلاثة أضعاف مستوى إفرازه في حالات الاسترخاء، أما هرمون النورادرينالين فإنه يرتفع قليلاً أثناء التوقع ولكن الارتفاع أقل بكثير مما يحدث في هرمون الأدرينالين.

(علي كمال، 1994، ص436)

3- العضلات:

لاشك أن هناك علاقة وثيقة بين الحالات العضلية والحالات النفسية، حيث يحد التوتر العضلي بصورة آلية ميكانيكية من خلال عمليات الانعكاس، ولكننا نستطيع إرادياً أن نزيد من التوتر في عضلاتنا، وهناك بعض الناس الذين يشدون عضلاتهم بصورة مستمرة، ومن ثم يعجزون عن الاسترخاء وذلك عن طريق زيادة توتر العضلات المضادة أو المقاومة مثل هذه الحالات من التوتر العضلي تسبب للفرد الشعور بالتعب والإرهاق، وقد يصاحبها اضطرابات بسيطة أو خفيفة في الشخصية.

والعضلات المقاومة أو المضادة توجد في شكل أزواج، وتوتر أحد أزواجها يؤدي إلى توتر الزوج الآخر أو الفرد الآخر من العضلة، لأن أحد الأزواج يشد أو يجذب الفرد الآخر من العضلة، ففي الذراع العلوي مثلاً تكون العضلة ذات الرأسين إحداهما قابضة تؤدي إلى ثني الذراع والآخر باسطة تؤدي إلى بسط الذراع، حيث تقاوم العضلة القابضة وتميل إلى مد الذراع عن طريق النقل ويعمل التحكم العصبي للعضلات، فإذا تقلص أحد أزواج العضلة فإن الزوج الآخر منها يسترخي، وهذا ما يعرف باسم مبدأ الأعصاب أو الإمداد العصبي المتبادل أو المتعكس، وعندما نحرك العضلات بصورة إرادية نستطيع أن نستفيد من هذه العلاقة التبادلية أو التعاكسية لكي نمارس الحركات الحرة أو أننا نقلص كلا من العضلتين المتضادتين في نفس الوقت وبذلك يزداد التوتر العضلي، وبالتالي وعن طريق الاسترخاء يتعلم الفرد كيفية التحكم في عضلاته وانفعالاته ويتمكن من البقاء هادئاً ومتحرراً من التوتر والشد العصبي أو العضلي ومن ثم القلق. (عيسوي، 1997، صص168-169)

II-التفسير السيكولوجي للاسترخاء:

هناك العديد من المحاولات هدفت للتفسير السيكولوجي للاسترخاء أهمها:

1- النظرية المعرفية :

إن خبرتنا مع الضغوط والقلق تربط-بدرجة كبيرة- بالطريقة التي نفسر بها الأحداث في حياتنا.. فعلى سبيل المثال قد نقيم مواقف تبدو غير هامة على أنها مهددة لنا، ويرى بعض أخصائي الطب النفسي أن بعض الضغوط النفسية الشديدة تحدث نتيجة أنماط التفكير الخاطئة التي تجعل الفرد يضطر لتشويه نظرتة للأمور والأحداث، فعندما تمتلكه هذه الأفكار يكون مشغولا كثيرا بنقاط ضعفه ولا يفكر كثيرا في مواطن قوته وانجازاته، لذلك يجب مواجهة مثل هذه المواقف بأن يتعرف الشخص على معتقداته غير المنطقية واستبدالها بتفسيرات منطقية موضوعية صحيحة. (راتب كامل، 2007، ص155)، كما أن التوتر يعطل الاسترخاء الطبيعي ويؤجله، فهو في حد ذاته طاقة سالبة مكتومة لابد لها أن تخرج، فبدلا من الاستخدام الخاطئ للطاقة الحيوية التي تحتوي على الكثير من مظاهر التوتر فإن ممارسة الاسترخاء تظهر طاقة ايجابية وتُخفِض التوتر الجسمي الذي ينشأ غالبا من التوتر الذهني لأن الجسم ما عليه إلا أن يستجيب لأوامر الدماغ، فإذا كانت الأوامر سالبة فالنوتر هو الاستجابة الجسمية، وتتطلب استرخاءا ذهنيا.

(عيسوي، 2007، ص155)

2- النظرية السلوكية:

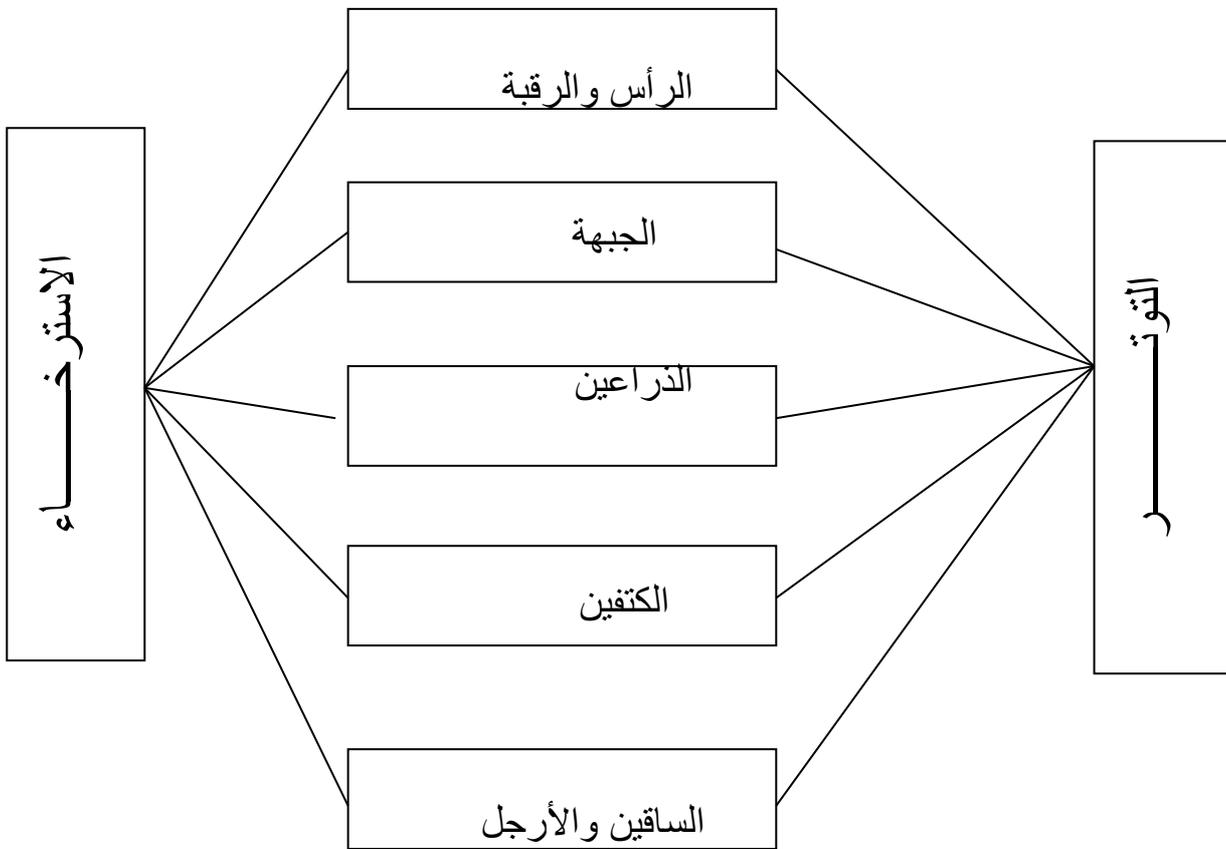
ترتكز هذه النظرية على متغيرات السلوك القابلة للملاحظة، والتي تتميز بعلاقتين رئيسيتين هما: المثير-الاستجابة، فترى أن السلوك مشروط بحوادث البيئة، وأن هذه الحوادث تقود الفرد بأن يتصرف بطريقة يمكن التنبؤ بها، حيث يمكن التنبؤ بالاستجابة على أساس المثير والعكس والسلوك مكون من إفرازات غدية وحركات عضلية حيث تخضع للعمليات الفيزيولوجية والكيميائية ويمثل التركيز على دراسة أو متابعة السلوك القابل للملاحظة فائدة كبيرة لملاحظة أعراض التوتر أو الضغط، وبالتالي نستخدم الاسترخاء الجسمي.

3- النظرية المعرفية السلوكية: إن سلوكنا يوجه بدرجة كبيرة من خلال حديث الذات الذي يحدث داخل عقولنا، إنه حوار داخلي بين أنفسنا بغرض تفسير العالم الذي نعيشه، فإذا كان الحديث مع الذات إيجابيا فان النتيجة توجه السلوك بشكل ايجابي ويقود ذلك إلى انجاز الهدف ويزيد الثقة وأما إذا كان الحديث مع الذات سلبيا فإن توجه السلوك بشكل سلبي ويقود إلى مشاعر الضعف والوهن والإحباط، ويعتمد المدخل المعرفي السلوكي على مراحل ثلاث:

المرحلة الأولى: تعليمية تهدف لتطوير الوعي بالأفكار والمشاعر والسلوك ويتعرف الفرد عن حديثه مع الذات.

المرحلة الثانية: يقوم الفرد بإعادة بناء حديثه مع ذاته بغرض تحويل استجاباته السلبية إلى ايجابية، وقد يستخدم مهارات نفسية لتحقيق ذلك كالاسترخاء، خاصة الاسترخاء العقلي.

المرحلة الثالثة: استجابات جديدة تطبق في الواقع من خلال التصور العقلي. (راتب، 2004، ص132) المشكلة الحقيقية التي يعاني منها أغلبية الأفراد والمرضى والمضطربين نفسيا أو جسديا هي عدم الصيانة النفسية التي دائما نؤجلها إلى حين حدوث الاضطراب، وكذلك العادات السيئة في: العمل الجلوس، النوم، الأرق،..الخ، وعليه فالاسترخاء مطلب يومي في الحياة المعاصرة. فيمكن التركيز على المناطق التالية سوى في عملية التدريب على الاسترخاء، أو في التأكد من مدى نجاحه باعتبار هذه المناطق بؤرة للتوتر.



شكل (03): مخطط يوضح المناطق المستهدفة من التوتر والتركيز عليها أثناء الاسترخاء.

(نحوي، 2010، ص73)

كما لاحظ العديد من العلماء "كويه" (Coue) على رأسهم " أن الاسترخاء والمعاش الجماعي يتماشيان معا، حيث يعزز وجود الفرد ضمن إطار جماعة معينة تمارين الاسترخاء، وبالتالي سهولة الحصول على حالة الاسترخاء و سرعة التدرج في التمارين هذا فضلا عن توفر إمكانيات

الاتصال والتواصل ضمن إطار الاسترخاء الجماعي، خاصة وأن العلاقات الاجتماعية تُعاش من قبل أفراد الجماعة على مستوى بسيط، وبالتالي قريب من الجسد. (نصار كريستين، 1998، ص97)

ثامنا: أنواع الأساليب الاسترخائية:

الهدف من الاسترخاء هو الدمج المتوازن بين النفس والجسد، وفي جميع هذه الحالات من التوازن، والتناسق بين الشعور والجسم يكمن سر الاسترخاء، وما يؤدي به من الانفراج النفسي وهكذا فإن هذه الأنواع من الاسترخاء، تدخل الفرد في حالة يتغير فيها وعيه، ويصبح بعد انتهائها قادرا على أداء نشاطاته بكل حيوية، وبطاقة متجددة وأهم هذه الأنواع:

1- الاسترخاء التدريجي لجاكوبسون (Jasobson):

1- تاريخه: ظهر على يد الطبيب الفيزيولوجي "أدموند جاكوبسون" (Edmund Jasobson) سنة 1930 في الولايات المتحدة الأمريكية عندما نشر كتابا: "التدريب التدريجي" (التصاعدي) ويستعمل في هذه الطريقة التركيز والاسترخاء (التقلص والارتخاء) لتخفيف من الضغط العصبي، هذا الاسترخاء يكون تدريجيا من مجموعة عضلية إلى أخرى للوصول إلى الاسترخاء في كامل الجسم. (Lhopiteau.2006.p85)، حيث تتضمن بعض الأساليب لخفض التوترات العضلية الزائدة لدى الأفراد والتي تؤثر على أدائهم في حياتهم اليومية العادية في صورة سلبية. والافتراض الأساسي لجاكوبسون هو وجود اتصال مباشر من الجهاز العضلي إلى الحالة الانفعالية فإذا تمت عملية التحكم الشعوري في عضلات الهيكل العظمي فإن الحالة الداخلية الانفعالية للفرد يمكن أن تكون تحت السيطرة بصورة أفضل، أي أن الارتخاء العضلي يؤدي إلى الارتخاء النفسي. (Thomas.R.1991.p74)

2- أهداف الاسترخاء التدريجي: بشكل عام فإن الاسترخاء التدريجي لجاكوبسون يهدف إلى:

- جعل الفرد يدرك أن لديه توترات عضلية زائدة، وتعلم الفرق بين التوتر وعدمه.
- 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.

ومنذ أن قدم جاكوبسون طريقته في التدريب التدريجي تم استخدامها على نطاق واسع بواسطة الأخصائيين النفسيين الاكلينيكين والأطباء النفسيين وخاصة للمرضى بالاضطرابات الانفعالية والذين يعانون من التوترات الزائدة والحادة. (علاوي، 2002، ص223)

3-إجراءات الاسترخاء التدريجي:

تقوم تقنية الاسترخاء التدريجي على تقليص العضلات، حيث تمكن الحلقات من تحسين الشعور للفرق بين الضغط وغيابه، وتحسين الشعور بالفرق بين الانقباض والاسترخاء وان يتذكر دائما خبرة وانطباع الاسترخاء كما يمكن اكتساب هذه الكفاءة من تحديد الضغط، كما يمكن للفرد خلق بعض الظروف المساعدة على الاسترخاء كالمكان واللباس،... الخ، وقد ذكرناها سابقا بشي من التفصيل. كما يجب أن تكون العينان مغلقتان مع التنفس العميق عدة مرات.

فيقوم الفرد أولا بقبض كل عضلاته بأقصى ما يمكن ثم يعقبها فترة من الوقت للاسترخاء هذه العضلات ثم مرة ثانية يقبض كل عضلاته بدرجة متوسطة ويعقبها فترة استرخاء عضلي، ثم مرة ثالثة يقبض عضلاته بدرجة منخفضة ثم فترة استرخاء عضلي، وهكذا حتى يستطيع الفرد القبض على عضلاته بالمستوى الذي يريده، هذا بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تتطلب من الفرد أن يقوم أيضا بأداء انقباض في بعض العضلات دون غيرها مع الاختلاف في درجة وشدة هذا الانقباض ثم يعقب ذلك استرخاء لهذه العضلات. وهكذا تتدرج عملية الانقباض العضلي ثم الاسترخاء العضلي من عضلات معينة إلى عضلات أخرى بطريقة معينة، ولهذا أطلق عليها اسم "التدريب الاسترخائي التدريجي" هذا بالإضافة إلى ضرورة المواظبة على أداء التدريب الاسترخائي التدريجي ثلاث مرات أسبوعيا على الأقل ويتراوح ما بين "10-15 دقيقة" في المدة الواحدة والفترة ما بين أربع إلى ستة أسابيع تقريبا حتى يتمكن من تعلم واكتساب وإتقان هذه الطريقة. والهدف النهائي هو التوصل إلى الاسترخاء الكامل في ثوان قليلة. (علاوي، 2002، ص224)

II- الاسترخاء الذاتي لشولتز "schultz":

1- تاريخه: أسست تقنية الاسترخاء الذاتي من طرف الطبيب النفسي الألماني "جوهانز شولتز" (Johannes schultz) في فترة 1908-1912، حيث قام بعرض أعماله الأولية وبطريقة غير مباشرة على الأمراض النفسية، وفي عام 1911 قدم عملا بمفرده حول تقنية التنويم، وهذا بالارتكاز على أعمال (اوسكار فوكت) "Oskar vogt" الطبيب الفيزيولوجي للمخ الذي استوحى منه أساسيات عمله (schutz,2000,p1)، حيث رأى فوكت vogt أن بعض المرضى يستطيعون التوصل إلى حالة التنويم أو حالة الغفوة، وتتميز هذه الحالة أن المرضى يشعرون بدرجة اقل من التعب والتوتر والأمراض النفس جسمية مثل الصداع، استخدم "شولتز" هذه الطريقة مع المرضى. (راتب كامل، 2004، ص587)

وأدرك بالملاحظة أن الإيحاء يستطيع إحداث ظواهر في المجال النفسي الفيزيولوجي ومن هذه الملاحظات أن الفرد أثناء حالة التنويم المغناطيسي يشعر بشكل تلقائي بثقل أطرافه مما يجلب على استرخائها، كما لاحظ شعور الفرد بحماوة هذه الأفراد، ومن هذه الملاحظة وهي جملة ملاحظات أخرى كثيرة أدركها أثناء التنويم، وقام شولتز بتطوير هذه التقنية وسماها بالتدريب الذاتي ونشر أسلوبه العلاجي في ألمانيا في كتابه سنة 1932. (علي كمال، 1994، ص175)

وتعني طريقة التدريب الذاتي أنك تؤدي الإجراءات الشخصية بنفسك و تتضمن سلسلة من التمرينات صممت لتحقيق التنويم حيث الإحساس بالدفء العام يؤدي إلى الإنسياب العام للدم بالجسم كما أن الإحساس بالثقل يؤدي إلى استرخاء العضلات وهما عنصران هامين في التدريب الذاتي كأحد أساليب الاسترخاء لمساعدة الناس على مواجهة الضغوط في حياتهم والوصول إلى حالة التوازن النفسي. (راتب كامل، 2004، ص587)

ويعتبر الاسترخاء الذاتي صورة مختصرة للتدريب الاسترخائي التدريجي وهو يشبهه، إلا أن وجه الاختلاف الأساسي بينهما يكمن في أن التدريب الاسترخائي التدريجي مركز على الاسترخاء في حين أن التدريب الذاتي يرتبط بالمشاعر الناجمة عن حالة الاسترخاء مثل دفء العضلات وثقلها، كما يتطلب بض أنواع الإيحاء الذاتي، إذ بإمكان الفرد أداء عملية الاسترخاء والانقباض بدون مساعدة أخصائي نفسي مدرب. (علاوي، 2002، ص225)

2- أهداف الاسترخاء الذاتي:

- تعلم الاسترخاء العضلي والتركيز على الأحاسيس للوصول إلى الاسترخاء النفسي وذلك بالتدريب على الإيحاء والتنويم الذاتي.

- استعمال الإيحاء كطريقة نفسية علاجية. (Schutz,2000,p12)

- والهدف الأساسي من الاسترخاء الذاتي حسب "شولتز" هو إحداث عمليات الاستراحة خلال الأزمات النفسية الفيزيولوجية، وكبح الانفعال ومنعه من أن يصبح مرضياً، والتخلص الفوري من التعب والتوتر. (Schutz,2000,p12)

3- مراحل التدريب الذاتي:

بعد التأكد من توفر كل الشروط الضرورية لنجاح عملية الاسترخاء، وعزل المثيرات هناك أوضاع أساسية يمكن استعمالها في عملية التدريب الذاتي منها وضع "الرقود" وهو أسهل هذه الأوضاع مع مد الرجلين، وامتداد الذراعين بجانب الجسم وارتخاء اليدين ويمكن عند الحاجة سند خلف الرقبة أو أسفل الظهر أو خلف الكعبين باستخدام وسادة لضمان الراحة القصوى.

أما الوضع الثاني هو الجلوس على كرسي له ظهر عال بصورة كافية لإمكانية سند الرأس والرقبة مع وجود ذراعين للكرسي لإمكانية وضع الذراعين عليهما والقدمان ملاصقتان على الأرض.

أما الوضع الثالث فهو الجلوس على كرسي، بدون ظهر، مع فرد الظهر ووضع الذراعين على الركبتين وملامسة القدمين للأرض. (علاوي، 2002، ص225)

كما يطلب من الفرد أن يكون في حالة تركيز سلبي في تفكيره، وان لا يربط أفكاره بشيء معين في المحيط، وبعد هذه المقدمة من الإجراءات تبدأ سلسلة التمارين التي تتألف من ست حلقات وكل حلقة أو مرحلة ينبغي تعلمها واكتسابها قبل الانتقال إلى المرحلة التالية ويرى البعض أن السلسلة تمتد من 2- 3 أشهر ومنهم من يرى أنها تستغرق من 12-18 أسبوعاً ولفترة تتراوح بين 15-40 دقيقة في المدة الواحدة حتى يمكن اكتساب الخبرة الكافية بمعدل حصتين كحد أدنى في الأسبوع، والحلقتان الأولتان تمتد من 3-4 أسابيع، ويقوم الفرد بالتدريب على هاته التمرينات حوالي ثلاث مرات في اليوم في بيته لاكتساب الخبرة. (علي كمال، 1994، ص175)

• التركيز على الإحساس بالثقل للذراعين و الرجلين البدء بالذراع الأيمن ويمتد حتى يشمل الأطراف كلها عن طريق الإيحاء، باستحضار العبارات "إن ساعدي في غاية الثقل" والتركيز عليها على الأقل 6 مرات حتى يشعر بثقل حقيقي ثم ينتقل إلى للأطراف الأخرى.

• التركيز على الإحساس بالدفء للذراعين والرجلين البدء باليمين ثم التدرج للأطراف الأخرى واستحضار العبارة وتكررها "أشعر بحرارة شديدة على مستوى ذراعي الأيمن" حتى يشعر بالحرارة ثم ينتقل إلى الأطراف الأخرى.

• التركيز على الدفء والثقل في منطقة القلب (نبض القلب هادئ ومنظم).

• التركيز على التنفس وترديد عبارة "غني أنفوس بشكل هادئ".

• التركيز على الإحساس بالبطن مراقبة الأعضاء المعوية، بوضع اليدين بين السرة ومؤخرة الصدر باسترخاء تام وترديد العبارة "أجهاز معوي في غاية الانبساط والاسترخاء".

• التركيز على الإحساس بالبرودة في جبهة الرأس بترديد العبارة "اشعر باسترخاء تام على مستوى الجبين" حتى يحس الفرد بان الجبين بارد.

وهذا يمكن تطبيق هذه التمارين بشكل فردي أو جماعي تبعا للإمكانات العلاجية وللحاجات

الفردية الخاصة. (راتب كامل، 2004، ص588)

إن التدريب الذاتي يحتوي على مستويين أو دورتين هما:

- **المستوى السفلي (الدورة الدنيا):** تتكون من ستة تمارين تشمل أعضاء ومناطق جسمانية مختلفة ويتضمن الشعور بالثقل والحرارة ومراقبة القلب والتنفس.

- **المستوى الأعلى (الدورة العليا):** لا يمكننا المرور إلى هذا المستوى إلا بعد التمكن من التحكم في المستوى السفلي، وهو مخصص للأخصائيين في الأمراض العصبية ذوي التجربة.
(Rioux,1990,p39)

III- تقنية السوفولوجيا (Sophrologie):

1- تاريخها: السوفولوجيا هي علم الشعور أو هي علم يدرس الوعي عند الإنسان وكذا انسجوماته.

وهي طريقة جديدة تمزج بين الفكر الغربي والشرقي وخاصة في مجال الطب النفسي وهي مزيج بين اليوجا والتنويم المغناطيسي الحديث وكذا استعمال التأمل والتحليل النفسي فهو يسمح بإيجاد مصادر جديدة لهذا العلم وكذا تطويره لتحسين ظروف الحياة. (Gautier,2011;p5)

وتعود السوفولوجيا إلى التنويم المغناطيسي العلاجي، للحلم اليقظ (de la visualisation) وتعود أيضا إلى الاسترخاء التدريجي لـ (jacobson)، الاسترخاء بالتدريب الذاتي (shultz) وظهر في مدريد سنة 1960 على يد البروفيسر ألفونسو كاديسدو "Alfonso Cayado" وهو طبيب مختص في الأمراض النفسية والعصبية. (Lhopiteau,2006,p66), حيث لاحظ إشارة الخطر السيكولوجي وأثار صدمة الحرب الأهلية على الشعب الإسباني فبحث عن طريق وقائي لتجنب التمزق النفسي لهذا الشعب، وكانت لهذه الانشغالات دورا في نشأة السوفولوجيا.

من سنة 1982-1988 عاد كاسيدو إلى "Bogota" وأسس السوفولوجيا الاجتماعية وكانت بالنسبة له إرساء طريقة يمكن استعمالها بشكل جماعي يتضمن عدد كبيرا من المشاركين وهي طريقة اقتصادية، ذات مبادئ بسيطة بإمكان أي شخص سليم البنية تطبيقها.
(Gautier,2011;p11)

ثم تطورت في أوروبا خصوصا في فرنسا وكان هدفها الأساسي هو تحقيق المعارف للوصول إلى الشعور الإنساني، ونجد حاليا توجيهين كبيرين:

- **المدرسة الكلاسيكية للدكتور "cauycedo":** الذي اقترح السوفولوجيا الايجابية .

- **المدرسة الفرنسية:** ذات توجه بيوطاقوي .

وكلمة سوفولوجيا كلمة إغريقية وتعني:

SOS: انسحاب، توازن

PHREN: روح، خلية تغطي عضو، النفس، الوعي.

LOGOS: العلم، الدراسة، النقاش

SOPHROLOGIE: نستطيع ترجمتها بأنها دراسة الوعي المتناغم. (Lhopiteau,2006,p67)

2- أهداف السوفولوجيا:

- التركيز على الجسد والإدراك أي التناغم جسد- روح.
- تحسين الشخصية في كليتها النفسية الجسمية والاجتماعية بفضل العلاقات الوثيقة مع الذات والآخرين.
- تقوية الثقة بالنفس وبالحياء.

-محاولة القضاء على التوتر والقلق. (Gautier,2011;p64)

3- مراحل تطبيق السوفولوجيا:

يمكن أن تكون الحصص جماعية أو فردية وتستغرق من 30-60 دقيقة حسب الأهداف المرسومة من المعالج و المستفيد من الحصة, نقوم بالتطبيق في مكان هادئ وفيه تهوئة.

- يجلس المريض بالوضعية التي يردّها مستلقي أو جالس.
- يحرك جسمه بحرية حيث يستطيع التفاعل مع ما سنقوله له وما يفعله بعدئذ يستطيع إغلاق عينيه، والتركز بالدرجة الأولى على نفسه.
- البدء عموماً بتمارين تنفسية متنوعة بعمل استرخائي الذي يؤدي إلى ارتخاء الجسم و النفس أو الروح.
- هذه التمارين هي ديناميكية بالإضافة إلى الإيحاء الذي يقوي إدراكه الايجابي بالحياة.

(Lhopiteau,2006,p67)

-المرحلة الأولى: أرخى عضلاتك أثناء خمس استنشاقات بالشكل التالي:

* الرأس ثم الوجه

* الرقبة، الكتفين، الأطراف العليا إلى غاية الأصابع

* القفص الصدري

* منطقة أسفل الظهر والبطن "التنفس"

* الحوض، الأعضاء السفلى.

- المرحلة الثانية: في نهاية التنفس (الشهيق)، احتفظ بقليل من الهواء لثانية أو ثانيتين، في كل زفير بطئ حاول أن تلفظ في ذهنك كلمة تحفزك على الهدوء، السلم، والاسترخاء اعمل ذلك عدة مرات من الشهيق المتتالي، الاستنشاق العادي، دائماً تنفس الكلمة في كل شهيق وفي كل زفير

واصل على هذا المنوال لدقائق عدة على الأقل **6 حلقات** تنفسية (6 شهيق، و6 زفير)، توقف عن التطبيق الآن واترك التنفس لحالة تلقائية.

- المرحلة الثالثة(نهاية الجلسة):

- * حضر نفسك لإنهاء العمل الآن ولإنهاء هذا التمارين.
 - * حاول أن تحس بما حولك وان تعي المكان الذي أنت فيه وكذا الزمان.
 - * حاول أن تصعد من ميزان تنفسك آخذا بصفة تصاعدية ثلاث تنفسات عميقة،حرك جسمك قليلا ثم حاول أن تتحرك بكثرة قبل أن تفتح عينيك.
 - * اكتب ما كنت تحس به في هذه التجربة، وما كنت تشعر به.
- أخيرا يمكن استبدال أو تغيير كلمة "أرخي عضلاتك" بـ"رحب بالأحاسيس" أو "لاحظ الأحاسيس" وهي مستوحاة من فكرة أو نظرية التزامن بـ heidgger فقد وضع "كاسيدو" تقنيات جديدة من اجل إثراء الحاضر لدى المريض و دفعه نحو المستقبل.(Gautier,2011;p10)

IV-الاسترخاء متعدد المحاور لـ بالمير "Palmer":

تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة بالمير "Palmer" 1993 ليستخدم في العلاج الفردي وجلسات العلاج الجماعي فهو يمد العملاء بمدى من أدوات التداخل المختلفة مثل العلاج التخيلي والمعرفي التي تسمح لهم باكتشاف الأسلوب الأفضل الذي يسبب حالة من الاسترخاء، ويفضل بعض العملاء طرق التثنت المعرفي ويفضل بعضهم الآخر التدريبات التخيلية، ويتم تشجيع العملاء على اختيار صورهم وتخيالاتهم الخاصة، لتحاكي اقتراح المعالج بشكل غير مقصود لصور وتخيالات غير ملائمة قد تفجر مستويات مرتفعة من القلق أو نوبات الهلع، حيث يوصى كذلك بان تسجل التمرينات على شريط تسجيل صوتي حتى يمكن للعميل أن يستعملها خارج جلسات العلاج، وقد تم تثمين طريقة الاسترخاء لتستغرق فترة تتراوح من **8 الى 10 دقائق**، لذلك يستطيع العملاء وضعها ضمن سياقات العمل اليومي رغم انشغالاتهم اليومية، وتبعا لسير الجلسة يمكن أن يمتد الوقت إذا كان ذلك ضروريا، ويشجع العملاء بان يلتزموا أداء التمارين أثناء جلوسهم على كرسي حتى يمكنهم نقل المهارة إلى مواقف أخرى مثل أماكن العمل أو الجلوس، أو حتى الوقوف في القطار.

وفي معظم التدريبات لا يكون العملاء بحاجة إلى إغلاق أعينهم، ومع الانتظام في التدريبات يستطيع العملاء دائما استخدام الطريقة كأسلوب سريع للاسترخاء حيث يكون مساعدا لهم قبل وأثناء المرور بمواقف ضاغطة.

• أهداف الاسترخاء المتعدد المحاور:

* تعلم العميل أن يسترخي استجابة لمنبهات ذاتية خاصة.

* من خلال التنفس العميق أو تكرار كلمة "استرخي" في عقولهم أثناء عملية الزفير نجد أن بعض العملاء يستطيعون الاسترخاء سريعاً، بينما قد يحتاج آخرون إلى الصورة المسببة للاسترخاء لذلك فالمحاولة والخطأ تعد مرحلة مهمة أثناء استكشاف العميل وتكيفه للأسلوب حيث يكيفه حسب متطلباته الخاصة.

* التوضيح للعميل كيفية عمل الاسترخاء فهو يؤدي إلى تحول حالة القلق إلى تنشيط الجهاز العصبي اللاسمبتاوي الذي يساعد الجسم على الاسترخاء ويساعد على الهضم، ويقلل ضربات القلب ويوفر الطاقة. (كورين وآخرون (ت) محمود مصطفى، 2008، ص ص 188-189)

V- الاسترخاء النفسي العضلي لـ: "Ajuriagura" و "J.lemaire":

الاسترخاء النفسي العضلي لـ "Ajuriagura" نابع من أعمال "wallon" حول أهمية الوظائف العضلية في العلاقات الأولية مع الآخر، فيستعمل الجسم كموضوع في العلاقة وكعامل موحد لنا.

فقد كان "Ajuriagura" يلاحظ العلاقة أم- طفل منذ بدايتها وفي الأشهر الأولى، ويرى طبيعة التكيف وطبيعة التغيرات العضلية الحركية فهذه هي اللغة العاطفية الأولى التي يسميها "Ajuriagura" باسم الحوار العضلي الانفعالي، هذا النوع من التعبير العلائقي يصبح ويبقى يدمج طوال حياة الفرد حتى ولو زال مدلوله، فهذه العلاقة الأولية هي التي تُحيا في التقنية الاسترخائية مع المعالج "الآن وهنا" وتظهر في الجسم، ويصبح المريض يعي بالحالة الجسدية المعبر عنها والآتية من الماضي ويجد لها معنى في الجانب الانفعالي والرمزي.

وهي طريقة مختلفة عن طريقة "schultz" فهي تأخذ بعين الاعتبار العناصر أو العوامل العلائقية، العوامل المتعلقة بالمراقبة العضلية والصراعات العاطفية التي تؤثر عليه، كما أنها تؤثر بالمصطلحات التحليلية وبين بأن الاسترخاء يساعد في العلاج النفسي والتفريغ والتعبير عن المعاش الجسدي، وساعد في العلاقة التحويلية بين المريض والمعالج وبالتالي تعلم "الارتخاء العضلي" كما انه استعمل أيضاً "النكوص" الذي يؤدي إلى الارتخاء العضلي الجسمي، كما اهتم بالتصورات العقلية والعبارات الانفعالية البدائية، التي تظهر وتعبّر في الجسم من خلال التغيرات العضلية، وهي بدورها إشارة للمريض أو المعالج وهذا يساعد على التعبير عن الأحاسيس

الجسمية والأفكار المتعلقة بالصراعات، النكوص الرغبة، العدوانية، الإثارة أو الإشباع، وهي انعكاسات تعبر عن تحويلات وإسقاطات المريض على المعالج لانفعالاته وتصوراتها العقلية.

1- أهداف الاسترخاء النفسي العضلي:

- تعلم القدرة على الارتخاء والإحساس براحة في الجسم.
- التعرف على الذات من خلال الوعي للوصول إلى العلاج، واستعمال المعاش الجسمي كأحد العناصر للحوار مع الآخر وكعنصر لتحليل التجربة المعاشة في العلاقة مع المعالج.

2- إجراءات الاسترخاء النفسي العضلي:

يعطي المعالج بعض التعليمات القريبة من التدريب الذاتي، ولكن يتجنب أن يكون بيدغوجيا ومباشرا عند ظهور النتائج الأولى على العضلات، كما يشجع على التعبير على الإدراكات الجسمية وعن المقاومات العضلية (أي بماذا يحس؟) .

وتستعمل **6 تمرينات** التدريب الذاتي لـ "**schultz**" والهدف من ذلك هو الملاحظة الذاتية والتعبير اللفظي عن المعاش الجسدي.

وطريقته تحليلية من خلال التعبير والمقاومات، كما أنها تعتمد على الإيحاء، الانطفاء الإصغاء للجسم من خلال الحوار العضلي الانفعالي.

وبالنسبة لـ "**Ajuriagura**" حالتنا الانفعالية وتوترنا العقلي يوجد في التقلص العضلي أو الحركة العضلية.

VI- الاسترخاء النفسي لـ "**Michel sapir**" و "**Riverchon**":

تقترح تعليمات تعبيرية مختلفة، وهذه التعليمات علانقية فهي تستعمل عبارات مثل: **ثقل كالرصاص بارد كالثلج**، وتضم جانبا كبيرا من الاستيهام من خلال مفهوم **الذة واللمس**.

كما تعتمد على مصطلحات تحليلية أكثر من طريقة "**Ajuriagura**" وتحت على **النكوص** بطريقة معمقة، والمعالج يعتبر كرمز أو صورة أمومية يشجع على التعبير عن الاستهجمات الأولية البدائية من خلال الشبقية للإدراك الجسدي، والتعليمات المباشرة للمعالج تظهر في الحصوص من خلال الكلام، التطمين، الإحباط، وكذلك اللمس الذي له دور كبير في هذه التقنية.

وهذه الطريقة تحتاج إلى مختصين يتحكمون في التحويل المضاد. (Lhopiteau,2006,p85-86)

خلاصة الفصل:

يعتبر الاسترخاء مهارة نفسية تحتاج إلى التدريب والممارسة حتى يتمكن الفرد من تعلمها فهي وسيلة علاجية وتدريبية تسمح بالوصول إلى التحكم في الوظائف الفيزيولوجية والتي بدورها تتحكم في بعض الآليات الذهنية، ولا يتحقق هذا إلا بالتدريب المستمر والمنتظم للوصول إلى الراحة النفسية من خلال التدخل المباشر على الجسم وهذا انطلاقاً من مبدأ وحدة الشخصية التي لا تفصل بين ما هو نفسي وما هو فيزيولوجي.

إضافة إلى هذا يسعى الاسترخاء إلى تعلم كيفية تسيير الطاقة العصبية- العضلية التي تتطلبها الوضعية، انطلاقاً من دور المعالج ودوره الهام في إحداث حالة الاسترخاء للفرد لأن الإيحاءات التي يقوم بها تشكل عاملاً هاماً يساعد على تحقيق الاسترخاء، كما أن صوته الهادئ له دور في إقناع الفرد باتباع التعليمات التي يوحى بها وفي التركيز على إحساسه.

هذا ولا يقتصر الاتصال اللفظي بين المعالج والفرد على إعطاء التعليمات فحسب بل يتعداها ليبرز جوانب الإحساس، وليعطي وصفاً حياً لحالة الاسترخاء وحسناتها، وحالة التوتر والضغط وسيناتها.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاته

تمهيد

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: متغيرات الدراسة

ثالثاً: الدراسة الاستطلاعية

I- مجال الدراسة الاستطلاعية

II- عينة الدراسة الاستطلاعية

1- وصف العينة الاستطلاعية

2- خصائص العينة الاستطلاعية

III- أداة القياس وخصائصها السيكومترية

رابعاً: مجتمع الدراسة

خامساً: الدراسة الأساسية

I- حدود الدراسة الأساسية

II- العينة الأساسية

1- وصف العينة الأساسية

2- خصائص العينة الأساسية

III- أدوات الدراسة

1- الملاحظة

2- المقابلة

3- الاستبيان

4- البرنامج العلاجي المقترح

IV- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية

V- أساليب المعالجة الإحصائية

خلاصة الفصل

الفصل الخامس: منهجية البحث وإجراءاته

تمهيد:

يهدف البحث الحالي إلى معرفة دور العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) وتقنية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, وللتمكن من معرفة هذا الدور سنقوم بجملة من الخطوات التي تشكل الجزء الخاص بالفصل المنهجي والذي سيحتوي على العناصر التالية:

أولاً: منهج الدراسة:

يعرف منهج البحث بأنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة الكامنة خلف الظاهرة في العلوم والحصول على نتائج دقيقة وموضوعية بواسطة مجموعة من القواعد العامة التي يتبعها الباحث, ولكل بحث منهج معين يتلاءم مع طبيعة الموضوع المدروس والأهداف المراد الوصول إليها. (العساف, 1995, ص169)

وبما أن دراستنا تهدف إلى معرفة الدور أو الأثر الذي يمكن أن يحدثه البرنامج العلاجي في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, ارتأينا اختيار المنهج التجريبي والذي يعد من أكثر المناهج ملائمة لدراستنا الحالية.

"والمنهج التجريبي يتيح للباحث أن يغير عن قصد وعلى نحو منظم متغيراً معيناً (المتغير التجريبي أو المستقل) ليرى تأثيره على متغير آخر في الظاهرة محل الدراسة (المتغير التابع) وذلك مع ضبط أثر كل المتغيرات الأخرى, مما يتيح للباحث الوصول إلى استنتاجات أكثر دقة". (صابر فاطمة عوض, 2002, ص88)

ثانياً: متغيرات البحث:

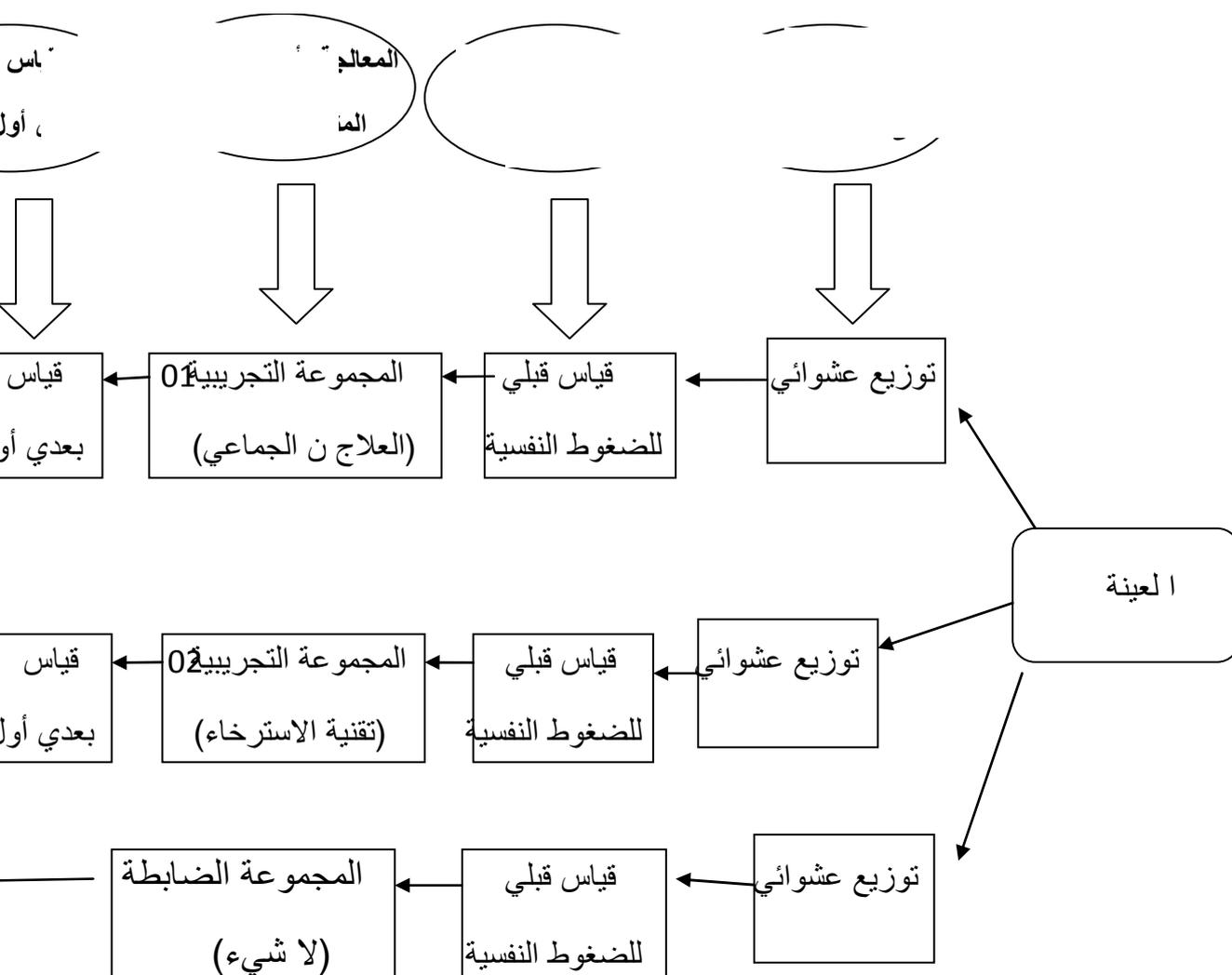
1- المتغير المستقل: هو البرنامج التدريبي العلاجي, الذي يهدف إلى مساعدة القابلات من خلال تدريبهم على أساليب جديدة وصحيحة في التعامل مع الضغوط النفسية المهنية وتجنب استخدام أساليب سلبية وسيشتمل البرنامج على فنيات مختلفة منها: أسلوب المناقشة الجماعية ويتضمن (تعديل وتغيير الأفكار السلبية المصاحبة للضغوط بأخرى ايجابية أسلوب التعبير عن المشاعر التدرب على الحوار المنطقي للذات ومهارة حل المشكلات) بالإضافة إلى أسلوب الاسترخاء وتقاس فاعلية البرنامج من خلال التغيرات التي تحدث بعد تطبيق البرنامج عن طريق الفروق المسجلة بين درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده, وبعد التطبيق المؤجل (بعد شهر), وكذلك من خلال الفروق المسجلة بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

II- المتغير التابع:

هي التغيرات الحاصلة في درجات استبيان الضغوط النفسية المهنية المسجلة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج, وذلك لقياس التعديل الذي يحدث على المتغير التابع أي (متغير الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات).

III- التصميم التجريبي للبحث:

لقد استخدمنا في هذا البحث التصميم التجريبي لثلاث مجموعات مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة, ويتطلب هذا التصميم التجريبي ضبط بعض المتغيرات بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) لتحقيق التكافؤ بينهما, وإجراء قياس قبلي ثم إدخال المتغير التجريبي والمتمثل في البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية فقط, أما المجموعة الضابطة فلا تخضع لهذا المتغير, ثم إجراء القياس البعدي على كلتا المجموعتين لتقييم دور هذا البرنامج مع اعتماد التعيين العشوائي لتوزيع المجموعات الثلاث فهذا التصميم يمكن الباحث من الحصول على معلومات وفيرة باستخدام القياس القبلي للتأكد من تكافؤ المجموعتين من حيث المتغير التابع عند بداية التجربة, واستخدام القياس البعدي للكشف عن تأثير المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع (الضغوط النفسية المهنية). (جابر جابر, 1996, ص208) والشكل التالي يوضح التصميم التجريبي المستخدم.



شكل (04): يوضح التصميم التجريبي المستخدم

ثالثاً: الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة أساسية وجوهرية في البحث العلمي لما لها من أهمية في ربط البيانات النظرية بالحقائق الملاحظة في ميدان الدراسة.

إذ تعتبر خطوة لا بد منها في انجاز أي بحث علمي لما تحققه من أهداف مرجوة تتمثل في استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة المراد دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة. (مروان إبراهيم، 2000، ص38)

I- مجال الدراسة الاستطلاعية:

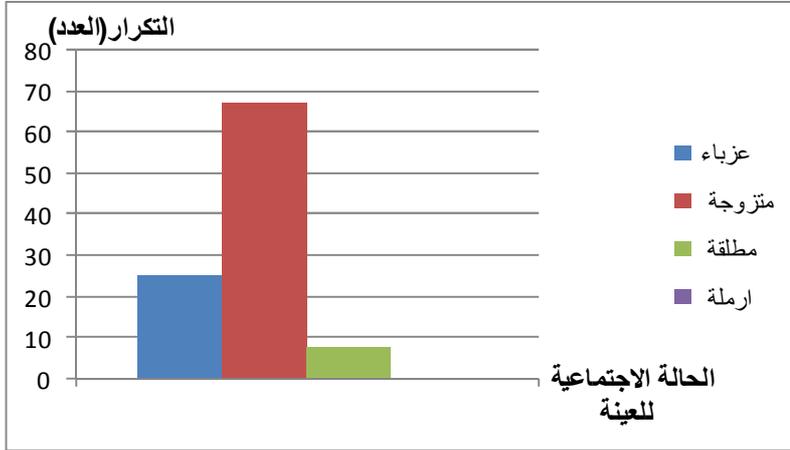
أجريت الدراسة الاستطلاعية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (أم - طفل) للشهيد بشير بن ناصر، كما انتهزت الباحثة فرصة الفترة الدراسية التكوينية للقابات أين يجتمع عدد منهن للدراسة من مختلف مناطق ولاية الوادي، كالبيضاة والديبيلة ومؤسسة 19 مارس بالوادي، وتم تقديم الاستبيان لعينة الدراسة الاستطلاعية بعد قراءة تعليماته وشرح طريقة الإجابة عليه، وقد شملت هذه العينة على 40 قابلة، وأجريت الدراسة في الفترة الممتدة من 2014/03/17 - 2014/03/27 وكان الهدف منها:

- (1)- التعرف على الصعوبات والنقائص التي يمكن أن تعيق البحث وتقاديها في الدراسة الأساسية.
- (2)- التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.
- (3)- التعامل مع أفراد العينة ومعرفة مدى تجاوبهم مع أداة القياس ومدى وضوح عباراتها.
- (4)- التدريب على تطبيق أدوات الدراسة وتقدير الزمن الذي يستغرقه المقياس.
- (5)- التأكد من إمكانية إجراء موضوع الدراسة ميدانياً.

II- عينة الدراسة الاستطلاعية:

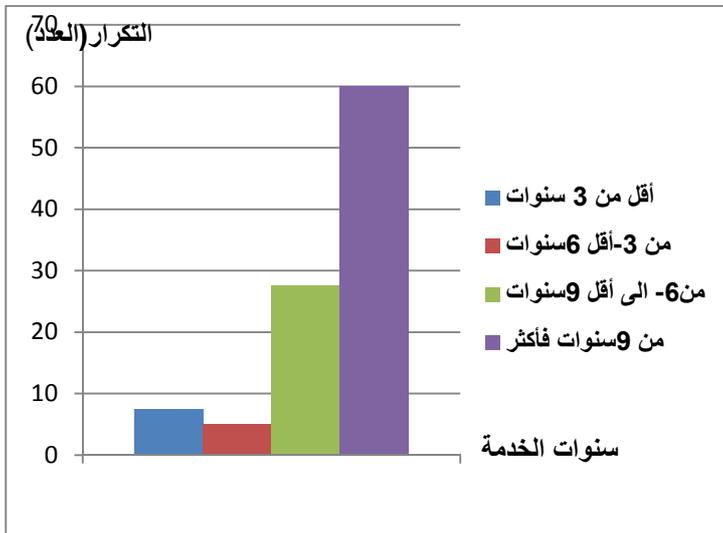
(1)- وصف العينة الاستطلاعية: نظراً لصغر حجم عينة القابات اللاتي يعملن بـ "قاعة الولادة" بمصلحة التوليد بالوادي، وكثرة عدد الولادات والذي بلغ سنة 2013 بالمؤسسة إلى 8633 ولادة أي بمعدل (23) ولادة في 24 ساعة، تم إعطاء المقياس لـ(03) قابلات فقط للإجابة عليه، كما تم تسليم المقياس لبعض القابات اللاتي في عطلة والبالغ عددهن (09) قابلات لزيادة حجم العينة ليصبح العدد الإجمالي للعينة الاستطلاعية بالمؤسسة الاستشفائية (12) قابلة. أما الباقي من العدد فكان للقابات اللاتي يدرسن في الدورة التكوينية المخصصة لهن واللاتي يعملن في مناطق مختلفة من ولاية الوادي، ليصبح العدد الإجمالي للعينة الاستطلاعية (40) قابلة.

(2)- خصائص العينة الاستطلاعية: تم توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية وسنوات الخدمة, ومكان السكن, والجداول التالية توضح ذلك:
جدول (01) وشكل (05) يوضحان خصائص العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية:



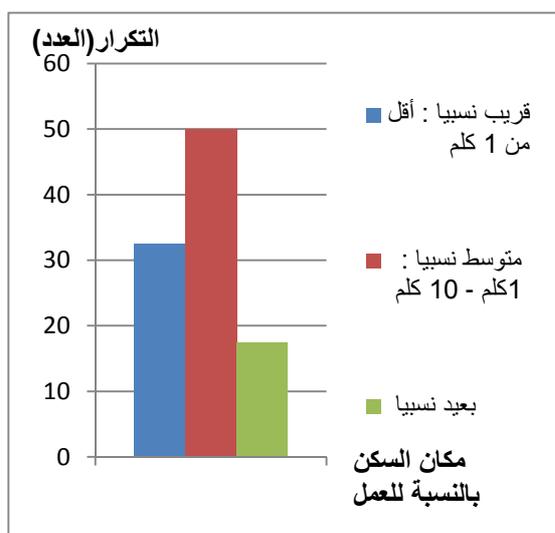
الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة المئوية
عزباء	10	25%
متزوجة	27	67.5%
مطلقة	03	7.5%
أرملة	00	0%
المجموع	40	100%

جدول (2) وشكل رقم (06) يوضحان خصائص العينة الاستطلاعية حسب سنوات الخدمة:



سنوات الخدمة	العدد	النسبة المئوية
أقل من 3 سنوات	03	7.5%
من 3-أقل 6 سنوات	02	5%
من 6- إلى أقل 9 سنوات	11	27.5%
من 9 سنوات فأكثر	24	60%
المجموع	40	100%

جدول (3) وشكل رقم (07) يوضحان خصائص العينة الاستطلاعية حسب مكان السكن بالنسبة للعمل:



مكان السكن بالنسبة للعمل	العدد	النسبة المئوية
قريب نسبيا : أقل من 1 كلم	13	32.5%
متوسط نسبيا : 1 كلم - 10 كلم	20	50%
بعيد نسبيا : 10 كلم فما فوق	07	17.5%
المجموع	40	100%

III- أداة القياس وخصائصها السيكمترية:

-استبيان الضغوط النفسية المهنية للقابلات: لإجراء هذه الدراسة, وقصد اختبار فرضياتها والإجابة عن أسئلتها, قمنا ببناء مقياس الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات والهدف منه معرفة أهم الضغوط التي تواجه القابلة للكشف عنها والبحث عن مصادرها ومحاولة

III- أداة القياس وخصائصها السيكمترية:

-استبيان الضغوط النفسية المهنية للقابلات: لإجراء هذه الدراسة, وقصد اختبار فرضياتها والإجابة عن أسئلتها, قمنا ببناء مقياس الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات والهدف منه معرفة أهم الضغوط التي تواجه القابلة للكشف عنها والبحث عن مصادرها ومحاولة علاجها, وفيما يلي نبين المراحل التي مر بها هذا البناء للوصول إلى شكله النهائي ليصبح قابلا للتطبيق.

1/ مصادر بناء المقياس:

اعتمدنا في بنائه على مجموعة من المصادر أهمها:

(أ)- الاطلاع على أدبيات البحث التي تشتمل مختلف النظريات التفسيرية للظاهرة, وما صدر عنها من كتب ومنشورات, وكذلك ما توصلت إليه البحوث والدراسات السابقة في الموضوع.

(ب)- الاطلاع على المقاييس والاختبارات النفسية التي أعدت لقياس الضغوط النفسية المهنية لدى مختلف الإطارات, كما تم الاطلاع على الدراسات السابقة التي أفادتنا كثيرا في التعرف على

الأدوات المستخدمة لقياس الضغوط النفسية المهنية, ومن بين المقاييس التي تم الاطلاع عليها والاستفادة منها في بناء المقياس الحالي:

- اختبار هوملز لقياس الضغط النفسي.

- مقياس الضغوط النفسية لدى الممرضين إعداد "فرج الله أبو الحصين" 2010.

- مقياس مصادر الضغوط النفسية إعداد غربي صبرينة "2012".

(ج)- استطلاع رأي عينة من المتخصصين في علم النفس عن طريق مقابلات شخصية ذات طابع غير رسمي, بالإضافة إلى رأي عينة من القابلات حول الضغوط والمشاكل التي تواجهها في حياتها العملية بطابع غير رسمي أيضا.

(د)- الخبرة الشخصية للباحثة كونها تعمل قابلة لمدة تناهز "09" سنوات.

2/ صياغة الاستبيان في صورته الأولية:

بعد تحديد الأبعاد الرئيسية للاستبيان وصياغة الفقرات التي تقع تحت كل بعد والتي شملت (88) فقرة لأربعة أبعاد رئيسية, عرضت على المشرف من أجل معرفة مدى ملاءمتها, فقام بتعديلها بشكل أولي.

بعدها عرض الاستبيان على (11) محكما بعضهم من جامعة وهران, والبعض الآخر من جامعة الوادي والملحق رقم (01) يوضح أعضاء لجنة التحكيم, وتضمنت استمارة التحكيم التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة, الفرضيات وأبعاد المقياس, مفتاح التصحيح, وطلب منهم التحكيم عليه. لكن أهم ما أعابه المحكمون طول المقياس, فعدل وحذف بعدين ألا وهما البعد العضوي والبعد المادي لأنهما لا يخدمان البحث كثيرا ويمكن الاستغناء عنهما. وفي الأخير احتوى الاستبيان على بعدين رئيسيين هما: البعد النفسي وبعد بيئة العمل وبلغ عدد فقراته (60) فقرة عرض ثانية على المحكمين لإعادة تحكيمه.

وبعد إجراء التعديلات التي أوصى بها المحكمون أضيفت (05) بنود والملحق رقم (02) يوضح ذلك, كما تم تعديل وإعادة صياغة بعض الفقرات في الملحق رقم (03), لتبلغ فقرات الاستبيان بعد صياغتها النهائية (65) فقرة.

3/ وصف الاستبيان:

تحتوي أداة جمع البيانات (الاستبيان) على البيانات الشخصية الخاصة بالقابلة والمتمثلة في: الحالة الاجتماعية, سنوات الخدمة ومكان السكن بالنسبة للعمل, كما يتكون المقياس من (65) بنداً موزعا على بعدين رئيسيين: بعد نفسي وبعد بيئة العمل, وهذا الأخير يتفرع عنه أربعة أبعاد

فرعية وقد وزعت البنود توزيعا عشوائيا تجنبيا للاستجابات النمطية وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (04) توزيع عبارات مقياس الضغوط النفسية المهنية:

عدد العبارات		أرقام العبارات	الأبعاد	
عبارة 29		-26-23-21-19-17-14-12-10-8-6-3-1 -52-48-46-43-40-38-35-32-30-28 .65-63-62-60-58-56-55	البعد النفسي	
36 عبارة	عبارة 16	-41-39-33-31-24-22-15-13-11-4-2 64-57-53-49-47	المكان والخدمات المقدمة	بعد بيئة العمل
	عبارات 6	50.-42-34-25-16-5	الزملاء	
	عبارات 8	59-54-51-44-36-27-18-7	المرضى	
	عبارات 6	61.-45-37-29-20-9	المستلزمات	

4/ التنقيط ومفتاح التصحيح:

يقيس هذا الاستبيان درجة الضغط النفسي المهني الذي ينتج عن تكرار تعرض القابلة له ويتم ذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة بعد قراءة العبارة أو البند، وأعطى لكل بند أو فقرة وزن وفق سلم خماسي متدرج (أبدا، نادرا، أحيانا، كثيرا، دائما) وتتراوح درجة كل فقرة من فقرات المقياس ضمن عملية التصحيح من (1-2-3-4-5) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح البدائل الخمسة للإجابة:

أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	2	3	4	5

والفقرات المعكوسة تصحح بعكس هذا الاتجاه (1-2-3-4-5). والجدول التالي يوضح توزيع الفقرات المعكوسة في مقياس الضغوط النفسية المهنية.

جدول رقم (06): يوضح توزيع الفقرات المعكوسة في مقياس الضغوط النفسية المهنية

العبارات المعكوسة	48-46-45-43-31-28-26-24-20-2
-------------------	------------------------------

15/ التحقيق من الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية المهنية في البيئة الأصلية:

(أ)- الصدق:

قامت الباحثة بتقنين فقرات الاستبيان وذلك للتأكد من صدقه كالتالي :

1- صدق المحكمين:

عرض الاستبيان في صورته الأولية -كما ذكرنا سابقا- على مجموعة من الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم النفس والعاملين بجامعة وهران والوادي، فقاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول هذا الاستبيان، وبعد التعديل بلغ عدد البنود في صورته الأولية قبل الصدق الإحصائي (65) بندا.

2- صدق الاتساق الداخلي:

جرى التحقق من صدق الاتساق الداخلي للاستبيان بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من (40) قابلة، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات كل فقرة من فقرات الاستبيان والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وذلك باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

(أ)- معاملات الاتساق الداخلي لفقرات البعد الأول (النفسية) والدرجة الكلية لفقراته:

جدول رقم(07): معامل ارتباط درجة كل بند من بنود البعد الأول النفسي مع الدرجة الكلية

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.67	دالة عند 0.01	35	0.59	دالة عند 0.01
3	0.44	دالة عند 0.01	38	0.63	دالة عند 0.01
6	0.62	دالة عند 0.01	40	0.40	دالة عند 0.01
8	0.57	دالة عند 0.01	43	0.08	غير دالة إحصائيا
10	0.66	دالة عند 0.01	46	0.31	دالة عند 0.05
12	0.39	دالة عند 0.05	48	0.57	دالة عند 0.01
14	0.46	دالة عند 0.01	52	0.56	دالة عند 0.01
17	0.33	دالة عند 0.05	55	0.26	غير دالة إحصائيا
19	0.51	دالة عند 0.01	56	0.46	دالة عند 0.01
21	0.20	غير دالة إحصائيا	58	0.20	غير دالة إحصائيا
23	0.54	دالة عند 0.01	60	0.59	دالة عند 0.01

غير دالة إحصائياً	0.27	62	دالة عند 0.01	0.61	26
دالة عند 0.01	0.66	63	غير دالة إحصائياً	0.14	28
غير دالة إحصائياً	0.27	65	دالة عند 0.05	0.38	30
			دالة عند 0.01	0.46	32

يتبين من الجدول:

- حققت معظم فقرات البعد الأول (النفسي) من مقياس الضغوط النفسية المهنية ارتباطات دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومستوى الدلالة 0.05.

- في حين لم تحقق الفقرات ذات الأرقام (21-28-43-55-58-62-65) ارتباطات دالة مع درجة البعد وقد قامت الباحثة بحذف هذه الفقرات السبع.

(ب)- الاتساق الداخلي لأداة الدراسة لفقرات البعد الثانوي (بيئة العمل) والدرجة الكلية لفقراته:

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
2	0.61	دالة عند 0.01	33	0.17	غير دالة إحصائياً
4	0.38	دالة عند 0.05	39	0.59	دالة عند 0.01
11	0.39	دالة عند 0.05	41	0.44	دالة عند 0.01
13	0.32	دالة عند 0.05	47	0.34	دالة عند 0.05
15	0.38	دالة عند 0.05	49	0.66	دالة عند 0.01
22	0.52	دالة عند 0.01	53	0.42	دالة عند 0.01
24	0.58	دالة عند 0.01	57	0.22	غير دالة إحصائياً
31	0.44	دالة عند 0.01	64	0.49	دالة عند 0.01

جدول رقم (08): معامل ارتباط كل بند من بنود البعد الفرعي (أ- بيئة المكان والخدمات

المقدمة) مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه:

1/ - حققت معظم بنود البعد الفرعي (المكان) ارتباطات دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ومستوى الدلالة 0.05.

- في حين لم تحقق الفقرتين (33-57) ارتباطات دالة مع درجة البعد، وقامت الباحثة بحذفها.

جدول رقم (09): معامل ارتباط كل بند من بنود البعد (ب-بعد العلاقة مع الزملاء) مع الدرجة الكلية له.

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
34	0.74	دالة عند 0.01
42	0.70	دالة عند 0.01
50	0.53	دالة عند 0.01

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
5	0.61	دالة عند 0.01
16	0.56	دالة عند 0.01
25	0.65	دالة عند 0.01

2/ حققت كل فقرات البعد الفرعي (الزملاء) ارتباطات دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم (10): معامل ارتباط كل بند من بنود البعد (ج-بعد العلاقة مع المرضى) مع الدرجة الكلية للبعد:

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
44	0.47	دالة عند 0.01
51	0.67	دالة عند 0.01
54	0.47	دالة عند 0.01
59	0.26	غير دالة إحصائياً

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
7	0.61	دالة عند 0.01
18	0.68	دالة عند 0.01
27	0.59	دالة عند 0.01
36	0.49	دالة عند 0.01

- حققت معظم فقرات البعد الفرعي (المرضى) ارتباطات دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

- في حين لم تحقق الفقرة الوحيدة رقم (59) ارتباطاً دالاً مع درجة البعد وقامت الباحثة بحذفها.

جدول رقم (11): معامل ارتباط كل بند من بنود البعد (د-بعد المستلزمات الطبية) مع الدرجة

الكلية للبعد:

رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
9	0.48	دالة عند 0.01
20	0.57	دالة عند 0.01
29	0.49	دالة عند 0.01
37	0.67	دالة عند 0.01
45	0.53	دالة عند 0.01
61	0.25	غير دالة إحصائياً

- حققت معظم فقرات البعد الفرعي (المستلزمات الطبية) ارتباطات دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

- في حين لم تحقق الفقرة الوحيدة رقم (61) ارتباطا دالا مع درجة البعد، وتم حذفها.
 (ج)- حساب معاملات الارتباط بين درجات البعد الفرعي (المكان- الزملاء- المرضى المستلزمات) بالبعد الذي تنتمي إليه.

جدول رقم (12): معامل ارتباط درجات البعد الفرعي بالبعد الذي تنتمي إليه:

البعد الفرعي	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد المكان والخدمات المقدمة	0.57	دالة عند 0.01
بعد العلاقة مع الزملاء	0.88	دالة عند 0.01
بعد العلاقة مع المرضى	0.86	دالة عند 0.01
بعد المستلزمات الطبية	0.78	دالة عند 0.01

(د)- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس:
 الجدول التالي يبين معاملات الارتباط بين درجة كل بعد، والدرجة الكلية لمقياس النفسية موضوع الدراسة.

جدول رقم (13): معامل ارتباط درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد النفسي	0.89	دالة عند 0.01
بعد بيئة العمل	0.89	دالة عند 0.01

يتبين من الجدول أنه توجد ارتباطات دالة إحصائيا بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الضغوط النفسية، والدرجة الكلية للمقياس وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

- أخيرا وبعد إلغاء البنود غير الدالة إحصائيا والبالغة عددها (11 بندا)، تحققت الباحثة من صدق الاتساق الداخلي للمقياس وأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (54) بندا .
- (ب)- الثبات: أجرت الباحثة خطوات للتأكد من ثبات الاستبيان وذلك بعد تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية بطريقتين هما: معامل الثبات ألفا كرومباخ، ومعامل الثبات التجزئة النصفية بشقيه قيمتان (Guttman) وسبيرمان براون (Spearman –Brown) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (14): معاملات الثبات:

التجزئة النصفية		معامل ألفا كرومباخ	المقياس	
سيبرمان براون	قيتمان			
0.72	0.72	0.82	البعد النفسي	
0.36	0.62	0.84	بيئة العمل ككل	بعد بيئة العمل
0.51	0.52	0.65	الخدمات	
0.59	0.58	0.80	الزملاء	
0.56	0.57	0.67	المرضى	
0.66	0.68	0.61	المستلزمات الطبية	
0.75	0.75	0.89	ثبات المقياس ككل	

يتضح من الجدول أن معاملات ثبات المقياس عالية، وهذا يدل على أن الاستبيان يتمتع بدرجة جيدة من الثبات، وبالتالي يمكن تطبيق المقياس على عينة الدراسة.

بعد حساب صدق وثبات الدراسة أصبح في صورته النهائية صادقا يقيس ما وضع لقياسه ويتمتع بدرجة عالية من الثبات، وأصبح بإمكان الباحثة تطبيقه حيث يتكون من (54 بنداً) تنحصر درجاته ما بين (54-270)، كما يمكن تقسيمها إلى درجات لمعرفة المجال الذي تقع فيه عينة البحث انطلاقاً من الأدنى إلى الأعلى كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (15) يوضح توزيع درجات المقياس في مجال كل فئة:

الدرجة الدنيا	الدرجة المعتدلة	الدرجة المتوسطة	الدرجة الكبيرة	الدرجة القصوى
54	108—55	162---109	216---163	270---217
لا أثر للضغط	ضغط خفيف	ضغط متوسط	ضغط كبير	ضغط شديد

رابعاً: مجتمع الدراسة:

المقصود بمجتمع الدراسة حسب (جابر جابر، 1996، ص 405): "هو مجموع الحالات التي تطبق عليها خصائص معينة تحدد وفقاً لموضوع الدراسة".

ويتألف مجتمع الدراسة من جميع القابلات والممرضات والعاملات بقاعة الولادة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة (أم - طفل) بشير بن ناصر بولاية الوادي (2014) والبالغ عددهن (32) قابلة.

خامسا: الدراسة الأساسية:

I - حدود الدراسة الأساسية:

يتطلب المنهج التجريبي ضبط الظروف المادية والمكانية التي تجري فيها التجربة لذلك اقتصرنا في الجانب الميداني على مستشفى واحدة حتى نسوي ونحقق التكافؤ بين الظروف الفيزيائية والمادية والمهنية لعينة الدراسة الأساسية والتي تم إخضاعها للبرنامج التدريبي للتخفيف من الضغوط النفسية المهنية .

وقد اختيرت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (دار الولادة الحضرية) بمدينة الوادي لاحتوائها على أفراد عينة البحث, وعمل الباحثة فيها, بالإضافة إلى غرفة مهياة ومكيفة لتفي بالغرض فطبق مقياس الضغوط النفسية على مجتمع البحث الأصلي (قياس قبلي) ومنه تم اختيار عينة الدراسة لإجراء جلسات البرنامج العلاجي في الأوقات المحددة له.

وطبقت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 2014/4/17 إلى غاية 2014/07/23

II - العينة الأساسية:

1/- وصف العينة: من الصعب اللجوء إلى مجتمع ما للحصول على ما نريده من بيانات ولذلك كان اختيار عينة البحث أمرا مفروضا, فاختيرت العينة بطريقة مقصودة فهذه الأخيرة هي عينة يتم اختيارها بأسلوب غير عشوائي.

لذلك اعتمدت الباحثة في اختيار هذه العينة على نتائج تطبيق مقياس الضغوط النفسية المهنية المعد من طرفها على القابلات، وكان المحك الأساسي الذي أعتمد في اختيار العينة هو ارتفاع الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية الذي طبق على المجتمع المذكور سابقا كما حاولت الباحثة التحكم في بعض المتغيرات التي تؤثر على نتائج البحث والمرتبطة بخصائص العينة. وفي مايلي شرح خطوات اختيار العينة المطلوبة كآلاتي:

- 1- تطبيق مقياس الضغوط النفسية على مجتمع الدراسة الأصلي وقوامه (32) قابلة.
- 2- ترتيب درجات القابلات وفقا لارتفاعها من الأعلى درجة إلى الأدنى درجة.
- 3- تصنيف درجات القابلات وفق قيمة متوسط المقياس المقدر بـ (152) درجة, حيث بلغ عدد القابلات اللاتي حصلن على درجات مرتفعة في المقياس بـ (21) قابلة, أي حوالي بنسبة 66%.
- 4- تم اختيار 15 قابلة الأوائل اللاتي سجلن أعلى درجات في المقياس.
- 5- معرفة المجال الذي تقع فيه عينة الدراسة حتى تتمكن الباحثة من معرفة نوع التطبيق هل تطبق برنامجا علاجيا نظرا لارتفاع درجات الضغوط, أم تطبق برنامجا إرشاديا إذا كانت

درجاتهن غير مرتفعة، فكان المجال يقع ما بين اللاتي لديهن ضغط متوسط وضغط كبير وبالتالي وجب تطبيق البرنامج العلاجي للتخفيف من هاته الضغوط.

6- توزيع العينة إلى ثلاث مجموعات (مجموعتين تجريبيتين، ومجموعة ضابطة) تضم كل مجموعة (05) قابلات، (10) منهن تجريبية و (05) ضابطة.

7- قامت الباحثة بالتحقق إحصائياً من تكافؤ المجموعتين على متغيرات الدراسة، وذلك باستخدام اختبار مان- ويتني كما هو موضح في الجدول التالي:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (U)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للبعد النفسي			
		0.15	///
بعد بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	0.15	///
	بعد العلاقة بالزملاء	0.43	///
	بعد العلاقة بالمرضى	1.00	///
	المستلزمات الطبية	0.20	///
الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل			
		0.34	///
الدرجة الكلية للمقياس			
		0.15	///

///غير دالة جدول رقم (16): يوضح قيم (U) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين رتب

درجات المجموعات التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة القبالية.

فيتضح من خلال الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجموع الرتب للأبعاد

المختلفة لاستبيان الضغوط النفسية المهنية، حيث أن قيم (U) كانت جميعها غير دالة، مما يؤكد

تكافؤ المجموعات التجريبية والضابطة.

8- كان التوزيع أو الاختيار عشوائياً عن طريق القرعة، حيث رقمنا أفراد العينة ثم أعدنا كتابة

أرقامهم (15) على قصاصات، ووضعناها في إناء، وتم خلطهم ثم سحب أرقامهم ابتداءً من

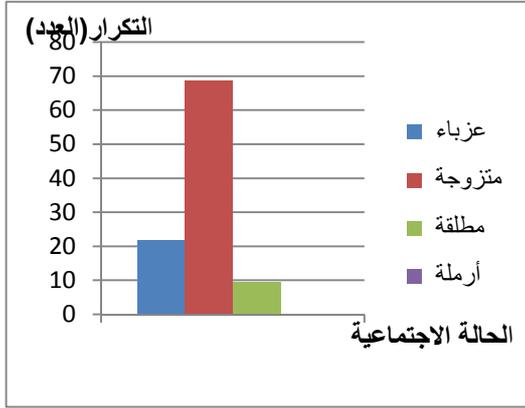
العينة التجريبية الأولى فالثانية ثم الضابطة، والجدول التالي يوضح مجرى التصميم المجرى:

المجموعات	المجموعة التجريبية الأولى	المجموعة التجريبية الثانية	المجموعة الضابطة
الأرقام	13-12-9-3-1	11-10-8-7-6	15-14-5-4-2

جدول رقم (17): يوضح توزيع المجموعات عينة الدراسة

2- خصائص العينة الأساسية:

أ- من حيث الحالة الاجتماعية: جدول (18) وشكل رقم (08) يوضحان توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية:

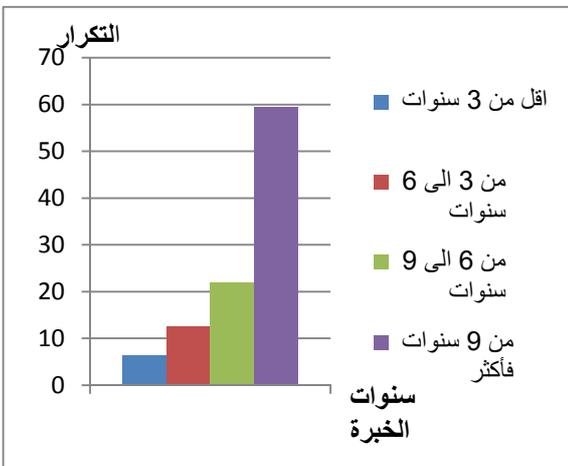


الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
عزباء	07	% 21.87
متزوجة	22	% 68.75
مطلقة	03	% 9.37
أرملة	00	% 00
المجموع	32	% 100

يتضح من خلال الجدول والشكل أعلاه أن (22) قابلة من أفراد العينة هن متزوجات أي ما يعادل حوالي (69%) وهي النسبة الأعلى في العينة، في حين نجد العازبات بحوالي (22%) أما المطلقات فإن النسبة ضئيلة تعادل حوالي (9%).

ب- من حيث سنوات الخبرة:

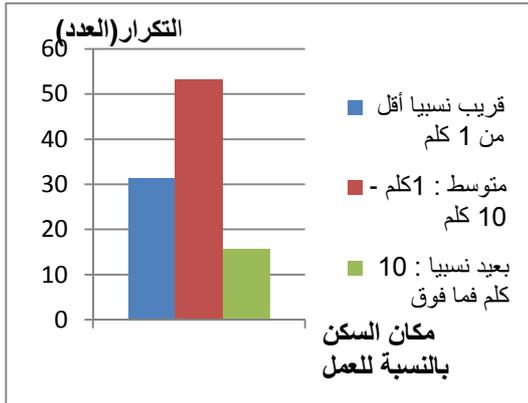
جدول (19) وشكل رقم (09) يوضحان توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب سنوات الخبرة



سنوات الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 03 سنوات	02	% 6.25
من 03 إلى 06 سنوات	04	% 12.5
من 06 إلى 09 سنوات	07	% 21.87
من 09 سنوات فأكثر	19	% 59.37
المجموع	32	% 100

يوضح الجدول والشكل أعلاه أن القابلات التي لديهن خبرة مهنية أقل من 3 سنوات يمثلن نسبة (6.25%) وهي نسبة ضئيلة جدا، أما اللواتي تتراوح مدة خبرتهن من (3- أقل 6 سنوات) فكانت تساوي (12.5%)، في حين بلغت النسبة المئوية للقابلات اللواتي تتراوح مدة خبرتهن من (6-أقل 9 سنوات) (21.87%) وهي الأعلى نسبة.

(ج) - من حيث مكان السكان بالنسبة للعمل: جدول (20) وشكل رقم (10) يوضحان توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مكان السكن بالنسبة للعمل:



مكان السكن بالنسبة للعمل	العدد	النسبة المئوية
قريب نسبيا أقل من 1 كلم	10	31.25%
متوسط: 1 كلم - 10 كلم	17	53.12%
بعيد: 10 كلم فما فوق	05	15.62%
المجموع	32	100%

يتضح من خلال الجدول والشكل أعلاه أنه حوالي ثمن العينة مسكنهن بعيد نسبيا عن مكان العمل ويمثلن حوالي (16%)، أما اللواتي يسكنن قريبا نسبيا من مكان العمل فقد بلغن (31.25%) والنسبة الأعلى في هذا الجدول كانت اللاتي مساكنهم متوسطة البعد عن مكان العمل واللاتي بلغن (53.12%).

III - أدوات الدراسة الأساسية:

لكل دراسة علمية أدوات يعتمد عليها الباحث لجمع المعلومات والقياس، وذلك بهدف اختبار فروضه، وقد استعملنا في دراستنا هذه عدة وسائل تساعدنا في التوصل إلى نتائج دقيقة لكي يكون بحثنا موضوعيا.

وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على الوسائل التالية:

1- **الملاحظة:** هي وسيلة هامة من وسائل جمع المعلومات يستخدمها الباحث في الدراسة بغرض الحصول على معلومات لها أهمية في الدراسة.

ويمكن تعريف الملاحظة بأنها: "وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، وتتميز الملاحظة العلمية عن غيرها من أدوات جمع البيانات بأنها تفيد في جمع البيانات فتصف سلوك الفرد الفعلي وفي

بعض المواقف الواقعية في الحياة, ثم أنها تفيد أيضا في جمع البيانات في الأحوال التي يبدي فيها المبحوثون نوعا من المقاومة للباحث ويرفضون الإجابة عن أسئلته". (دويدار, 1995, ص 274)

أي أن الملاحظة تمكن الباحث من ملاحظة كل الأشياء المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة وجمع بيانات عنها وعن المفحوص من خلال إيماءاته وسلوكاته, إجاباته لحظات الصمت.... إلخ أي تتبع ردود أفعاله, وهذا كله يساعدنا في عملية التحليل والتشخيص.

II- المقابلة العيادية (الإكلينيكية):

1/- تعريفها: تعتبر المقابلة العيادية أم التقنيات, لأنها ضرورية لإجراء التشخيص الصحيح والعلاج الملائم والتقويم, فهي عبارة عن علاقة مهنية تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص في مكان معد خصيصا لممارسة الفحص النفسي, وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي (الفاحص) بمساعدة المفحوص للتوصل إلى الراحة والتخفيف أو القضاء على المشاكل والاضطرابات التي يعانيتها (جمعة سيد, 2004, ص 269).

2/- أنواعها: اعتمدنا في بحثنا الحالي على نوعين من المقابلات هما:

أ- المقابلة الفردية: تتم بشكل فردي مع كل حالة, وتهدف إلى:

- التأكيد على تشخيص الحالة.
- استقاء بعض البيانات المهمة والمعلومات التي تخص المفحوص.
- تطبيق بعض الاختبارات والمقاييس النفسية للوقوف على نوع الاضطراب الذي يعانیه المفحوص ليحصل المعالج في النهاية على بروفييل واضح لشخصية الفرد ديناميات شخصيته وأن يتعرف المعالج على احتياجات الفرد. (لويس كامل مليكة, 1970, ص 71)

ب/ المقابلة الجماعية: تكون بشكل جماعي حيث يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية والتي اتفق عليها كل من الممارس العيادي والمفحوص بعد وضع التشخيص (P39,Adouceur,)

كما اعتمدنا على المقابلة نصف الموجهة, وهذه المقابلة تقع وسطا بين المقابلة المقننة والمقابلة الحرة, فهي توجه المفحوص في استجاباته دون تقييد وتعد أفضل طريقة تخدم أغراض التشخيص والعلاج, وتمكن في نفس الوقت من توفير معلومات حول سلوكيات المفحوص وتسمح له بالتعبير عن معاناته بارتياح. (ماهر عمر, 1992, ص 52)

وهذا النوع من المقابلات يتمشى وأهداف البحث الحالي والمتمثل في محاولة الإلمام بكل سلوكيات المفحوص واعتقاداته وأفكاره, ولهذه الأسباب تم اختيار هذا النوع من المقابلات.

3-محاور المقابلة: لغرض الوصول إلى ما هدفنا إليه في المقابلة الفردية نصف الموجهة التي استخدمناها في بحثنا هذا, لجأنا لإعداد دليل المقابلة الذي تراوحت أسئلته ما بين العامة التي ترتبط بالأبعاد أو المحاور الرئيسية, والأسئلة الفرعية التي ترتبط بمؤشر كل بعد, كما لم يفتنا التطرق إلى الاستبيان الذي يعتبر أهم محاور هذه المقابلة.

أما عن أهم الأبعاد الرئيسية المخصصة لخدمة موضوع الدراسة فكانت كمايلي:

-المحور الأول: حول البيانات الشخصية وتم فيه معرفة: نوع التخصص, الأقدمية في العمل الحالة الاجتماعية, مكان السكنالخ.

-المحور الثاني (حول الاستبيان): مناقشة الاستبيان (قياس قبلي) ومناقشة الدرجات المرتفعة التي سجلتها المفحوصة (الاستجابات) في هذا الاستبيان ومحاولة تفسير ذلك ومعرفة أهم العناصر التي تسبب الضغوط للمفحوصة خاصة الضغوط النفسية المهنية. الأجر: مدى كفايته وملاءمته للجهد المبذول. الرضا الوظيفي عن العمل أو عدمه وأسباب ذلك ؟ (محاولة معرفة, صعوبات المهنة أخطار المهنة محتوى المهنة).

-المحور الثالث (حول الضغوط الخارجية): مناقشة العلاقات الخارجية للمفحوصة وأهم النقاط التي تسبب لها الضغوط, خاصة علاقتها مع الأسرة, المحيط, العمل الجماعي لمهنة القابلة ومكوناتها, وصف عمل القابلة, كيفية مقاومة المعاناة النفسية التي تعيشها في عملها.

-المحور الرابع (حول الأعراض والآثار): مناقشة أهم الأعراض التي تنتاب المفحوصة خاصة أثناء التعرض للضغط النفسي وما أثار ذلك عليها, ومحاولة معرفة الطرق والحلول المقترحة من طرف القابلة للتخفيف من الضغط.

4- تحليل محتوى المقابلة(المضمون): اعتمدنا على تحليل المحتوى كأداة في التعامل مع المعطيات التي تم الحصول عليها من خلال المقابلات التي أجريناها مع المفحوصات(الحالات) وذلك باعتبار أن المقابلات المقننة أو شبه المقننة في جميع البحوث والممارسات تعتبر مجالا من مجالات تحليل المحتوى حيث يؤدي التحليل إلى تفسير يقترب من التحليل الكيفي أكثر من الكمي. وعليه فإن طريقة تحليل المحتوى هي طريقة لتحليل الخطاب المكتوب أو الشفوي, كما أنها طريقة عامة لتحليل المنتج اللغوي سواء كان كتابيا أو شفويا(Ghiglione et . Beauvois;1980) وقد حاولت الباحثة أن تعرف أهمية خطاب القابلات لفهم البعد الخيالي لهن من أجل إعطاء معنى وفهم للتجارب المعاشة كفرد وكفريق.

III- استبيان (أداة القياس) الضغوط النفسية المهنية للقابلات:

بعد بناء استبيان الضغوط النفسية المهنية للقابلات كما ذكرنا سابقا وبالتفصيل, ثم عرضه على مجموعة من المحكمين وحساب صدقه وثباته (الخصائص السيكومترية) أصبح الآن في صورته النهائية يتكون من (54 بنداً), تم تطبيقه على العينة الأساسية □ نتقاء عينة البحث المعتمدة في اختيارها على نتائج تطبيق هذا □ استبيان المبني من طرف الباحثة (قياس قبلي), ثم إعادة تطبيقه مرة ثانية وثالثة (قياس بعدي) لمعرفة الفروق الجوهرية بين التطبيقين ودور البرنامج العلاجي المقترح, ثم استعماله مرة أخيرة (قياس تتبعي أو مؤجل) للتحقق من استمرارية فاعلية البرنامج في انجازه للأهداف المرجوة منه.

IV- البرنامج العلاجي المقترح:

1/ -تعريف البرنامج العلاجي المقترح: هو عبارة عن مجموعة من الخطوات المحددة

والإجراءات المنظمة، تستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ العلاج النفسي بأسس علمية، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة والتي تقدم خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدة القابلات في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية التي يعشنها، وإكسابهن أساليب جديدة صحيحة في التعامل معها، وتجنب استخدام أساليب سلبية مما يحقق لهن التوازن النفسي والتوافق المهني.

2/- أهداف البرنامج العلاجي المقترح :

(أ)-الهدف العام: يهدف البرنامج المقترح والمتمثل في العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) وتقنية □ سترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية للقابلات, وتطوير قدراتهن على مواجهة هذه الضغوط من خلال تنمية الأساليب الإيجابية في التعامل مع الضغوط النفسية عن طريق التدريب على بعض المهارات المعرفية, السلوكية و □ اجتماعية.

(ب)- الهدف الإجرائي: وضع إستراتيجية علاجية للتخفيف من الضغوط النفسية المهنية للقابلات كما يتضح ذلك من خلال درجاتهم على مقياس الضغوط النفسية المهنية المعد من طرف الباحثة والمستخدم في هذه الدراسة.

(ج)- الأهداف الفرعية:

- تخفيض مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد العينة التجريبية عن طريق تزويدهم بمعلومات شاملة عن الضغوط النفسية، ومحاولة إيجاد مهارات وأساليب صحيحة يتعلمونها ويستخدمونها في التعامل مع هذه الضغوط التي يتعرضون لها.
- مساعدة القابلات على التفكير، وتعلم حل مشكلاتهن بأنفسهن بطريقة علمية ممنهجة.

- تبصير القابلات بأهمية الأفكار التلقائية المصاحبة للضغط النفسي، والأثر الذي تتركه على كل من الشعور والتفكير والسلوك، ومساعدتهن على تحديد هاته الأفكار ومحاولة تعديلها أو التخلي عنها، خاصة الأفكار اللاعقلانية منها.
- تبصير القابلة التي تعاني من الضغوط النفسية المهنية بأهمية الحوار المنطقي للذات ومساعدتها على تبني النمط الايجابي منه.
- تعلم المرونة والايجابية وضبط الانفعالات أثناء التفاعل مع المواقف الضاغطة.
- تثقيف القابلات بأهمية مهارة الاسترخاء وتدريبهن عليها وتشجيعهن على ممارستها دائماً.
- تشجيع القابلات على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وتوسيع شبكة العمل الاجتماعي لهن.
- المساهمة في تحقيق التوازن النفسي والصحة النفسية والتوافق المهني، وعلاج مشكلة الضغوط النفسية التي تعاني منها القابلات، باستخدام العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) وتقنية الاسترخاء.

3/- الأسس النظرية لبناء البرنامج العلاجي المقترح:

لوضع الإطار العام للبرنامج ومادته العلمية تم الإطلاع على عدة نماذج والاعتماد على عدة أسس نظرية أهمها:

(أ)- الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي ونموذج "مينكنيوم" في التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية نقلا عن (غربي صيرينة، 2012) فهذا النموذج قدمه (دوناد ميكنيوم، 1985) يتضمن برامج علمية أو ما يعرف باستراتيجيات التدريب على التحصين ضد الضغوط التي تشبه عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتقوم على أساس مقاومة الضغوط بواسطة برنامج يتعلم فيه المتدربون كيفية مواجهة أو التعامل مع المواقف الضاغطة على نحو متدرج وفق ثلاث مراحل متداخلة كالآتي

- المرحلة الأولى (تعليمية): ويتم فيها التركيز على بناء العلاقة بين الطرفين، وتقييم المشكلة وفهمها بالإضافة إلى فهم طبيعة الضغط، وأساليب علاجه، مع توضيح أن الضغط يتألف من عنصرين يبدو أحدهما في التغيرات الفيزيولوجية، والآخر في التصورات والأفكار المرتبطة بالضغط النفسي.

● **المرحلة الثانية:** التزويد بالمهارات التكيفية اللازمة لخفض الضغط والتدريب عليها كالمهارات المعرفية (معلومات حول الموقف المثير للتوتر، إعادة البناء المعرفي للأفكار العقلانية، استخدام أسلوب حل المشكلات إلخ).

● **المرحلة الثالثة:** التركيز على النشاطات اللازمة لنقل أثر التدريب على المهارات التكيفية إلى الحياة الواقعية، واتخاذ الاحتياطات اللازمة للحيلولة دون الانتكاسة، وهنا يتم التدريب من خلال أداء الأدوار واستخدام المواقف المشابهة للواقع.

(ب)- **الاطلاع على الأسس النظرية للنظرية المعرفية لآرون بيك:** من خلال كتاب (طه عبد العظيم حسين، 2007) والتركيز على بعض النماذج كنموذج (أيزنبرغ) في حل المشكل.

(ج)- **الإطلاع على عدد من الكتب والمراجع العلمية:** في مجال الضغوط النفسية منها (فاروق السيد عثمان، 2001)، (فونتانا، 1993)، (حسن عبد المعطي، 2006)، (Dale Carnegie، 1994) إضافة إلى مجال العلاج النفسي العلاجي كـ: (مدحت أبو زيد، 2002)، (علي كمال، 1994) (إبراهيم سغان، 2006). وفي مجال الاسترخاء (Johannes Schal، 2000)، (l'Hopiteau، 2006) (أسامة راتب، 2004).

(د)- **الاطلاع على عدد من البرامج التدريبية:** التي اهتمت بخفض الضغوط النفسية، وكذلك الدراسات السابقة التي تمت في مجال الاسترخاء، والعلاج الجماعي والضغوط النفسية للقابلات منها دراسة: (غربي صبرينة، 2010)، (وفاء مرغني، 2009)، (محمد ابو الحصين، 2010)، (عليمة بودلة، 2012)، (بن عكي أميرة، 2009)، (1997 strovd).

(هـ)- **الاهتداء بأراء الأساتذة المختصين:** منهم الأستاذة "جبار شهيدة" والتي اكتسبت منها الباحثة دورة مبسطة وقصيرة حول المبادئ الأساسية لتقنية الاسترخاء، إضافة إلى الأستاذ (قيسي محمد السعيد) حول كيفية عمل برنامج إرشادي وعلاجي. كذلك الأستاذ المشرف "مكي محمد".

(و)- **بعض الفيديوهات في المواقع الالكترونية:** التي ساعدت الباحثة في التطبيق خاصة فيما يخص تقنية الاسترخاء.

4-محتوى البرنامج العلاجي :

(أ)- **مخطط البرنامج العلاجي:** تكوّن البرنامج العلاجي في صورته النهائية من خمسة عشرة (15) جلسة، تشتمل الجلسة الأولى العينة التجريبية بأكملها والمتكونة من (10 قابلات) وهي الجلسة الافتتاحية، وقد خصصت لها (40 دقيقة) يتم فيها التعريف بالبرنامج وأهدافه وتقسيم هذه المجموعة إلى مجموعتين تجريبيتين مع مراعاة تجانس العينتين قدر الإمكان في حين تحتوي

الجلسات (2-14) تدريبات على المهارات المتضمنة في البرنامج, حيث قامت الباحثة بتقسيمه إلى مرحلتين:

• **المرحلة الأولى:** يطبق فيها العلاج النفسي الجماعي, فعلى المعالج أن يحدد حجم الجلسات المناسبة الذي سوف تستغرقه عملية الإعداد, وعليه أن يحدد توقيت كل جلسة وليكن بمعدل ساعة ونصف في المتوسط, فهي تكون عادة أطول من الجلسات الفردية كما يمكن أن يعقد المعالج من جلسة في الأسبوع الواحد إلى ثلاث جلسات. (العيسوي, 1984 ص218)

فالعينة التجريبية الأولى تخضع للعلاج النفسي الجماعي بأسلوب المناقشة وعددها (05 قابلات), أما الجلسات فكانت (08 جلسات) بمعدل جلستين أسبوعيا, ومدة الجلسة الواحدة من (60-90) دقيقة وفقا لمتغيرات الدراسة.

• **المرحلة الثانية:** يطبق فيها أسلوب الاسترخاء على العينة نفسها على مدى (05) جلسات بمعدل جلستين أسبوعيا, مدة الجلسة الواحدة (45 دقيقة).

أما العينة التجريبية الثانية يتم تطبيق البرنامج العلاجي عكس الأول, بمعنى تطبيق أسلوب الاسترخاء في المرحلة الأولى ثم العلاج النفسي الجماعي بأسلوب المناقشة في المرحلة الثانية. والجلسة الأخيرة أو الختامية فتكون جلسة لتقييم أثر التدريب وإنهاء البرنامج وإجراء القياس البعدي وقد خصصت لها (30) دقيقة, وبعد شهر من تنفيذ البرنامج يجرى تطبيق القياس التتبعي للتأكد من فعالية البرنامج.

وقد قامت الباحثة بتحديد حجم الجماعة المناسب وهي الجماعة المتوسطة (05 أفراد) وتعد هذه الأخيرة من أفضل الجماعات وفقا لمتغيرات التفاعل العلاجي والاستفادة العلاجية. كما أن الباحثة اختارت أن تكون الجماعة العلاجية متجانسة من حيث: الجنس, نوع المشكل مكان العمل والتخصص.

وبالتالي فالبرنامج يحتوي على خمسة عشرة (15) جلسة بناء على الأهداف المحددة يكون تطبيقها بمعدل جلستين في الأسبوع لكل مجموعة, على مدى سبعة أسابيع ونصف.

ب)- الأساليب والتقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

1/- الأسلوب الجماعي العلاجي: والذي يساعد على التفاعل الدينامي بين الجماعة حيث تعد هذه الأخيرة مصدرا للنمذجة الإيجابية, ويعتمد العلاج النفسي الجماعي على أسلوب المناقشة بين القابلات لمعرفة همومهن ومشكلاتهن وانفعالاتهن وخبراتهم المشتركة بهدف زيادة فهمهما وإدراكهن لأنفسهن ومساعدتهن على تعديل أفكارهن وتطوير قدراتهن على التعامل مع مشكلاتهن على أسس علمية وبطريقة بناءة.

ويتمثل مضمونها التطبيقي تقديم معلومات مبسطة حول الضغوط النفسية وأسبابها أنواعها العوامل المؤثرة، أعراضها، وآثارها عن طريق المناقشة وتقديم محاضرات مبسطة وتنفيذ تقنية المناقشة الجماعية في تبادل الرأي حول موضوع الجلسة بين الباحثة والقابلات وفتح باب الحوار والنقاش، والتفاعل المثمر، كما أنها تسمح باستعمال العصف الذهني والتشجيع على التعبير الانفعالي، بالإضافة إلى عدة تقنيات تتخلل جلسات العلاج النفسي الجماعي بأسلوب المناقشة يمكن توضيحها في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يوضح الأساليب العلاجية المستخدمة في البرنامج:

الرقم	الأسلوب المستخدم	الهدف منه
1	التعزيز الايجابي	تشجيع القابلات على المشاركة في العملية العلاجية عن طريق المدح والثناء على الاستجابات الملائمة أثناء النقاش بالتالي حث القابلة على التفكير السليم والسلوك الصحيح، لأن إدراكها بأن الباحثة تقدرها كشخص وتعاملها باحترام يشعرها بالثقة.
2	لعب الدور	هو تمثيل دور متعلق بمجموعة من الأنماط السلوكية المختلفة عن المعتادة، تسترجعها القابلة من حياتها وتكررها في الموقف التدريبي. والهدف منه تعليمها طرقا جديدة في التعامل مع المواقف الضاغطة وتنمية الشعور بالثقة والتخلص من العوائق والاحباطات.
3	طرح الأسئلة	تحقق المشاركة الايجابية الفاعلة بين الباحثة والمشاركات، عن طريق مساعدتهن على الاندماج في عملية التفكير وتشجيعهن على التعبير عن أفكارهن، والبحث عن حلول لمشكلاتهن بدلا من تلقي المعلومات والنصائح فقط.
4	الواجب المنزلي	وهو تكليف القابلات ببعض الأعمال نهاية كل جلسة يقمن بها في البيت والهدف منه نقل اثر التدريب الذي جرى ضمن الجلسة إلى المواقف الحياتية المتنوعة وممارسته.
5	التغذية الراجعة	وهي مراجعة مجريات الجلسة السابقة في الجلسة الحالية لمعرفة مدى استيعابهن للمعلومات المتضمنة، وتقييم قدرات القابلات في الجلسات العلاجية، وترك اثر ايجابي لأنهن يشتركن في العملية العلاجية بأنفسهن.

6	القصة	وهو ذكر أحداث لمواقف قد حدثت لبعض الأشخاص في الحياة اليومية عن طريق القصة.
---	-------	--

كما استخدمنا عدة فنيات أخرى كالإصغاء، الإقناع المنطقي والمداخلة...إلخ.

وتمر الجلسة العلاجية الواحدة بثلاث مراحل هي:

● **مرحلة الافتتاح:** تستغرق مرحلة الافتتاح (خاصة في الجلسة الأولى) ما بين (15-30) دقيقة وهذه الفترة قد تقل في الجلسات التالية، حيث يتم التركيز على إجراءات الجلسة أما بالنسبة للموضوعات فإنها تختلف باختلاف أهداف الجلسة ويمكن حصرها في:

- الترحيب بأعضاء المجموعة العلاجية والتحقق من حضورهم.
- التذكير بما تم في الجلسة السابقة ومناقشته مع المجموعة والاستماع لملاحظاتهم حول ما تم الوصول إليه.

- شرح الهدف من الجلسة العلاجية الحالية وشرح إجراءات تنفيذها، وإتاحة الفرصة أمام الأعضاء لإعطاء ملاحظاتهم واقتراحاتهم.

● **مرحلة البناء:** تستغرق مرحلة البناء ما بين (40-60) دقيقة وقد تزيد عن ذلك في بعض الحالات، وفي هذه المرحلة يتم تنفيذ الإجراءات المتفق عليها والمخطط لها ومن أدوار المعالج النفسي في هذه المرحلة:

- العرض والتوضيح والتفسير للموضوعات والإجراءات.
- توجيه الأعضاء للبدء في المناقشة.
- توجيه الأعضاء لتنفيذ الأدوار.
- إدارة الجلسة العلاجية.

● **مرحلة الإقفال (الإنهاء):** تستغرق مرحلة الإقفال ما بين (10-15 دقيقة) وفي هذه المرحلة يمارس المعالج النفسي السلوكيات الآتية:

- تلخيص ما تم التوصل إليه في مرحلة البناء.
- الاستماع إلى ملاحظات واستفسارات الأعضاء.
- توضيح ما تم تحقيقه من أهداف.
- تحديد التكاليف المطلوب تنفيذها خارج الجلسة (كالواجبات المنزلية).
- التأكيد على موعد الجلسة القادمة. (سعفان إبراهيم، 2006، ص68)

2/- أسلوب الاسترخاء: إن ممارسة الاسترخاء من الطرق الهامة لتقليل مستويات التوتر والضغط النفسي الذي تعاني منه القابلة، حيث تم اختيار مهارة استرخائية، هذه المهارة هجينة

تجمع بين تقنية الاسترخاء التدريجي لـ"جاكسون"، والتدريب الذاتي لـ"شولتز" وتقنية "ميشال سابير" لما لهم من آثار ايجابية على الجانب النفسي والفيزيولوجي للقبالة.

فالمهارة الاسترخائية المقترحة تعتمد على الارتخاء العضلي لـ"جاكسون"، بالإضافة إلى الشهيق والزفير، كما تعتمد على الثقل والخفة ومراقبة نبضات القلب لـ"شولتز" وتتخلل التدريبات استعمال الخيال لوضوح الفكرة أكثر لـ"سابير"، ويتم تطبيق هذه المهارة على مدى ست (06) جلسات بمعدل جلستين أسبوعياً، والجلسة الافتتاحية تكون- كما ذكرنا سابقاً- حوالي (30) دقيقة، أما باقي الحصص فتقدر بـ (45) دقيقة والجلسة الختامية قدرت لها (30) دقيقة مع تطبيق الاختبار البعدي.

ج- خطوات الجلسة العلاجية:

تتكون الجلسة العلاجية من الخطوات التالية:

- عنوان الجلسة وتاريخها ومدتها الزمنية.
- الهدف المراد تحقيقه من الجلسة.
- الأساليب والتقنيات المستخدمة في الجلسة.
- الأدوات والوسائل المستعملة في الجلسة.
- تقييم (تغذية راجعة) ← أسئلة
- ← واجب منزلي

د- الأدوات والتجهيزات المستخدمة:

- 1/- سجاد أرضي.
- 2/- وثائق متعلقة بـ "الضغوط النفسية المهنية- العلاج النفسي- الاسترخاء".
- 3/- Data Show.
- 4/- شريط فيديو.
- 5/- مسجل صوت لتسجيل المناقشات الجماعية وجلسات الاسترخاء.
- 6/- مقياس الضغوط النفسية.
- 7/- مذكرة العلاج: تحتوي هذه المذكرة على عدة نقاط أهمها:
 - التعاقد: وذلك لتحسيس العميل بجدية العمل المطلوب.
 - تعليمات كيفية استخدام المذكرة.
 - بيانات عامة حول العميل لتحسيس هذا الأخير بخصوصيته وهو ما يزيد من أهمية المذكرة عنده.

- وضع ملخص لكل جلسة, تاريخ إنجازها, مدتها.
- تقييم العميل للجلسة وأهم الملاحظات التي يسجلها.
- بعد كل ملخص نجد نص الواجب المنزلي المطلوب إنجازه من العميل.
- أخيرا و بعد كل واجب منزلي نجد عبارات الشكر والتقدير والهدف منه التعزيز الإيجابي للعميل, والتشجيع على المثابرة والالتزام بأنشطة البرنامج.
- والهدف من المذكرة هو :
- اختزال الوقت.
- إعطاء طابع أكثر جدية للعمل المقدم.
- تقييم البرنامج من قبل العميل.

5/- خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي: تم تطبيق البرنامج وفق الخطوات التالية:

أ- تطبيق القياس القبلي قبل البدء بالبرنامج, بهدف انتقاء أفراد المجموعتين التجريبيية والضابطة والتأكد من تجانس العينتين.

ب- الحصول على موافقة القابلات اللاتي سيشاركن في البرنامج المقترح والتأكد من رغبتهن في المشاركة.

ج- الاتفاق على تطبيق جلسات البرنامج خلال سبعة أسابيع ونصف بمعدل جلتين في الأسبوع لكل مجموعة, ويتراوح زمن جلسة العلاج الجماعي الواحدة بين الساعة والنصف إلى الساعتين أما زمن جلسة الاسترخاء فيقدر بحوالي ساعة, وفق هدف كل جلسة مع مراعاة ظروف القابلات.

د- تطبيق القياس البعدي على مرحلتين: الأولى كانت بعد انتهاء الجزء الأول من البرنامج أما الثانية فكانت في الجلسة التقويمية الأخيرة من البرنامج التدريبي ومناقشة المشاركات في مدى استفادتهن من هذا البرنامج, ومقارنة نتائج القياس القبلي والقياس البعدي, إضافة إلى تشجيعهن بممارسة هذه المهارات في حياتهن اليومية خاصة أثناء تعرضهن لموقف ضاغط.

هـ- بعد شهر من انتهاء البرنامج قامت الباحثة بإعادة تطبيق المقياس على المجموعتين التجريبيتين بهدف التحقق من مدى فعالية البرنامج في تحقيق الأهداف المسطرة إليه.

6- تقويم البرنامج: يجري تقويم البرنامج وفق ما يلي:

أ- التقويم من خلال القياس القبلي والقياس البعدي والتتبعي:

عن طريق حساب النتائج إحصائيا, لمعرفة تأثير البرنامج من خلال مقارنة درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين مع درجات أفراد المجموعة الضابطة على المقياس المستخدم في البحث وكذلك مقارنة درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين قبل البرنامج وأثناء تطبيقه وبعده مباشرة

لمعرفة أثر البرنامج التدريبي, ثم مقارنة درجات القياس البعدي والقياس التتبعي وذلك بعد شهر من انتهاء البرنامج.

ب- التقويم من خلال الواجب المنزلي:

في بداية كل جلسة يتم مناقشة الواجب المنزلي مع القابلات, ويصحح من قبل الباحثة أو يعدل إذا كان الأمر يستحق ذلك, إضافة إلى مذكرة العلاج التي تملكها كل قابلة حيث يتم تسجيل الملاحظات وتقييم كل جلسة.

ج- تقويم المتدربات (المشاركات):

من خلال الاستماع إلى آرائهن وملاحظتهن, واقتراحاتهن خاصة أثناء الجلسة التقييمية الأخيرة من البرنامج التدريبي.

د- استمارة تقييم الجلسة بعد تنفيذها:

حيث قامت الباحثة بتقييم الجلسة المنفذة وتحليلها لمعرفة ايجابياتها وسلبياتها عن طريق الملاحظة وتقييم استجابة المشاركات أثناء تقديم البرنامج العلاجي. ملحق رقم (07)

v- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية: بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية والمهنية, وزع على العينة الأساسية لمعرفة درجة الضغط النفسي الذي تعاني منه القابلة وتم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي, ثم شرعنا في الدراسة الأساسية والتي تمت على عدة مراحل:

المرحلة الأولى: تطبيق القياس القبلي (مقياس الضغوط النفسية والمهنية) قبل البدء من تطبيق البرنامج يوم 17\04\2014 بمقر العمل بطريقة فردية وجماعية, وهذا بشرح التعليمات والتأكد من وصول المعلومات وفهمها, ثم ترك وقت للقابلة حتى تستطيع الإجابة بحرية دون أي ضغط بهدف انتقاء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة, وهذا للتأكد من تجانس العينتين ومن فعالية البرنامج, ودامت مدة التطبيق حوالي 20 دقيقة لكل قابلة.

المرحلة الثانية: إجراء مقابلات عيادية بشكل فردي على الحالات أو على المجموعة التجريبية يوم 22\04\2014 حيث أجريت مقابلة واحدة لكل حالة زمنها من ساعة إلى ساعة ونصف حسب الحالة وما تقدمه من معلومات, وفي كل مرة كنا نحاول توجيه الحالة للحديث أكثر عن النقاط المهمة التي تفيد بحثنا وذلك بالاستعانة بدليل المقابلة المهيأ مسبقاً وكان الهدف من المقابلة هو تزويدنا بمعلومات عن المفحوصة التي لا تستطيع المقاييس المستعملة الأخرى أن تقدمها لنا حول حياة المفحوصة وعلاقتها مع المحيط الخارجي بالإضافة إلى معرفة مصادر الضغوط النفسية والأسباب المؤدية لذلك مما يساعدنا أكثر على فهم الظاهرة المدروسة.

المرحلة الثالثة: تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي في الفترة الممتدة ما بين 2014\05\04 إلى غاية 2014\06\23 للمجموعة التجريبية فقط, وقد استغرق البرنامج العلاجي سبعة (07) أسابيع و نصف وكان كالآتي:

1- تطبيق الجلسة الافتتاحية الأولى على المجموعة التجريبية يوم 2014\05\04 ومن ثم تم تقسيم هذه الأخيرة إلى مجموعتين.

2- تطبيق جلسات العلاج الجماعي بأسلوب المناقشة على المجموعة التجريبية الأولى في الفترة الممتدة ما بين 2014\04\07 إلى غاية 2014\06\01, ثم تطبيق القياس البعدي الأول بعد انتهاء المرحلة الأولى من العلاج. وتطبيق جلسات الاسترخاء على المجموعة التجريبية الثانية في الفترة الممتدة من 2014\04\08 إلى غاية 2014\04\26 ثم يطبق القياس البعدي الأول على المجموعة بعد انتهاء هذه المرحلة.

3- تطبيق الجزء الثاني من العلاج: بالنسبة إلى المجموعة الأولى تم تطبيق جلسات الاسترخاء من 2014\06\04 إلى غاية 2014\06\22 ثم تطبيق القياس البعدي الثاني لمعرفة أثر العلاج على هذه المجموعة. أما المجموعة الثانية فتم تطبيق جلسات العلاج النفسي الجماعي بأسلوب المناقشة على المجموعة الثانية من 2014\04\29 إلى غاية 2014\06\23 .

4- في الجلسة الأخيرة من البرنامج التدريبي لكل مجموعة يتم تقييم ومناقشة أثر التدريب وإنهاء البرنامج وإجراء القياس البعدي بطريقة فردية, مع إخبارهن بتحديد جلسة بعد شهر إضافة إلى تشجيعهن على ممارسة هذه المهارات في حياتهن اليومية.

المرحلة الرابعة : تطبيق القياس التتبعي على المجموعة التجريبية بعد تطبيق القياس البعدي يوم 2014\07\23 من أجل التأكد من استمرارية فعالية البرنامج في تحقيقه للأهداف المرجوة, أي هل هناك استمرارية في توظيف المهارات المكتسبة خلال الفترة العلاجية.

VI-أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة: يعد الإحصاء من أهم الوسائل الحديثة للبحث العلمي في ميادينته المختلفة بوجه عام وفي ميادين العلوم الإنسانية بوجه خاص فاستخدام الأساليب الإحصائية يكسب البحث العلمي الدقة العلمية, ويضفي على نتائج البحث الدقة والوضوح.

ويتمثل الأسلوب الإحصائي المستعمل في هذه الدراسة :

1- المتوسط الحسابي: وهو أحد مقاييس النزعة المركزية ويحسب كمايلي:

م = $\frac{\sum س}{ن}$ حيث : م = المجموع س = الدرجة ن = الأفراد

ن

2- الانحراف المعياري: استخدم لمقارنة مدى تجانس المجموعات وانسجام توزيعها وهو يتأثر بالمتوسط الحسابي ومدى تشتت الدرجات وتباينها.

$$\text{الانحراف: } \sigma = \sqrt{\text{مج(س-م)}/2}$$

ن (البهي السيد, 1978, ص51)

كما قامت الباحثة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية (Spss) لتفريغ البيانات ومعالجتها للأساليب الإحصائية اللابارامترية التالية:

3- اختبار مان ويتني (Mann Wittny U): لمعرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة أي الفروق بين متوسطات رتب المجموعات المستقلة قليلة العدد.

4- اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon): للفروق بين متوسطات رتب المجموعات المرتبطة قليلة العدد (داخل المجموعة) خلال القياسات المختلفة (قبلي- بعدي- تنبعي).

بالإضافة إلى استخدام أساليب أخرى لتقنين أداة الدراسة على نتائج العينة الاستطلاعية منها:

-الاتساق الداخلي

-الثبات بطريقة التجزئة النصفية

-الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

-اختبار مان ويتني

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية في الدراسة الميدانية, حيث تناولنا فيه منهج الدراسة المتبع و متغيراتها, وكذا أهداف و إجراءات الدراسة الاستطلاعية, بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في الدراسة وحساب الخصائص السيكومترية للاستبيان المبني لنعرج بعدها إلى دراسة خصائص العينة وطريقة اختيارها, مع إبراز أهم خطوات وإجراءات تطبيق الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المطبقة, وسنحاول في الفصل القادم عرض الحالات وعلاجاتها.

الفصل السادس

دراسة الحالات وعلاجاتها

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل نتائج المقابلات

I- الحالة الأولى:

1- ملخص مقابلة الحالة الأولى

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الأولى

II- الحالة الثانية:

1- ملخص مقابلة الحالة الثانية

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الثانية

III- الحالة الثالثة:

1- ملخص مقابلة الحالة الثالثة

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الثالثة

IV- الحالة الرابعة:

1- ملخص مقابلة الحالة الرابعة

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الرابعة

V- الحالة الخامسة:

1- ملخص مقابلة الحالة الخامسة

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الخامسة

VI- الحالة السادسة:

1- ملخص مقابلة الحالة السادسة

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة السادسة

VII-الحالة السابعة:

1-ملخص مقابلة الحالة السابعة

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة السابعة

IIIX-الحالة الثامنة:

1-ملخص مقابلة الحالة الثامنة

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة الثامنة

IX-الحالة التاسعة:

1-ملخص مقابلة الحالة التاسعة

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة التاسعة

X-الحالة العاشرة:

1-ملخص مقابلة الحالة العاشرة

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة العاشرة

ثانيا: الجلسات العلاجية ومحتواها

ثالثا: ملخص الجلسات

خلاصة الفصل

الفصل السادس: دراسة الحالات وعلاجاتها

تمهيد:

بعد تحديد مجال الدراسة المتمثل في جانبها الميداني, سيعقب ذلك مرحلة الشروع في إجراء المقابلات العيادية (التحليل العيادي لمحتوى المقابلة), ثم ملخص المقابلة لكل حالة مع التحليل الكيفي للمعطيات المتحصل عليها, وتطبيق جلسات البرنامج العلاجي, وهو ما سنتطرق إليه في هذا الفصل:

أولاً: عرض وتحليل نتائج المقابلات:

I- الحالة الأولى:

1-ملخص مقابلة الحالة الأولى صفاء:

صفاء فتاة شابة تبلغ من العمر 32 سنة, عزباء تمارس مهنة القابلة منذ أكثر من 09 سنوات مقر سكنها متوسط البعد نسبياً عن مكان العمل, لكنها لا تواجه مشكلة في التنقل تسكن مع عائلتها وإخوتها وهي تعيش ظروف حسنة في كنفهم وحسب تصريحاتها فإن والدتها أكثر شخصاً يفهمها ويحس بها, لكنها لا تريد إقحام عائلتها في مشاكلها المهنية, كما أنها ليست من النوع الذي يشكل شبكة صداقات من النوع القريب أو البعيد فهي تعيش علاقة مهنية مع زميلاتها أكثر من أخوية أو حميمية, تتميز صفاء بقلّة الكلام أو قلّة المناقشة مع الآخرين, وهي تعمل بكل جد ونشاط وتفان في عملها وتعتبر المسؤولة الأولى والمباشرة في فريقها المناوب, فكل ثقل العمل يقع على كاهلها وهذا ما سبب لها ضغطاً نفسياً حيث كانت نتيجة الاستبيان المقدم لها يحتوي على درجة مرتفعة ويقدر ب(179 درجة) وذلك راجع لعدة أسباب ذكرتها صفاء أهمها: النقص الفادح في عدد المقابلات حسب رأيها ونقص الخدمة التمريضية التي تحتاج إلى تحسين أكثر, بالإضافة إلى الحالات المستعصية والمستعجلة والتي لا تجد لها بعض الأدوية أو إحساسها بعدم مسؤولية الطبيب إثر الحالات الحرجة, كما يوترها استعمال أجهزة تقليدية, بالإضافة إلى تعدد مطالب المريضة التي لا تدخل ضمن نطاق عملها والتي تؤخرها وتعطلها عن عملها الأساسي.

كما أن عدم معرفتها لحقوقها وواجباتها يجعلها دائماً تقع في مشكل غموض الدور وهو ما يقلقها ويزعجها لدرجة أنه كانت تنتابها رغبة بعدم القدوم للعمل وانزعاجها من العمل خاصة في الثلاث سنوات الأخيرة نظراً لجمع مؤسستي دار الولادة ودمجها مع بعض مما أثار ضغطاً شديداً وارتفعت نسبة الولادات إثرها, وأصبح العدد يفوق احتمال المؤسسة وهو ما كان يزعج ويقلق صفاء ويسبب لها ضغطاً كبيراً.

كما أن المفحوصة تلقي على عاتق المسؤولين نصف المشكل لعد تأديتهم دورهم كما ينبغي أو بذل مجهودات وإعطاء حلول جوهرية حسب قولها للتخفيف من هذه الوضعية المزرية التي تعيشها القابلة.

كما تشتكي صفاء من قلة النظام خاصة نظام الزيارة الذي يعتبر مشكلا هاما خاصة مع الزوار والمشاكل التي تأتي من ورائهم, في ظل هذه المشاكل أصبحت صفاء تعاني كثيرا من التوتر والضغوطات النفسية جراء هذه المهنة, وما زاد ذلك سوءا عدم توفر أدنى مرافق الترفيه بالمصلحة وأدى حق من حقوقها كعامله وهو حقها في قضاء حاجتها البيولوجية فعندما تريد ذلك كانت تفكر أولا عن المكان أو الحل فترة معينة وهذا ما يشعرها بعدم الاهتمام بها كعامله وكإنسانة.

وأصبحت تظهر على المفحوصة أعراض خاصة في السنوات الأخيرة بعد حدوث مشكل لها كالنرفزة والقلق, جفاف الفم, الاكتئاب بعد كل مشكل.

وصفاء من الشخصيات الهادئة, الخجولة تقوم بعملها على أكمل وجه وعندما ينقضي الوقت تنصرف فإذا أحست صفاء بكثرة التوتر وقوة الضغط, فإذا تطلب إجازة لترتاح إذا أتيح لها ذلك حتى تستعيد نشاطها عند عودتها إلى مقر العمل.

وعند عرض الباحثة على صفاء العلاج المقترح للتخفيف من هذه الضغوط فرحت بالفكرة واستعدت للمشاركة, لأنها لم تحاول البحث عن حلول جوهرية أو حتى اتخاذ استراتيجيات معينة للتخفيف من هذه الضغوط بل فضلت مجيء الحل بمرور الوقت.

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الأولى: بعد حصولنا على مضمون المقابلة, أهم ما تم ملاحظته من خلال معالجتنا لمدونة هاته الحالة أن صفاء ذات شخصية هادئة, خجولة, فهي تتسم بالهدوء المطلق فهي غير اجتماعية وشبكة صداقاتها جد محدودة وهذا ما أكدته في قولها بعد سؤال الباحثة: " عندك صديقة مقربة اتحدثها أو قريبة ". فردت صفاء "لا", كما أن علاقتها مع زميلاتها ومع فريق العمل وصفتها صفاء بالعلاقة المهنية أكثر منها أخوية .

ونلاحظ أن المفحوصة لا تتميز بالاسترسال أثناء المقابلة فهي تستعمل الأسلوب الموضوعي والبعد عن الأسلوب العاطفي الذي يفسر الحياة النفسية, فكان كلامها فقير وإجاباتها جد قصيرة وكأنها تسرد واقعا, وليست تلك الشخص الذي يعيش تلك الوضعية الضاغطة مثل: " نعم, لا مش عارفة, ما فكرتش, عادية" فكانت أجوبتها قدر السؤال مهما كان التحفيز والأسئلة الإيحائية من أجل الإجابة, حتى أنك تحس أحيانا بأنك تستجوبها.

ونلاحظ أن المفحوصة تبدي مراقبة كبيرة على كلامها وانفعالاتها وهذا ما لاحظناه من خلال فترات الصمت المتخللة لحوارها وقصر إجاباتها.

كما أن جمل صفاء لا تظهر فيها عاطفة, ونلمس لعجز في التعبير الانفعالي و كأن انفعالاتها جامدة أو مخدرة لعدم استثمار الحياة الواقعية ونشاطها العقلي ونلمس ذلك خاصة عند سؤال الباحثة عند حدوث مشكل لها أو للفريق, فتدرد بطريقة آلية خالية من كل معنى عاطفي حيث تقول: "تضحك, ما جانيش مشكل كبير."

ونلاحظ أن المفحوصة جد مسالمة, لا تبدي أي عدوانية اتجاه الآخرين وتلتزم بالصمت, بل بالعكس تقع كل المسؤولية وكل ثقل العمل على كاهلها, فتعمل بكل صمت ولا تلبس ببنت شفة لأحد مخافة غضبهم وخوفا على شعورهم, وتجلى ذلك في قولها: " نقول علاش كل شيء واقع علي وأنا أنضغط بصح نقول في قلبي." كما أضافت: " مش عارفة, كون نجي للخدمة ونلقى واحدة هزت عني المسؤولية نحس الضغط نقص ... نعي, بصح نخافهم لا يغضبوا." هذه الأجوبة تدل على عدم القدرة على مواجهة الآخرين وكنم العدوانية لكن لا يمنعها ذلك أن تبدي استياءها في بعض الأحيان خاصة إزاء الوضعية المزرية والمتدهورة للمصلحة وعدم اكتراث المسؤولين بهذه الوضعية, حيث أوضحت في قولها مع بعض التردد: " مش عارفة يجيني مش حاسين بينا ما دام قعدت الأوضاع كيما هكة وكيما كانت, راهم مش حاسين بينا ومخليينا."

وأشارت صفاء لإلى مشكل الزوار الذي يثير المشاكل ولا يتركها تعمل بأريحية أكثر, لكنها كالعادة كانت إجاباتها قصيرة ولا تعبر عن هذا المشكل الذي يحول بينها وبين ممارسة مهنتها بكل راحة, وهذا ما أشار إليه لانفورد (Lanford,1987) " إلى أن أكثر مجالات العمل إثارة للضغوط تلك التي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس والتي يكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين.

كما نلاحظ أن المفحوصة لديها نوع من التفكير الذي يتميز بانخفاض في نشاط العقل فهي لا تحكي عن رغباتها الشخصية أو حياتها الطريقة التي تعيشها أو مآلها المستقبلية وهي لا تحاول التفكير في إيجاد حلول جيدة للتخفيف من الضغوط التي تعيشها أو إتباع استراتيجيات للتكيف مع الحالة الراهنة, ويتجلى ذلك في قولها: " ما خممتش نلقى حل ... تضحك". وكذلك " لا ...حتى يجي وحده الحل". وفي قولها بعد استنارتها من قبل الباحثة " نخم بصح ما ندير حتى شيء... تضحك".

أما عن سؤال الباحثة عن مآلها إثر تعلم العلاج وهل سيساعدها في التخفيف من الضغوط فتجيب بأسلوب فقير من المشاعر والعواطف : " ممكن يكون الحل, لأنو ما عندي حتى حل من غيره" .

وعندما نتحدث عن الضغوط وعن أسبابها في المصلحة والتي تعد حجر الزاوية فإن تبدي طريقة آلية معزولة عن كل الانفعالات, وحتى المظاهر و الأعراض فمثلا سؤال الباحثة عن الأعراض فتصرح : " ساعة ومرة نتعلق ونحس بالاكتئاب ... وساعات ما نخرجشي اللي في داخلي" . وكذلك إذا حاولنا تحليل خطابها نجده خال من الصور والاستعارات ذات الدلالة النفسية والانفعالية, وغياب التلاعب بالأفكار أو إظهار المشاعر على شكل لفظي, هذا يدل على التفكير النمطي الخاضع إلى الواقع فتعبيرها اللغوي جد فقير بلزمات لغوية فهي تكثر من كلمة "لا, مش عارفة, إيه" للاختصار في الإجابة الذي يدل على ميكانيزم دفاعي وهو الهروب أو يدل على ضعف القدرة التعبيرية, وهذا ما يؤكد (طه وسلامة عبد العظيم حسين 2006) في تأثير الضغوط النفسية على البناء المعرفي حيث يصبح تفكير الفرد نمطي وجامد .

كما نلاحظ من خلال المقابلة أن المفحوصة لا تقوم بأي تعبير جسدي حركي أو حركات اضطرابية أثناء الخطاب عدا الضحك أحيانا, كما أن وضعية جلوسها توضح ذلك, وهذا يدل على التفكير العملي الخالي من الحياة الخيالية والانفعالية.

يرى (Marty,1990,p31) " أن اللاشعور يستقبل الأفكار لكن يكمن الخلل في ما قبل الشعور, أين يكون مسح للنشاط العقلي المعتاد, ويظهر قمع للعلاقات الحقيقية مع الغير والذات ... ويكون هناك غياب للاتصال مع اللاشعور أين يخلق قطع حقيقي ويحل محل ذلك الانفصال عن الحياة الخيالية والبقاء في الحياة والتفكير العملي الذي يتموضع كنظام معاشي يومي."

فلاحظ أن المفحوصة تقمع العلاقات مع الغير, وهذا ما أكدته في حديثها بعد اكتسابها صداقات ماعدا علاقتها مع الأهل التي تتميز بالاستقرار والتفاهم في قولها : " نعم. أهلي فاهميني" وكذلك " نتحدثوا عادي ونتمسخرنا عايلة كاملة" . حيث صرحت أن الشخص الأكثر تفهما هي أمها, لكنها لا تحاول إقحام عائلتها في مشاكلها المهنية, تحاول إخفاء ذلك خشية قلقهم عليها فتقول : " كي يصرا مشكل ما نقوللهمشي عليه ", " ما نحدث حتى واحد ... مش حابة نقلقهم بمشاكل الخدمة", هذا السند العاطفي من طرف الأهل يدعو صفاء ويجعلها تستطيع تحمل الضغوط النفسية المهنية كما يحقق لها بعض التوازن النفسي, فقد أكد الرشيدى: " أنه كلما كان هناك دعم اجتماعي وعاطفي ومساندة تقدمها الأسرة والأصدقاء ... كلما قل مستوى الضغط.

لكن تراكم المثيرات وعدم وجود حلول مناسبة جعل نسبة الضغوط ترتفع لدى صفاء حتى أنها لا تنصح الآخرين بمزاولة هذه المهنة نظرا للخبرة الأليمة التي اكتسبتها وللظروف والضغوط التي لا زالت تعيشها لحد الساعة, ويتجلى ذلك في قولها: " لا أنصح أحد بالعمل في مجال الصحة, لا أصدقائي لا أهلي ولا أخواتي." فاعتبرت المهنة مصدر ضغط لها ومصدر ألم نفسي نتيجة الفوضى حسب قولها وأوضاع العمل وكثرته وعدم اهتمام المسؤولين بذلك حتى انتابها شعور بعدم الرغبة في القدوم للعمل, وهذه الرغبة كانت بصورة كبيرة ردة فعل سلوكية حينما يتجاوز الضغط المستويات العادية المألوفة وهذا ما أشار إليه (الفرماوي وعبد الله, 2009) عن طريق انخفاض مستوى النشاط وانخفاض مستوى الإنتاجية.

ويتضح من خلال هذه المقابلة تأكيد مؤشرات الضغوط النفسية المهنية التي تعيشها المفحوصة, وهذا ما جعلها تستعد للمشاركة في البرنامج العلاجي المقترح.

||-الحالة الثانية:

1- ملخص مقابلة الحالة الثانية رزان:

رزان امرأة شابة في الأربعينات من عمرها, متزوجة وأم لثلاثة أطفال, تعمل كقابلة منذ أكثر من 18 سنة, تعيش حياة مستقرة وهادئة في بيت الزوجية, زوجها وأسرتها جد متفهم ومتعاونة معها ومع عملها. كما كانت رزان تعيش في أسرة متماسكة ومتعاونة من طرف والديها وإخوتها قبل الزواج, وكان والدها دائم المساندة لها خاصة أثناء حدوث مشكل في المهنة لأن هذا الأخير يعمل إداري ويعرف القوانين حسب قولها. بعد الزواج انتقل السند من الأب إلى الزوج. رزان تعمل في المؤسسة الاستشفائية وهي متوسطة البعد نسبيا عن مقر سكنها لكنها لا تعاني من مشكل التنقل.

عاشت رزان في بداية زواجها بعض المشاكل ككل الأزواج الجدد (مشكل السكن, حضانة الأولاد ...) لكنها تغلبت عليها بمرور الوقت, فهي من النوع المرح والبشوش وتشكل شبكة صداقات في المكان الذي تقطن فيه, فبالرغم من بعد أهلها عنها لأنهم يسكنون في ولاية أخرى إلا أنها تحاول في كل مرة إيجاد جيران أو أصدقاء تعوض به غياب أهلها.

تتميز المفحوصة بشخصية قوية تجعل الكل يحترمها ويقدرها كما أنها متفانية في عملها ودؤوبة مسؤولة في فريقها, هذه المسؤولية الملقاة دائما على عاتقها, دائما جعلتها تحس بكبر حجم ذلك وجعلها تحس بالضغوط التي تنجم عنها, فعند تطبيق الاستبيان عليها تحصلت على (169 درجة) وهو ضغط متوسط مقارنة بالأخريات, لكنها دائما تحاول إيجاد الحلول البديلة للتخفيف من هذا الضغط أو مواجهة المشكل لإنهائه .

وقد أوضحت أن الأسباب المهنية التي تجعل نسبة الضغط ترتفع لديها كثرت عدد الولادات وعدد الحوامل خاصة في السنوات الأخيرة نظرا لدمج المؤسستين مع بعضهما البعض وأصبح عدد الحوامل يفوق بكثير نسبة استيعاب المؤسسة, وتحس رزان أنها المسؤولة الأولى عليهن أثناء أدائها مهنتها وأن أي مضاعفات تحدث للأم أو الجنين يشكل هاجس خوف لديها, لكنها سرعان ما تحاول معرفة السبب وإيجاد حل مناسب والتفكير في إستراتيجية لحل هذا المشكل.

كما أنها واجهت منذ فترة بعض المشاكل مع المسؤولين وشكل لديها ضغوطات جمة أثر على صحتها الجسدية عن طريق مرض جلدي أصيبت به منذ حوالي أكثر من ست (6 سنوات) صرحت المفحوصة أنه كلما زاد قلقها وضغطها يزداد المرض الجلدي وكلما كانت نفسياتها أحسن كلما قل .

وأحست رزان بأن المهنة قدمت لها أشياء كثيرة وأحدثت لها تغييرات للأحسن, ونضجت شخصيتها أكثر بحكم التجارب التي مرت بها في المهنة .

كما أنها راضية عن مهنتها بنسبة مرتفعة وأن عملها حقق لها اكتفاء ذاتيا وماديا ومعنويا إلا أن الوضعية الراهنة التي تعيشها المؤسسة جعلها تعيش ضغوطا نفسية مهنية, وتتأمل رزان في إيجاد حلول مناسبة وجوهرية للتخفيف من هذه الوضعية المزرية التي تعيشها القابلة بصورة عاملة في هذه المؤسسة.

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة الثانية :

من خلال مقابلتنا مع الحالة ومعالجة مدونتها بشكل معمق, تبين لنا أنها ذات مستوى ثقافي لا بأس به, وذات شخصية قوية, متزنة, ذات إرادة صلبة وصبر شديد وهذا يتجلى من خلال وضعية جلوسها الدالة على النمط العيادي, كلامها لم تتخلله توقفات ولا تقطعات بل تميز أسلوبها بالاسترسال (الحجة, الإقناع), واخذ الوقت اللازم لإنهاء حديثها مفرداتها كانت كثيفة ومنتقاة نظرا لأهمية الموضوع المعالج, في بعض الأحيان كانت تعتمد على التفاعلات غير اللفظية (الإيماءات, الإشارات) للدلالة أما على الإنكار أو عدم الصريح بمعرفتها لآفاق السؤال المطروح من طرفنا, وتخوفها خاصة من التفاعل في حياتها الخاصة, حيث أن توجيه محتوى التبادل اللفظي كان في بداية الأمر من طرفنا انطلاقا من السؤال الأول و المتمثل في "بعد 18 سنة عمل, تخلى روحك أول ما دخلت والآن؟ حسيتي روحك تبدلتى؟"

لنسجل استجابة من طرف المفحوصة: " كايين تغيير كبير للأحسن ... بكري كنت نقلق ثم ثم بصح الآن بالعكس عدت قادرة نتحكم في نفسي أكثر ... الواحد دايمًا وين يكبر ينضج أكثر ..."

لكن في بعض الأحيان هي التي تأخذ مبادرة للحديث عن طريق المقاطعة كقولها: " إيه, يحلي مشاكلي ينعتلي الطريق وين نمشي ..."

على غرار ذلك ومن خلال تصفحنا وتعمقنا لنص المقابلة دوننا: أن المفحوصة كانت تتميز بشخصية قوية وإحساسها الكبير بالمسؤولية اتجاه مهنتها واتجاه المرضى واتجاه الفريق العامل معها ويتجلى ذلك في تصريحها: " تحسي روحك راكي مسؤولة عليهم الكل, خاصة كي يعود ' équipe c' est pas bien qualifiée ... " كما أضافت: " كي تعود عارفة روحك, رايحة للخدمة أفصلي قدر المستطاع بين حياتك العادية والعملية."

كما دوننا أن هاته الأخيرة تتميز بتقدير ذات عالية وأنا متوازن وثقة بنفسها مرتفعة جدا حتى ذلك على ظهور الضغوط أو القلق لديها وذلك بشهادة زميلاتها فقد كانت تجيب بالضحك: " أنا دائما ومع احتراماتي ملي بديت الخدمة دايمًا يحطوني في وجه المدفع, وأنا دائما مسؤولة على ' équipe وعلى personnel ... دايمًا أنا شخصيتي أقوى ... يقولولي تعرفي كيفاش تهدري مع الغاشي ..."

وتقول: " أنا دايمًا نحل مشاكلي وحدي ..."

كما أسردت: " أصحاب ' équipe يحطوني chef عليهم على أساس أنني فاهمة ويحسسوك أنه أنت دايمًا إللي تقسمي المهام ..."

هذا الدعم من طرف الزميلات يؤدي دورا هاما في الحياة العملي وينتج عن العلاقات إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية كالتقدير والاحترام والصدقة حسب رأي (محمد علي محمد 1986). كما أكدت رزان أنه على القابلة أن تؤدي عملها وواجباتها المهني على أكمل وجه ومعرفة حقوقها وواجباتها لتوضيح درورها كقابلة لأن عملها مقدس وأن المسؤولية تقع على كاهلها خاصة في مواجهتها مع الزوار أو مرافقي المريضة مما يزيد من المشاكل والضغوط حيث تصرح: " la sage-femme هي الواجهة, هي اللي تشوف المرى باش تزيدها, هي اللي تقدر لهم وقت الزيادة, وكأنهم حاسبينها رب في الأرض."

كما أشارت المفحوصة إلى تفاوت القدرات العقلية من قابلة إلى أخرى وعدم رضاها عن تصرف البعض منهن والذي يعد ذل أو مهانة, فتسرد: " أنا دايمًا نلوم la sage-femme ونقلها كي ما تثبتيش وجودك ... أنا ما نكذبش عليك نحب نثبت وجودي, و la sage-femme بكري كانوا عاطبينها حقها أكثر من ذرك."

فرزان تحاول دائما إثبات وجودها كقابلة ماهرة لها كيانها ولها شخصيتها ولها رأيها في تقرير مصير المرأة الحامل باعتبارها المسؤولة الأولى والمباشرة عليها, فتقول: " ..التحسين اللفظي أهم

من كل شيء ..مركزين على الحالة النفسية للمريضة ..كي تضحكيلها المرى 'ا'
accouchement تفوت بخير وسلامة. " وترجع هذه الثقة إلى الدعم النفسي من طرف الوالدين
أولا.

حيث تصرح: " أنا ملي بديت نخدم نحس روجي sage femme competante ... على
الرغم من أنه بابا خير هالي هالخدمة, بصح ملي قريتها وخدمت فيها حبيتها. " كذلك : " حتى
والدي عندهم جانب كبير, دايمًا يوصي في بابا, أخدمى وكى تشوفى روحك ما عدتيش قادرة
أخرجى منها... دايمًا قاعدة هذه الجملة في راسي. " أما الطرف الثاني الذي تحس رزان بالدعم
النفسى من طرفه فهو الزوج حيث تضيف: " زوجي ... يحلى مشاكلي اينعتلي الطريق ... " لذلك
تحس المفحوصة نسبة رضا عالية عن عملها يفوق 85% غير أن ظهور بعض المشاكل
خاصة مع المسؤولين أظهر الضغوطات لدى الحالة وحتى الوضعية المزرية للمؤسسة زاد من
نسبة هذه الضغوط, حيث قالت الحالة normalment كايين توزيع المهام ... هالعامين الأخيرة
الخدمة كلها عادت مشكشكة من العساس حتى المدير. " وتضيف : " ... بصح ما كانش متابعة
من طرف المسؤول, وتحسى أن المسؤول مش مساندك أو يخدم فيك أو يحوس على مشاكلك ...
وما يهتموش بجوانب أخرى كالتحفيزات."

وهذا ما أثر على رزان وتسبب لها بظهور مرض جلدي في يدها نتيجة الضغوط حيث أكد
(المعطي, 2006) أن مشاكل السلطة والرؤساء تعتبر مصدرا من مصادر الضغوط النفسية المهنية.
كما أن المفحوصة تتميز بنشاط عقلي مرتفع فهي تحاول التفكير وإيجاد حلول مناسبة للمشاكل
التي تتعرض لها, وتتبع استراتيجيات للتكيف مع الموقف الضاغط فنلمس ذلك في قولها: " ... كي
نجي ونلقى ضغط كبير نحب نفرز الحالة ... ونقسم المهام. " وكذلك: " أنا اقترحت اقتراح بدون
ما نكون مسؤولة ..."

كما أنها تحاول معرفة الأسباب لإيجاد الحلول المناسبة والفعالة فتقول: " نخم في حاجة واحدة
بسبب النزيف بش نلقى الحل."

كما أنها تستعمل ميكانيزمات للدفاع عن ذاتها كالمواجهة وعدم الهروب من الموقف الضاغط
فتقول: " نحاول نحل المشاكل."

III- الحالة الثالثة:

1- ملخص مقابلة الحالة الثالثة خالدة:

خالدة امرأة شابة في الأربعينيات من عمرها متزوجة وأم لطفلين, تعيش حياة مستقرة مع
أسرتها في الوقت الحالي, بعدما عاشت من قبل ظروف صعبة للغاية تميزت بحدة المشاكل

والصراعات أدى ذلك إلى طلاقها بعدما أنجبت أبنها الأول, ونظرا لظروف صحية أجهضت خالدة سبع مرات حتى اضطرت لطلب الطلاق بعدها رغم حبها الشديد لزوجها, وبقيت خالدة مطلقة لبضع سنين برغم الفرص التي تقدمت إليها للزواج لكنها كانت دائما ترفض لبقاء حبها لزوجها الأول, وبعد مدة رجعت خالدة لزوجها الأول والتأم الشمل وأنجبت طفلا آخرا منه.

خالدة تحب زوجها حبا شديدا لا مثيل له وحسب قولها حتى نرفزته تعجبها وتحسه رجلا بآتم معنى الكلمة, لكنه أحيانا وكبعض الأزواج تحس أنه أنقص اهتمامه بها عن ذي قبل.

تنتمي خالدة إلى أسرة كبيرة هي أكبر أخواتها وأمها المسؤول الأول في البيت حتى أنها أفنعتها بهذا العمل رغم معارضتها له في البداية لأنها لم تختره على اقتناع, لذلك ورغم مدة عملها التي تجاوزت 9 سنوات تحس نفسها غير راضية وغير مقتنعة, وهذا العمل ليس من مستواها وهي الآن تفكر في الراحة وإجراء عام بدون أجر (sans solde) حتى ترتاح من ضغط المهنة .

المفحوصة إنسانة شفافة وحساسة جدا واجتماعية تستطيع بمعاملتها الطيبة أن تحبها وأن تكون علاقات اجتماعية, لكنها تحس دائما بعدم الاستقرار في العمل وفي فريق مناوب معين وهذا ما سبب الضغط النفسي, بالإضافة إلى دمج المؤسستين الاستشفائيتين وأصبح عدد الحوامل يفوق احتمال المؤسسة كذلك عدم قيام المسؤولين بواجبهم المهني يزيد من ضغط خالدة لأن الأوضاع تزداد سوءا , بالإضافة إلى سوء النظافة التي تعيشها المؤسسة حسب رأيها فهي إنسانة جد نظيفة وتحب العمل في مكان نظيف ولا تحس بالراحة إذا كان المكان متسخا.

في المدة الأخيرة عاشت خالدة ظروفًا صعبة بعد تعرض زوجها لحادث مميت حيث تم الاعتداء عليه وضربه على رأسه فأصابه نزيف داخلي في المخ, ولولا رحمة الله أولا ودعاء خالدة الدائم ثانية لكان زوجها في عداد الأموات, هذه الحادثة أثرت كثيرا على نفسية خالدة وزادت من ضغوطها مع ضغوط العمل, فبعد تطبيق الاستبيان عليها تحصلت على (185 درجة), فهذا الرقم يوضح أنها تعيش ضغطا شديدا.

وعندما اقترحت عليها البرنامج فرحت كثيرا به وكانت من المتحمسات الأوائل اللاتي أبدین سرورهن وغبطتهن, بل وشجعت الأخريات على المشاركة في البرنامج للتخفيف من هذه الضغوط النفسية و المهنية.

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الثالثة: قمنا بإجراء المقابلة مع الحالة حيث بلغ زمن المقابلة 1ساعة و20 دقيقة تقريبا للتمكين من الحصول على معلومات وافرة, وبعد دراسة هذه المدونة تبين لنا أن خالدة تتميز بنمط شخصي جد بشوش تراها دائما مبتسمة مع الكل كما أنها تتعامل بطريقة تكيفيه اجتماعيا فهي جد متساهلة في التعامل مع الآخرين خاصة المرضى, طيبة معهم

تتميز بالهدوء وهي جد حساسة وتحب الاستقرار في مكان عمل معين ولا تحب التغيير حيث تقول: " أنا كي نعود نخدم مع équipe ماشي نتاعي نعود مديقوتيا degouté من الخدمة ونحس بعدم الانسجام".

كما أنها مستوى التعبير اللغوي عالي, فلديها ثراء لغوي ولا تعاني من صعوبة التعبير أو تعاني من لزمات لغوية وفترات الصمت قليلة.

لكنها لا تعبر عن انفعالاتها وتقوم بكظمها حيث تقول: " كي نتلقى كلمة من زميلاتي ما تعجبنيش وتوترني ... ونهز منهم زميلاتي في بعض الأحيان بصح ما نتكلمش ". كما تضيف: " كي تجي لـ équipe وتتلقى كلمة ... بسيطة أنا وحدة من ناس نحس بيها, بصح نلجأ لربي ونقول دبر راسهم...".

إن قمع الانفعالات يدل على عدم القدرة على التعبير عنها, ويدل إما على أثرها في الذات وهذا ما يجعلها من الشخصيات الحساسة وبالتالي استخدام وبالتالي استخدام ميكانيزم دفاعي من أجل الهروب وهو التبرير, حيث كانت المفحوصة تلجأ إلى التماس الأعذار للآخرين لتخفيف التوتر الداخلي أو اللجوء إلى الله عز وجل, أي استخدام الوازع الديني للتخفيف من ذلك, فهي جد مسالمة ولا تبدأ أي عدوانية اتجاه الآخرين فتظهر في قولها: " ... حتى هم مساكين مش عارف الواحد واش صايرله, ماشي بش يتحدثوا واش صايرلهم." كما تضيف: " أنا ندير مجهودي بش يستعرفلي بيه ربي, أما les maldes ما يستعرفوش."

ومن الملاحظ أيضا أن عدد كبير عمليات نفسية: ضغط, قلق, خوف... الخ فكانت المفحوصة تعيش ضغط اجتماعي كبير من قبل أثناء طلاقها من طرف المجتمع الخارجي وتعرضها لتجربتين جد قاسيتين أثر على جهازها النفسي فالأولى طلاقها والثانية إصابة الزوج والخوف من فقدانه مرة ثانية, فعندما كانت تسرد القصة, كانت تسردها بكل جوارحها وكأنها حدثت اليوم حتى اغرورقت عيناها, لكنها أملها في الله عز وجل أكبر من ذلك ودعاؤها الدائم أرجع لها زوجها, حيث قالت: " قالي الطبيب يدخل تو en urgence لو كان تزيدي 5 دقائق راح يموت زوجك, وكان دار العملية احتمال يفقد الذاكرة ... " وتضيف: " كي دار الطبيب radio قال ترحموا عليه ما يكملش العملية ما نزنش يخرج منها سالم...".

وتقول لكن ثقتي بالله أكبر بكثير من البشر وقلت له: " في وداعة الله وحفظه, تركتك بين يدي الذي لا تضيع ودائعه...".

هذه الحادثة أثرت كثيرا على الحالة وأصبحت تعاني من قلق الفقدان أو الخوف فبعد طلاقها من زوجها وافتقادها له في المرة الأولى ثم الحادث المميت الذي أوشك على إنهاء حياته في المرة

الثانية أصبحت خالدة تعاني هذا الهاجس حيث قالت: " زوجي ... أحبه حبا شديدا وحتى نرفزته تعجبني, نحسه راجل بآتم معنى الكلمة ... " كي يتترفز حتى كون نتغشش (نغضب) ما نبينش نبقى نضحك, خاصة معد ما دار accident '... " هذه التجارب اثر على جهاز خالدة النفسي الذي أصابه الإنهاك والتعب نتيجة تحمل ضغوط تفوق قدراتها الشخصية مما أفقدها في ثقها بذاتها حيث قالت: " من كثرة الضغوط في الحياة الاجتماعية ... جتني ضغوطات نفسية و depression حتى ما عادش قادرة, المهم ما عدتش لاقية روجي... "

كما عبرت: " تحسي روحك مش في هالدنيا, مش في هالوجود".

كما أن الإحساس بالذنب أصبح ينتاب خالدة, لأنها من الشخصيات التي أصبح أناها هش ولا تحاول الدفاع أو موازنة الأنا بل بالعكس أصبح الإحساس بالذنب والخوف يراودها بعد حدوث أي مشكل, رغم إنكارها المباشر له لكنها في سياق حديثها تعلن به فتقول: " لا منحسش بالذنب كي نبذل مجهودي... بصح نخاف من محاسبة ربي أكثر من محاسبة العبد ومن الملاحظ أيضا أن الحالة تعاني من مشكل على مستوى صورة الذات خاصة أثناء تواجدها في مكان العمل مما سبب لها ضغطا نفسيا وعدم رضاها عن نفسها فتقول: " ساعات ومرة تحسي روحك مش قد قد ... " وتضيف: " مش لاقية روجي ياسر ياسر في الخدمة وحاسة روجي مش نقدم في مجهوداتي الكل".

وذلك راجع لعدم اقتناعها من البداية بهذه المهنة وأن ممارستها لمهنة القبالة جاء بمحض الصدفة حيث تصرح: " نايا أصلا هالخدمة ما خيرتهاش درتها (par hasard)... " لكن بعد اقتناع الأم بمزاولة المهنة والعمل بها خشية صعوبة ذلك مستقبلا فتقول: "كي نجحت أحبطت, بصح أمي قالت راكي مرة أخرى ما عدتيش تلقيه هال poste ... بصح ما رانيش مقتنعة بيه ... وما زال هذا رايبى لحد الآن, كون جات شهوتي نخرج منه نهائيا هالمجال".

هذا الصراع الداخلي الذي تعيشه المفحوصة بين مزاولة هذه المهنة لسد احتياجاتها وبين عدم رغبتها في هذا المجال جعل تقديرها لذاتها ينخفض واهتزاز صورة الذات لديها حتى أنها أصبحت لا تتصح الآخرين بهذه المهنة انطلاقا من تجربتها الشخصية حيث قالت: " لا انصح أصدقائي ولأهلي ... "

أما عن السبب فأجابت: " تو, أنا عاجباتك؟ " فقد ردت بأسلوب إنشائي سؤالا بسؤال كناية عن عدم رضاها عن نفسها وعن مهنتها وهذا ما أكده (الرشيدي هارون, 1999) بأن الدراسات أثبتت أن انخفاض مفهوم الذات يساهم في زيادة الضغط عند الأفراد. "

ناهيك عن الضغوط الممارسة داخل المهنة, فالحالة تتميز بالنظافة أما المؤسسة ونظرا لكثرة المرضى أصبحت ظاهرة الأوساخ منتشرة خاصة في فترة معينة, وهذا ما زاد الضغط لدى المفحوصة إذ تقول: " استعمال أجهزة تعقيم وتنظيف تقليدية هاذي توترني ياسر مش شوي ". كما تضيف: " ما ذا بيه الـ service إللي نكون فيه يكون نظيف ... نحس بالراحة ... | entourage نتاعي يكون نظيف..."

كما تبدي تدمرها لدرجة أنها هي من تقوم بعملية التنظيف فتصرح: "...نقول حتى كانها ما شي خدمتي بصح نظف... هاذيك الكل ما شي عاجبتني أصلا..." فقد وضح (عبد المنعم وأمال محمود, 2006) " أن المنبهات التي يتعرض لها الإنسان بشكل مباشر في الوسط البيئي الذي فيه كقلة الخدمات أو النظافة يعد مصدرا من مصادر الضغوط.

أما الملاحظ العام عن علاقتها بالسلطة أو المسؤولين فقد كانت متوترة وهذا ما زاد الضغط لديها فتقول: " توترني ياسر مش شوي ... مجهوداتي اللي نقدمها ما يحوسشي عليها المسؤول, بصح يحس بينا كن ربي... " وتقول كذلك: " المسؤولين مش قايمين بواجباتهم حتى لو كان نتحدثوا معاهم وتوصلهم المعلومة ما يديروا حتى شيء... " وتقول: " ما ذا بيه تتحسن الخدمة, المسؤولين, تخليط الخدمة والتقسيمات فوضى..."

حيث نلاحظ أن (عبد المعطي حسن مصطفى, 2006) أكد أن مشاكل السلطة يؤدي إلى الشعور بالضغط.

لكن المساندة النفسية من طرف الزوج والأم خلق لدى الحالة بعض التوازن النفسي من جهة حيث تقول: " زوجي دائما مسانديني ... وحتى أمي ... " كذلك قوة إيمانها وارتفاع الوازع الديني لديها جعل ميكانيزم التسامي يعمل على تخفيف الأنا من الضغوط الموجهة إليه ولتوازن الجهاز النفسي حيث سجلنا لديها نغمة ثقة كبيرة في قولها: " ... نلجأ لربي ... " وتقول: " ... يستعرفلي بيه ربي ... "

على الرغم من ذلك ما زالت تعيش ضغوطات كبيرة ظهرت بعدة أعراض, حيث نلمس ارتفاع نسبة النسيان لديها فتقول: " ... ننسى ... نعود ما زلت نقول في الحاجة ننساها ... " كما له آثار أخرى كالخوف الذي لمسناه سابقا بالإضافة إلى قلة الانسجام وانخفاض تقدير الذات والقلق... الخ كل هذه الآثار السلبية كانت ظاهرة على الحالة وهو ما أكده (حسين باهي, 2002) عن الآثار الانفعالية والفيزيولوجية الناجمة عن الضغوط. لذلك عرضنا على المفحوصة المشاركة في البرنامج العلاجي المقترح.

وفي الختام تقدمنا لها بنشكراتنا على تفهمها وتعاونها معنا وتمنينا لها حياة كريمة وختمنا الجلسة بتحية الغلق.

IV- الحالة الرابعة:

1- ملخص مقابلة الحالة الرابعة أحلام: أحلام سيدة متزوجة أم لثلاثة أطفال تعمل بدار الولادة في مدينة الوادي, دخلت مجال عملها هذا منذ أربعة عشر سنة, بدأت تحس بالتعب من العمل منذ السنتين أو الثلاث سنوات الأخيرة تقريبا من بعد انتقالهم للعمل بدار الولادة الجديدة.

أحلام تعاني من ضغط كبير جراء عدم استقرارها مع مجموعة عمل واحدة وعدم اكترات المسؤول لحالتها الصحية التي تمنعها من العمل في غرفة الولادة بالذات, كما أن تغيرها الدائم لا يمكنها من تكوين علاقات متينة مع أعضاء الفريق المناوب التي توضع فيه كل مرة, وهي تشعر أيضا بقلق وضغط شديدين عند اقتراب موعد الزيارة , خاصة مشاكل الزوار.

فبالضغوط التي مرت بها أحلام جعلها تسجل 178 درجة في الاستبيان المبني، وحسب درجات المقياس فالمفحوصة تعاني من ضغط كبير، وهذا الأخير ظهر في عدة أعراض منها مشاكل النوم، التذبذب والأرق.....الخ, كما خلقت لها أثارا جانبية أثرت على المفحوصة وعلى شخصيتها لاسيما وأنها البنت المدللة حسب قولها في البيت مما جعلها لا تتحمل الضغوط النفسية والمهنية التي تمر بها .

كما تتميز أحلام بروح المسؤولية وخوفها وحرصها على المريضة, فهذا الخوف والحرص الشديدين شكل لها ضغطا كبيرا خاصة وخوفها الدائم من تحمل المسؤولية لوحدها. مجموعة الضغوط النفسية التي تعانيتها المفحوصة شكل لها نظرة سوداوية وتشاؤمية خاصة أثناء فترة الإجازة فمرور يوم واحد منها يجعلها تفكر في 29 يوما الباقية وهي مدة قليلة بالنسبة لها فتفرع لذلك وتتشاءم, لذلك حاولت البحث عن حلول للتخفيف من هذه الضغوط , وعند اقتراحنا عليها البرنامج العلاجي وجدته ضالتها ففرحت كثيرا ورحبت بالفكرة, وكانت جد متعاونة للمشاركة فيه .

2- تحليل محتوى مقابلة الحالة الرابعة: بعد حصولنا على مضمون المقابلة أهم ما تم ملاحظته من خلال معالجتنا لمدونة هات الحالة أنها ذات شخصية هشة وضعيفة بعض الشيء تستعمل دائما الهروب والتجنب بدلا من المواجهة والتحدي, وهذا تجلى أكثر في وضعية جلوسها التجنبية على الكرسي, كما أن لغتها تميزت بالثرثرة حيث كانت معظم إجاباتها طويلة وكثيرة الاسترسال في العبارات وقد كانت تعتمد على التعبيرات غير اللفظية لإتمام التعبير عن مكوناتها غير أن هاته الأخيرة أيضا كان ظاهر عليه العجز حيث كانت تستغرق وقتا طويلا بعض الشيء في إظهار

وإبراز حالتها النفسية مقابل موقف ما وذلك بالتعبير اللفظي زائد التفاعلات غير اللفظية مع ملاحظتنا للمجهود الذي تبذله أحلام لإيصال الفكرة. كما أن أحلام تبحث دائما عن الاستقرار أي أنها نمطية في حياتها حيث قالت: "نايا كي نتغير من اكيب لكيب نلق ونايا مانحبش التغيير" وهاته الأخيرة ذكرت خلال المقابلة أكثر من مرة وفي أكثر من موضع "أي وكل شئ ونايا منحبش التغيير" وأيضا "وكانت بش تبدلني من اكيب ل اكيب وقت اللي كتبتك الاستبيان كنت في فترة قلق"

ومن خلال تعمقنا في نص المدونة تبينا لنا أن سبب قلق أحلام الكبير من فكرة التغيير هو خشيتها من فقدان السند الاجتماعي الذي تتمتع به مع فريقها الأصلي فبتغييرها كل مرة تفقد هذا السند وهاته الفكرة استنتجناها من خلال الاجابة التي قدمتها احلام عندما سألتها الباحثة عن علاقتها برفاق العمل حيث قالت: "علاقتي معهم اكثر من عمل ' والتغيير هذا يأتري فيا اتعبنى نايا", فكما قال (الرشيدي, 1999): ".....كلما كانت هناك دعم عاطفي ومساندة تقدمها الأصدقاء زملاء العمل ...كلما قل مستوى الضغط".

أحلام لديها شخصية حساسة جدا ولا تتمتع بسعة الصدر. وربما هذا راجع للدلال الزائد قليلا الذي تربت عليه على يد الوالد وبعده على يد الزوج. أما عن حساسيتها الزائدة وضيق الصدر فقد التمسناه من قولها: ".....ويمكن نايا حساسة شوي بزاييد نقلق انرجعها في الحوش مانعرفشي اندس الغضب " فلولا وجود الصدر الرحب قي المنزل لما نقلت مشاكل وضغوطات العمل إلى البيت .

كما توضح لنا أن أحلام لا تتمتع بكفاءة عمل عالية تمكنها من تحمل المسؤولية لوحدها ربما وهذا سبب من أسباب عدم رغبتها بالتغيير وقد توصلنا إلى هاته الفكرة من خلال إجابتها التالية: "أي تتحط عليا المسؤولية ونايا ما نيش قادرة انقوم بالعمل انتاعي" . فمصدر الضغط عند أحلام هو داخلي وهذا نظرا لتركيبها الهشة وشخصيتها الحساسة بالإضافة إلى عدم الاستقرار الداخلي الذي تعاني منه وأخيرا أصبح مجال عملها في حد ذاته مثيرا للضغط حيث لمشاهدتي إجابتها "نكي بسهولة...نايا أصلا داخل في تركيبة شخصيتي ... قوليلبي واش حالك من الخدمة نكي...". ولما سألناها عن لماذا كان ضغط العمل يؤثر عليها قالت "أم من الضغط حتى كون أقول راني ما نيش مليحة تبدا عينيا تترغر ونتخفق" ومن أول الحلول التي وضعتها هو زيادة عدد البروسونال "باش ينقص الضغط وقالت: "نعطي للخدمة الكونجي في الوقت اللي يطلبوه" فهذا دليل على كبر حجم الضغط الذي يسببه لها العمل حيث أنها تفكر أن العاملة لما تطلب "الراحة"

تحس بها بأنها لم تعد قادرة على تقديم أي شيء وأن الطاقة التي تملكها قد نفذت وتحتاج إلى فترة راحة لتجديد الطاقة.

ضغوط العمل سببت لأحلام مشاكل ومخاوف كثيرة فمن هاته المشاكل مشكلة النوم حيث قالت أنها تعاني من قلة النوم وتذبذبه والأرق بسبب ضغوط العمل ومن المخاوف التي تنتابها خوفا من الإصابة بالأمراض المعدية حيث أجابت لما سألناها عما إذا كانت تقلق من احتمال إصابتها بأمراض معدية أجابت: "خاصة السيدا نخاف من السيد أكثر من أي مرض آخر لدرجة أنني نتوهم ذات... وساعات نفر حمى في وجهي انقول بلاك راهو هو". "ونايا ديما كل عام، عامين اندير التحاليل عليها بلا مانقول".

أحلام ذات شخصية اجتماعية وتصاب بالقلق والتوتر من الوحدة حيث قالت ينتابني شعور بالقلق بدون مبرر، "ماعنديش وبين نخرج اهلي بعاد عني ومانروحش للسوق، ومانروحش لصحباتي، عندي قلق من قلة الخرجة، نحب نوسع بالي، انحب انروح لعباد مايعرفوش مشاكلتي بالكل...".

أحلام تتمتع بروح المسؤولية حيث أنها تخاف على المريض إذا تأخرت في انجاز عملها لمسنا هذا في قولها: "انخاف على المرضى انطول عليهم" كما أنها تكره من يستغفلها وتتمتع بذكاء عملي. حيث قالت انها لا تقبل عدم مسؤولية الطبيب حيث تقول " انحس بالغضب أكثر , لأنها تستغفل فيا وهي مش مهتمة ونحسها تستغفل فيا ' لانه كون انطاوعها نايا وتعود مشت كلامها عليا وكون تصرى حاجة ممكن تنكر ".

من خلال تفحص مدونة أحلام ظهرت لديها الأعراض التي تصدر عن الضغوط النفسية في بيئة العمل . ومن هذه الاعراض ما قالته " ... نحس اني قبل كانت طاقتي احسن وامكانياتي كانت اكثر بصح ومامعدتش نقدر نخدم كما بكري " . " نغامر وحدي اندير الدنيا الكل وحدي بصح ضرك لا معادش نخدموا غير بأمر طبق ... " . " هذا ماعدتش انكسر راسي " , فكل هذه الأعراض طبقا لما جاء في محمد فرج أبو الحصين ".... ضغوط العمل إلى وجود عدة مصادر لها التأثير على سلوك الفرد وتنعكس على إنتاجه ..".

كما أن أحلام تعاني مصادر ضغط متعلقة بالعلاقات الاجتماعية في العمل منها العلاقة مع المرضى والزوار حيث قالت ".... مانحملش لفيزيتور ... لأنهم اجيبو المشاكل مايجوكش بالعقلية".... ركلاميو ناعهم بطريقة مش مليحة... "و هذا ما قاله: Rome M et Sherlock في

كتابه **Stresse and verbal dause in hussing**

"... إن تقديم الخدمة التمريضية و الطبية تمثل في حد ذاته مصدر للضغط إزاء معاناة أقربائهم ومعاناتهم...", و كنتيجة لهذه الضغوط التي تتعرض لها أحلام أثار على عدة أصعدة من الناحية المعرفية كما قال : "طه عبد العظيم حسين"نقص الانتباه و صعوبة التركيز و ضعف قوة الملاحظة و أيضا من الناحية الفيزيولوجية: توتر العضلات كارتعاش الأطراف،توتر الرقبة والظهر ،الصداع... "وهذا ما قالته أحلام"الصداع، تجيني الزغليلة في عينيا" تكونت لدى أحلام نظرة تشاؤمية و سوداوية جراء هذه الضغوط و الآثار المرتبة عنها حيث لمسنا هذا في حدثها حيث قالت "...الكونجي معاش نرتاح فيه "مع تصفيق اليدين"دليل على الحسرة... والله قتلها من مازالي 29 يوم و نايا انعط الكونجي فض أي أنها فقدت الاستمتاع بأوقات الراحة بسبب التفكير في أوقات العمل القادمة كما أنها قالت "لا أنصح أصدقائي بالعمل في مجال الصحة لأنه عاد في تدهور هالمجال ومن الضغوطات والمشاكل ومن النظرة تاع الناس". و آخر ما لمسناه من أحلام هو رغبتها في الهروب واثبات ذاتها في نفس الوقت حيث قالت "انقول نبذل السرفيس...""أي نشوف فيه هذا هو الحل لأن البنات ثمة كل صغار ممكن كي انعود نايا كبيرة معاهم ممكن نلقى القدرة " وأنهيينا الجلسة بالشكر لها على سعة صدرها وتقبلها وتخصيصها بعض من وقتها الثمين.

V-تقديم الحالة الخامسة:

1- ملخص مقابلة الحالة الخامسة هناء: هناء سيدة تبلغ من العمر حوالي 43سنة تمارس

مهنة القبالة منذ 21 سنة تحب عملها بشكل كبير وهذا ما ساعدها على تجاوز المشاكل التي تطرأ على مجال عملها, مشكلات هناء نابعة من أمرين أساسيين: الأول شخصي وهو اختلاف منطق التفكير بينها وبين زوجها وأولادها والأمر الثاني مهني وهو مرافقوا المريضات الذين يثيرونها بشكل كبير حتى لو كانوا من أقاربها .

تعيش هناء مشكلة عدم الاستقرار مع زوجها الذي يرغب في تغيير مكان السكن في كل مرة لهذا يتطلب منها أن تتمتع بالمرح والبشاشة وتقبل الآخرين والتأقلم معهم, وان تشكل شبكة صداقات في المكان الذي تسكن فيه .

تعتمد هناء على زملاء العمل في أن يكونوا السند والمعين في أي مشكل في إطار العمل. كما أنها تتميز بشخصية قوية وحنونة في نفس الوقت, متفانية في عملها وحرصية عليه تحب المعاملة الحسنة للمرضى تدلهم قدر المستطاع, لكن أكثر الأمور التي تثير الضغط لديها هو مرافقوا المريضات الذين يفسدون العلاقة بين المريضة والقابلة , لهذا تعمل جاهدة بان لا تتواجه مع أي مرافق . ومن الأمور التي تزعجها أيضا هو قلة النظافة في المستشفى بالإضافة إلى

تجاهل المسؤولين إلى مطالب القابلات وعدم وجود تجهيزات في إطار عملها . وكن بالرغم من هذه المشاكل فهناك لا تحمل المريضات أي مسؤولية فحتى المريضات المصابات بأمراض معدية تتعامل معهن بشكل عادي لأنها تخشى أن تحسهن بالخوف من المرض وتراعي الجانب النفسي لكل واحدة فتنوكل على الله في التعامل معهن هذه النقاط المهمة التي تثير الضغط إلى المفحوصة جعلها تسجل " 175 درجة " في الاستبيان المبني وهي درجة ضغط كبيرة حسب السلم المقدم على الرغم من هذا فهي تحب عملها وتعتقد أنها ستختاره حتى لو أتاحت لها الفرصة مرة أخرى غير أن أوضاع المؤسسة الراهنة تسبب لها قلق وضغطا وتتأمل خيرا من تطبيق البرنامج العلاجي عليها .

1- تحليل محتوى مقابلة الحالة الخامسة:

السيدة هنا تبلغ من العمر حوالي 43 سنة أم لثلاثة أبناء تمارس مهنة القبالة منذ 21 سنة لا تواجه مشاكل في التنقل كونها مسكنها قريب نسبيا من مكان عملها, وكذلك من الناحية الأسرية ليست لديها مشاكل كبيرة باعتبارها أن لديها شابتين في البيت تعتمد عليهما أثناء تواجدها بالعمل وأكثر من ذلك كله -أي ما يساعدها على هذا الاستقرار النسبي- هو حبها الكبير لعملها. كما قالت وتأكيدا على ذلك أنها لما أتاحت لها الفرصة للراحة لمدة 6 أو 7 سنوات لم ترتج حيث صرحت "....لهذا محسيتش بالراحة في تلك الفترة كنت حابة راني نخدم قابلة مش أي عمل آخر "...."فحبها الشديد لعمالها جعلها تتغاضى عن كل عيوبه الظاهرة للجميع فتجد المفحوصة تعطي اعذرا لكل فرد يدخل المصلحة إذا كان عاملا أو مريضا أو زائر إلا نفسها فقد كانت تلقي باللوم وتحاسب نفسها على كل كبيرة وصغيرة تحدث. وتعتبر نفسها المسؤول الأول والمباشر على كل خلل يصدر عن قصد أو بدون قصد حيث تصرح " ...نرجعوا النفسي أكثر, نقول كون ما نلومش نفسي ممكن نفشل " فلوم المفحوصة لذاتها, عبارة على مراجعة لنفسها, وتحفيزها للعمل أكثر وعدم الاستسلام للفشل, فهذا اللوم قد يسبب لها ضغطا لكن تقويم المفحوصة له جعله تستخدمه لصالحها ليكون لها ضغطا ايجابيا وهذا ما ذكره موريس: " إن الإحساس بالضغط النفسي بنوعية السلبي والايجابي, يعتمد على تقويم الفرد للموقف على أساسي, فقد يشكل الموقف ذاته ضغطا سلبيًا لشخص بينما قد يشكل ضغطا ايجابيا للآخر.

هناك إنسانة متواضعة جدا بالرغم من طول مدة العمل وبالرغم من عدم وجود ترقيات أو تحفيزات أو مميزات خاصة إلا أنها تقول: " ساعات القابلات الجدد نتعلموا منهم ...مش ديما احنا على صواب " . المفحوصة تضع رقابة جد صارمة على ذاتها وعلى تصرفاتها خوفا من وقوعها في الغرور والكبرياء فكما قالت: ".....نرضى 100% ممكن نغلطالحس روعي

انوقظ نفسي " المفحوصة جد مسالمة ولا تبدي أي عدوانية تجاه الآخرين إذا لم يتعدوا على حرمان المكان وحرمان المريضات فإنها لن تتساهل أو تتسامح في ذلك . وهذا ما لامسناه من خلال نبرة صوتها المرتفعة وتغيرني وضعية جلوسها الدالة على الانقباض عندما تطرقنا لهذا الموضوع . فقد كانت هناك جلسة مرتاحة وكانت تجيب بكل سلاسة وأريحية على كل الأسئلة والذي ساعدها في ذلك ثراؤها اللغوي. نظرا لثقافتها الواسعة وكذلك اضطرارها للتعامل مع أناس آخرين من غير بلادنا ومن غير ثقافتنا ومن غير لغتنا . نوع كبير من الحكمة والحدق في التعامل . فقد قالت هناك على العاملات ان : "...يعلموا على تخفيف المشكل من البداية وما خليهاش تكبر ... " لكن الواضح جدا من خلال مقابلتنا مع هناك أنها تلقى تعباً كبيراً في خلق استقرارها الداخلي لان الظروف المحيطة بها لا تساعد على إيجاد هذا التوازن, فكما قالت :

"... احنا مهمشين من طرف المسؤولين ... وكون انقدموا طلبات ... يتجاهلوه والتحفيزات مكانش ... " فكل هذه الظروف من شأنها ان تهز استقرارها الداخلي وهذا ما أكدته (عبد المعطي, 2006) في قوله عن مصادر الضغوط النفسية في العمل " فإحساس الفرد بغياب فرص تطوير مهارات العمل وغياب الترقيّة ينتج عنه عدم الرضا في العمل والرغبة في تركه ... " . إلا أن حبها الشديد لعملها انقص من شدة الضغط وكذلك هناك سبب آخر يجعلها متمسكة به وهو عبارة عن حيلة تستعملها ضد زوجها الذي يرغب دائما في التغيير الشئ الوحيد يمنعه من السفر والتنقل هو عمل زوجته لهذا نجد المفحوصة تتفانى في عملها باعتبارها مصدرا استقرارها

هناك شخصية تتميز بتقدير ذاتي مرتفع ومصدر طاقتها الوحيد هو حبها للعمل وكذلك تقدير زملائها في العمل لها حيث قالت: "كلهم مقدريني... " .

بالرغم من كل هذا الهدوء الذي تتميز به هناك غير أنها تخفي تحته ضغوط كثيرة مهنية وعائلية حيث قالت أنها " أحيانا ما تصاب بقلق, دون مبرر وهو ربما ضغوطات جانب عائلي ... " .

وكذلك لما سألتها مصدر الضغوط في العائلة أجابت " أنها تتمنى أن يحس بها أولادها ويعطوها قيمتها كأم " ولكن لما تدخلت الباحثة في السؤال عن العلاقة بينها وبين أولادها حاولت أن تدافع على أبنائها أنهم صغار ولا يقصدون ما يتصرفون, أما بالنسبة للضغوط المهنية فقد اتضح لنا أن هناك لا تحبذ التعامل مع مرافقي المريضة لأنهم على حد تعبيرها يفسدون العلاقة التي تنشأ بين القابلة والمريضة حيث صرحت هناك " انا مشكلتي وضغوطاتي في عملي ناتجة على هذا المجال ما ذببا صحباتي فيه ما نحملش والزوار نكرهم ... " فهنا قد لجأت المفحوصة إلى اعتماد الأسلوب المباشر والألفاظ البسيطة جدا لإيصال مدى تأثير هذا الموضوع عليها كما قال : " ..التعامل مع جمهور واسع يتضمن فئات ونماذج متعددة من الأفراد ..فتكون حالتهم النفسية سيئة

بسبب معاناتهم أو أقربائهم المرضى وينعكس هذا على تعاملهم مع العاملات, كما أن تقديم الخدمة التمريضية والطبية يمثل في حد ذاته مصدرا للضغط إزاء المعاناة " نعود ونقول أن هناء سيدة متزنة إلى حد بعيد وتعمل بجد للحفاظ على هذا التوازن غير انه لم يكن مانعا من تأثرها يليبيا واهم أعراض هذه الآثار: "...نولي نرجف, وجهي يحمر...حتى انقطاع التنفس أحيانا .." وهذه الأحاسيس عبارة عن آثار جانبية سلبية ناجمة عن الضغوط وهو ما أكده (مصطفى حسن باهي' 2002) ومن خلال هذه المشاكل اقترحت هناء حولا كثيرة وجد معقولة وسهلة التطبيق مما يدل على علو مستوى تفكيرها ' خاصة الاستراتيجيات التي تستعملها في حياتها الشخصية للحفاظ عليها وعلى مهنتها في آن واحد . لكنها لا تزال تعاني من عدة ضغوطات تسبب لها توترا داخليا وعدم توازن نفسي ' وعند اقتراحنا عليها البرنامج العلاجي رحبت بالفكرة أملة في إيجاد معلومات قيمة وحلول جوهرية لتحقيق استقرارها النفسي و الشخصي ' وختمنا المقابلة بتحية الغلق.

VI-تقديم الحالة السادسة:

1- ملخص مقابلة الحالة السادسة سناء:

سناء آنسة تعمل بالمؤسسة الاستشفائية - دار الولادة- بمدينة الوادي منذ حوالي خمسة عشر سنة, مقر سكنها قريب من مكان العمل . تشكي المفحوصة من عدة مشاكل مهنية جعلها تسجل درجة عالية في الاستبيان المقترح من طرفنا حيث حصلت على - 164 درجة - وهي تنتمي إلى مجال الضغط الكبير حسب السلم المدرج, هذه الضغوط الكبيرة أرجعتها سناء إلى عدة أمور أهمها: الهيكل العام للمؤسسة الذي يثير نرفزتها بشكل كبير, خاصة من ناحية صغر حجمه, وإدماج مؤسستين منفصلتين من قبل فيه لتصبح المؤسسة الوحيدة في عاصمة الولاية, وهذا ما أدى إلى اكتظاظ العمل فيها وارتفاع نسبة المقبلات إليه مما أثقل كاهل العاملات وزاد من ضغطهن مع عدم توفر بعض الوسائل اللازمة بكميات كافية خاصة أثناء الحالة المستعصية والحرجة بالإضافة إلى الزوار الذين يثيرون توتر المفحوصة جراء عدم احترامهم لقانون الزيارة والمستشفى وكذا عدم احترامهم لعاملات المؤسسة مما يثير المشاكل لديهن .

كما صرحت سناء أن قلة النظافة الاستشفائية تثير غضبها كثيرا خاصة وان المؤسسة تعاني نقصا في عاملات النظافة كما أن المسؤولين تقع على عاتقهم عدة مهام لكنهم لا يقومون بتأدية دورهم وواجبهم كما ينبغي, وعدم الاهتمام بالقبالات زاد من قلق وضغط المفحوصة, وهذا ما جعلها تتجه لدراسة تخصص آخر بعيدا عن مجال عملها, لأنها ترى بان قوتها استنفدت ولم تعد قادرة على العطاء في هذا المجال, فقررت تغييره.

سواء إنسانة حساسة جدا لكن شخصيتها تتميز بالعصبية خاصة أثناء تعرضها لضغوط العمل تعيش علاقة أخوية مع فريق عملها وهذا ما يخفف عنها بعض الشئ , كما أن علاقتها بأهلها جد حسنة لكنها أصبحت منعزلة تلوم نفسها كثيرا في الآونة الأخيرة بعد تعرضها لضغط ما , وتحس بصداع في الرأس مع اضطراب التفكير, كل هذه الآثار كانت تشكل قلقا لدى المفحوصة ناهيك عن مشاكل العمل وتدهور حالة المؤسسة مرة بعد مرة وعلى هذا الأساس تحمست سناء جدا للمشاركة في البرنامج العلاجي, وشجعت الأخريات للانضمام وكلها أمال يخفف هذا البرنامج العلاجي من الضغط النفسي المهني الذي تعاني منه المفحوصة وكذلك الأخريات.

1- تحليل محتوى مقابلة الحالة السادسة :

بعد الاطلاع على مدونة سناء ودراستها تبين لنا أن سناء صاحبة مزاج عصبي نوعا ما بالرغم من أنها تمتلك شخصية مرحة ومحبة لعمل الخير وسابقة لفعله وتعمل جاهدة لإرضاء الآخرين, إلا أن الضغوط المهنية الكبيرة التي أصبحت تخيم على قطاع العمل اكسبها بعض العصبية الآتية, أي أنها أصبحت سريعة الاستثارة وسريعة الغضب والانفعال وقد كانت مصادر هذه السلوكيات متعلقة بظروف العمل كالهيكل العام للمؤسسة الذي يثير نرفزتها بشكل كبير, فتقول : "المبنى الكل غالط, في وحد الوقت تمنيت الكل يتفجر بدون خسائر بشرية ... " .

كما أن دمج المؤسستين في واحدة زاد من عبء العمل وكثر عن ذي قبل مما زاد من ضغط المفحوصة حيث تصرخ : "ساعات....3ولا4 يزيدوا, وواحدة تزيد في الأرض والأخرى جاية من بعيد تعيط بش تزيدواش عن نديرلهم, منين عنخلق الطوابل ليهم نتقلق ياسر مانكذبش عنك ... " وهذا ما أكدته (أبو الحصين ' 2010): " بان عبء العمل ونوعيته تزيد في حجم العمل ولا يستطيع الفرد القيام بها ضمن الوقت المتاحكما هو الحال بالنسبة لعمال الصحة ' مما يؤدي الى ارتفاع مستوى الضغط لدى أصحابه " . بالإضافة إلى الزوار الذين يثيرون قلق المفحوصة نتيجة عدم احترامهم لقوانين المؤسسة ولقدسية المكان ' حيث تقول : " قداش نكرهم الطلالة ' من قلة الاحترام ' التنشيش التدخل " وهذا ما أكدته كل من : " Rowe et

Sherlick,2005 " : " إن التعامل المباشر مع المريض ومع جمهور واسع يتضمن فئات متعددة الأفرادينعكس هذا على تعاملهم مع العاملات, كما أن الخدمة التمريضية والطبية تمثل في حد ذاتها مصدرا للضغط .

كما أن سوء النظافة وقلة العاملات في المؤسسة ونقص مواد التنظيف بالإضافة إلى عدم مسؤول في المستوى وعدم تأدية دوره كما ينبغي أزعج سناء وزاد من مستوى ضغطها. غير أن الملاحظ على تصرفات سناء مع كل هذه الضغوط أنها تحمل قلب ابيض سرعان ما تهذا وتندم

على التصرفات غير اللائقة التي قامت بها وهذا ما انشأ لديها عقدة الذنب فهي دائما تحاسب نفسها وتحس بالذنب تجاه من اخطات في حقهم فتقول في هذا الصدد : "....نبدأ نلوم نفسي, هذه ما تتدارس هكه, هادي هذي منتقالش هكه, نندم عندي الندم...يغضيني وانقله سامحني كي نكون غالطة " كما ان عبارات ونبرات صوت المفحوصة مشحونة بالانفعالات السلبية وتدل دلالة واضحة على الغضب والشديد من انقطاع زمن مسؤولية . ومن ذلك: "تشخر تشخر, كي اطير عنها النوم تخبط عنك", "واش عانديرلهم هاذوم منين عانخلقهم طوابل" والكثير من هذه العبارات .

لكن الواضح ان سناء لديها نوع من التفكير الذي يتميز بارتفاع في نشاط العقل حيث تفكرني في وضع حلول جذرية للنهوض القطاع والقضاء على مشاكله الكاملة ولا تستثنى أحدا من مخطئها الإصلاحية فقالت " structure غالط لا زم ايعاودوا بينوا مبنى اخر يجتمعوا بالجميع sage-femme حتى من femme de menage ايقدموا رايهم وايجبوا ingénieur ويعطيهم plan مسقم " .

سناء في كل تصرفاتها تلجا للوازع الديني فقد أجابت لما سألنها ما إذا كان تشعر بالضغط من الحالات المستعصية الموجودة في القاعة قالت : " ما نتقلشي منهم نتقلق عليهم ديما اخاف من ربي خدمته كما ترضي الله الواحد.

المفحوصة إنسانة واضحة جدا لهذا الاستعمال كثيرا الميكانيزمات الدفاعية بل تلجا للواقعة أو أكثر وقد تجلى هذا في العبارات والألفاظ البسيطة التي استعملها مثل "ووك عني وسخ وسخ وسخ " "اه قداش نكرهم الطلالة" لكن بالرغم من محاولة المفحوصة الجاهدة على توازنها واستقرارها الداخلي الا أنها أمام بعض المواقف تفقد السيطرة على الجهاز النفسي ولما سألناها عما نشعر عند موت امرأة بعد الولادة أجابت بصوت منخفض ونبرة كلها يأس وبعد صمت "....حزن عميق جدا..." وكذلك في الأحلام قالت "....كي نرقد نحلم بالكوشمار هادي طاحت وهادي تعيط... حتى في نوم من ريحشي... " سناء تعمل جاهدة للتحكم في اعصابها لكنها ما زلت لم تصل للمطلوب حيث قالت " ..بصح ما زال ما نقدش نتحكم في اعصابي اكي عارفة اللي يفقد اعصابه... " لكن هذا الوضع الذي تعيشه سناء هو عبارة عن آثار الفعالية مترتبة عن ضغوط النفسية كما قال (مصطفى 2002)...إنها "زيادة التوتر الفزيولوجي والنفسي...سرعة الاستثارة و الخوف وعدم القدرة على تحكم في الانفعالات سلوك...انخفاض تقديم ذات وعدم الثقة بالنفس مع زيادة معدل القلق والعدوانية... "لهذا لجأت سناء إلى إيجاد منفذ آخر لتفرغ فيه طاقتها التي لم تجد لها مكان في مجال عملها بالقطاع حيث طرحت بان وضعية المستشفى المزرية غلقت وربطته كل منافذ

الإبداع عندها نظرا لعدم وجود تحفيزات او تشجيعيات من قبل مسؤولين بالقطاع فقد قدمت سناء مجموعة من الحلول التي تدل على ارتفاع مستوى التفكير لديها وإثرائها إبداعها حيث أبدعت وتفنتت في إيجاد الحلول مشاكل .فقالته "...أحنايا الضغظ اللي مخلصنا هكه واخلدما شوي ...التالي اللي ايجوابيه الكوبيين اكونو لنا خدامة ديساج فام ...احلوا اكلو تاع ساج فام...".وعلى الرغم من مستوى العالى من التفكير الذي تتميز به إلا أنها سعدت كثيرا بفكرة الخضوع لتطبيق العلاجي عليها بل شجعت الأخريات للانضمام على أمل أن يخفف الضغظ المهني الذي تعاني منه وختمت المقابلة بتحية الغلق .

VII- تقديم الحالة السابعة:

1- ملخص مقابلة الحالة السابعة مريم: مريم في الأربعينات من عمرها, تعمل كقابلة منذ 20 سنة متزوجة ليس لها أولاد, بل لديها طفلة قامت بتربيتها منذ الصغر وعمرها الآن حوالي (09) سنوات وفي الأصل ابنة أختها .

مريم إنسانة بشوشة ورزينة تتسم بالهدوء والمطلق والشخص الذي يراها الأول وهلة يحس أن لها هيبية ويقدرها في نفس الوقت, وكما تقول كانت من الشخصيات الخجولة ولكنها بعد خبرة العمل أصبحت تمتاز بالجرأة والدفاع عن نفسها وعن حقوقها, منظمة في حياتها, اجتماعية ولكنها لا تختلط بالطرف الآخر للوهلة الأولى وبسرعة بل بعد مدة من التهاور والمخالطة. كما أنها الشخصيات الكتومة.

المفحوصة تعاني من ضغوط نفسية مهنية حيث احتلت المرتبة الأولى في ترتيب درجات مقياس الضغوط النفسية المهنية والمقدرة بـ (211 درجة) حسب السلم المبني وحسب ما أكدته الحالة أن الضغوط النفسية التي تعانيها جعلها بسبب قلة النظام الموجود في المؤسسة لأن النظام هو المهم و به يعتدل كل شيء, وأصل الضغوط وسببها الرئيسي قلة النظام والفوضى, وأرجعت ذلك إلى المسؤولين وإهمالهم في عملهم وسوء تسييرهم بالإضافة الزوار الخارجين الذين يزيدون من ضغظ العمل لعدم احترامهم لقوانين المؤسسة أما السبب الآخر المسبب لضغظ الحالة هو الصورة السيئة التي رسمها المجتمع لهذه العاملة والكلام البذيء والسب والذم والشتم من طرف الناس في الخارج عن القابلة رغم عملها المتواصل, ورغم منح الحياة للأمل وللطفل بعد الله سبحانه وتعالى, وسلامتهما دون مشاكل لكنها تقابل بالإساءة وبتشويه صورتها المهنية.

هذه الضغوط أثرت على مريم وخلفت لها عدة آثار نفسية كالنرفزة, تأنيب الضمير المتواصل. وأصبحت من الشخصيات الحساسة جدا. بالإضافة إلى لوم الذات, كما أن مشكل إنجاب الأطفال في حياتها الخاصة زاد من نسبة الضغوط النفسية التي تعانيها.

لذلك اقترحت عليها الباحثة المشاركة في البرنامج المقترح للتخفيف من البرنامج ومن المشاركة فيه, ربما لاعتقادها أننا سنغوص في حياتها الخاصة لاسيما وأنها من الشخصيات الكتومة. لكن بعد طمأننتها بأننا سندرس ونتحاور حول الضغوط النفسية التي تدور حول المهنة أبدت قبولها واستحسانها خاصة بعد معرفتها بتطبيق تقنية الاسترخاء وهذه الأخيرة كما ذكرت لا تعرفها ولم تطبقها من قبل, وضرربنا موعدا معها يوم الجلسة الأولى من بداية البرنامج.

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة السابعة:

من خلال مقابلتنا مع مريم وبعد حصولنا على مضمون المقابلة, أهم ما تم ملاحظته من خلال معالجتنا لمدونة هاته الحالة تبين لنا أنها ذات مستوى ثقافي جيد, كما أنها ذات شخصية قوية متزنة, هادئة, ذات إرادة صلبة وصبر شديد, كلامها متسلسل ومفهوم, لم تتخلله انقطاعات ولا توقفات, مفردتها كثيفة ومنتقاة, حيث كان توجيه محتوى التبادل اللفظي في البداية من طرفنا حول الاستفسار عن الاستبيان وأجوبة بنوده. خاصة حول عدم رغبتها للقدوم للعمل, فأتضح لنا من خلال جوابها أن أهم مشكل وعائق حسب رأيها راجع إلى قلة النظام الموجود في المؤسسة, وبالتالي الظروف غير مهيأة للعمل بأريحية, وهذا ما يسبب الضغط لمريم, ويتجلى ذلك في قولها: " ظروف العمل ما تعجبش, وأكثر حاجة قلة النظام أكثر حاجة تقلقك ... الدنيا مخلطة ... راكي حاكمة كل شيء ... جاية لبلاصة مش منظمة ... هذا كامل راجع لقلّة النظام." وحسب تصريح الحالة فإن غموض دور القابلة زاد من نسبة الضغوط فهي لا تؤدي عملها فقط بل يتعدى ذلك إلى مهام أخرى, وهو ما يؤثر على سير نظام المؤسسة من جهة وعلى زيادة العبء على القابلة من جهة أخرى .

فحسب (سترانكس,ت):بهاء شاهين, 2003) "فإن غموض الدور يرتبط بغياب الوضوح حول المسؤوليات المهنية للعامل". وهذا ما هو بالضبط ما تعانيه القابلة في هذه المؤسسة حسب رأي مريم. وترجع الحالة سبب قلة النظام إلى المسؤولين وسوء تسييرهم للعمل, كما أنها تحملهم كل المسؤولية لذلك, لأن هذه الحالة سببت لمريم قلقا كبيرا وضغطا مستمرا, حيث قالت: " أكثر حاجة تقلقك ... المسؤولين ما هم يخدموا في خدمتهم ... وهم اللي حطونا في هذه الوضعية ... هم إلي داروا structure الغلط ... رانا نتحملوا في نتائج غلطهم ... ماشي منظمة ...". حيث حاولت الحالة أن تجد سببا مقنعا لكي تخفف به الضغط الداخلي الذي تعيشه جراء الحالة المزرية التي تعيشها المؤسسة, وكان تحميل المسؤولية للمسؤولين هو المتنفس المهم والأكيد للتخفيف من هذا الضغط, رغم أنه حقيقة وواقع يعاش ويكمن في تخوف مريم والضغط الذي تعيشه من الأخطاء التي يمكن ارتكابها أثناء تأدية عملها, حيث تصرح مع تدخل سريع في إجابتها

نظرا لأهمية الموضوع فنقول: " أول حاجة تخافي منها الغلطة ... من كثرة الخدمة أو يولدوا النساء في وقت واحد ... " حيث أكدت دراسة " عبد الرحمان الحصين, 2010": " أن عبء العمل أو كمية ونوعية العمل اللتان يطلب من الفرد انجازها في وقت معين تؤدي إلى ارتفاع مستوى الضغط لدى صاحبها كما هو الحال بالنسبة لعمال الصحة."

كما أن المفحوصة تخاف من موت المريضة أو الجنين أو حدوث مضاعفات .

أما السبب الآخر الذي يسبب الضغوط لمريم يسبب الضغوط لمريم فهم الزوار الخارجيين الذين يزيدون من ضغط العمل احترامهم لقوانين المؤسسة وحسب رأيها فهذه المشكلة روتينية ويومية ويتجلى ذلك في قولها: العالم الكل يشوف خدمتك ويشوفك ... surtout les visiteurs

... يدخلوا كامل لقلة النظام ... بصح عندنا حاجة روتينية ويومية وراني نعانوا منها...

حيث أشار (Moore, 1972) إلى بعض أنواع الضغوط المتمثلة في الضغوط الناشئة المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته اليومية منها الضغوط الخارجية.

كما أن الصورة السيئة التي رسمها المجتمع للقابلة, بالإضافة إلى عبارات السب والشتم والذم التي تتلقاها من طرف الآخرين يزيد من ضغط الحالة خاصة وأنها تعمل بكل تفاني ودأب, ولا توجد مشاكل ظاهرة وكبيرة على مستوى الأم والجنين, لكن دائما صورتها المهنية مشوهة, فإنكار الجميل من طرف الآخرين زاد من ضغط الحالة وأشعرها بالحزن والأسى لعدم تقدير المجتمع لهذه العاملة, حيث تصرح: " ... حديث الناس في الخارج عن القابلة, ذمهم ليها مش ليا أنا شخصيا, نترفي ويطلعلي الدم كي يمساوا القابلة بصورة عامة, وما يقولوش الحمد لله ويحمدوا النعمة, المرى زيدت normal وخرج bébé لاباس هذه الغاية ... تلقهم يذموا ويسبوا ... المشكل ماكانش حاجة باينة ... أغلبهم مايعطوش مبررات..."

فإحساس الحالة بفقدان السند الاجتماعي من طرف المحيطين كان منبعا إضافيا للضغط بالنسبة لها.

كما نلاحظ أن المفحوصة تبدي مراقبة كبيرة لانفعالاتها, رغم أحاسيسها الدفينة لكنها لا تحاول إظهارها فهي من الشخصيات الكتومة, ومن الشخصيات التي لا تريد إظهار عجزها رغم الإحساسات المتعددة التي صحت بها كالإحباط, الذنب, تأنيب الضمير واللوم... حيث تصرح: "نحس بالذنب, نعم ... نلوم روعي على ابسط الأشياء بصح بيني وبين نفسي ما نصرح شبيها..." لكن انفعالاتها تظهر أحيانا رغم محاولة المفحوصة إخفاءها, فمريم أبدت بعض الجمل أظهرت فيها شحنات عاطفية كعاطفة الألم في قولها: " كي تحسي بالظلم أو ممكن كي نحس بحالتي نبكي بسهولة ... كيفاش مجبش أو شخص biquini بكلمة نحس بالظلم ونبكي (إغرورقت العينان)".

فلاحظ أن المفحوصة لم تستطيع إخفاء انفعالاتها إثر طرح المشكل الذي تعانیه نظرا لحساسية الموضوع بالنسبة لها، فكان تعبيرها الانفعالي وألمها النفسي واضحا تسبب لها في اضطرابات مزاجية الذي ظهر على شكل حزن، انخفاض نشاط نفسي حيث تصرح: " ساعات نحس روعي تضيق خاصة في داري، في الخدمة لا... لاقية العاشي، وفي الخدمة يفوت الوقت وما عندكش وقت باش تتقلقي ... بصح في الدار كي نعود وحدي تضيق روعي...".

فحسب تصریحها فالحالة تعاني من الوحدة والفراغ الكبير جراء عدم وجود الأطفال في حياتها وهذا ما يسبب لها القلق، أما العمل فيغيب هذا الإحساس لأنه عبارة عن متنفس يتم من خلاله التقليل من الضغط و التفكير في هذا الموضوع. فقد كانت تحاول ان تبقى مستوى الضغط و القلق منخفضين لكن إحساسها الدائم بعدم الإنجاب بقي عائقا يؤرقها ويقلقها ويزيد من ضغطها حيث تقول: "أكثر حاجة تقلقني في حياتي الخاصة أكيد عن الذرية ... عندي بنت مربيته... بصح مهما كان يحب الواحد صغير من صلبه ... و الموضوع هذا قعد ديما مقلقني ... بصح تبقي ديما ما عندكش الذر، وما جبتيش من صلبك ..."

فالملاحظ هنا أن الحالة تعاني من مشكل على مستوى صورة الذات مما رفع مستوى القلق والضغط لديها وإدراكها كعامل مهدد لاستقرارها النفسي.

خاصة وأن الحالة عالجت كثيرا، وسعت عدة مرات للإنجاب لكن كل محاولاتها باءت بالفشل. فتكرار تعرض الحالة للإحداث الضغطة أنهك طاقتها النفسية، وخلف لها عدة آثار منها، سرعة الاستثارة كالبكاء بسهولة والإحساس بالذنب، اللوم... النرفزة الأحلام المزعجة... الخ. حيث تقول: "نلوم روعي على ايسط الأحلام، وتهربت من الإنجاب لأشياء..." وتضيف: "داما نلوم... لكن لم تصرح عن نوعية الأحلام، وتهربت من الإجابة بابتسامة بسيطة فقالت: "نلوم(ابتسامة)... كل مرة حجة مش باينة... بصح نلوم... فالهروب عبارة عن ميكانيزم دفاعي تحاول مريم استخدامه لكتم أسرارها وعدم البوح بها خاصة وأنها من الشخصيات الكتومة مخافة معرفة أسرارها واكتشاف ضعفها، فمريم من الشخصيات القوية التي لا تريد إظهار ضعفها بل بالعكس تحاول جاهدة أن تكون قوية باستمرار فهي بذلك لا تتحدث عن مشاكلها الشخصية حيث تقول: "مشاكلي الشخصية منتحدثشي عنها حتى اخواتاتي ما نقوللهمش، بيني وبين روعي أو زوجي... كما ان المشاكل المهنية زادت من الضغوط النفسية وأنهكت الحالة وأظهرت لها عدة آثار سلبية منها: الإحباط، تأنيب الضمير... الخ حيث تقول "تحسي بالإحباط، تزلزلي كلك، وترجعي على روحك، وتقول راني أنا المذنب... تبكي... نتأثر ياسر، ونلوم روعي بشدة..."

وهذا ما أكده (حسين باهي مصطفى, 2002) "أن الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط تتمثل في زيادة التوتر الفيزيولوجي و النفسي ويتجلى في سرعة الاستثارة والخوف وانخفاض تقدير الذات مع زيادة معدل القلق ..."

على غرار ذلك فالحالة لم تختار هذه المهنة برغبة منها بل العكس ولم تكن مقتنعة بها, لكنها عملت في هذا المجال.

فهذا الصراع الداخلي بين مزاوله المهنة وعدم الرغبة فيه شكل لدى المفحوصة ضغطا آخر وهذا ما يظهر جليا في قولها بصوت حاد : " لا ما خيرتهاش ... كي أدوني paramedical تنعشت ... مانيش عارفة أصلا واش معناها ... ما حوستش نفهم ... حاجة مانيش مقتنعة بيها ... خويا gynécologue نفحني فيها شوي, بصح قعدت مانيش مقتنعة ... بيها جتني ضد رغبتى... " فإحساس الحالة بعدم ممارستها لمهنتها المفضلة واختيار مهنة أخرى ضد رغبتها يزيد من صراعها الداخلي, لكنها كانت تحاول التكيف مع الوضع ومع ذاتها للخفض من أثر الصراع الذاتي حيث تقول : " ... بمرور الزمن والفت ... ولف ماشي حب ... ساعات نفتنع بها والفت ... لأن القناعة حاجة صعبة شوي ... " لكنه في نفس الوقت متنفس لمريم حيث تقول : "أستمع بالعمل أكثر من أي أنشطة أخرى لأنوا ما عنديش نشاط آخر نمارسه غير العمل ... " هذه التجربة الأليمة التي لا تزال مريم تعيشها لحد الآن جعلها تدافع عن رغبات الآخرين فكانت تسقط هذه التجربة على المحيطين فتقول: " ... في دارنا كب نجحت أختي أو أولاد أخواتي قتلهم خلوهم يخيروا رغبتهم وحدهم, وما تأثروش عليهم ... خلوهم لقناعاتهم... " كما أن إحساسها الدائم بعدم استغلالها كل طاقتها يشعرها بالتوتر والأسى وذلك راجع لعدم رغبتها في هذه المهنة حيث تقول: " ساعات تحسي عندك طاقة ما خرجتهاش, وممكن تعطي أكثر من هكة ... "

لكنها تبدي ارتياحها إثر انتهاء عملها بدون مشاكل وهذا ما يخفف من صراعها الداخلي قليلا. وهذا ما أكده (Servant, 2007) " أن تعرض الفرد لضغوط مزمنة وسالبة تجعله يجند كل ما لديه من طاقة وإمكانيات لمواجهةها وبالتالي يرتبط بظهور العديد من المشكلات ... مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية والإنهاك ."

فالملاحظ أن تكرار تعرض الحالة للأحداث الضاغطة زاد من ارتفاع نسبة الضغوط النفسية, لكن تلقي مريم للسند العاطفي من طرف الزوج وتفهمه لها أحسها بالأمان والاستقرار, فهذا الدعم النفسي وهذه المساندة جعل تأكيد ذات مريم ترتفع قليلا وثقتها بنفسها تزداد, حيث أصبحت تمتاز بالجرأة والدفاع عن نفسها بعد أن كانت خجولة. فهذا الدعم أعطى للحالة دعما وقوة تواجه بها

الآخرين وتعيد من استقرارها وتوازنها النفسي وتخفف من صراعاتها الداخلية حيث تقول في إجابتها المباشرة والسريعة دون تفكير: "زوجي هو السند الوحيد في حياتي ... عندي أهلي بصح ما نخليهمش يساندوني لأنني ما نحكيلهمش وراني معتمدة على الله وعلى زوجي ... كي نحكيله نريخله ياسر مش شوي..."

فالسند العاطفي الذي تتلقاه الحالة من طرف الزوج أثر إيجابيا على حالتها النفسية, وأغناها عن السند العائلي وعن الآخرين, كما أن التجاءها للمعيار الديني زاد من تخفيف صراعاتها وتوترها الداخلي مما مكنها من استعادت توازنها النفسي قليلا. هذا ما أكد عليه (الرشيدي, 1999) "... كلما كان هناك دعم عاطفي ومساندة من طرف الآخرين ... كلما قل مستوى الضغط".

كما نلاحظ من خلال خطابها أنها تمتاز بقدرة تعبيرية جيدة, والرجوع إلى الماضي والتعبير عن تجاربها السابقة, كما أن تفكيرها هو تفكير عملي عقلاني تحاول إيجاد حلول واستراتيجيات للمشكل الجوهرية الذي تعيشه على مستوى مهنتها.

حيث تصرح في إجابتها عن سؤالنا إذا ما كانت مسؤولة ما هي الحلول التي تقترحها فتجيب: " نبدلوا structure , نساندوا القابلة خاصة في حالة حدوث مشكل ... أهم شيء النظام ... بالنظام يتعدل كل شيء ..."

فهذه الحلول التي ركزت عليها المفحوصة ليست حلولاً آتية بل هي حلول جوهرية, تحاول من خلالها التخفيف قدر المستطاع من الضغوط النفسية المعاشة, وهذا يدل على نشاط عقلي مرتفع. وفي الأخير شكرنا المفحوصة على سعة صدرها واختتامنا المقابلة بتحية الغلق.

-IX- تقديم الحالة الثامنة:

1-ملخص مقابلة الحالة الثامنة نور:

نور سيدة متزوجة منذ حوالي خمس سنوات وهي أم لطفل، تمارس مهنة القبالة منذ أكثر من سبع سنوات، مكان سكنها متوسط البعد نسبيا عن مقر عملها، حيث أنها لا تواجه مشاكل كبيرة في التنقل إلا فترة غياب زوجها في العمل الذي يبعد كثيرا عنها حيث يعمل في ولاية أخرى لمدة شهر أو أكثر ثم يعود، وهي الفترة كانت تثير لدى المفحوصة نسبة بسيطة من القلق والتوتر إزاء البحث عن يؤنسها في المبيت ليلا مع صغيرها، بالإضافة إلى إحساسها بعدم الاستقرار أحيانا خاصة وأنها في السنوات الأولى من تكوين الأسرة وغياب الزوج، إلى مشاكل العمل، كلها أسباب جعلت المفحوصة تعاني من ضغوط نفسية فلقد سجلت في الاستبيان المبني (183درجة) وهو ضغط كبير حسب درجات سلم المقياس بالإضافة إلى المشاكل الشخصية، فإن المفحوصة تعاني

ضغوطات على المستوى المهني الذي زاد في نسبة الضغوط منها عدم التنظيم والفرز، تداخل أعمال القابلة وغموض دورها وكثرة مهامها، بالإضافة إلى ضغط العمل نتيجة صغر المؤسسة خاصة وأنها أدمجت فيها مؤسستين فأصبحت الوحيدة في عاصمة الولاية، وهذا ما زاد في ضغط العمل، كذلك سوء النظافة الاستشفائية الذي رجع سلبا على صحة المفحوصة بالإضافة إلى الزوار ومرافقي المريضات وعدم احترامهم لقوانين المؤسسة، كل هذه المشاكل شكلت عدم التوازن النفسي لنور، لكن هذه الأخيرة تتميز بشخصية حساسة وقوية لدرجة أنها لا تستطيع أن تسامح من أخطأ في حقها، أو تكظم غيظها بل تعبر عن انفعالاتها لتحقيق التوازن الداخلي، كما أنها لا تشكل شبكة صداقات كبيرة إلا بعد مدة من ذلك، فالفريق العامل معها متكاتفون ويفهمون طبيعتها وانفعالاتها لذلك تحبذ الاستقرار والبقاء معه للتخفيف من الضغوطات النفسية، لكن نور ترى أن العمل في هذا المجال ليس بالأمر المحبذ لديها لأنها ترى بأن الجهد فيه ضائع في أعين الناس كما أن الفوضى تسيطر على هذا القطاع مما يزيد من إصرارها في تغيير هذا العمل حيث درست تخصصا آخر بعيدا كل البعد عن هذا المجال لتغيير هذا المجال لتغيير المهنة رغم رضاها النسبي عن عملها و أدائها.

وقد اقترحت المفحوصة بعض الحلول متوسطة المدى في التطبيق للتخفيف من هذه الضغوط النفسية إلا أن الحل الذي عرضته الباحثة عليها وهو انضمامها للمجموعة لتطبيق البرنامج العلاجي أسعدها كثيرا وتحمست له، وكلها أمل في مساعدتها للتخفيف من هذه الضغوط النفسية المهنية.

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة الثامنة:

تم إجراء المقابلة مع الحالة واستمرت ساعة واحدة وخمسة عشرة دقيقة تقريبا، تمكنا من خلالها الحصول على معلومات وافرة حول أسباب ومصادر الضغوط التي تسيطر عليها وبعد التفحص و التمعن في مدونة المقابلة تبين لنا أن نور سيدة تتميز بشخصية حساسة جدا لدرجة أنها لا تستطيع أن تسامح من يخطئ معها و هي تكن له قدرا كبيرا، كما أنها لا تستطيع كظم الغيظ فهي تعبر بأي طريقة على انفعالاتها إما بالكلام أو حتى الصراخ كما قالت "نهدير نتكلم، انخرجهم..." فالنقرغ الانفعالي هذا من شأنه أن يخلق لديها توازن داخلي ويتجلى ذلك في تعريف وليام كانون للضغط النفسي بأنه "رد فعل أو استجابة في حالة الطوارئ".

نور لا تكثر من استعمال الحيل الدفاعية لأنها ببساطة تعبر عما بداخلها كاملا ولا تترك شيئا في ذاتها وهذا ما جعل حياة نور خالية من الترسبات فهي دائما تضع حلا لكل عائق يصادفها و يذهب لحال سبيله حيث قالت ".....ما عندي حتى عرض ايبان عليا، كان بردت خلاص ما ايبان عليا

حتى شيء" لذلك فهي تصدر أحكاما مطلقة جراء رد فعل صدر من فرد لم يتوافق مع ما كانت تقصده ، و هذه الحساسية الزائدة تجعلها دائمة التوتر والخوف من سوء فهم الآخرين لها حيث صرحت : "...أسوء شيء يثير ضغطي مع الأهل هو سوء الفهم...." وهذا ماجعل نور حريصة في انتقاء صداقاتها حيث لا تكون علاقات وطيدة بسرعة لأنها تخشى من التحسس فكما قالت " ...نشعر بالقلق كثيرا من عدم انسجامي مع الفريق المناوب ...أنا موافقة عن فريق معين ..."، و في موضع آخر : "...نقلق équipe.... آخر يعود يتحسسلك...".

نور تتمتع بتقدير ذات عالي حيث قالت "حاسين ارواحنا انديرو أكثر من جهدنا" وهذا ما يساهم في انخفاض مستوى الضغط لديها، فقول (الرشيدي هارون 1999) بأن الدراسات أثبتت أن انخفاض مفهوم الذات يساهم في زيادة الضغط عند الأفراد وكما أن نور لديها تقدير ذات مرتفع فهذا يساهم في انخفاض مستوى الضغط لديها .

لكن أكثر ما يثير ضغط نور هو اختلاط الوظائف وعدم تحديد المهام حيث قالت: "كثرة الخدمة في حد ذاتها les visiteurs، ما تفهمي روحك في السوق السيرفيس مش منظم تجيك وحدة متابعة... هذي وحدها تقلق" كما تضيف "....هاالخدمة هذي تخليك تضييعي حالة على حساب حالة... و في نفس الوقت حوايج خاطياتك...معناها حوايج زائدة عن سرفيسك" إذن فاختلاط العمل وعدم تقسيم المهام هو أكثر الأمور التي تثير الضغط لدى نور بالدرجة الأولى ويدخل هذا ضمن غموض الدور، ويعتبر هذا مصدرا من مصادر الضغط النفسي وهذا ما أكده (سترانكس، 2003) "بأن غموض الدور مرتبط بغياب الوضوح حول المسؤوليات المهنية للعمال...". أما الأمر الثاني الذي يثير الضغط لدى المفحوصة هو موضوع les visiteurs ..حيث تقول : "ما يفهموش... إديروك راهيي مريحة" وقد استعملت نور كل التعبيرات اللفظية والنفسية الدالة على الغضب الشديد من هذا الموضوع فقد كانت تتكلم بحدة وبغضب شديد وكانت تشير بيدها لطريقة الشعور بالاختناق من هذا الموضوع.

المفحوصة تتمتع بعلاقة حسنة مع المسؤولين وهذا ما لمسناه من خلال حديثها عن المسؤولين حيث أنها لا تبدي تذمر من طريقة المعاملة معهم، لأنها تقدم لها أعدار بأن المسؤول أو chef de service لا يعرف بخبايا المهنة لهذا لا تلقي اللوم على عاتقه .

لكن أكثر الأمور الملاحظة على نور أنها تستخدم رقابة ذاتية كبيرة كلامها وكأنها تخاف من ظهور أمر ما فقد كانت إجاباتها قصيرة أحيانا ومقتصرة على "أم ' لا' أهى ' أي ' آه " كما أن حديثها عن أسرتها وعائلتها وزجها أي حياتها الخاصة قليل، أما الاسترسال فقدا كان في اقتراح الحلول المساعدة للتخفيف من الضغط المهني . لأنها بصراحة تشعر بالتذمر من العمل في هذا

المجال حيث قالت: "....قد ما تخدمي لأنني مشكورة ولاني محمودة " وجهدها ضائع في أعين الناس حسب رأيها وهذا ما شكل لديها ضغطا داخلي ' فحاولت الدراسة مرة أخرى لتغيير مجال العمل نهائيا حيث درست تخصصا آخر ' فتقول: "....لذلك راني عاودت الباك جديدة وراني نقرا في تخصص آخر ' بش غير المجال ونروح لأخر" ومن جراء هذه الأوضاع السيئة أصبحت عواطف نور باردة نوعا ما فكانت تعبر عن صوت المرأة أو صغير بدون عاطفة تأثر ولم نحس منها بأنها تشعر بالذنب أو بالمسؤولية الكبيرة . وهذا نتيجة لتداخل المهام وعدم تحديدها لهذا يمكن لكل فرد أن يلقي بالمسؤولية على الآخرين يتهرب منها فاضطراب الانفعالات أو هذا البرود العاطفي وعدم الانسجام, كلها آثار انفعالية يخلقها الضغط النفسي للفرد كما ورد لـ: (حسين باهي مصطفى 2002) بالإضافة إلى التأثير على القدرات المعرفية حيث أصبحت المفحوصة تعاني من النسيان كثيرا كما أن الجانب الصحي لم يسلم من الضغوط وأثاره حيث قالت المفحوصة: "عطيت قداش مريضة من عيناى من هاك الريحة" فسوء النظافة الاستشفائية اثر على الجانب الصحي للمفحوصة وزاد من ضغطها ' حيث تقول: "من الريحة ' من كل شئ الطوابلساعات كي تهز الطابلة تخرج الريحة تصرع ..." فهذا المشكل كان جوهريا ومؤلما بالنسبة لها فكانت تصرخ بانفعال مع إيماءات في الوجه تقطيب الحاجبين " من كثرة النفور .

هذه بعض النقاط المهمة للمفحوصة التي أحدثت لها ضغطا داخليا لم تستطيع الإفصاح عنه ولم تستطيع التغلب عليه ولهذا فرحت كثيرا بفكرة البرنامج العلاجي ووافقت مباشرة للانضمام للمجموعة, فانهينا المقابلة بتحية الغلق .

IX-تقديم الحالة التاسعة:

1-ملخص مقابلة الحالة التاسعة حنان:

حنان فتاة تبلغ من العمر 34 سنة, عزباء, تعمل قابلة في مصلحة دار الولادة منذ 13 سنة هي البنت الكبرى في عائلتها, حنان متحصلة أيضا على شهادة الليسانس في الأدب العربي لكنها فضلت مزاوله مهنة القابلة على تركها لهذه المهنة, وللطابع الإنساني الذي تتميز به لكنها ونظرا للظروف المحيطة بها أصبحت تعاني من ضغوط نفسية مهنية, حيث سجلت في المقياس المبني على 169 درجة وبالتالي فللمفحوصة ضغط متوسط حسب السلم المقام.

وصرحت الحالة أن ضغوط العمل والمشاكل الناجمة عنه من أهم الأسباب له, كما أكدت أن دمج المؤسساتين Maternité وGynéco وبالتالي أصبحت المؤسسة الوحيدة في عاصمة الولاية سبب ضغطا كبيرا عليها خاصة وأن نسبة الوافدات الحوامل يفوق نسبة إستعاب المؤسسة وبالتالي

أثقل كاهلها بالإضافة إلى الفوضى ونقص اليد العاملة, كما أن سوء التسيير والتنظيم من قبل المسؤولين زاد من نسبة الضغط وكذا قلة النظافة.

كما أن تعرضها لمشكلة مهنية سبب لها ضغوطات كبيرة جعلها تخاف من المشاكل ومن أي شيء قد يسبب لها ذلك. وهذا ما أثر عليها حيث أصبحت عصبية حسب قولها, وقلقة كما أنها تعاني ظاهرة النسيان لكنها ورغم ذلك ما زالت تحب مهنتها كمهنة ولم تفارقها ودليل ذلك عدم تغييرها رغم امتلاكها شهادة أخرى, كما عبرت عن رضاها عنها ولكنها آلمة في تغيير الأوضاع المزرية التي تعانيها المؤسسة حتى تخف الضغوط النفسية التي تعانيها القابلة في ظل هذه المهنة . وعند اقتراحنا عليها هذا البرنامج المقترح, حسبته دعابة في البداية وصرحت بعدم اهتمامها بالموضوع لكنها دخلت لتجرب نجاحه عله يخفف عنها.

وشكرناها على صراحتها وضرربنا موعدا لانطلاق البرنامج.

2-تحليل محتوى مقابلة الحالة التاسعة:

بعدها تمت الموافقة من طرف الحالة على إجراء المقابلة وبعد التعمق في مدونتها, تبين لنا أن الحالة في البداية لم تكن راغبة في الانضمام للمجموعة وكانت معتبرة المسألة هزلا وليس جدا, ولكن بعد وقت قصير من إجراء المقابلة بدأت تتقبل الفكرة ويعجبها الموضوع وأصبحت تتعامل بتلقائية وبجدية أكثر من البداية, ففي الانطلاقة ميزنا الصمت يتخلل الإجابة الأولى, كما أن إجابتها كانت عامة وغير محددة في البداية حيث قالت: " ... عندي عدة أسباب, مش سبب واحد..." وأضافت: "مشاكل من أي حاجة ... في الدنيا الكل...". وذلك راجع لعدم تقبلها الفكرة في بادئ الأمر ورفضها في داخلها لكنها كانت تحاول إقناع ذاتها من أجل وجود وضعية تكيفيه, لكن بمرور مدة زمنية لاحظنا تغير استجابة المفحوصة للأحسن حيث لمسنا في البداية قصر الاستجابة, المستوى التعبيري اللغوي جد فقير, يخلو من الخطاب النفسي والصور البيانية والاستعارات ذات الدلالة الشخصية, هذا ورغم اختصاصها في مادة الأدب العربي, فهي متحصلة على شهادة الليسانس فيه, حيث ميزنا أن الحالة تعيش صراعا بين قبول هذا البرنامج وانضمامها للمجموعة أو رفضها. وهو ما عرفه (سيزالقي, 1991): "بأنه تجربة ذاتية تحدث خلا... وينشأ الصراع النفسي بسبب وجود هدفين متعارضين يتميزان بدرجة متساوية من الشعور بالجاذبية نحوها أو النقد منهما ... بمعنى أنه إذا كان الصراع يؤكد الضغوط لدى الفرد."

كما نلاحظ في بعض الأحيان أن هناك صمت فارغ أو إجابات قصيرة تدل على غلق مجال الحوار كقولها: " ... صمت ... أي " وأيضا " 90% " كذلك "صمت ... راني قتلك, أرجعي للسؤال الأول "

وفي أوقات أخرى نجدها تسترسل في الكلام أو تقاطع خاصة إذا كان الأمر يلمس ذاتها وذو صبغة حسية فنقول بصوت حاد: " كيفاش الواحد بش يدير حاجته البيولوجية يقدر يخدم ويتحرك؟ كيفاش واحنا ماعندناش وين نقضوا حاجاتنا... " وفي موضع تقاطع لتعبر وتقول: " أخاف, لازم ندير احتياطاتي ."

كما لمسنا تخوف الحالة من الدخول أو الغوص في حياتها الشخصية, فكانت تحكي بتحفظ وترد على السؤال حشية الحديث عن خصوصياتها فكانت تجيب بتحفظ, أما عن الأسئلة التي تدور ضمن الإطار المهني فكانت تجيب بطلاقة ولا تعمل رقابة عليه.

فعندما طرحت الباحثة عليها سؤالاً حول مشكل واجهها وما هو الحل الذي اتخذته ردت المفحوصة بنبرة خوف " ... من أي ناحية المشكل؟"

ثم أعادت الإجابة بطرح بسؤال آخر: " في أي مجال المشكل؟" وعندما أكدت الباحثة عن مشكل مهني ردت المفحوصة بارتياح: " أي ... صمت ..."

فقد كانت الحالة تضع رقابة على حديثها خشية الوقوع في الخطأ, وغلب عليها التحفظ والرد بسؤال قصد تشتيت فكر الباحثة أو تحويل محتوى التبادل اللفظي إلى نقطة أخرى للتهرب من الإجابة. وهذا الهروب قصد تحقيق التوازن النفسي .

فنلاحظ أن المفحوصة تبدي رقابة كبيرة على انفعالاتها وكذا أفكارها على الرغم من تميزها بنشاط عقلي مرتفع وهذا ما يميز تفكيرها, فهي لا تحكي عن رغباتها الشخصية أو صراعاتها الداخلية لكنها تحاول إيجاد حلول إستراتيجية وتكيفية عامة قصد تخفيض صراعاتها الداخلي الكامن عن طريق حلول قدمتها للقبالة بصورة مباشرة وعامة, أما لنفسها فبصورة إيحائية بعدما عبرت عن استيائها من الوضعية المزرية المعاشة في المصلحة فنقول: " ... ماكانش حاجة مسقمة أول حاجة دمج Maternité و Gynéco والفوضى نقص العاملات, سوء التسيير والتنظيم, قلة النظافة..."

أما عن الحلول المقترحة فكانت حسب قولها: " إذا حدث مشكل أفف مع العاملة وأجد لها حل أشجعهن وأحفهن ... كيما هكة".

أما الملاحظ العام عن شخصيتها فهي إنسانة بشوشة ولديها إصرار وعزيمة كما أنها تتميز بالهدوء والرزانة والنظام والترتيب حيث تقول: "من طبيعتي نحب أي عمل ينجز في وقته, وما يتأجلشي, وأنا حتى في الحوش كيما هكة, وحتى قبل في المدرسة, طبيعة فيا, هذه طبيعتي." و يتضح ذلك في وضعية جلوسها الرزين .

لكن الملاحظ على حنان أنها لا تملك شبكة صداقات متسعة فهي غير اجتماعية, حيث أكد (الرشيدي, 1999): " أن الدعم الاجتماعي يؤثر عكسا في شدة الضغوطات النفسية". فهي تعبر عن عدم انسجامها وعدم ارتياحها عند تغيير فريقها المناوب, فنمط شخصية حنان يغلب عليه الرتابة والإستقرار, وهي من النوع الذي لا يحب التغيير كثيرا فتصرح: " كي نعود في فريق مش نخدم معاه, يقلقني ... يبقى 'l'équipe' نتاعك تحسي فيه بالراحة أكثر. " وبعد سؤال الباحثة عن السبب أجابت: "... تتفاهمي معاهم يعذروك ... عارفين راكي خدامة غير اليوم بسبتك ... أما كي تعودني في équipe آخر ... تعودي تقدمي فوق طاقتك ... تحسيهم مش فاهمينك ... وباش توجهي زميلتك تخافي تفهمني بالغالط. " أما فريقها فهي تعيش معه علاقة أخوية متكاتفه حسب قولها.

أما بالنسبة لحالتها الانفعالية فقد كانت متأثرة بمشكلة واجهتها مما ولد لديها عقدة الخوف حيث تخللت إجاباتها بمجموعة من العبارات الصريحة التي تدل على الخوف فتقول: " ... راجع للمشاكل والضغوط تعودي تخدمي ومش مرتاحة, وخايفة عاش تديرلك المرى مشكل, وممكن هالمشكل يكبر ويوصل لوين يوصل ... دايم تخدمي على أعصابك, عدنا نخدمو غير باش نتفادوا المشاكل. "

فالمفحوصة همها الكبير هو مشكل الخوف وهذا بسبب التفكير المستمر في الواقع البرغماتي الذي تعيشه حتى أصبحت تشعر بالتوتر كلما كان هناك تواصل مع الآخرين حيث تضيف المفحوصة: "دايم الزيارة فيها مشاكل من طرف الأهل ... " وتقول: " تكوني مضغوطة, ما تقدريش تكلمي خدمتك, تخافي وتكوني متعصبة ... " كما أن خوفها من المجهول أصبح هاجسا يطاردها فتقول: " مشاكل من أي حاجة تعودي خايفة لتكلمي الخدمة وتجي وراك مشكلة. "

وبالتالي أصبحت المفحوصة تلجأ للوازع الديني تارة للتخفيف من هذه الضغوط النفسية جراء الخوف ويتجلى ذلك في قولها: " لا نخاف ... وربي هو الحافظ. " وتارة أخرى تلجأ إلى الهروب والتجنب من المواقف الضاغطة لإحداث التوازن النفسي فتقول: " ساعات كي تجيني مشاكل نقول تو نحبس الخدمة هادي. " وتضيف: " من كثرة المشاكل والضغط خلطنا نكرهوا الخدمة ... "

حيث أكد "سيلبرجر" أن الفرد يستخدم الميكانيزمات الدفاعية المناسبة لتخفيف الضغط أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهروب من المواقف الضاغطة وهذا ما فعلته المفحوصة. فهي لا تعبر عن المعاناة التي خلفتها الضغوط والمشاكل ولكنها تصف الأحداث مع تجريدها من طابعها العاطفي .

كما أن هناك استثمار كبير للواقع, فيظهر عدم التعبير العاطفي جليا في أقوالها عن الأعراض والآثار السلبية التي خلفتها الضغوط فتقول مثلا عن الأعراض: " تكوني مضغوطة ... متعصبة." أما عن الآثار فقد أجابت بسؤال بعدم الفهم, وبعد التوضيح أشارت إلى: " العصبية أول شيء ... صمت."

كما نستشف من حديثها أنها تعاني من مشكل النسيان جراء الضغوط النفسية فتقول: " ... عدت نعاني ياسر من النسيان خاصة في الفترة الأخيرة ... لأنني حاستها, ملي زاد الضغط زاد النسيان" فقد أكد (طه عبد العظيم حسين 2006): " بأن الضغوط تؤثر على البناء المعرفي للفرد وتظهر في شكل آثار منها نقص القدرة على الاستدعاء مع زيادة الأخطاء والنسيان."

كما نلاحظ أن المفحوصة تعاني من الإرهاق أحيانا, واستجاباتها تدل على تأنيب الضمير ولوم الذات فعند تراكم الضغوط يتم إرهاق الجهاز النفسي وبالتالي تزداد المعاناة النفسية وفي هذا الجانب يذكر موريس: " إن الإحساس بالضغوط النفسية يعتمد على تقويم الفرد للموقف على نحو أساسي."

والضغوط السلبية تؤدي إلى التوتر وبالتالي الشعور بالتعاسة وعدم الاتزان النفسي. ومن ثم تخلف آثارا انفعالية منها الخوف وزيادة معدل الأفكار الوسواسية, كما يقل الانسجام والاسترخاء وهو ما ذكره (حسين باهي مصطفى, 2002) ويتجسد ذلك في قولها: "... لكثرة الخدمة ... ترجعي على نفسك بالتقصير ... وديما ديما تحسي بتأنيب الضمير ...". وتضيف: " نحس بالذنب ... وتحاسبي روحك." وتقول: " ما نقدرشي نسترخي, نحاول نسترخي بصح الأفكار تبقى ..."

وقد أرجعت المفحوصة معاناتها من الضغوط لعدة أسباب أهمها: المسؤول الذي ألقته عليه أغلب المسؤولية حول غياب دوره في التخفيف من هذه المعاناة فتقول: " نرجع على المسؤول, لأنني عارفة روعي لو كان Reclamé مش راح يسمعوني, جربنا قبل حاجات أقل من هذه ما سمعوناش وما وفروهاناش." كما تصرح في قول آخر عن المضاعفات التي تصيب الأم والمولود: " كاين حاجات ضرورية ماكانش, ونلوم المدير هنايا ... " وتؤكد في قولها: " أحنايا المسؤول حاسينه جاي ضدنا في قداش من حاجة .. مايجيش معنا يجي مع الحق فقط... حسيت أن المسؤول مش مقدر مجهوداتي, وصراتلي معاه حادثتين وما ساندنيش..."

فمشاكل الخضوع للسلطة تؤدي إلى الشعور بالضغط, كما نلتمس عدم وجود إشباع للحاجات النفسية حيث يعتبر " هنري موراي " صاحب نظرية "النسق الفكري": " أنه في حالة إعاقة إشباع حاجات المثارة يكون الضغط."

أما الأسباب الأخرى فتشير المفحوصة إلى: " دمج المؤسستين على بعضهما البعض مما زاد عدد المرضى وسبب ذلك ضغطا كبيرا على العاملات, كذلك الهيكل العام للمؤسسة وسوء بنائه فتقول: " structure نتاعنا مش مليح normalement راهو مش كيما هكه." بالإضافة إلى سوء النظافة وأسباب أخرى عديدة وظروف محيطة أثرت على المفحوصة وعلى مستوى نشاطها, فتقول: " تجيني مشاكل نقول تو نحبس الخدمة ... الضغط إلي خالنا نكرهوا الخدمة ... مش كارهينها في حد ذاتها, كارهين الظروف المحيطة."

وبالرغم من ذلك فحب المهنة عند حنان يجعل نسبة هذه الضغوط في تذبذب بين الصعود والنزول حسب الظروف الآنية, كما أن رضاها عن نفسها وعن عملها يزيد من تقديرها لذاتها, حيث قالت: " مقتنعة بإمكانياتي والدليل عندي شهادة أخرى وما نيش نخدم بيها." كما المحيط العائلي وخاصة الأم يشكل لها دعما نفسيا مما يساعدها على استعادة توازنها النفسي قليلا فتصرح: " أمي, باش نريح لازم نحكيلها كل شيء." هذا الدعم الخارجي يخفف لها بعض الضغوطات النفسية المهنية التي تعانيتها المفحوصة. كما اقترحت عليها الباحثة الانضمام إلى المجموعة للمشاركة في البرنامج المقترح وأبدت قبولها, واختتمنا المقابلة بتحية الغلق.

X- تقديم الحالة العاشرة:

1- ملخص مقابلة الحالة العاشرة راضية:

راضية امرأة شابة تبلغ من العمر 35 سنة متزوجة, وأم لبنتين تعمل بدار الولادة الحضارية بالوادي منذ حوالي 13 سنة, راضية تحب مهنتها كثيرا واختارتها منذ الصغر ومنذ الدراسة حسب قولها لكن هذه المهنة خلفت لها أضرارا و أمراضا صحية جعلتها تعاني لحد الساعة من آلام في العمود الفقري ورغم تلقيها للعلاج, لكن آثاره مازالت ظاهرة مما أنقص الحافز عندها وقلل مستوى حبها لمهنتها, فهي تجعل هذه الأخيرة-المهنة- سببا في علتها.

صرحت راضية بأنها أصبحت تعاني من ضغوط نفسية خاصة بعد مرضها وتعرضها لمشاكل مهنية وبعد تطبيق الاستبيان عليها تحصلت المفحوصة على (166درجة) وحسب السلم فهي تعاني من مستوى ضغط متوسط, وأرجعت ذلك لعدة أسباب أهمها نقص اليد العاملة, مع كثرة عدد الحوامل بالإضافة إلى غياب دور الإدارة والمسؤولين في التخفيف من هذه الضغوط المعاشة.

لكن راضية تعيش عقدة نفسية حسب قولها وتبحث لها عن حل وهي كثرت لوم الذات وتأنيب الضمير, فقد أسرفت في استعمالها حتى لأتفه الأسباب فهي ترجع اللوم على ذاتها وتؤنب

ضميرها لأشياء قد لا تكون هي السبب الرئيسي فيه. كما أرجعت ذلك إلى الظروف المحيطة ومرضها وقلة استقرارها في بيتها وظروف عدة.

فعلى الرغم من الظروف القاسية التي مرت بها راضية إلا أن حبها لمهنتها جعلها تزاولها لحد الساعة فهو عمل إنساني بالدرجة الأولى وأجره كبير عند الله كما قالت, لكنها تأمل في تغيير الأوضاع الراهنة التي تعانيها المؤسسة للتخفيف من الضغوط التي تعانيها القابلة جراء هذه الأوضاع, وعند اقتراحنا عليها البرنامج المقترح, أبدت قبولها آملة في حل عقدها النفسية أولاً وانخفاض ضغطها النفسي ثانياً وشكرناها على تلبيتها الدعوة, وحددنا موعد انطلاق البرنامج.

2- تحليل محتوى المقابلة العاشرة: بعدما تمت الموافقة من طرف الحالة لإجراء المقابلة وأبدت تجاوباً كبيراً معنا, وبعد الإطلاع على مدونتها, أهم ما تم ملاحظته من خلالها أنها اجتماعية ومتقفة, كلامها مسترسل ومنظم, لم تتخله توقفات ولا انقطاعات لديها ثراء لغوي كبير, كما تبين أنها تعيش موقفاً من التوتر والقلق بسبب تعرضها للمرض حيث تقول: " ... كي مرضت جاني اكتئاب, عدت ديما خايفة ومانيش عارفة, خايفة من حالتي الصحية ما تتحسنش...". وتضيف: " ... من الخدمة ومن ضغطها مرضت ...". فيظهر أن تعرض الحالة إلى المرض الصحي شكل لها منبعاً للضغط وأثر على صحتها النفسية, فهي تعاني حالة قلق, وخوف من المستقبل على صحتها وهذا ما أكدته (ميلر, 1979) بأن هناك ضغوطاً ترتبط بالصحة الجسمية الفيزيولوجية للفرد.

كما أن الحالة تعرضت لحدث آخر أدركته على أنه ضاغط ألا وهو حادث وفاة امرأة بعد ولادتها مباشرة إثر نزيف دموي, هذا الحادث أثر على حالتها النفسية وازداد خوفها واهتز اتزانها النفسي, إذ قالت: " أنا الحق من حادثة المرى اللي ماتت عدت نخاف, حتى شوي seignement وتكون حاجة بسيطة, عادلتي وسواس تلقيني ندير في إجراءاتي وعملي كل دقيقة نطل عليها وكان صادفت وكملت la garde تلقيني نكلم في téléphone ونقصي عنها, هكاكة وما نريحش, حياتي اليومية ما نقدرش نمارسها ونبقى نخم في الحالة ...".

وبما أن عمل القابلة عمل شاق ومضني فهي دائماً تواجه الحالات المستعصية, وتعرض راضية لحالة وفاة جنين أثناء ولادته زاد من خوفها وأصبح هاجساً يراودها حيث ترك لها بعض الهشاشة, ويظهر ذلك في قولها: " لو كان تموتلي مرى أو bébé يفوتلي اليوم كامل بالطيف وكان ما صرالي حتى شيء نخرج من la garde فارحة, ماعدتش متحملة الفجائع". وتضيف:

"مرة صرالتلي وراحتي bébé باش نجن قعدت لايمة روجي ... لو كان هكة راني درت حل". وهذا ما أكدته المؤسسة الكندية للبحوث حول خدمات الصحة حيث أوضحت نتائجها تفوق عوامل الضغط التنظيمية خاصة على النحو العاطفي كالتعرض للموت والأحزان.....

لقد كانت مهنة القابلة المهنة المفضلة عند الحالة اختارتها منذ الصغر وعن اقتناع فتقول في هذا الصدد: "la sage-femme" تمشي في دمي من وأنا صغيرة نقرى في المتوسطة قالولي واش حابة تطلعي قتلهم sage-femme تدخل للجنة, ونايا نخدم في النساء, ودرت المستحيل باش ندخل ليها ..."

لكن في الآونة الأخيرة وبازدياد الخوف الذي أصبح هاجسا يراود راضية في الكثير من الأحيان, كون لديها أفكارا سلبية حول ذاتها وحول عملها وحول المستقبل, حيث أصبحت المهنة المفضلة لديها مصدر قلق وضغط وعدم ارتياح فنقول: "أنا ديما مش مرتاحة في الخدمة, نخاف من المضاعفات, نخاف عاش تجي حاجة ما نفيقش بيها, أنا ماذا بيا الدنيا الكل في الخدمة نشوفها, نعود نتمنى يارب نعود ذكية ياسر ونفيق للدنيا الكل ثم ثم, حاسة ذكائي محدود." وتضيف: "... الله غالب ديما خيفة من المجهول...جاني اكتئاب." هذه التبعية للمخاوف المعاشة تدل على ضعف الأنا وضعف الأنا يدل على تمثيل ضعيف وعلى عدم القدرة على التقمص الجيد فالأنا خاضع لا يستطيع أن يستعمل دفاعات مرنة وهذا راجع إلى غياب التمثيلات التي من شأنها أن تصرف الطاقة بطريقة إيجابية .

ويظهر جليا أن الحالة لم تتلق سندا اجتماعيا مدركا من المحيط الخارجي, بل العكس كان مصدر خوف بالنسبة لها خاصة المجتمع الذي تعيش فيه مما زاد من درجة الضغط لديها حيث قالت: " ما نيش عارفة بصح حتى الظروف المحيطة بية راهي مش معاونتي مع المرض نتاعي ... زيد الدار والأولاد وحالتي مش مستقرة حتى الجهة اللي نسكن فيها الناس كامل تعرفني وعن أي شيء يجوني والأضواء دايماء عليك ...".

كما أبدت تخوفها في نظرة الآخرين الناقدة فتضيف: " الغاشي ما يتحدثوش عن les complications ... وش قالك هي من la sage-femme اللي l' accouchement ... سمعة قد ما خدمتيها وحافظتي عنها تروحك في لحظة...راكي شفتي مشكلتي ... عام كامل والناس تتحدث مازال كان الجزيرة ما عرضونيش فيها, وقعدت حاكمتي العقدة." وتقول: " المجتمع مش راح يغفرلك ...".

كما أن إحساسها بعدم تكافؤها مع بعض العوامل -خاصة إثر حدوث مشاكل بينهن- جعلها تلوم ذاتها ويزداد ضغطها النفسي. فتقول: "... ما حبوشي قالولي راكي تهاجمي فينا, قالولي راكي تتأمري, قلت في قلبي ما نخسر همشي حسيت روعي غريبة عنهم وما انسجمتش معاهم .." ويقول (servant,2007) في هذا الصدد: "وجود الفرد في أجواء اجتماعية غير ملائمة بشكل مستمر تشكل لديه ضغوطا, في الغالب تكون هذه الضغوط سالبة من حيث تأثيرها على الفرد...

ويرتبط بظهور العديد من المشكلات الجسمية والنفسية للفرد الواقع تحت الضغط, مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية والإرهاك."

كما أن أجوبة المفحوصة تدل على عدم القدرة على مواجهة الآخرين وكتم العدوانية, بل بالعكس أرجعت ذلك على ذاتها وأصبحت تعاني من لوم الذات وتأنيب الضمير والهروب هذه الميكانيزمات الدفاعية التي استعملتها كانت من أجل تحقيق التوازن النفسي الداخلي لكنها في نفس الوقت أصبحت تعتقد بأن هذه الأشياء تشكل لديها عائقا, فذلك الصراع الداخلي الذي يشكله تأنيب الضمير ولوم الذات والحوار الداخلي للذات بين أخذ وشد, أصبح يؤرق المفحوصة ويزيد من صراعها وألمها النفسي حتى أعلنت عليه وأصبحت تبحث عن حل له بقولها: " نايا وحده من الناس عندي عقدة نفسية, هاكي حليها ولا دبري راسك, ديما نلوم نفسي على الدنيا الكل في الخدمة وفي حياتي العامة طول نلوم في نفسي, وكلمة

كون - في راسي ... ندير حاجة سمحة ولا بشعة نرجع عن روعي ويقعد ضميري يؤنب فيا. " وتضيف: " دايمنا نحس بعقدة الذنب... كون اعطيت أكثر ... الناس الكل يشهدولي بخدمتي ... بصح نرجع على روعي كيفاش عملتها وما عملتهاش ... "

فهذه السلوكات تترجم الشعور بالذنب لدى المفحوصة ولوم ذاتها, حتى خلفت لها آثار سلبية جراء هذه الضغوط أهمها التعبيرات السلبية التي تبنتها الحالة عن ذاتها وعن الآخرين كما ذكرنا سابقا, بالإضافة إلى نقص تقدير الذات وعدم الثقة بالنفس وصعوبة معالجة المعلومات, فهذا ما لمسناه عندما كانت المفحوصة تصرح بمعاناتها بطريقة ممثلة بالانفعالات فلمسنا في بعض الأحيان المبالغة في شحنة الانفعالات التي تخرجها الحالة عن طريق الحركات الجسمية وإشارات اليدين والمبالغة في الأقوال حيث كانت اجاباتها حول مشكل مهني حدث لها كالتالي: " حسيت روعي دخت ونايا نوقض في روعي ... رجليا حبست ... عدت نقول مش لازمني ندوخ, لوكان ندوخ راهم رايعين يتهلكوا بلا بيا ... عدت نوقض في روعي ... عندي طاقة كامنة عدت نخرج فيها ... مع الروجة والغيوبة. "

وفي موضع آخر: " صارلي ما صارلي تشليت ذات ... " فهذه المبالغة وهذا التهويل الذي اتخذته المفحوصة بكامل انفعالاتها لإيصال وإيضاح المعنى الحقيقي للصورة أو الحادثة التي وقعت لها بحذافيرها وإيصال إحساسها للآخر لإثارة شفقة الآخرين, وعندما تلمس ذلك فيهم ينقص بذلك تأنيب الضمير ولوم الذات والصراعات الداخلية التي تعانيها المفحوصة فهو ميكانيزم دفاعي للتخفيف منه.

بالإضافة إلى آثار أخرى منها انخفاض مستوى النشاط والإنتاجية حيث قالت: " مللي نقصت صحتي نقص الحافز ... وما عايش عندي حب كبير."

وهذا ما كده (حسين طه عبد العظيم, 2006) بأن الضغوط تؤثر وتخلق هذه الآثار المذكورة سابقا وترجع المفحوصة أسباب ارتفاع نسبة الضغوط لديها إلى نقص اليد العاملة حيث تقول: " نقص personnels هو المشكل, هو اللي خلا الخدمة تتراكم وهو عائق." كما ترجع ارتفاع نسبة الضغوط إلى كثرة عدد الحوامل وغياب دور الإدارة والمسؤولين في التخفيف من هذه الضغوط المعاشة حيث أجابت: " ... الإدارة خارج مجال التغطية ...". وتضيف: " مرضت ... والسبب هم المسؤولين ما خدموشي خدمتهم".

فعلى الرغم من هذه الضغوط والآثار التي خلفتها للحالة, إلا أن العائلة كانت سندا اجتماعيا بعض الشيء لراضية مما أرجع لها توازنها النفسي قليلا, حيث تقول: " أختي تخاف ربي ياسر, أي حاجة نلجأ إليها خاصة في الحوايج الكبيرة وزوجي ساعات ... " وفي الختام طرحنا على المفحوصة الانضمام إلى المجموعة التدريبية للتخفيف من الضغوط النفسية والمهنية, وأبدت قبولها بذلك وحددنا لها موعد الانطلاقة وانهيينا الجلسة بتحية الغلق.

ثانياً- محتوى الجلسات العلاجية: الجدول رقم (22) يوضح محتوى الجلسات ومراحل تنفيذها:

(الجزء الأول البرنامج)

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف والإجراءات المقدمة	التقنيات	الوسائل	التاريخ والزمن
الجلسة الأولى	(افتتاحية) التعرف وبناء الألفة (جلسة جماعية)	- بناء علاقة وثيقة بين المشاركات في البرنامج والباحثة من جهة وبين المشاركات فيما بينهن, لخلق الألفة والتقبل والثقة فيما بينهن. - تقديم فكرة مبسطة عن البرنامج مراحله وفقا للعلاج الهدف منه والأساليب المتبعة فيه, وتحديد الإطار الزمني لها. - الاتفاق على قواعد المشاركة وإبرام عقد المشاركة والتأكيد على ضرورة الالتزام به لتسيير البرنامج.	المناقشة والحوار - الأسئلة وواجب منزلي	- تقديم مذكرة العلاج - توزيع وثيقة متعلقة بالضغوط النفسية - مسجل صوتي Data Show	05\04 2014 8H:35 (لمدة 40 دقيقة)

			<p>- تحديد موعد ومكان الجلسة ونظام الجلسات وعوامل نجاح البرنامج.</p> <p>- إتاحة الفرصة للمشاركات بالتحدث بحرية وصراحة وإبداء توقعاتهن حول البرنامج وأهدافه.</p>		
<p>المجموعة (1): 05\07 2014 8H:20 لمدة 90 دقيقة المجموعة (2) 05\29 2014 8H:15</p>	<p>- مذكرة العلاج - مسجل صوتي Data Show - شريط فيديو - استمارة الضغوط النفسية</p>	<p>- تغذية راجعة المناقشة والحوار والتعزيز الايجابي - الأسئلة الواجب المنزلي المداخلة</p>	<p>- تقديم تغذية راجعة حول الجلسة السابقة, مناقشة الواجب المنزلي واستعراض جدول أعمال الجلسة الحالية.</p> <p>- تقديم مداخلة بسيطة حول الضغوط النفسية بتحديد مفهومها, أنواعها مصادرها, أعراضها, العوامل المؤثرة فيها</p> <p>- التذكير بالمقياس المطبق في المقابلة السابقة (قياس قبلي).</p> <p>- إعطاء أمثلة من الواقع وتحفيز المشاركات على إعطاء هذه الأمثلة من تجاربهن الشخصية.</p>	الجلسة الثانية	الضغوط النفسية
<p>05\11 2014 8H:25 لمدة (90) دقيقة المجموعة (2) 06\02 2014 8H:20</p>	<p>- مذكرة البرنامج - مسجل صوتي Data Show - شريط فيديو</p>	<p>- تغذية مرتدة مناقشة وحوار محاضرة - واجب منزلي</p>	<p>- مواصلة مناقشة الضغوط النفسية والتطرق لضغوط العمل, عمل القابلة والضغوط النفسية بعد التغذية الراجعة للجلسة السابقة.</p> <p>- التمييز بين الضغوط الايجابية والسلبية والآثار المترتبة عن الضغوط وذكر أمثلة واقعية عن بعض الآثار وعن الضغوط الايجابية والسلبية.</p>	الجلسة الثالثة	الضغوط النفسية المهنية

<p>14\05 2014 8H:30 لمدة (90) دقيقة المجموعة (2) 05\06 2014 8H:30</p>	<p>- مذكرة البرنامج مسجل صوتي Data Show - نموذج أحمد</p>	<p>- تغذية مرتدة مناقشة وحوار طرح الأسئلة - لعب الدور الإصغاء المدخلة التعزيز الإيجابي</p>	<p>- تقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة مناقشة الواجب المنزلي وعرض جدول الجلسة الحالية. - تخيل موقف ضاغط والاستعداد له - محاولة ربط العلاقة بين الضغط النفسي السلبى والأفكار السلبية والضغوط النفسية الايجابية والأفكار الايجابية. - توضيح الأفكار السلبية ومواجهتها أثناء الموقف الضاغط . - التعامل مع اللحظات الحرجة للموقف الضاغط . - زرع الثقة بالنفس.</p>	<p>تغيير الأفكار السلبية بأخرى ايجابية (إعادة البناء المعرفي)</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
<p>18\05 2014 8H:35 لمدة (90) دقيقة مجموعة (2) 09\06 2014 8H:35</p>	<p>- مذكرة البرنامج مسجل صوتي Data Show</p>	<p>- تغذية راجعة مناقشة وحوار طرح الأسئلة - لعب الدور الإقناع المنطقي الواجب المنزلي</p>	<p>تقديم تغذية راجعة +مناقشة الواجب المنزلي+عرض جدول الجلسة الحالية. - التعبير عن المشاعر والانفعالات إزاء الضغوط(بطاقة التعبير عن المشاعر). - التوافق بين المشاعر الداخلية والسلوك الناتج (بطاقة بيان مشاعري) ترك المشاركات يعبرن بحرية عن المشاعر والانفعالات التي تجول بداخلهن خاصة أثناء موقف ضاغط وتقوم الباحثة بتحفيزهن وتشجيعهن للتعبير عن ذلك (المشاركة الوجدانية) وتنمية الملاحظة الذاتية للمشاركات إزاء الضغوط وكيفية التعبير عن هذه المشاعر(بطاقة أستمع, أفكر, ثم</p>	<p>التفريغ الانفعالي (أسلوب التعبير عن المشاعر) والسلوك التوكيدي</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>

			أختار). - تدريب المشاركات على السلوك التوكيدي, ثم اختيار المشاركات مشكل معين ويطلب من اثنتين (2) لعب الدور, ثم تقومان بقلب الأدوار لفهم كيف يشعر الآخر, ومن ثم تسلك تجاه الموقف بشكل توكيدي (قد يختزل أحد بنود البطاقة 2).		
\05\21 2014 8H:40 لمدة (90) دقيقة مجموعة (2) \06\12 2014 8H:25	- مذكرة البرنامج - مسجل صوتي Data Show	- تغذية راجعة مناقشة وحوار محاضرة التعزيز الايجابي طرح الأسئلة - لعب الدور - الإقناع المنطقي الواجب المنزلي	- تقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة مناقشة الواجب المنزلي وعرض الجلسة التالية. - الاستبصار بالمشاكل التي تواجهها القابلة وبأهمية حديث الذات (الحديث الداخلي أو الحوار مع الذات). - تحديد الأفكار والأحاديث السلبية. - التدرج على إيقاف التفكير الهازم للذات. - التدرج على تعزيز الذات. - تصحيح المفاهيم والأفكار الخاطئة والاعتقادات اللاعقلانية التي تقود إلى التوتر والغضب (التحول من الأفكار اللاعقلانية الهازمة للذات إلى مهارات التفكير المعرفية). - توضيح ونمذجة خطوات التحول الأربعة . - تلخيص +تقويم+الواجب المنزلي +الشكر+التذكير بالجلسة القادمة والالتزام بالحضور.	التدرب على الحوار المنطقي للذات	الجلسة السادسة

\05\25 2014 8H:45 لمدة (90) دقيقة مجموعة (2)	مذكرة البرنامج مسجل صوتي Data Show	- تغذية راجعة مناقشة وحوار محاضرة طرح الأسئلة الواجب المنزلي	- تقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة مناقشة الواجب المنزلي وعرض الجلسة الحالية. - تحديد مفهوم المشكلة, ومفهوم حل المشكلة ثم تملي الباحثة على المشاركات نموذج تحديد المشكلة وتطلب منهن اختيار مشكلة وتحديدها وفق النموذج. - التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وحل المشكلة. - التعرف على خطوات حل المشكلة. - تلخيص +تقويم+الواجب المنزلي +الشكر+التذكير بالجلسة القادمة والالتزام بالحضور.	مهارة حل المشكلات	الجلسة السابعة
\05\28 2014 8H:30 لمدة (90) دقيقة مجموعة (2)	مذكرة البرنامج مسجل صوتي Data Show توزيع أوراق بها خطوات مهارة حل المشكل وأسلوب التعامل	- تغذية راجعة مناقشة وحوار محاضرة الإصغاء طرح الأسئلة الواجب المنزلي	- تقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة. -التعرف على أسلوب التعامل مع الضغوط النفسية. - التعرف على أنواع أساليب التعامل ومعرفة كل مشاركة أي أسلوب تستخدم وطريقة التعامل مع الضغوط النفسية, ومدى فعالية أساليب التعامل الضغوط. - كيفية إدارة الضغوط النفسية. - تلخيص +تقويم+الواجب المنزلي +الشكر + التذكير بالجلسة القادمة والالتزام بالحضور.	أسلوب التعامل مع الضغوط النفسية و كيفية إدارتها	الجلسة الثامنة
\06\01 2014	مذكرة البرنامج	- تغذية راجعة	- تقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.	الجلسة الختامية	الجلسة التاسعة

8H:20 لمدة (40) دقيقة مجموعة (2) \06\23 2014 8H:30	- مسجل صوتي - استمارة الضغوط	مناقشة وحوار - طرح الأسئلة -التعزيز الايجابي	- تقديم مواقف ضاغطة يحتمل التعرض لها من طرف المشاركات وتم مناقشة هذه المواقف باستخدام المعلومات التي تعلمنها(تغذية راجعة شاملة). - تطبيق الاختبار البعدي . - تقييم الجزء الأول من البرنامج ومعرفة آراء المشاركات في البرنامج ومعرفة اقتراحاتهن في تطوير وتحسين هذا البرنامج. الشكر والتذكير بمتابعة الجلسات للدخول في الجزء الثاني من البرنامج (الاسترخاء) وتحديد زمان الجلسة.		
---	---------------------------------------	---	--	--	--

(الجزء الثاني من البرنامج)

الجدول رقم (23) يوضح محتوى الجلسات ومراحل تنفيذ الجزء الثاني من البرنامج المقترح

(تقنية الاسترخاء)

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الهدف والإجراءات المقدمة	التقنيات	الوسائل	التاريخ والزمن
الجلسة الأولى	الاسترخاء	- الترحيب بالمشاركات و تقديم تغذية راجعة + مناقشة الواجب المنزلي + عرض جدول الجلسة الحالية. - توضيح معنى الاسترخاء . - شرح أهمية الاسترخاء كأسلوب من أساليب التعامل الايجابية مع الضغوط النفسية. - فوائد الاسترخاء. - توضيح العلاقة بين الاستشارة والحالة الفيزيولوجية.	مناقشة وحوار - طرح الأسئلة -التعزيز الايجابي	- مذكرة العلاج Data Show	مجموعة (2) \05\08 2014 8H:15 لمدة (60) دقيقة مجموعة (1) \06\04 2014 8H:25

			<p>- تأثير الاسترخاء على الجسم.</p> <p>- تلخيص ما جرى وتشكرهن على حضورهن وتفاعلهن, وتؤكد لهن أهمية الالتزام بحضور الجلسات في موعدها المحدد, والتذكير بموعد الجلسة القادمة.</p>		
<p>مجموعة (2)</p> <p>05\12</p> <p>2014</p> <p>8H:30</p> <p>لمدة (45) دقيقة</p> <p>مجموعة (1)</p> <p>06\08</p> <p>2014</p> <p>8H:35</p>	<p>مذكرة العلاج</p> <p>مسجل صوتي</p> <p>سجاد أرضي</p> <p>Data Show</p>	<p>الاسترخاء</p> <p>- المناقشة</p> <p>- الواجب المنزلي</p>	<p>- الترحيب بالمشاركات و تقديم تغذية راجعة +مناقشة الواجب المنزلي+ عرض جدول الجلسة.</p> <p>- استعادة الفرد للسيطرة على جسمه.</p> <p>- تخفيض الشعور بالقلق والتوتر للحصول على الكثير من O2 .</p> <p>- جعل التنفس عميق, معتدل, بطيء وإيقاعي.</p> <p>- تدريب المشاركات على عمليتي الشهيق والزفير الصحيحتين.</p> <p>- ربط التنفس العميق بإزالة التوتر والضغط النفسي .</p> <p>- تلخيص ما جرى و تشكرهن على حضورهن و تفاعلهن, وتؤكد لهن أهمية الالتزام بحضور الجلسات في موعدها المحدد, والتذكير بموعد الجلسة القادمة.</p>	<p>التدرب على</p> <p>التنفس العميق</p>	<p>الجلسة الثانية</p>
<p>مجموعة(2)</p> <p>54\15</p> <p>2014</p> <p>8H:30</p> <p>لمدة (45)</p>	<p>مذكرة العلاج</p> <p>مسجل صوتي</p> <p>سجاد أرضي</p> <p>Data</p>	<p>الاسترخاء</p> <p>- المناقشة</p> <p>- الواجب المنزلي</p>	<p>- الترحيب بالمشاركات وتقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة, مناقشة الواجب المنزلي وعرض الجلسة الحالية.</p> <p>- الوعي بالفروق الجوهرية ما بين</p>	<p>التدريب على الشد والارتخاء (الاسترخاء العضلي)</p>	<p>الجلسة الثالثة</p>

دقيقة مجموعة (1) \06\11 2014 8H:30	Show		<p>الاسترخاء والانقباض .</p> <p>- إدراك المشاركات بأماكن ومناطق الجسم التي يتم فيها الشد والارتخاء.</p> <p>- تقوية الثقة بالجسد.</p> <p>- مساعدة المشاركة في التقليل من مستويات التوتر العضلي المتزايد التي لا يحتاج إليها في أنشطة حياته اليومية.</p> <p>- تلخيص ما جرى وفتح باب المناقشة وتكليف المشاركات بالواجب المنزلي وتشكرهن على حضورهن وتفاعلهن وتؤكد لهن الباحثة أهمية الحضور للجلسات في موعدها المحدد، والتذكير بموعد الجلسة القادمة.</p>		
مجموعة (2) \05\19 2014 8H:15 لمدة (45) دقيقة مجموعة (1) \06\15 2014 8H:25	مذكرة العلاج مسجل صوتي سجاد أرضي Data Show	<p>الاسترخاء</p> <p>- المناقشة</p> <p>- الواجب المنزلي</p>	<p>- الترحيب بالمشاركات وتقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة، مناقشة الواجب المنزلي وعرض الجلسة الحالية.</p> <p>- التدرب لمعرفة الفرق بين الثقل والخفة.</p> <p>- التركيز على الإحساس بالثقل للوصول للاسترخاء النفسي.</p> <p>- الهدف من الثقل هو الوصول إلى الارتخاء العضلي.</p> <p>- تلخيص ما جرى وفتح باب المناقشة وتكليف المشاركات بالواجب المنزلي تشكرهن على</p>	التدرب على الثقل/ (التمثيل)	الجلسة الرابعة

			حضورهن وتفاعلهن وتؤكد لهن الباحثة أهمية الحضور للجلسات في موعدها المحدد، والتذكير بموعد الجلسة القادمة.		
مجموعة (2) \05\22 2014 8H:15 لمدة (45) دقيقة مجموعة \06\18(1) 2014 8H:25	مذكرة العلاج مسجل صوتي سجاد أرضي Data Show	الاسترخاء - المناقشة - الواجب المنزلي	- الترحيب بالمشاركات وتقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة، مناقشة الواجب المنزلي وعرض الجلسة الحالية. تعمق الإحساس بالهدوء الداخلي لتخفيض أو إزالة الضغط النفسي. - تعمق الشعور بالاسترخاء والتعامل مع الضغوط بتهدئة العقل من خلال التخيل. - تلخيص ما جرى وفتح باب المناقشة وتكليف المشاركات بالواجب المنزلي وتشكرهن على حضورهن وتفاعلهن وتؤكد لهن الباحثة أهمية الحضور للجلسات في موعدها المحدد، والتذكير بموعد الجلسة القادمة.	التخيل والإيحاء	الجلسة الخامسة
مجموعة (2) \05\26 2014 8H:15 لمدة (45) دقيقة مجموعة (1) \06\22 2014	مذكرة العلاج مسجل صوتي Data Show	الاسترخاء - المناقشة - الواجب المنزلي	- تقديم تغذية راجعة للجلسة السابقة مناقشة الواجب المنزلي واستعراض جدول الجلسة الحالية. - تطبيق تقنية الاسترخاء بجميع مراحلها لتدريب المشاركات على التطبيق الذاتي وخاصة وقت الحاجة إليها دون اللجوء إلى مختص نفسي. - تقييم أثر التدريب على		الجلسة الختامية

8H:25			المشاركات. - إجراء القياس البعدي. - معرفة آراء المشاركين على البرنامج ككل ومدى استفادتهم منه وتقديم اقتراحاتهم إن وجدت لتطوير وتحسين البرنامج. - الشكر الجزيل لهم على مشاركتهم والتزامهم وتذكيرهم بالموعد بعد شهر من تنفيذ البرنامج لإجراء الاختبار المؤجل للتأكد من فعالية ودور البرنامج.	
-------	--	--	---	--

ثالثاً: ملخص الجلسات:

1- ملخص الجلسة الأولى: كان حضور الجلسة الأولى جماعياً, حيث عرفت الباحثة بالبرنامج العلاجي الذي سيطبق وبالنتائج المرجو الوصول إليها من خلال عرضها لخطوات سير البرنامج وقد لمسنا تجاوبا وتحمسا كبيرين من خلال بعض المشاركات اللواتي بدت عليهن الجدية في تناول الموضوع من خلال طرحن للأسئلة والاستفسار عن مجريات الجلسات وعن التوقيت, و عما يحدث إذا تغيبت إحدى المشاركات وكيفية التعويض, وقد قدمت لنا (مريم) في نفس الحصة برنامج سيرها لمدة شهر لنساعدها على توزيع حصص البرنامج, وانتهت الجلسة بتوزيع مذكرات العلاج التي قامت بإعدادها مع ذكرنا للشروط والقوانين لتجنب حدوث أي مشكل خلال سير جلسات البرنامج, كما قسمت الباحثة المشاركات إلى مجموعتين حيث ضمت المجموعة الأولى(رزان, مريم, راضية هناء, صفاء) أما المجموعة الثانية فقد ضمت(خالدة, سناء, حنان نور, أحلام), واختتمت الجلسة بموافقة مبدئية من قبل الجميع.

2- ملخص الجلسة الثانية:

بالنسبة للعلاج النفسي الجماعي قررت رزان المنتمية للمجموعة الأولى التوقف وعدم المتابعة بسبب انشغالاتها, لكنها تراجعت عن القرار لوحدها متأملة في مساعدة البرنامج لها وكانت متحمسة لذلك, أما البقية فكن متوسطات الحماس, كذلك الحال بالنسبة لمستوى التركيز لديهن فتفاعلن كان بسيطاً ومحتشماً, أما بالنسبة للمجموعة الثانية فحضورهن كان بقناعة كبيرة مع حماس أكبر لأنهن كن قد طبق عليهن الجزء الأول من البرنامج وهو الاسترخاء, لكن الملاحظ

عليهن أن الجلسة الثانية من العلاج الجماعي لم ترق لهن وخاصة (خالدة) التي لم تستوعب المادة المقدمة في الجلسة نظرا لطغيان الطابع النظري دون تمارين, أما البقية فقد التزمن بالصمت. أما بالنسبة لتقنية الاسترخاء فقد تعرفت المجموعتان على معنى الاسترخاء لأنها كلمة متداولة لكنهن لا يعرفن معناها العلمي الدقيق حسب قول مريم وكان هناك تجاوب كبير من طرف المشاركات خاصة وأنهن يتعرفن عن كثب على هذه التقنية.

3- ملخص الجلسة الثالثة: بالنسبة للعلاج الجماعي كان حضور أعضاء المجموعة الأولى في الوقت وخاصة رزان التي كانت تحضر قبل الباحثة أحيانا, وكان تفاعل الأعضاء كبيرا جدا خاصة عندما أعطت الباحثة أمثلة واقعية عن الضغوط المهنية فقد تحمسن كثيرا في إسقاط الأمثلة على واقعهن المهني. أما بالنسبة للمجموعة الثانية فقد كان تفاعلها محتشما وبدا طابع الشroud على وجوه الأعضاء في البداية بالرغم من انجازهن للواجب المنزلي لكن لم يناقشنه بحماس كبير وبعد مرور ثلث الوقت بدأت المجموعة تتفاعل وتندمج مع الباحثة.

أما بالنسبة لتقنية الاسترخاء فقد كان تجاوب المجموعتين كبيرا, وتم التدرب على التنفس العميق إجرائيا وحققت المجموعتين الأهداف المرجوة منه, خاصة وأنهن لأول مرة يجربن هذه التقنية وكانت فرحتهن عالية وإحساس جميل يراود كل مشتركة حسب رأيهن, وأكدن على التدرب أكثر في البيت من خلال الواجب المنزلي.

4- ملخص الجلسة الرابعة: تغيبت مريم في هذه الجلسة تبعا للبرنامج المسطر مسبقا, أما مجريات الجلسة فقد كانت ممتازة جدا بمشاركة الفعالة, وبتعزيز من الباحثة في إظهار ما بداخلهن وعرض مشاعرهن, كما كانت مداخلتهن كثيرة وأسئلتهن متواصلة لدرجة أنهن طلبن وقتا إضافيا عند انقضاء الوقت المحدد. أما المجموعة الثانية فقد بدأت تخرج من عزلتها, من خلال التفاعل وحل الواجب المنزلي ومناقشته بجدية وعرض أفكار جديدة للنقاش, كما حاولت المشاركات تحليل أفكارهن خاصة خالدة وأحلام أما نور فكانت مشاركتها محتشمة, أما مريم فقد حضرت الجلسة مع المجموعة الثانية.

أما الاسترخاء فقد كان التدريب على الشد والارتخاء, وقد وجدت أعضاء المجموعتين صعوبة في التدريب على هذه التقنية وتطبيقها مقارنة بالسابقة, خاصة وجدان المنتمية للمجموعة الأولى التي وجدت صعوبة في تطبيق هذه التقنية, لكن عموما تحققت الأهداف الإجرائية لهذه الجلسة, وقررت المشاركات التدرب باستمرار على هذه التقنية حتى يتمكن منها جيدا.

5- ملخص الجلسة الخامسة: حضرت المشاركات من المجموعة الأولى عدا (مريم) وقد كانت هذه الجلسة من أحسن الجلسات من خلال تبادل الأفكار وعملية التفريغ الانفعالي الذي دفع

بالمشاركات إلى الكشف عن حقائق كثيرة حدثت لهن في السابق, وقد طالبن بوقت إضافي لإتمام الحديث. أما المجموعة الثانية فقد كانت هذه الجلسة بداية للجلسات المفصلة بواسطة حيث عمدت كل مشاركة بإبداء رأيها والرغبة في الحديث مطولا, وقد تميزت (خالدة) بالمشاركة الفعالة وتقديم أفكار مفيدة ساعدت الأخريات على التعبير ما بداخلهن خرجن في النهاية وهن يسألن عن الجلسة المقبلة. أما مريم فقد اندمجت معهن أيضا.

بالنسبة للاسترخاء تم التدريب في هذه الجلسة على الثقل مقابل الخفة, وكان هناك تجاوبا واندماجا من طرف المجموعتين ما عدا (وجدان) المنتمية للمجموعة الأولى التي تغيبت عن الجلسة دون عذر سابق, لكن عموما تحققت الأهداف الإجرائية للجلسة.

6- ملخص الجلسة السادسة: في هذه الجلسة حضر مع أعضاء المجموعة الأولى أربع أو خمس قابلات أردن المشاركة ليطبق عليهن البرنامج, وهذا للصدى الايجابي الذي تركته الجلسات الماضية, وأهم ما لاحظناه أن كل مشاركة أصبحت تسرد يومياتها وما حدث لها وكيف تصرفت مع الموقف وتساءل ما إذا كانت استجابتها وأفكارها صحيحة, ماعدا (صفاء) التي لم تكن كثيرة التفاعل, فقد كانت تفكر لكنها لا تعبر عما بداخلها إلا إذا استحثتها الباحثة كما أن إجاباتها قصيرة وواحدة على عدد كبير من الأسئلة المتنوعة. أما المجموعة الثانية فقد استحوذت خالدة وأحلام تلقائيا على مجريات الجلسة من خلال المشاركة الفعالة والحوار والنقاش عن التعزيز الايجابي الذي كانت تمارسه الباحثة من حين لآخر, لكن هذا لا يدل على عدم تفاعل الأخريات بل تشجعن للحديث والمشاركة الجماعية.

أما تقنية الاسترخاء فكان تدريب المجموعتين على التخيل والإيحاء وكانت المجموعة الثانية أكثر فعالية من الأولى, كما أن وجدان تغيبت أيضا في هذه الحصة, لكن عموما تحققت الأهداف المرجوة من هذه الجلسة.

7- ملخص الجلسة السابعة: كان حضور أعضاء المجموعة كاملا وقد أبدوا اهتماما كبيرا بهذه الجلسة نظرا لمحتواها, وقد أصغوا بجدية لما تقوله الباحثة وقمن بحل التمرينات والأنشطة المدرجة بعد تفكير عميق ولم يعتمدن على السطحية, فحتى صفاء حاولت التفكير والمشاركة واستثمار ما قدم لها من معلومات. كذلك الحال بالنسبة للمجموعة الثانية التي اهتمت كثيرا بمحتوى الجلسة وعملت على الاستفادة منها بأكثر قدر ممكن وعمدن على استخدام الأسئلة الكثيرة التي تطرأ على أذهانهن بعد استماعهن للباحثة لإزالة الغموض.

أما تقنية الاسترخاء فقد كانت هذه هي الجلسة الختامية, وكان حضور المشاركات كاملا وتطرقت المشاركات لجميع مراحل تقنية الاسترخاء, وكان تطبيقهن فعالا نظرا للتدريب المسبق

في المنزل, ولم يجدن صعوبة في ذلك, كما تم التطرق إلى مناقشة الجلسات السابقة, وعموما كانت الأهداف الإجرائية المسطرة محققة من طرف المشاركات.

8- ملخص الجلسة الثامنة: هي الجلسة النهائية وكانت جلسة مؤثرة حيث طلبت المشاركات من الباحثة تقديم جلسات أخرى في المستقبل وأبدت كل واحدة منهن فرحتها بالمشاركة في هذا البرنامج أسفها لانقضائه, كما عبرن بإحساسهن بانخفاض نسبة الضغط من خلال تتبع الخطوات التي تعلمنها أثناء الجلسات وشكرن الباحثة على مجهوداتها المبذولة كما قدمن بعض النقاط القيمة للاستفادة بها مستقبلا. كما انه لوحظ على صفاء بعض التغيير الايجابي خاصة من طرف زميلاتنا العاملات معها, واختتمت الجلسة بقاء آخر.

خلاصة الفصل:

بعد تطبيق الإجراءات المنهجية للبحث, والقيام بدراسة الحالات وعلاجاتها سنتطرق في الفصل الموالي إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها.

الفصل السابع

عرض وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

ثالثاً: استنتاج عام

رابعاً: آفاق ومقترحات

خاتمة

الفصل السابع: عرض وتفسير نتائج الدراسة

تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة ومناقشتها وتفسيرها وتحليلها للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من الفرضيات في ضوء إطارها النظري وبناء على الدراسات السابقة.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة

1- عرض وتحليل النتائج انطلاقاً من الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى أن للعلاج النفسي الجماعي دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

فقد قامت الباحثة بإجراء مقارنة بين المجموعتين التجريبيتين الأولى (ن=5)، الضابطة (ن=5) في القياس البعدي الأول للمقياس موضوع الدراسة، وذلك بعد تطبيق العلاج النفسي الجماعي على أفراد المجموعة التجريبية فقط، وقد تمت المقارنة باستخدام اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U test) لعينتين مستقلتين (تجريبية وضابطة) كبديل لاختبار (ت) البارامترية بسبب صغر حجم العينة.

والجدول رقم (24) يبين قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد

المجموعتين التجريبيتين الأولى والضابطة في القياس البعدي الأول للمقياس:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (U)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للبعد النفسي		0.56	///
بعد بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	0.01	**
	بعد العلاقة بالزملاء	0.09	///
	بعد العلاقة بالمرضى	0.15	///
	المستلزمات الطبية	0.15	///
الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل		0.08	*
الدرجة الكلية للمقياس		0.01	**

/// غير دالة * دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

يتبين من خلال الجدول رقم (24) وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي الأول للضغوط النفسية المهنية للدرجة الكلية للمقياس وكذلك في المجالين الفرعيين التاليين: بعد المكان والخدمات المقدمة, كذا الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل لصالح أفراد المجموعة التجريبية الأولى, الأمر الذي يعني أن الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية كانت أقل انخفاضاً وبفروق جوهرية من أفراد المجموعة الضابطة, وهذا الانخفاض يعزى للعلاج النفسي الجماعي ودوره في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية. في حين نلاحظ أن البعد النفسي للمقياس والأبعاد الفرعية الأخرى المتمثلة في: بعد العلاقة بالزملاء والعلاقة بالمرضى, والمستلزمات سجلت انخفاضاً في درجات المقياس لصالح المجموعة التجريبية, لكن هذا الانخفاض لا يشكل فروقاً جوهرية, مما يدل على عدم فعالية العلاج النفسي الجماعي في هذه الأبعاد.

لكن عموماً يبقى دوره فعالاً في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى قابلات المجموعة التجريبية الأولى.

II- عرض وتحليل النتائج انطلاقاً من الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية أن لتقنية الاسترخاء دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

فقد تم إجراء مقارنة بين المجموعتين التجريبية الثانية (ن=5), ودرجات أفراد المجموعة الضابطة (ن=5) في القياس البعدي الأول للمقياس موضوع الدراسة, وذلك بعد تطبيق تقنية الاسترخاء على أفراد المجموعة التجريبية الثانية فقط, وتمت المقارنة باستخدام اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U test).

والجدول رقم (25) يوضح قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في القياس البعدي الأول لمقياس الدراسة:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (U)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للبعد النفسي		0.44	///
بعد بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	0.20	///
	بعد العلاقة بالزملاء	1.00	///
	بعد العلاقة بالمرضى	1.00	///

///	0.20	المستلزمات الطبية	
///	0.20	الدرجة الكلية لبعدها بيئة العمل	
///	1.00	الدرجة الكلية للمقياس	

///غير دالة

يتضح من خلال الجدول رقم(25) عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبيتين الثانية والضابطة في القياس البعدي الأول لإستيبيان الضغوط النفسية المهنية في الدرجة الكلية للمقياس ولأبعاده المبينة، حيث نلاحظ أن هناك فروقا طفيفة في بعض الأبعاد لكنها ليست عالية وجوهرية للتخفيف من الضغوط النفسية المهنية، مما يؤكد أن تقنية الاسترخاء لوحدها ليس لها دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى قابلات المجموعة التجريبية الثانية.

III- عرض وتحليل النتائج انطلاقا من الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة أن للمساهمة العلاجية بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

وقد قامت الباحثة بإجراء مقارنة بين المجموعتين التجريبيتين الأولى (ن=5)، والضابطة (ن=5) في القياس البعدي الثاني للمقياس موضوع الدراسة، وذلك بعد تطبيق المساهمة العلاجية على أفراد المجموعة التجريبية الأولى فقط، وقد تمت المقارنة باستخدام اختبار مان-ويتني (Mann Whitney U test)، والجدول رقم(26) يبين قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياس البعدي الثاني:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (U)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للبعد النفسي		0.20	///
بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	0.048	*
	بعد العلاقة بالزملاء	0.20	///
	بعد العلاقة بالمرضى	1.00	///
	المستلزمات الطبية	0.048	*
الدرجة الكلية لبعدها بيئة العمل		0.008	**
الدرجة الكلية للمقياس		0.20	///

///غير دالة * دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

يتبين من خلال الجدول أعلاه وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في القياس البعدي لإستبيان الضغوط النفسية المهنية في الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل وكذا في البعدين الفرعيين: بعد المستلزمات الطبية, وبعد المكان والخدمات المقدمة لصالح المجموعة التجريبية.

كما نلاحظ أن هناك انخفاضا في قيم (U) بين المجموعتين في الأبعاد التالية: الدرجة الكلية للمقياس, والدرجة الكلية للبعد النفسي, وأيضا بعد العلاقة بالزملاء, مما يؤكد وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة, لكن هذه الفروق رغم انخفاضها لم تحدث الفارق بين المجموعتين.

أما فيما يخص بعد العلاقة مع المرضى الفرعي فلم يسجل فروقا, وبقيت الدرجة مرتفعة رغم إخضاع المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي.

لكن وبصورة عامة نلاحظ أن هناك فروقا بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية الأولى في القياس البعدي الثاني مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي مع هؤلاء الأفراد في خفض الضغوط النفسية المهنية.

وللتأكد من ذلك تم حساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة والجدول

رقم(27) يوضح ذلك:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للبعد النفسي		-0.447	///
بعد بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	-0.447	///
	بعد العلاقة بالزملاء	-0.342	///
	بعد العلاقة بالمرضى	-1.633	///
	المستلزمات الطبية	-0.816	///
الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل		-0.386	///
الدرجة الكلية للمقياس		-0.365	///

///غير دالة

يتضح من الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي لإستبيان الضغوط النفسية المهنية للدرجة الكلية للمقياس ولأبعاده المبينة للمجموعة الضابطة, مما يؤكد

على وجود ضغوط نفسية لهذه الفئة العاملة, وأن إخضاع العينة التجريبية للبرنامج العلاجي واثبات فعاليته يؤكد ذلك.

IV- عرض وتحليل النتائج انطلاقاً من الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة أن للمساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات. حيث تم إجراء مقارنة بين المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في القياس البعدي الثاني للمقياس, باستخدام اختبار مان-ويتني.

والجدول رقم (28) يبين قيم اختبار مان-ويتني (U) للفروق بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في القياس البعدي الثاني للاستبيان:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (U)	مستوى الدلالة
	الدرجة الكلية للبعد النفسي	0.20	///
بعد بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	0.20	///
	بعد العلاقة بالزملاء	0.20	///
	بعد العلاقة بالمرضى	0.52	///
	المستلزمات الطبية	0.52	///
	الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل	0.008	**
	الدرجة الكلية للمقياس	0.20	///

/// غير دالة ** دالة عند 0.01

يتبين لنا من خلال النتائج المدونة في الجدول رقم (28) وفي متوسط الرتب أن هناك انخفاضاً طفيفاً في أغلب درجات أبعاد الإستبيان في القياس البعدي الثاني, لكن هذا الانخفاض لم يكن جوهرياً ليحدث الفارق بين درجات المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة, ما عدا بعد بيئة العمل الذي نلاحظ أنه سجل فارقاً جوهرياً بين درجات المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

وعلى العموم وانطلاقاً من قيمة "U" نلاحظ أنه لا توجد فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في القياس البعدي الثاني لإستبيان الضغوط النفسية المهنية في الدرجة الكلية للمقياس و أبعاده المبينة ما عدا بعد بيئة العمل, مما يؤكد عدم فعالية المساهمة العلاجية

المستخدمة بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى المجموعة الثانية من القابلات.

IV- عرض وتحليل النتائج انطلاقا الفرضية الخامسة:

هناك احتفاظ لأثر المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

حيث قامت الباحثة بإجراء مقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ن=5), في كل من القياسين البعدي الثاني والتتبعي (بعد شهر من تاريخ التطبيق الأول) للمقياس موضوع الدراسة, وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoscon Singned ranks (test

والجدول رقم(29) يبين قيم اختبار ويلكوكسن (W) للفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياسين البعدي الثاني والتتبعي للاستبيان:

الأبعاد	الأبعاد الفرعية	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للبعد النفسي		-1.08	///
بعد بيئة العمل	بعد المكان والخدمات المقدمة	-1.13	///
	بعد العلاقة بالزملاء	-0.44	///
	بعد العلاقة بالمرضى	-1.34	///
	المستلزمات الطبية	-1.41	///
الدرجة الكلية لبعده بيئة العمل		-1.41	///
الدرجة الكلية للمقياس		-0.00	///

///غير دالة

ولم تقم الباحثة بإجراء مقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (ن=5), في كل من القياسين البعدي الثاني والتتبعي لأن هذه المساهمة لم تثبت فعاليتها.

انطلاقاً من معطيات الجدول رقم(29) ومن متوسط الرتب, يتبين عدم وجود فروق جوهرية بين القياسين البعدي الثاني والتتبعي لاستبيان الضغوط النفسية المهنية بمجالاتها المبينة ودرجتها الكلية, مما يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي المستخدم مع هؤلاء الأفراد في التخفيف من حدة الضغوط النفسية بقيت مستمرة ولم تنته حتى بعد فترة الشهر من انقضاء البرنامج.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها:

1- مناقشة وتفسير الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن للعلاج النفسي الجماعي دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, حيث كشفت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول رقم (24) عن تحقق هذه الفرضية من خلال قيمة "U" التي بلغت (0.01) وهي دالة إحصائياً بمعنى وجود فروق جوهرية في درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بعد استخدام العلاج النفسي الجماعي وهذا ما يفسر أن هذا الأخير له دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, حيث ترى الباحثة أن ذلك راجع إلى أن هذه التقنية وفرت لأفراد المجموعة فرصة التعبير الحر والتفريغ الانفعالي عن المشاعر والأفكار والمشكلات وكانت كمتنافس للتحدث عن مشاكل المستشفى خاصة المتعلقة منها ببيئة العمل حسب رأي أغلب القابلات, فمن خلال المقابلات التي أجريت معهن استخلصت الباحثة أن أغلب المشاكل والضغوطات راجعة إلى ضغوط العمل بيئته منها: رداءة المكان والخدمات المستخدمة كسوء النظافة الاستشفائية, وارتفاع عدد الولادات الذي يفوق إستيعاب المؤسسة حيث أجمعن أنه بعد دمج المؤسستين Gyneco et Maternité ارتفعت نسبة الوافدات لاسيما وأنها المؤسسة الوحيدة في عاصمة الولاية, وهذا ما زاد من نسبة الضغط خاصة وان مهام القابلة متعددة: كتنظيم عمليات إدخال المريضات, مواجهة تغيرات غير متوقعة وطوارئ مستعجلة, المواجهة اليومية للحالات الخطرة, العيش في مواقف مؤلمة كالموت التشوهات الخلقية.....

بالإضافة إلى خوف القابلة من الإصابة بأمراض معدية, خصوصاً وان بعض الحوامل لا يقمن بالمتابعة الدورية للحمل, كما أن وسائل الوقاية غير متوفرة, وتفكير القابلة الدائم بالإصابة بالأمراض أو أي حوادث مهنية يجعلها في ضغط نفسي دائم, خاصة وأنها محرومة من أبسط حقوقها وهو توفير مكان مخصص لها لقضاء حاجاتها البيولوجية, وهذا ما يشعرها بالتهميش واللامبالاة حسب قولهن.

كما توصلت نتائج الدراسة إلى أن درجات الضغط المرتبطة بالعلاقة مع المرضى بقيت مرتفعة ولم تسجل فروقا جوهرية, وهذا يعود إلى أن علاقة القابلة بالمرأة الحامل تعد أساسية في مهنتها, واتجاه هذه العلاقة سلبيا يؤثر عليها, وعلى عملها مما يحملها أعباء خارجة عن مهنتها ويعرضها للضغط النفسي.

كما أن تدخل المرافقين في عمل القابلة, وكثرة الزوار مع عدم التقيد بمواعيد الزيارة وشمم واعتداء المرافقين على القابلة يزيد من شعورها بالضغط النفسي.

وتوصلت نتائج الدراسة أن درجات الضغط المرتبطة بالعلاقات مع الزملاء سجلت فروقا لكنها ليست فروقا جوهرية, لأن طبيعة هذه المهنة تركز بالدرجة الأولى على نوعية العلاقات مع جماعة العمل, لذلك فالقابلية عند انتقالها من فريقها إلى فريق آخر تحس بعدم الانسجام مع الفريق الجديد, وهذا ما أكدته القابلات في حوارهن, كما أن تقصير بعض الأطباء في القسم وعدم تحملهم المسؤولية يثقل كاهل القابلة ويزيد من ضغطها, بالإضافة إلى توتر العلاقة مع المسؤول, حيث صرحن من خلال خطابهن في المقابلات بأنهن يفتقرن كثيرا للدعم من طرف المسؤولين, فهم لا يكثرثون لحالتهم المهنية أو الذاتية, وإذا وقع مشكل أو خطأ يتم إسناده مباشرة للقابلة, فتعاقب عن طريق المتابعات القضائية مما يزيد من درجة ضغطها.

كما بينت نتائج الدراسة أن وجود النقص أو العجز في المستلزمات الطبية والعتاد المادي والبشري خاصة في المؤسسات الاستشفائية بالجنوب الجزائري يوتر القابلة ويشعرها بالضغط لذلك أشارت نتائج الدراسة أن درجات الضغط النفسي مرتفعة لارتباطها بعوامل بيئة العمل التي تعمل فيها القابلة, لأن هذه الأخيرة تتعرض لإرهاق بدني ونفسي نظرا لما تعرفه هذه المهنة من مشاكل وتوتر يؤثر سلبا على الجانب النفسي لها فتصبح لديها رغبة بعدم القوم للعمل لكي لا تتعرض للمشاكل الروتينية, كما ينتابها القلق دون مبرر أو عند تأخر إنجاز العمل, كما أن عدم معرفتها لحقوقها وواجباتها يجعلها تحس بالإحباط وغموض دورها المهني مما يزيد من ضغطها النفسي, بالإضافة إلى عدم توفر مرافق أو أماكن للاستراحة والترفيه, مع عدم وجود جهة مختصة تسمع لمشاكلهن وتحاول إيجاد حلول ولو بسيطة للتخفيف من ذلك, وهي نتيجة تدعم هدف البحث في ضرورة الالتحاق ببرامج تساعد على التخفيف من هذه الضغوط, وتقريبا كانت الباحثة أول شخص قدمت لهن هذه المساهمة من أجل الإفصاح عما يجول بداخلهن والتعبير بحرية عن مكنوناتهن حيث كن يعبرن بكل جوارحن عن مشاكلهن وهمومهن, وهذا ما أدى إلى خفض مستوى الضغط لديهن, وانخفاض بعض درجات المقياس وليس كلها بعد تطبيق العلاج النفسي الجماعي يدل على أنه لوحده لا يكفي, لأن هناك بعض الأبعاد لم تسجل فروقا جوهرية ولم تنخفض درجات الضغط فيها مما يؤكد ضرورة الاستعانة بتقنية أخرى تساعد على خفض كل درجات المقياس المبنى للتخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى هاته الفئة المستهدفة.

وبذلك اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من: (عبد الجواد 1994) و(سلامة, 1995)

اللتان أثبتتا فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض الضغوط لدى عينة من المعلمين, ودراسة (لاينهون وآخرون, 1988) التي أثبتت فعالية استخدام العلاج الجماعي باستعمال أسلوب المناقشة والحوار على عينة من المكتئبين.

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (الوابلي,2003) والتي أسفرت نتائجها على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي من تطبيق البرنامج بمعنى عدم فعالية العلاج النفسي الجماعي في تخفيض درجة القلق لدى مدمني المخدرات.

II- مناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية أن لتقنية الاسترخاء دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, حيث كشفت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول رقم(25) عن عدم تحقق هذه الفرضية انطلاقاً من قيمة "U" المقدرة ب (1.00) وهي قيمة غير دالة إحصائياً على الرغم من وجود فروق بين درجات أفراد المجموعتين بعد استخدام تقنية الاسترخاء لكنها ليست فروقاً جوهرية, وهذا ما يفسر عدم تأدية هذه التقنية دورها في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية وذلك راجع إلى أن تقنية الاسترخاء استخدمت كتقنية جديدة لم تكن تعرفها المجموعة التجريبية فتم استخدامها كمتنفس انفعالي تحاول القابلة من خلاله خفض التوتر والضغط النفسي المهني الذي تعيشه, وبما أن التقنية جديدة والمجموعة تنقصها الخبرة والاستمرارية في تأدية هذه التقنية خاصة أثناء تأدية عملها والتعرض للضغوط على إثره, جعل هذه الفروق طفيفة وغير جوهرية, مما يدل على عدم تأدية هذه التقنية دورها لوحدها في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية التي تعيشها القابلة.

واستخلصت الباحثة بأن المشاكل المذكورة سابقاً بقيت كما هي ولم تحل, حتى تتمكن هذه التقنية من تخفيف الضغط الذي تعانيه المجموعة, وهذا ما أكدته اغلب القابلات في حوارهن أثناء المقابلة.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (كريستين لوسكونف) والتي أسفرت نتائجها بأن تقنية السفرولوجي ليس لها اثر مباشر على بعض المتغيرات الفيزيولوجية.

واختلفت نتائجها مع نتائج دراسة كل من (جيمس ويست, 1984) والتي أشارت نتائجها إلى فعالية أسلوب الاسترخاء في انخفاض الضغط النفسي لدى الممرضات.

وكذا دراسة (إكيوان مراد, 2002) التي أثبتت فعالية تقنية الاسترخاء في تسيير التوتر المرتبط بالمنافسة الرياضية لدى اللاعبين الجزائريين, ودراسة (بن عكي أميرة, 2009) التي طبقت على اللاعبين الجزائريين للكراتيه, وأثبتت أن لأسلوب الاسترخاء انعكاسات ايجابية على اللاعبين.

III- مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة أن للمساهمة العلاجية بالعلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, حيث كشفت

نتائج التحليل الإحصائي في الجدول رقم (26) عن تحقق هذه الفرضية انطلاقاً من قيم (U) المدرجة وهي قيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) و(0.05) وهذا ما يثبت فعالية المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات، ودمج التقنيتين- العلاج النفسي الجماعي ثم تقنية الاسترخاء مع بعضهما البعض اثبت نجاعته بأن هذا البرنامج يحتوي في طياته العديد من الأساليب والأنشطة المواقف المشابهة والمستوحاة من واقع القابلات كتوفير فرصة التعبير الحر عن المشاعر والأفكار والمشكلات, عن طريق التنفيس الانفعالي من أجل إخراج الطاقة المشحونة بالسلبية من القابلة, وكذا توفير جو ملائم مليء بالحب والتحاور والنقاش حتى يساعدها في التغلب على ما تعانيه من ضغوط نفسية.

كما أن لعب الدور والبطاقات المستخدمة في الجلسات العلاجية ساعدت في تعديل السلوكات الخاطئة التي كانت تنتهجها القابلة، وبالتالي جعلها تستبصر بذاتها وبمشاكلها في ظل الجماعة لأن تقنية الاسترخاء أيضاً عملت على ذلك عن طريق تحويل تلك الطاقات السلبية إلى شحنات إيجابية تساعدها على التكيف والتأقلم مع الموقف الضاغط, كما أن عمليات التنفس العميق مكنت القابلة من تخفيف ضغوطها إزاء هذا التوتر, خاصة أثناء عملية التخيل لإعادة التوازن النفسي لها والتخفيف من الضغوط النفسية المهنية رغم عدم تغير بعض الظروف المحيطة بالقابلة التي تثير لها الضغوط, لكن ذلك لم يمنع من فعالية هذا البرنامج المقترح, حيث تمكنت المجموعة التجريبية الأولى من تطوير قدراتها على تقويم الأحداث الضاغطة بطريقة أكثر واقعية, مما خفف من حدة التوتر الناتج عن العلاقات داخل العمل عندما تتصف بالحساسية, فتصبح مصدراً هاماً من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي, فقد ذكرت أحد المتدربات بتحسّن حالتها النفسية وهذا ما لاحظته الآخرون وذكرت أخرى أنها تحاول استرجاع ما تدربت عليه أثناء الموقف الضاغط للتصرف بحكمة دون انفعال, وصرحت إحداهن كذلك أن أولادها لاحظوا التغير الإيجابي في سلوكها خاصة طريقة التعامل معهم في تقييم الأمور وإعطاء الحجم الحقيقي للحدث, وذكرت أخرى أنها أصبحت تحس بالراحة بعد ممارسة الاسترخاء وأصبحت هادئة.

فلقد كان للبرنامج الأثر ايجابي في تعلم عدة مهارات, كما كان فرصة لمناقشة المشكلات المتشابهة فضلاً عن الخبرات والمعلومات المقدمة.

بينما لم يظهر أثر البرنامج بالنسبة للمكونات الفرعية للمقياس المتمثل في: بعد العلاقة بالمرضى وبالزملاء, بالإضافة إلى الضغوط النفسية حيث أن قيمة (U) لم تكن دالة إحصائياً بين المجموعتين وانخفاضها نوعاً ما مع عدم وجود دلالة إحصائية تعتبر مؤشراً في أن البرنامج

خفض من شدتها، ولا يمكن له أن يلغيها تماما، وذلك لأن القابلة دائمة التعرض للضغط ما دامت في محيط العمل، وهذا ما لمسناه من إبحاح المتدربات على جلسات إضافية للبرنامج.

وبذلك اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (جيمس ويست، 1984) بتطبيق برنامج ضد الضغوط على الممرضات وأثبتت فعالية، ودراسة (ميرث، 1996) و(مور، 1999)، ودراسة (غربي صيرينة 2012) بمدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية و(دراسة سلامة، 1995).

IV- مناقشة و تفسير الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة أن للمساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج الجماعي دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات، حيث كشفت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول رقم (28) عن عدم تحقق هذه الفرضية انطلاقا من قيم (U) وهي قيم غير دالة إحصائيا وهذا ما ينفي فعالية هذه المساهمة العلاجية في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات، رغم استخدام برنامج متكامل في التخفيف من الضغوط النفسية إلا أن استخدام أسلوب الاسترخاء أولا ثم العلاج الجماعي عن طريق المناقشة، جعل المجموعة تقوم بعملية التفريغ الانفعالي والتعبير عن المشاعر والخبرات وأثارها السلبية ومقارنتها بأرض الواقع خاصة المتعلقة ببيئة العمل وظروفه كالخدمات المقدمة الرديئة، والمكان غير المناسب الذي تعمل فيه القابلة، كلها عوامل لم تتغير رغم خضوعها للبرنامج، بالإضافة إلى سوء النظافة الاستشفائية، وكثرة الولادات وعبء العمل على القابلة نظر لصغر حجم المؤسسة، كذلك المسؤول بقي على حاله ولم يقم بأي خطوة إيجابية تساعد القابلة لتخطي هذه المشاكل أو الضغوط، فغياب دوره أو عدم تغييره ترك المشاكل على حالها، والضغوط تتزايد، كما أن المستلزمات الطبية لم تتغير وبقيت كما هي فكل شيء بقي على حاله، رغم تلقيها برنامجا علاجيا مكثفا فلمسنا انخفاضا طفيفا في درجات الضغوط النفسية لكنها ليست جوهرية ومعتبرة للقول أن القابلة استطاعت اجتياز المشاكل والضغوطات، وقامت المساهمة بتخفيف هذه الضغوط النفسية المهنية لكن بقاء الأمور على حالها جعل المساهمة العلاجية المطبقة على العينة التجريبية الثانية فعاليتها غير معتبرة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لديهن، كما أن صغر حجم العينة المطبق عليها البرنامج العلاجي يجعل النتائج المتحصل عليها قليلة المصدقية والصرامة لأن العدد قليل فكلما ازداد حجم العينة كلما ازداد عدد الاستبيان وبالتالي تعطينا قيمة أدق وأصدق من القيمة الحالية.

وقد اختلفت نتائج هذه الدراسة مع عدة دراسات منها: نتائج دراسة (جيمس ويست، 1984)

(جونسون، 1999)، (ميرت، 1996)، (مور، 1999) الذين أثبتوا فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية.

V- مناقشة و تفسير الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة أن هناك احتفاظ لأثر المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

حيث كشفت نتائج التحليل الإحصائي في الجدول رقم(29) عن تحقق هذه الفرضية انطلاقاً من قيمة (Z) المقدرة بـ (0.00) وهي قيمة غير دالة إحصائياً وهذا ما يؤكد استمرارية تأثير وفعالية البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, وهي نتائج منطقية فما تعانيه القابلة من ضغوط لا يزول تماماً وإنما يحتاج إلى الممارسة والاستمرارية لتصبح جزءاً من استجاباتنا التلقائية تجاه المواقف الضاغطة حيث استمرت أفراد العينة بعد الانتهاء من جلسات البرنامج في مزاولة النشاطات التي كن يقمن بها أثناء جلسات البرنامج واستغلال ما تم اكتسابه وتعلمه كوسيلة نافعة وهادفة وممتعة بدلاً من التخبط والصراع في الضغوط النفسية التي يغلب عليها طابع تأنيب الضمير ولوم الذات السلبي, فكان لهذا البرنامج الأثر الكبير في تنمية النواحي المزاجية والانفعالية لدى القابلات من خلال تكوين اتجاهات ومفاهيم وسلوكيات ايجابية لديهم, كل ذلك ساعد في استمرار أثر البرنامج العلاجي, وبذلك اتفقت هذه النتيجة مع بعض الدراسات مثل: دراسة (عبد الجواد, 1994), ودراسة (بحداحة, 1998) ودراسة (غربي صبرينة, 2010) في فاعلية برامج إدارة الضغوط المهنية في القياس المؤجل.

ثالثاً: استنتاج عام

بعد استخدام الباحثة أدوات الدراسة وإجراء المعالجات الكمية والكيفية, وبعد عرض

الفرضيات ومناقشتها توصلت الدراسة الحالية إلى نتائج تمت مناقشتها في ضوء الإطار النظري

وانطلاقاً من الدراسات السابقة نلخص أهم النتائج في النقاط التالي:

- العلاج النفسي الجماعي له دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية.
- تقنية الاسترخاء ليس لها دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية.
- المساهمة العلاجية المستخدمة بالعلاج النفسي الجماعي ثم تقنية الاسترخاء لها دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- المساهمة العلاجية المستخدمة بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج النفسي الجماعي ليس لها دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- هناك احتفاظ لأثر المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

وبالتالي نستخلص أن المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقاً من العلاج النفسي

الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء أكثر فعالية من المساهمة العلاجية بتقنية

الاسترخاء ثم العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) في التخفيف من الضغوط النفسية

المهنية لدى القابلات.

رابعاً : آفاق ومقترحات

نتيجة لما أسفرت عنه نتائج الدراسة يمكننا القول مايلي:

- ضرورة تغيير بيئة العمل المحيطة بالقابلة.
- ضرورة وجود متابعة بين المسؤولين والقابلات للاستماع لآرائهن ومشاكلهن واقتراحاتهن.
- وضع حوافز لمن تعمل بكل جد ونشاط وإخلاص.
- توفير أماكن ترفيهية من أجل مساعدة القابلة على التخفيف من الضغوط النفسية.
- ضرورة وجود برامج متابعة من الأخصائيين النفسيين من أجل التخفيف من التوتر الناشئ من بيئة العمل.
- استثمار البرنامج المقترح الذي أثبتت فعاليته في تقديم الدعم الوقائي وإمكانية تطويره و تحسينه والاستفادة منه في مجال إدارة ضغوط العمل .
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات الميدانية عن الضغوط النفسية لدى القابلات.

خاتمة:

يهدف البحث الحالي إلى معرفة دور العلاج النفسي الجماعي وتقنية الاسترخاء في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات, وذلك باعتبارها شريحة تعمل في ظروف مرهقة ومضنية، مليئة بالمشاكل والمسؤولية، فكلها تعتبر مصادر للضغط النفسي الذي تواجهه يوميا. ولتحقيق أهداف هذا البحث وللإجابة على تساؤلاته وتحقيق فرضياته, تمّ تطبيق مقياس الضغوط النفسية المبني من طرف الباحثة على العينة الأساسية والمتكونة من (32 قابلة) تعمل بمصلحة دار الولادة بمدينة الوادي, وبعد حساب خصائصه السيكومترية تم اختيار عينة البحث وقوامها (15 قابلة) قسمت بدورها إلى مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة قوام كل واحدة (05 أفراد), ثم طبق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية فقط, لمعرفة أثر هذا البرنامج في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية. وتمت معالجة البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS (المراجعة رقم 20).

وبعد معالجة البيانات إحصائيا (كميا) وكيفيا عن طريق المقابلات وتحليل محتواها ومناقشتها تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

- العلاج النفسي الجماعي له دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية.
- تقنية الاسترخاء ليس لها دور في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية.
- المساهمة العلاجية المستخدمة بالعلاج النفسي الجماعي ثم تقنية الاسترخاء دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- المساهمة العلاجية المستخدمة بتقنية الاسترخاء ثم بالعلاج النفسي الجماعي ليس لها دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.
- هناك احتفاظ لأثر المساهمة العلاجية المستخدمة في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا أن هناك فرضيتين من فرضيات البحث لم تحقق, في حين هناك ثلاث فرضيات قد تحققت.

وأخيرا نستخلص أن المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقا من العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) ثم تقنية الاسترخاء أكثر فعالية من المساهمة العلاجية بتقنية الاسترخاء ثم العلاج النفسي الجماعي (أسلوب المناقشة) في التخفيف من الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات.

قائمة المراجع

المصادر:

- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
 - القانون الأساسي للقبالات: رقم 109-91 الصادر في 27 أفريل 1991.
 - منظمة الصحة العالمية, 2014.
 - الاتحاد العالمي للقبالات, 2014.
 - الاتحاد الوطني للقبالات 2013.
- المراجع باللغة العربية:
- 1- أبو زيد مدحت عبد الحميد، (2002). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية الأسس الديناميات والتطبيق والمشكلات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
 - 2- أبو عوض سليم،(2007). التوافق النفسي للمسنين، دار أسامة للنشر والتوزيع الأردن.
 - 3- بيرني كوروين، رودل بيتر، بالمر ستيفن، (ت): محمود عيد مصطفى (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر، إيتراك للطباعة والنشر، القاهرة.
 - 4- جابر عبد الحميد، أحمد خيرى كاظم، (1996). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار النهضة العربية، القاهرة.
 - 5- جمعة سيد يوسف،(2004). إدارة ضغوط العمل "نموذج للتدريب والممارسة"، أتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
 - 6- جورج براون، ترجمة محمد بغدادى،(1998). التدريس المصغر لتعليم مهارات التدريس دار الفكر العربي، القاهرة.
 - 7- جيرمي سترانكس، ترجمة: بهاء شاهين،(2003). الصحة والسلامة في العمل، مجموعة النيل العربية، القاهرة.
 - 8- جي والاس مارك، أندرودي سيزلاقي، (ت): أبو القاسم أحمد، (1994). السلوك والأداء التنظيمي، الإدارة العامة للبحوث، السعودية.
 - 9- حسن باهي مصطفى،(2002). علم النفس الفيزيولوجي: نظريات، تحليلات تطبيقات مكتبة أنجلو المصرية، مصر.
 - 10- حسين طه عبد العظيم ، حسين سلامة عبد العظيم ، (2006). إستراتيجية إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان الأردن.
 - 11- حسن راوية،(2002). السلوك التنظيمي المعاصر، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر.

- 12- خير الزراد محمد فيصل، (1988). علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار المعلمة للملايين، بيروت
- 13- دويدار عبد الفتاح، (1995). أسس علم النفس التجريبي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 14- راتب أسامة كامل، (2004). النشاط البدني والاسترخاء، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 15- رشاد عبد العزيز موسى، محمد يوسف محمد محمود، (2000). العلاج الديني للأمراض النفسية واثر الدعاء كأسلوب إرشادي نفسي في تخفيف بعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من طالبات الجامعة المنتزعات وغير المنتزعات، دار الفاروق الحديثة للطباعة والنشر القاهرة .
- 16- زهران حامد، (1994). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب القاهرة.
- 17- زهران حامد، (2000). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب، القاهرة.
- 18- زهران حامد، (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتب، القاهرة.
- 19- زهران حامد، (1977). علم النفس الاجتماعي، علم الكتب، القاهرة.
- 20- سامي محمود علي، (1962). دراسة في الجماعات العلاجية، دار المعارف، القاهرة.
- 21- سري إجلال محمد، (2000). علم النفس العلاجي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.
- 22- سعفان محمد احمد إبراهيم، (2006). الإرشاد النفسي الجماعي، دار الكتاب الحديث القاهرة.
- 23- شاذلي عبد الحميد محمد، (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2 الإسكندرية.
- 24- شحاتة ربيع محمد، (2010). علم النفس الصناعي والمهني، دار المسيرة للتوزيع، عمان
- 25- شفيق رضوان، (2002). السلوكية والإدارة، ط2، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع بيروت، لبنان.
- 26- شقير محمود زينب، (1998). الشخصية السوية والمضطربة، ط3، مكتب النهضة المصرية للنشر والتوزيع، مصر.
- 27- شمعون محمد العربي، (1999). التدريب العقلي في المجال الرياضي، دار الفكر، القا -
- 28- صابر فاطمة عوض وحاجة، ميرفت علي، (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، الإسكندرية.
- 29- صبري احمد محمد، (1982). مقدمة في الجماعات العلاجية، الجمعية العلمية للتدريب الجماعي، القاهرة.

- 30- عادل عبد الله محمد، (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشاد القاهرة.
- 31- عباس فيصل، (1983). الشخصية في ضوء التحليل النفسي، دار المسيرة، مصر.
- 32- عبد الستار إبراهيم، (1983). العلاج النفسي الحديث "قوة للإنسان"، ط2، دار الفرابي القاهرة.
- 33- عبد الستار إبراهيم، (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، دار الفجر للنشر والتوزيع القاهرة.
- 34- عبد الفتاح كميليا، (1998). سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال، دار الطباعة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 35- عبد المعطي حسن مصطفى، (2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 36- عبد المعطي حسن مصطفى، (1989). علم النفس الإكلينيكي، دار قبالة للطبع والنشر القاهرة
- 37- عبد المنعم أمال محمود، (2006). الإرشاد النفسي والأسري، مواجهة الضغوط النفسية لدى اسر المتخلفين عقليا، مكتبة زهراء الشرق، مصر.
- 38- عطية السيد ، سلمى جمعة، (2001). العمل مع الجماعات الدراسية والعمليات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 39- عسكر علي، (2000). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط2، دار الكتاب الحديث الكويت.
- 40- عسكر علي، (2003). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط3، دار الكتاب الحديث الكويت.
- 41- عكاشة أحمد، (1999). الطب النفسي المعاصر، ط2، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 42- علاوي محمد حسن، (2002). علم نفس التدريب والمنافسة الرياضية، دار الفكر العربي القاهرة.
- 43- علي كمال، (1994). العلاج النفسي حديثا وقديما، المؤسسة العربية للنشر والتوزيع الأردن.
- 44- عيسوي عبد الرحمان، (1984). العلاج النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.
- 45- عيسوي عبد الرحمان، (1997). العلاج النفسي، ط2، دار راتب الجامعية، لبنان.

- 46- عيسوي عبد الرحمان، (1997). علم النفس الحديث، سيكولوجية الجسم والنفس، دار راتب الجامعية، لبنان.
- 47- فاروق السيد عثمان، (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة مصر.
- 48- فطيم لطفي، (1994). العلاج النفسي الجماعي، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 49- فهمي محمد، (1998). التحليل في طريقة العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية.
- 50- فونتانا ديفد، (ت): حمدي الفرمامي رضا أبو السريع، (1993). الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 51- فيولا منصور، الببلاوي طلعت، (1989). قائمة الضغوط النفسية للمعلمين، مكتبة أنجلو القاهرة، مصر.
- 52- كشرود عمار الطيب، (1995). علم النفس الصناعي والتنظيمي الحديث مفاهيم ونظريات دار الكتاب الوطنية، بنغازي، ليبيا.
- 53- الببلاوي إيهاب، أشرف محمد عبد الحميد، (2002). الإرشاد النفسي المدرسي، دار الكتاب الحديث، القاهرة
- 54- الحجار محمد حمدي، (1990). فن العلاج في الطب النفسي السلوكي، دار العلم للملايين بيروت
- 55- الخواجة عبد الفتاح، (2010). مقدمة في برامج الإرشاد والعلاج الجماعي، بناء البرامج الإرشادية، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان.
- 56- الخولي وليم، (1976). الموسوعة المختصرة في علم النفس الطب القلبي، دار المعارف القاهرة.
- 57- الرشيد هارون توفيق، (1999). الضغوط النفسية طبيعتها نظرياتها، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
- 58- السرطاوي زيدان، الشخص عبد العزيز، (1998). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعوقين، كتيب الأسئلة، الإمارات العربية، دار الكتاب الجامعي.
- 59- الطريري عبد الرحمان، (1994). الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.

- 60- الطواب سيد محمود،(2008). الصحة النفسية والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب الإسكندرية.
- 61- العزة سعيد حسني،(2010). الإرشاد النفسي، أساليبه وفنياته، ط3، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- 62- العساف صالح بن حمد، (1995). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان للطباعة والنشر، الرياض.
- 63- العميان محمود سليمان، (2004). السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، ط2، دار - وائل للنشر، عمان.
- 64- العناني حنان عبد الحميد، (2000). الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
- 65-الغريير احمد نايل ، احمد عبد اللطيف أبو سعد، (2009). التعامل مع الضغوط النفسية دار الشروق للنشر والتوزيع الأردن.
- 66- الفرخ كاملة، عبد الجابر تيم، (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 67- الفرماوي علي حمزة، رضا عبد الله، (2009). الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 68- النابلسي محمد احمد، (1991). مبادئ السيكوماتية وتصنيفها، مؤسسة الرسالة دار الهدى سورية.
- 69- ماهر عمر،(1992). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
- 70- محمد علي محمد،(1986). علم الاجتماع التنظيمي، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية.
- 71- محي مسعد محمد، (2000). كيفية كتابة الأبحاث والإعداد للمحاضرات، ط2، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية.
- 72- مروان عبد المجيد إبراهيم، (2002). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية الوراق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 73- مليكة لويس كامل،(1970). سيكولوجية الجماعات والقيادة، ط3، مكتبة النهضة المصرية القاهرة.
- 74- ميخائيل إبراهيم اسعد، (1991). المرشد في العلاج النفسي، دار الأفاق الجديدة، بيروت

- 75- نصار كريستين, (1998). اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي, شركة المطبوعات للتوزيع والنشر, بيروت.
- 76- يخلف عمار, (2001). علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة.
- الرسائل الجامعية:
- 77- احمد أبو حبيب نبيلة، (2010). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظة غزة، رسالة ماجستير، غزة.
- 78- بن عكي أميرة، (2009). انعكاسات أساليب الاسترخاء والتصور الذهني على الأداء الرياضي لدى رياضي الكاراتيه دو، رسالة ماجستير، التربية البدنية والرياضية، الجزائر.
- 79- بن عياش حورية، (1995). صراع الأدوار لدى المرأة العاملة الجزائرية في بعض متغيرات الشخصية، رسالة ماجستير، قسنطينة، الجزائر.
- 80- بودلة عليمة دوخ، (2012). المعاش النفسي لقابلات المستشفى العمومي، دراسة الاستراتيجية الدفاعية الجماعية لجماعة العمل تحت منظور بديناميكية العمل، رسالة ماجستير، علم النفس الصدمي، غير منشورة، الجزائر.
- 81- صادق عبدو حسن، (2011). الضغوط النفسية وعلاقتها بالذكاء الوجداني لدى طلبة الجامعة في اليمن والجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.
- 82- عازم سهلية، (2009). مصادر الضغط المهني لدى ممرضات مصلحة الاستعجالات رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
- 83- علوني نعيمة، (2010). مصادر ضغوط العمل عند الممرضين، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة وهران الجزائر.
- 84- غربي صبرينة، (2012). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية أساليب التعامل الايجابية مع الضغوط المهنية لدى الممرضين، رسالة دكتوراه، الجزائر.
- 85- الحسين أسماء عبد العزيز، (1997). فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، الرياض.
- 86- الشريف مرشدي، (2007). مصادر الضغط المهني واستراتيجيات التعامل لدى الجراحين رسالة ماجستير غير منشورة، علم النفس العمل والتنظيم، الجزائر.

- 87- العنزي عياش، (2004). علاقة الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الشخصية لدى العاملين في المرور بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، الرياض.
- 88- الوائلي محسن، (1998). مستويات ضغط العمل بين الممرضين القانونيين، رسالة ماجستير، الأردن.
- 89- محمد فرج الله مسلم أبو الحصين، (2010). الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي وعلاقتها بكفاءة الذات، رسالة ماجستير، غزة.
- 90- مختار علي ممدوح، (2001). العلاج السلوكي كألية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء متغيرات الشخصية، رسالة دكتوراه، علم النفس، القاهرة.
- 91- مرغني وفاء، (2009). دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب عند المعاقين حركيا والمصابين بتقرحات جلدية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
- 92- نحوي عائشة، (2010). العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية، رسالة دكتوراه، علم النفس العيادي، جامعة منتوري، قسنطينة.
- المجلات والدوريات:
- 93- جودت سعادة وآخرون، (2003). ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون والممرضات خلال انتفاضة الأقصى في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية، دراسات العلوم التربوية المجلد30، العدد01.
- 94- حدادح باسم، حداد عفاف (1998). فاعلية برنامج إرشادي جمعي في التدريب على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر النفسي، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر العدد13، السنة السابعة.
- 95- عبد السلام علي، (1997). الحياة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات والمتزوجات، دراسة نفسية، المجلد السابع، جامعة مصر.
- 96- عسكر علي، عبد الله احمد، (1988). مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن- مجلة العلوم الاجتماعية- المجلد16، العدد4.
- 97- فايد علي حسين، (1998). الدور الدينامي للمساعدة النفسية في العلاقة بين ضغوط الحياة والأعراض الاكتئابية، مجلة دراسات نفسية، العدد8.
- 98- العميري عبد الله، (1992). مجلة: محددات الولاء التنظيمي والقطاع الصحي الحكومي مركز البحث، جامعة الملك سعود، الرياض، العدد 76.

99- الموسوي حسن، (1998). **الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية**
المجلة التربوية، جامعة الكويت العدد 47، المجلد 2.
المراجع بالأجنبية:

- 100- Bousingen R.D, (1980). **La relaxation**, édition Minuit, paris.
- 101- Daniel.J et ces Collaborateurs, **psychiatrie**, puf 5ème édition, paris.
- 102- Dejours C, (1993) . **Intelligence pratique et sagesse pratique:** deux dimensions méconnues du travail réel, comprendre le travail, éducation permanente.
- 103- Eitington J.E, (1990). **savoir travailler en groupe: exercice et documents**, édition d'organisation, paris.
- 104- Fillion L et Laurent S, (2003) . **Fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé**, tresseurs lies au travail infirmier en soins palliatifs l'importance du soutien professionnel et émotionnel.
- 105- Gatchel R.B, Krantz A. P, (1989). **An introduction to health psychology**, second edition, new York, MC Grew-hill.
- 106- Ghilione et Beauvois, (1980). **Manuel d'analyse et de contenu**, paris Armand colin.
- 107- Ionergan E C, (2002) . **Theories of group therapy**, the guide ford press, new York.
- 108- Lhopiteau C W, (2006) . **Guide des pratiques psychocorporelles**, masson paris.
- 109- Marina. T, (1984). **Guide to nursing management**, 2ème edition Toronto, c.v.mosby.
- 110- Rioux.G coll, (1990).**Compétition sportive et psychologie**, édition Chiron, paris.
- 111- Ross B, (1988). **Human motivation and émotion**, second edition, john wiley and sons Inc.

- 112- Rovet, (1970).**La relaxation psychosomatique**, France.
- 113- Schütz J, (2000) .**le training Autogène**, puf, paris.
- 114- Servant Dominique, (2007) . **Gestion du stress et l'anxiété**, 2^{ème} édition, el sevier Masson, paris.
- 115- Sillamy. N, dictionnaire psychologie.
- 116- Stora J.B, (1995) .**Le stress**, édition dahlab, 2^{ème} édition, "que-sais-je"! Alger.
- 117- Taylor.S.E, (1995) . **Health psychology**, 3^{ème} edition, Singapore McGraw-will.
- 118 – Thomas. R, (1990).**La préparation psychologique du sport** vigot, paris.

- revue:

- 119-Power.M.J, (1985).**The selection of patient for the group therapy in interventional journal of social psychiatry**,31(4).
- 120- Rowe. M, Sherlock H. **Stress and verbal abuse in nursing: do bumout nurses eat their young**, journal of nursing management vol (13).

Association:

- 121-Association des étudiantes sages femmes de Foch de Baudelocque(AESFB) , (2011) .Le guide de la future sage femme; édition Janvier.

Les thèses:

- 122- Anderson. M, (2001) .**Analyse psycho-dynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée entre plaisir et souffrance**, thèse doctorat, faculté; des sciences infirmières, université de Montréal.

الملاحق

تم اختيار المقابلة المجرأة مع الحالة رقم (02) واعتبارها كمقابلة نوزجية

المقابلة رقم(02)

الاسم: رزان

الحالة الاجتماعية:

سنوات الخدمة : 18 سنة منذ 1996

مكان السكن بالنسبة للعمل: متوسط البعد

الباحثة: السلام عليكم واش أخبارك ان شاء الله راكي مليحة

رزان: الحمد لله رانى مع الخدمة ومشاكلها mais الحمد لله.

الباحثة: تخيلي 18 سنة عمل رزان أول ما دخلت للعمل و رزان الآن ؟ حسيتي تبدلتى ولأحسن ولا للأسوء.

رزان : كاين تغير كبير للأحسن .

الباحثة: وشو أكثر الحاجات اللي عدتي متفكرتها وعارفتها.

رزان: بكري نقلق, نقلق ثمثم نتعامل معاها ديما ثم ثم نخرجه مع الوالدين ولا la malade, مع أي واحد ما ايهمني حتى شئ بصح تو العكس عدت قادرة نتحكم في نفسي اكثر .

الباحثة: نفهم من حيثك بكري كنت عصبية وتو عدت قادرة تتحكمي في اعصابك قبل, حسيتي شخصيتك نضجت عن قبل؟

رزان : حاجة أكيدة هذي الواحد ديما وين يكبر ينضج أكثر, كي تشوفي ناس يشكروك ويقولوا فلانة تعاملت مع الموقف الفلاني بكذا ولا كذا, وانت ذات تحسي روحك عادت عندك خبرة, أصلا حتى عقلك مع العمر يبدي يتبدل مش كيف كيف.

الباحثة: في هالاستبيان اللي قدمتهلكم كاين بعض البنود سجلت فيها أعلى نسب, رايحة نسألك علاش وافقت تجاوبي؟ قلتيلي أشعر بالضغط عندما يفوق عدد الوافدات الحوامل عدد طاولات الولادة ؟ جاوبتي كثيرا , علاه تحسي بالضغط

رزان: أنا الضغط في هذا الوقت تحسي روحك راكي مسؤولة عليهم الكل وخاصة كي يعود l'équipe ما هوش bien ما هوش مؤهل, معناها يعود l'équipe ما هوش الكل ساج فام عندهم نفس المعلومات, ونفس النشاط في الحركة حتى من ناحية الزوار و أهلهم راهم يستنوا فيك باش تظمنهم على الفام نتاعهم هذا الكل يخليك ديما حاسة روحك مسؤولة على l'équipe, ونايا ديما مع احتراماتي من اللي بديت الخدمة ديما يحطوني في وجه المدفع, وديما مسؤولة على l'équipe وعلى ال personnels وعلى الغاشي البرا, الزوار اهدري معاهم على أساس وشي نايا ديما شخصيتي الأقوى, تعرفي كيفاش تهدري مع فلان وتعيطي على فلان... فهمتي كيفاه؟
الباحثة: ما حسيتيش هذي نقاط ايجابية ليكي انتي؟ وتفتخري بذلك لما تخدمي خدمتك على أكمل وجه؟

رزان : نحس وانا أول ما بديت نخدم عندي هالاحساس بالي راني ساج فام, والحقيقة مانيش انا اللي خيرتها هالخدمة خير هالي بابا بصح لما قررتها وخدمت فيها حبيبتها, حتى والديا عندهم جانب كبير, وأمي ديما توصي فيا حتى بابا ديما يقلي يا بنتي بالصحة ولا أخرجي منها, اخدمي شوي وكى تشوفي روحك ما عدتيش قادرة أخرجي منها يعني قاعدة ديمة هذيك الجملة في راسي على هذا ديما نحاول تطور معلوماتي ونحاول نزيد نقرى .

الباحثة: كي تعود بينك وبين نفسك تقولي علاش كان نايا واقعة عليا المسؤولية؟ علاش كان نايا حاملة الجهد؟ ماتحسيس هذا الضغط بينك وبين نفسك وتعودي في صراع داخلي؟

رزان: هذا الصراع الداخلي ما نحسوش كي نعود خدامة كي نروح للدار نزيح ونقول علاه نايا مثلا les bilon (التحليل) الكل درتهم انا وحوست عليهم الكل نايا وشديت les dossier نتاعهم الكل؟ علاه العباد الأخرى ما تخدمشي؟ مثلا الخدمة هادي أصحاب l'équipe حطوني chef عليهم على أساس انت فاهمة, حتى l'examen تقلك تعاودي روايا... ويحسوك انك انت اللي ديما تقسمي المهام تفيروني كل شيء للدواسة, النافات لونتري, لبيلون كل شيء كل شيء. وأدوري على لافام الكل وايجي الطبيب يدور وايسقسي حتى les malades دارولكم هاك الحاجة, والله كون تموت malade يجوك هاك نتاع الصباح يحققوا معاك كيفاش تموتكم, شغل هالروح هذي ما تخرجشي في la garde نتاعك, وشي ما درتوش كذا على واش ماتت المرأة, ما درتوش التحليل هادي على واش ماتت المرأة معناها كون درتي التحليل ما تموتش المرأة, وبكري كان كاين ضغط وكاين ساج فام وحدة و ممرضة وحدة وساعات الطبيب يعود ما هوشي

معاك و ال gynécologue ما كانش نعرفوهم بكري, معناها الحمل نتاع بكري نقص على ذك, عاد الطبيب, ال gynécologue ديما معاك تشوفي لحكاية عجباتك تخدميها وحدك ما قدرتيش توجيهها للطبيب, ال gynécologue معناها انت ما عندك حتى مسؤولية حتى مع complication ما عدناش انخافوا, الطبيبة اللي قالت أو ال gynécologue اللي قال.

الباحثة: تحسي قبل المسؤولية انت اللي هازتها بصح الخدمة كانت منظمة جدا ومرتبة وكل شيء يفوت على إيديك؟ بصح تو تقسمت المهام والحال وبين رايحة رايحة تدهور, لوين يرجع هذا في رأي؟

رزان : نايا في رأيي ديما نلوم الساج فام نقلها كي ما تثبتيش وجودك, بصح ذك وفي الوقت الحالي كاين ساج فام اقول لك ما يهمنيش مادام كاين ال gynécologue هو يتحمل مسؤوليته أنا ما نكذبش عليك انحب نثبت وجود الساج فام, و بكري كان عاطينا عليها حقنا أكثر من ذك حتى من ordonnance نخدموها حتى ال sortie نديروها معناها تحسي روحك خدمتي خدمتك وزدتي درتي ال sortie وشففت البيبي, معناها خدمتك ماشية وتتطور, انتي تقولي من حقوق المرأة أو من واجبي عليها إني نقوم بهذا قدر استطاعتي .

الباحثة: هل تظني أن معرفتك لحقوقك وواجباتك في عملك هو أساسي؟ وأن التدهور الحاصل الآن في العمل من قبل les sage-femmes هو جهلهم لحقوقهم وعدم معرفتهم معرفة تامة لواجباتهم؟

رزان :نعم, لأن حقوقنا وواجباتنا ماناش عارفينها الكل علاه؟ لان statue نتاع gynéco كامل ماكان حتى واحد قلنالوا جيبهولنا وجابهولنا.

الباحثة: قلتي أرى أن الخدمة التمريضية المقدمة للمريض تحتاج إلى تحسين, لو كان جيتي مسؤولة في رأيك وشو التحسين اللي تقدميه؟

رزان :نايا مؤخرا ومن بكري صار التحسين اللفظي أهم من كل شيء, راهم لبنات تاع الوقت عادوا مفتقين اللفظ, وخاصة في السنوات الأخيرة عادوا مركزين على الحالة النفسية للمريضة كان جات وضحكتيلها l'accouchement تاعها راح تفوت بخير وسلامة.

الباحثة: الآن حطيتي الحق على la sage-femme ؟

رزان : كايين واحد الأستاذ كان يقول كي تعودى عارفة روحك رايحة للخدمة أفصلي قدر المستطاع بين حياتك العادية وحياتك العملية.

الباحثة: قلتي يوترني استعمال أجهزة تقليدية كأجهزة التعقيم و التنظيف بواش تحسي؟

رزان :ما زال ما وصلناش و ما زال المسؤولين ما عطاوش أهمية كبيرة لهذا المجال, بصح حتى المسؤولين مقواهم جابولنا ماتربال صح ماهتميناش بيه بلحق ياسر على ساج فام ولا لانفرمييار بش تقوم بهالدنيا الكل وحدها, بصح كايين توزيع مهام نورمالمو, ولكن هنايا في هالعامين لخرين عادو إذا كان عندك فام خاصة إذا كانت بكرا يقوم بالدنيا الكل اينظفوا جيدا, يمسخوا... كل شيء هالعامين الأخيرة الخدمة كلها مشكشكة من العساس إلى مدير السبيطار.

الباحثة: في رأيك لواش يرجع هالامر؟

رزان: تبان, إيمانهم قل والضمير مع ربي مكانش, كايين ربي بصح الخدمة منفصلة على ربي تلقاها تقول sage-femme للفام بربي اتزيدي اتقلها - انزيدك - هنايا كي نسمعها انخير.

الباحثة:قلتي حدوث نزيف دموي بعد اتمام عملية الولادة يخيفني, خاصة إذا لديها سوابق؟ من واش تخافي؟

رزان: انخمم في حاجة وحدة كي مانعرفش سبب النزيف لأنو كايين حلول,بصح إذا كان ما عرفتيش السبب؟..نخاف.

الباحثة: في حالة complication لو كان يخيروك بين bébé و la femme من تختاري

رزان : انخير يروح الجنين وما تروحش الأم.

الباحثة: وكي ايموتلك مثلا البيبي واش تحسي؟

رزان : أ... صمت أصارتي هاذي مرتين ولا ثلاثة عدت خايفة منها لاكوشمو هاذي أصلا عدت خايفة منها, ايروح البيبي انحس راني قمت بواجبي بصح الله غالب لكل جواد كبوة وتحدث الأخطاء.

الباحثة: كي تعودى مضغوطة واش هي أكثر الأعراض اللي تبان عليك؟مثال كلى يصرا مشكل؟

رزان :صمت طويل...انحس روجي فشلانة, اتعصبت, التعرق, ومباعد مانلقاش روجي الطريق اللي كنت نمشي فيها تتلف ونقعد قالقة, هاك الرجفة تبقى فينا لأنني نقعد نفكر في المشكل, ساعات يعود عندي الحل وما انديروش وفي معظم الأحيان انقول المفروض آني سكتت ونقول ربي يهدي علاه درت الفوضى لروحي نورمالمو مانديرهاش.

الباحثة: نروحوا شوي للمحيط, مثلا كي ايجيك مشكل لمن تروحي في اسرتك, ومحيطك ؟

رزان :نايا بكري مانحكيش مع بابا وماما على مشاكل الخدمة ياسر, لانوا بابا كان اداري نخاف منو يغلبني بالادارة يقولي normalement راكي درتي كذا ولا كذا . وانا مانقدرش نقولو لا ...وانا نحب نحل مشاكلي بنفسي . بصح ذرك زوجي انقولو على كل شي في الخدمة .

الباحثة: اتحسبه يساندك ؟

رزان: أي,أحلي مشاكلي اينعتلي الطريق وبين نمشي .

الباحثة: لما يصراك مشكل الطاقة السلبية في من تفرغيها؟

رزان: الحق على حساب كبر المشكل, إذا كان صغير ما نحاولش نوصله للدار كي ندخل الدار نحاول نبذل الجو, كيفاش بتو البارح... ومن داخل راني نغلي, وكي يعود المشكل كبير انروح بيه للدار ومن ناحية الغضب نغضب عليهم الكل. بصح معظم الأحيان إنني نسكت فيها.

الباحثة: حسيتي أنو العمل نتاعك أثر على أسرتك ؟

رزان : أثر عليهم, لأنو وقت خدمتي ما انحوس على ولدي خليته مريض ولا داري ولا حتى حاجة, وكذلك داري مانيش حاسة روجي أهملتهم, ذرك أصلا في هالسنوات الأخيرة عدت نحس بالتعب غير انفكر راني راجعة للدار والحوايح اللي راني مخليتها, نحس روجي نبذل في مجهود أكثر من جهدي حاسة بضغوطات راجعة على جسمي.

الباحثة: ما حاولتيش مثلا تقومي باسترخاء, تفتشي على حلول؟ تروحي لل psychologue لأنو هالشحنات السالبة الي بداخلك بالاستمرار تظهر على السطح كأمراض ضغط الدم, سكري, أمراض جلدية, سمنة...

رزان: معناها على حسب كلامك هالمرض الجلدي اللي كان عندي يسمى شحنات سلبية خرجت في حساسية.

الباحثة: ممكن.

رزان :ما خممتش حتى شوي

الباحثة: قلتي يؤلمني شتم واعتداء مرافقي المريضة على القابلة وتحميلها المسؤولية لأي مشكلة؟

رزان :لأنهم هم ايجوا على أساس أن لا ساج فام هي الواجهة, هي اللي باش تشوفها باش تزيدها, باش باش تقول على صغيرها يموت, يحيا هي اللي باش تقدر لهم الوقت تاع الزيادة, وكأنها حسينها ربي في الأرض.

الباحثة: قداش نسبة الرضا تاعك على عمالك اللي تقدمي فيه وعلى نفسك؟

رزان :أنايا, تقريبا 85 %

الباحثة: علاه هاك 15 % ما كملتيهاشي؟

رزان: على أساس أنو كاين حوايج ناقصة فيا.

الباحثة: كي تحسي روحك عندك ضغوطات في العمل, قلتي لي انحاول نلقى مخرج أو حل, لكن واش هي الحلول اللي تقدميها في الغالب؟

رزان :صمت... انا نفرز, كي انجي ونلقى ضغط كبير, نشتي نفرز, les visiteurs هم لولين انخرجهم وامبعاد نشد خدمتي في salle d'accouchement, نحط dossiers على جنب امبعاد انشوفهم بعقلي normale تقليبهم واللي قريب تزيد تخليها بجنبك واللي مازال تروح بش ما تقلقكش, نشوفهم الكل وقت واحد ونقسم المهام نلقى les chambres معميرين نهز نتاع الطيببة الكل ايروحولها ويديروا الصف عندها إذا كان خروج تخرج وإذا لازمها traitement نديروهاها علاش قاعدة شادة بلاصة...معناها الساعة الأولى نتاع فرز, أما ال congé مانديهم

الباحثة: كي تعودي في équipe تحسي بالمسؤولية الكل عليك انتي؟ واش تديري

رزان: درتها مرة وحدة رحلت بدلت ل'équipe مانيش هاربة مش عاجبني الحال لأنهم اشاوروني ونتعاونوا مع بعضنا وفرحانة, بصح وصلت لدرجة أنو أصغر حاجة كون ما اديرهاش رزان ماتتندارش شغل أنا حمار شغل لأنو الناس مقدرتهم ومقدريني ما حبيتش نخسرهم تالي عمري لا درتها ديما انحب انحل المشاكل وما نهربش منها, بصح هالمرّة درتها.

الباحثة: نتحدثوا عن الأجر تحسي اللي تتقاضيه يكافؤ المجهود اللي تبذليه؟

رزان : ما عدنا وين رايعين انزيدوا, مسلكينا فوق الحق, بكري صح كان الأجر مقابل العمل شوي بصح ذرك مؤخرا لاكان يزيدونا أكثر من هذا رانا باش نجهلوا, معناها باش نعودوا ناكلوا في دراهم ماش انتاعنا حنا وماش من حقنا.

الباحثة: كي نحط مثلا, أنتي المسؤولة عن دار الولادة ككل واش هي الحلول ولا الاقتراحات اللي تقدميها باش تحسني الصورة كاملة تاع دار الولادة ؟ أو أنك تنقصي من الضغوطات اللي عايشينها les sages femmes ؟

رزان : ما نقدرش انحط روجي في الموقف هذا .

الباحثة: تخيلي روحك؟ وشي أول حاجة تقدميها؟

رزان : صمت طويل ... أنا اقترحت هالاقتراح بلا ما نكون مسؤولة, قتلهم علاش ما نلموش لبنات, بصح مش الكل لأنو مع بعضهم اديرو الفوضى قتلهم كل 6 أشهر نجمعوا chef d'équipe وتهدي معاهم, واش عندكم... وانحاولوا باش انوازنوا بين الفرق وحتى ما تنقلش الأمور انديروا تجارب وانشفوا كايين تغيير ولا لا. بصح ماكانش متابعة من طرف المسؤول وتحسي أنو مش مساندك أو يخمم فيك' أو يحوس على مشاكلك حتى لو ما لقاش حل, المهم يحوس عليك ويهتم بأشياء أخرى كالتحفيزات.

مثلا والتي لا تعمل بجد ونشاط نمسولها الحبات بالتالي الكل ينضب. بصح قعدت المشاكل نفسها وماكاين حتى تغيير وراني حابة حل جذري لهاذ المشاكل وان شاء الله البرنامج اللي داير اتو يعاونا باش ينقص الضغط اللي حاسين بيه.

ملحق رقم(01): أعضاء لجنة التحكيم

الدرجة العلمية	المحكم	الرقم
دكتوراه علم النفس المدرسي (الوادي)	مشري سلاف	01
دكتوراه علم النفس الاجتماعي تنظيم وعمل (الوادي)	بويدي لامية	02
علم النفس تنظيم وعمل وتسيير الموارد البشرية (الوادي)	منصور بوبكر	03
دكتوراه الإرشاد النفسي والصحة النفسية (الوادي)	مماي شوقي	04
دكتوراه علم النفس الاجتماعي (الوادي)	هويدي عبد الباسط	05
دكتوراه علم النفس المدرسي (الوادي)	بالطاهر النوي	06
دكتوراه علم النفس التربوي (وهران)	رومان محمد	07
دكتوراه علم النفس التربوي (وهران)	منصوري عبد الحق	08
دكتوراه علم النفس التربوي (وهران)	مكي أحمد	09
دكتوراه علوم التربية والتكيف المدرسي (وهران)	منصوري مصطفى	10
دكتوراه علم النفس الإكلينيكي (وهران)	مكي محمد	11

ملحق رقم (02): العبارات التي تمت إضافتها

الرقم	العبارات
1	أشعر بالضغط عند ولادة عدد كبير من الحوامل في وقت واحد.
2	حدوث نزيف دموي بعد إتمام عملية الولادة يخيفني
3	أخاف أن يكون تشخيصي خاطئاً , فينعكس ذلك سلباً على الأم و المولود
4	أشعر بالإحباط عند موت امرأة بعد الولادة مباشرة
5	أتحسر عند ولادة طفل مختنق ثم يموت بعد إنعاشه

الملحق رقم (03): العبارات التي تم إجراء تعديلات عليها بعد تحكيم الاستبانة

الرقم	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
1	لا أستطيع أن أقوم بالاسترخاء بسبب التوترات التي أعانيها	لا أستطيع .....بسبب التوتر الذي أعانيه
2	أشعر بأن لدي من الإمكانيات ما يكفي لإدارة عملي بشكل فعال.	أشعر .....بشكل جيد
3	أشعر بتوتر كلما رن هاتف قسم التوليد	أشعر بالتوتر
4	التعامل مع إفرازات ومخاطر فضلات المريضة يشعرني بالاشمئزاز	التعامل مع مخاطر فضلات المريضة يشعرني بالنفور
5	يزعجني بعض التقصير من بعض الأطباء في القسم	يزعجني تقصير بعض الأطباء في القسم
6	أشعر أن الخدمة التمريضية المقدمة للمريض تحتاج إلى تحسين	أرى أن الخدمة
7	أتوتر من شكاوى المريضات ومطالبهن المتعددة	أتوتر من تعدد مطالب المريضات
8	عدم الالتزام بقوانين الزيارة يثير المشاكل بين الزوار والطاقم الطبي.	عدم الالتزام بنظام الزيارة
9	شتم و اعتداء مرافقي المريضة على	يؤلمني شتم واعتداء مرافقي.....

	القابلة وتحميلها كل المسؤولية لأي مشكل يؤلمني	
يوتربي استعمال أجهزة تقليدية كأجهزة التعقيم و التنظيف...الخ	يوتربي استعمال أجهزة تقليدية	10
يربحني توفر المستلزمات الطبية الضرورية	يربحني توفر المستلزمات الطبية الضرورية للعمل بشكل كاف	11
قلة الأدوية تجعلني أشعر بالتوتر وخاصة لما يتعلق الأمر بالحالات المستعصية	قلة الأدوية تجعلني أشعر بالتوتر خاصة عند وجود حالات مستعصية	12
تعطل الأجهزة وقت الحاجة إليها يشعربي بالتوتر خاصة عند ولادة طفل مختنق	تعطل الأجهزة في وقت الحاجة إليها يشعربي بالتوتر.	13
يزعجني سوء النظافة بالمستشفى خاصة في قاعة الولادة	يزعجني سوء النظافة و الاستشفائية	14

الملحق رقم (04): الاستبيان في صورته النهائية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

استبيان

التعليمة: إن الهدف من هذا الاستبيان هو إجراء بحث علمي عن الضغوط النفسية المهنية لدى القابلات العاملات بمصلحة أمراض النساء والتوليد (دار الولادة) بالوادي, و مشاركتك في هذا البحث مهمة جدا, لذا نرجو قراءة كل الفقرات بعناية واختيار إجابة واحدة فقط بوضع إشارة (x) في المكان المحدد لذلك.

علما أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة, وستبقى هذه المعلومات سرية, ومخصصة لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرة لكم

حسن تعاونكم ومشاركتكم

البيانات الشخصية

الاسم:

- 1- الحالة الاجتماعية: عزباء () متزوجة () مطلقة () أرملة ()
- 2-سنوات الخدمة: أقل من 3 سنوات () من 3 إلى أقل من 6 سنوات ()
- من 6 إلى أقل من 9 سنوات () من 9 سنوات فأكثر ()
- 3- مكان السكن بالنسبة للعمل: قريب نسبيا: أقل من 1 كلم ()
- متوسط البعد نسبيا: أكثر من 1كلم-10كلم ()
- بعيد نسبيا: 10كلم فما فوق ()

الرقم	العبارة	البديائل				
		أبدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	غالبا
1.	ينتابني شعور بعدم الرغبة في القدوم للعمل.					
2.	يريحني العمل بنظام المناوبات.					
3.	أحس أنني غير فعالة في عملي.					
4.	أشعر بالضغط عندما يفوق عدد الوافدات الحوامل عدد طاولات الولادة.					
5.	تسم علاقتي المهنية بالتوتر مع بعض الزملاء.					
6.	أؤثر أثناء وجودي في مكان العمل.					
7.	أرى أن الخدمة التمريضية المقدمة للمريض تحتاج إلى تحسين.					
8.	ينتابني البكاء بسهولة.					
9.	يؤثرني العمل أجهزة قلبية كأجهزة التعقيم والتنظيف....					
10.	ألوم نفسي على أبسط الأشياء.					
11.	أشعر بتوتر كلما رن هاتف قسم التوليد.					
12.	نتابني أحلام مزعجة تتعلق بالعمل.					
13.	أخاف من حدوث نزيف دموي بعد إتمام عملية الولادة, خاصة إذا كانت لديها سوابق.					
14.	أعاني من مشاكل في النوم.					
15.	يقلقني احتمالي إصابتي بأمرا معدية بسبب عملي في قسم التوليد.					

					16. أشعر بالقلق من عدم انسجامي مع الفريق المناوب.
					17. ينتابني شعور بالقلق بدون مبرر.
					18. أؤر من عدد مطالب المريضات.
					19. أعاني من النسيان جراء الضغوط.
					20. يريحني وفر المستلزمات الطبية الضرورية.
					21. أشعر بضيق الصدر دون بب واضح.
					22. التعامل مع مخار فضلات المريضة يشعرنني بالنفور.
					23. ينتابني القلق عندما يتأخر إنجاز العمل.
					24. المضاعفات المفاجئة التي تصيب المولود وأمه أثناء وبعد الولادة لا تخيفني.
					25. أنزعج من لقي الوصفات الطبية على الهاتف لمرضى الحالات الخطرة.
					26. أتمتع بالعمل أكثر من أية أنشطة أخرى.
					27. يرهقني قضاء وقت ويل مع المرضى والاهتمام بأكثر من مريضة في وقت واحد.
					28. أحس بالنشأ عندما أكون في عملي.
					29. قلة الأدوية جعلني أشعر بالتور وخاصة لما يتعلق الأمر بالحالات المستعصية.
					30. عدم تغلال كل ما لدي من قدرات يشعرنني بالتور.

					31. وسائل الوقاية متوفرة لحمايتي من الإصابات
					32. أشعر بالتعب عقب أي نشاط ولو بسيط.
					33. أخاف أن يكون تشخيصي خاطئاً فينعكس ذلك سلبا على الأم والمولود.
					34. يزعجني تقصير بعض الأطباء في القسم.
					35. يزعجني عدم معرفتي لحقوقي وواجباتي في عملي.
					36. أشعر بالتوتر كلما اقترب <input type="checkbox"/> موعد الزيارة.
					37. تعطل الأجهزة وقت الحاجة إليها يشعرنني بالتوتر, خاصة عند ولادة طفل مختنق.
					38. لا أستطيع <input type="checkbox"/> أقوم بالاسترخاء بسبب التوتر الذي أعانيه.
					39. عدم القدرة على قضاء الحاجات الشخصية البيولوجية أثناء تواجدي بالمصلحة يشعرنني بالتوتر.
					40. أشعر بالذنب لعدم تمكني من الاهتمام بشكل مكثف بالحالات الحرجة بسبب كثرة المر <input type="checkbox"/> ي
					41. الحالات المستعصية الموجودة بقاعة الولادة تشعرنني بالضغط.
					42. يوترني عدم اعتراف <input type="checkbox"/> المسؤول بالمجهود الذي أقدمه.
					43. أشعر بأ <input type="checkbox"/> لدي من الإمكانيات ما يكفي

					إدارة عملي بشكل جيد.
					44. عدم الإلتزام بنظام الزيارة يثير مشاكل بين الزوار وطاقم طبي.
					45. خدمات صيانة الأجهزة الطبية متازة.
					46. أعر بأرضا عن عملي.
					47. يزعجني سوء نظافة المستشفى, خاصة في قاعة ولادة.
					48. أعتقد أنني سأختار عملي هذا و أتيحت لي فرصة الاختيار مرة أخرى.
					49. أتحسر عند ولادة طفل خنتق ثم يموت بعد إنعاشه.
					50. يساندني مسؤول في إدارة وقوع شكل.
					51. يوترني نقص وجود رجال الأمن تنظيم الزيارة.
					52. لا أنصح أصدقائي بأعمل في مجال صحة.
					53. أعر بالإلحاح عند موت المرأة بعد ولادة بلادة.
					54. يؤمني تم واعتداء رافقي مريضة على قابلة وتحميلها كل مسؤولية لأي شكل.

ملحق رقم (05): استمارة خاصة بالباحثة لتقييم كل جلسة علاجية

الرقم	الجلسة	التقريــــــــــــــــر
1	رقم الجلسة	
2	عدد الحضور	
3	مستوى الجلسة	
4	الأعضاء الأكثر تفاعلا	
5	مدى الاستفادة من الجلسة	
6	حل الواجب عموما	

ملحق رقم(06): جداول اختبار مان ويتني وويلكوكسن

جدول رقم(24)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of psy is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.056 ¹	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of place is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.016 ¹	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of ami is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.095 ¹	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of malade is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.690 ¹	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of instrm is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.151 ¹	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of trav is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.008 ¹	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of tout is the same across categories of groupe.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.016 ¹	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

¹Exact significance is displayed for this test.

جدول رقم(25)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of psy are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.444 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
2	The medians of place are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
3	The medians of ami are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	1.000 ²	Retain the null hypothesis.
4	The medians of malade are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	1.000 ²	Retain the null hypothesis.
5	The medians of instrm are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
6	The medians of trav are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
7	The medians of tout are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	1.000 ²	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

¹Exact significance is displayed for this test.

²Fisher Exact Sig.

جدول رقم (26)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of psy are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
2	The medians of place are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.048 ^{1,2}	Reject the null hypothesis.
3	The medians of ami are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
4	The medians of malade are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	1.000 ²	Retain the null hypothesis.
5	The medians of instrm are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.048 ^{1,2}	Reject the null hypothesis.
6	The medians of trav are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.008 ^{1,2}	Reject the null hypothesis.
7	The medians of tout are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

¹Exact significance is displayed for this test.

²Fisher Exact Sig.

جدول رقم (27)

Test Statistics^a

	appsy - avpsy	applac - avplac	apami - avami	apmalad - avmalad	apinstrm - avinstrm	aptrv - avtrv	aptout - avtout
Z	-.447 ^{-b}	-.447 ^{-b}	-1.342 ^{-b}	-1.633 ^{-c}	-.816 ^{-c}	-.368 ^{-c}	-.365 ^{-c}
Asymp. Sig. (2-tailed)	.655	.655	.180	.102	.414	.713	.715

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

جدول رقم (28)

Test Statistics^a

	appsy - avpsy	aplace - avplace	apami - avami	apmalade - malade	apinstrm - avinstrm	aptrav - avtrav	aptout - avtout
Z	-1.089 ^{-b}	-1.134 ^{-c}	-.447 ^{-c}	-1.342 ^{-c}	-1.414 ^{-b}	-1.414 ^{-c}	.000 ^d
Asymp. Sig. (2-tailed)	.276	.257	.655	.180	.157	.157	1.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of psy are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
2	The medians of place are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
3	The medians of ami are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
4	The medians of malade are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.524 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
5	The medians of instrm are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.524 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.
6	The medians of trav are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.008 ^{1,2}	Reject the null hypothesis.
7	The medians of tout are the same across categories of groupe.	Independent-Samples Median Test	.206 ^{1,2}	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

¹Exact significance is displayed for this test.

²Fisher Exact Sig.

جدول رقم (29)