

نوقشت رسالة الطالبة شيرين بسام غناج

بـعـنـوان :

اليقظة العقلية وعلاقتها بالضغط النفسي - حالة دراسية : العاملين في القطاع الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق.

وأجيزت يوم الاحد الواقع في ٢٠٢٦/١/٤ من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
د. فتون خرنوب	عضواً	
د. فريال الحسيني	عضواً مشرفاً	
د. حياة النابلسي	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الماجستير في علم النفس العام . قسم علم النفس.



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم علم النفس

اليقظة العقلية وعلاقتها بالضغط النفسي

حالة دراسية : العاملين في القطاع الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق

مرسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس العام

إعداد

شيرين بسام غناج

إشراف

د. فريال الحسيني

المدرسة في قسم علم النفس

2025 – 2026 م

1446 – 1447 هـ

شكر وتقدير

بداية أنقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى مشرفتي **الدكتورة فريال الحسيني**، لما قدمته لي من دعم متواصل وتوجيهات كان لها بالغ الأثر في إنجاز هذا البحث

كما أنقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة الحكم الأفاضل، لا سيما **الدكتورة فتون خرنوب والدكتورة حياة النابلسي**، لما تكرموا به من وقت وجهد في قراءة هذه الرسالة وإثرائها بملاحظاتهم القيمة

وجزيل الشكر **للدكتورة منى الحموي** رئيسة قسم علم النفس، لما تقدمه من دعم متواصل. كما أشكر أساتذتي الكرام محكمي أدوات البحث في كلية التربية وأشكر عائلتي لمساندتهم ودعمهم وتشجيعهم المستمر لي

الباحثة

شيرين غناج

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
-	شكر وتقدير
أ-ج	فهرس المحتويات
د-هـ	فهرس الجداول
و	فهرس الأشكال
ز	فهرس الملاحق
ح	ملخص البحث باللغة العربية
9-1	الفصل الأول: الإطار العام
3-2	مقدمة.
5-3	1- إشكالية البحث.
6	2- تساؤلات البحث.
6	3- متغيرات البحث.
7-6	4- فرضيات البحث.
7	5- أهداف البحث.
8-7	6- أهمية البحث.
9-8	7- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.
9	8- حدود البحث.
64-10	الفصل الثاني: الإطار النظري
32-11	المحور الأول: اليقظة العقلية
11	تمهيد.
12-11	1- التطور التاريخي لمفهوم اليقظة العقلية.
14-12	2- مفهوم اليقظة العقلية.
19-14	3- مكونات اليقظة العقلية.
20-19	4- خصائص اليقظة العقلية.
21-20	5- أهمية اليقظة العقلية.
22-21	6- فوائد اليقظة العقلية.
27-23	7- فنيات اليقظة العقلية وتدريباتها.
31-28	8- التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية.

32-31	9- قياس اليقظة العقلية.
32	تعقيب.
62-33	المحور الثاني: الضغط النفسي
33	تمهيد.
37-33	1- مفهوم الضغط النفسي.
43-37	2- النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي.
44-43	3- آثار الضغط النفسي.
48-45	4- أنواع الضغط النفسي.
49-48	5- استجابة الإنسان للضغط النفسي.
54-49	6- مصادر الضغط النفسي في العمل.
55-54	7- خصائص الضغط النفسي.
62-55	8- أساليب التعامل مع الضغط النفسي.
62	تعقيب.
64-63	المحور الثالث: العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي
83-65	الفصل الثالث: الإطار العملي
66	تمهيد.
66	1- منهج البحث.
66	2- المجتمع الأصلي للبحث.
69-66	3- عينة البحث.
82-69	4- أدوات البحث.
75-69	4-1- مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية.
75-70	الخصائص السيكمترية لمقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية.
82-75	4-2- مقياس مصادر الضغط النفسي.
82-76	الخصائص السيكمترية لمقياس مصادر الضغط النفسي.
82-83	5- الصعوبات التي واجهت الباحثة.
83	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

118-84	الفصل الرابع: عرض نتائج البحث ومناقشتها
85	تمهيد
92-85	1- الإجابة عن أسئلة البحث وتفسير النتائج.
117-93	2- التحقق من فرضيات البحث وتفسير النتائج.
118-117	3- مقترحات البحث.
130-119	قائمة المراجع.
125-119	المراجع العربية.
130-126	المراجع الأجنبية.
152-131	الملاحق.
I	ملخص البحث باللغة الانجليزية.

فهرس الجداول

م	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	توزع أفراد العينة تبعاً لمتغيرات البحث التصنيفية.	67
2	توزع البنود على أبعاد مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية.	70
3	معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية.	71
4	معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.	72
5	معاملات ارتباط أبعاد مقياس اليقظة العقلية ببعضها البعض وبالدرجة الكلية للمقياس.	73
6	الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس اليقظة العقلية.	74
7	معاملات ثبات مقياس اليقظة العقلية بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية).	75
8	توزع البنود على أبعاد مقياس مصادر الضغط النفسي.	76
9	معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي.	78
10	معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.	79
11	معاملات ارتباط أبعاد مقياس مصادر الضغط النفسي ببعضها البعض وبالدرجة الكلية للمقياس.	80
12	الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس مصادر الضغط النفسي.	81
13	معاملات ثبات مقياس مصادر الضغط النفسي بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية).	82
14	الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية	85
15	نقاط القطع لمقياس اليقظة العقلية والقيم الموافقة لها.	85-86
16	عدد الأفراد والنسب المئوية استناداً إلى مستويات اليقظة العقلية.	87
17	الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي.	89

18	نقاط القطع لمقياس مصادر الضغط النفسي والقيم الموافقة لها.	89
19	عدد الأفراد والنسب المئوية استناداً إلى مستويات الضغط النفسي.	90-89
20	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على مقياس مصادر الضغط النفسي.	93
21	معاملات الارتباط والتحديد للمتغير المستقل وتحليل التباين لتحليل الانحدار وفق طريقة (Enter).	94
22	معاملات الانحدار وفق طريقة (Enter).	95
23	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس.	98-97
24	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس.	100
25	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة.	104-103
26	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة.	106
27	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل.	109-108
28	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل.	111
29	الجدول (29): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.	113
30	نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.	115

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	ا
67	توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير الجنس.	1
68	توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المهنة.	2
68	توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير قطاع العمل.	3
69	توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي (خاص بعينة الأطباء).	4
88	توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى اليقظة العقلية.	5
91	توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى الضغط النفسي.	6
98	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس.	7
101	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس.	8
105	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة.	9
107	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة.	10
110	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل.	11
112	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل.	12
114	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.	13
116	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.	14

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	م
132	قائمة أسماء السادة المحكمين لأدوات البحث.	1
133	قائمة أسماء السادة المحكمين في الصدق المترجم لمقياس مصادر الضغط النفسي.	2
136-134	مقياس اليقظة العقلية (إعداد روث بير وآخرين) ترجمة العاسمي.	3
140-137	الصورة الأصلية لمقياس مصادر الضغط النفسي إعداد (غريغوف وآخرين).	4
141	جدول العبارات المعدلة من مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لآراء المحكمين.	5
144-142	الصورة النهائية لمقياس مصادر الضغط النفسي (إعداد غريغوف وآخرين) ترجمة الباحثة.	6
152-145	تسهيل المهمات والموافقات لإجراء البحث.	7

المخلص باللغة العربية

هدف البحث إلى دراسة العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى عينة من العاملين في القطاع الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق، وفق عدد من المتغيرات هي: (الجنس، المهنة، قطاع العمل، التوصيف الوظيفي). اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة البحث من (484) طبيباً وممرضاً، يعملون في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق، تم اختيارهم بالطريقة العرضية (المتيسرة)، واستُخدم مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية إعداد بير وآخرين (Baer et al., 2006) ترجمة العاسمي (2013)، ومقياس مصادر الضغط النفسي إعداد غريغوف وآخرين (Gregov et al., 2011)، ترجمة الباحثة. وقد توصل البحث إلى عدد من النتائج، وهي:

وجود مستوى متوسط لكل من اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث، وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على مقياس مصادر الضغط النفسي، إمكانية التنبؤ بالضغط النفسي من خلال أبعاد اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور، وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث، بينما لا توجد فروق على البعدين الفرعيين (صراع الدور بين العمل والأسرة، والعلاقات السلبية مع زملاء العمل)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة لصالح الأطباء، بينما لا توجد فروق على البعدين الفرعيين [المراقبة (الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية]، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل لصالح العاملين في القطاع الخاص، بينما لا توجد فروق على الأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل بوعي، وعدم الحكم على الخبرات الداخلية)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل لصالح العاملين في القطاع الحكومي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية و مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.

الكلمات المفتاحية: اليقظة العقلية، الضغط النفسي، الأطباء، الممرضين.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

مقدمة.

- 1- إشكالية البحث.
- 2- تساؤلات البحث.
- 3- متغيرات البحث.
- 4- فرضيات البحث.
- 5- أهداف البحث.
- 6- أهمية البحث.
- 7- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.
- 8- حدود البحث.

مقدمة:

تعد الضغوط النفسية ظاهرة إنسانية قديمة موجودة مع وجود الإنسان ذاته، إلا أن الاهتمام بها بوصفها مجالاً للبحث هو الذي يمكن أن يكون حديثاً نسبياً، وذلك لتغير سمات المجتمع في الوقت الراهن، إذ يشهد العالم اليوم العديد من التطورات العلمية والتقانية التي انعكست على كثير من جوانب الحياة المختلفة، فدفعت كثيراً من الباحثين إلى وصف هذا القرن بأنه عصر الضغوط النفسية التي انتشرت في مختلف البيئات والمجتمعات، وخاصة في بيئة الأعمال والمهن التي يكون ممارستها على احتكاك مباشر مع الآخرين (أبيو، 2019) حيث تعدّ هذه المهن الأكثر إثارة للضغوط النفسية، ويتعرض عمال القطاع الصحي من أطباء وممرضين لضغوطات نفسية كبيرة ومتعددة المصادر، منها ما هو داخلي ومنها ما هو خارجي مرتبط بالظروف المحيطة، فحياة الأطباء عادة ما تكون بعيدة عن الاستقرار النفسي والاجتماعي، وذلك نظراً لأهمية المهنة وحساسيتها وارتباطها بأرواح الناس ومصائرهم.

وتُعتبر مهنة التمريض أيضاً من المهن الشاقة، نظراً لمتطلباتها الكثيرة ومسؤولياتها ومهامها ولا سيّما العدد الكبير للمرضى، فالمرضى كما الطبيب يتطلب عمله التعامل مع أرواح بشرية يجب الحرص على علاجها وشفائها ودعمها. فالضغط النفسي موجود في الأعمال والمهن جميعها، لكن من الواضح أن العمل في مجال الطب مرهقٌ وكذلك التمريض خاصةً (نبيلة، نصر الدين، 2023)، وهذا يستدعي تطوير كفاءة معينة للتعامل مع هذه الضغوط التي يتعرضون لها، ومن أهم العوامل التي تساعد على مواجهة الأحداث الضاغطة والتي حظيت باهتمام الباحثين خلال العقود الثلاث الماضية هو مفهوم اليقظة العقلية (Mindfulness) التي تعدّ عنصراً مهماً من عناصر الصحة النفسية فهي تشير إلى زيادة الوعي بالتغيرات النفسية والفسولوجية التي تحدث داخلنا، كما أنها تساعد على إدراك المواقف الضاغطة بصورة أكثر موضوعية وتعمل على تعزيز الشعور بالقدرة على إدارة البيئة المحيطة من خلال تطوير طرائق دفاعية والاستعداد لمواجهة التحديات والتجارب الصعبة، وهذا يقلل من التقويمات المعرفية السلبية لهذه الأحداث، وهذا ما يساعد الفرد على التكيف مع هذه المواقف الضاغطة التي تعدّ صعبة أو تمثل تهديداً له (Weinsteine et al., 2009).

واليقظة العقلية تتضمن الوعي والانتباه والتركيز على الأحداث الإيجابية أو السلبية في اللحظة الحالية دون إصدار أحكام تقييمية.

لذلك يسعى هذا البحث إلى تعرّف العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى عينة من العاملين في القطاع الصحي من أطباء وممرضين في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق.

1- إشكالية البحث:

يُعد القطاع الصحي من أكثر القطاعات عرضة للضغوط النفسية خاصة لدى فئة الأطباء والممرضين الذين يُعدّون أبرز مكون من مكونات هذا القطاع، فهم يواجهون تحديات كبيرة في ظل بيئة عمل تتسم بالتغير السريع. فالضغط ينشأ من ساعات العمل الطويلة والرعاية المستمرة للمرضى، والتعامل مع حالات الوفاة، إضافةً إلى الإرهاق الجسدي والنفسي، وتعارض العمل مع المسؤوليات الشخصية والأسرية، والعمل في ظروف طوارئ متكررة. وقد ثبت أن مستويات الضغط النفسي تُعد الأعلى بين الأطباء الذين يتعاملون مع الأمراض المزمنة. وهذا يؤدي إلى انعكاسات سلبية على حياتهم الشخصية والاجتماعية، مثل ارتفاع معدلات الخلافات الزوجية التي قد تنتهي بالطلاق، والمرض الجسدي والعزلة الاجتماعية، وانخفاض الرضا عن العمل، والانتحار، واللجوء إلى تعاطي المخدرات والكحول (Govender et al., 2012).

كما أن للتمريض دوراً مهماً في العملية الصحية لا يقل أهمية عن دور الأطباء، فهو مهنة تتسم بالجهد الكبير والإرهاق المستمر. إذ يواجه الممرضون ضغوطاً عديدة في بيئة عملهم يومياً، من بينها إرهاق العمل والنزاعات المهنية، والعمل بنظام الورديات، ورعاية المرضى المحتضرين، إضافةً إلى نقص الدعم النفسي، والصراعات مع الأطباء، والتعرض لمستويات مرتفعة من الضغط النفسي، تشير بيانات الرابطة الوطنية لمتخصصي السلامة في الولايات المتحدة إلى أن مهنة التمريض تصنف ضمن أعلى 40 مهنة من حيث معدلات الإصابة بالأمراض المرتبطة بالضغط ويُعتقد بأن التمريض من المرجح أن يكون في طليعة مهن الرعاية الصحية المجهد (Rakhshani, 2018).

إن مختصّي الرعاية الصحية يتعرضون لضغوط نفسية أكبر من غيرهم من المهن الأخرى، فقد أشارت دراسة (خميس، 2013) إلى أن الأطباء والمرضى يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية، وفي السياق نفسه أظهرت دراسة صبيّرة واسماعيل (2015) أن الممرّضين والممرضات يعانون من ضغوط نفسية بنسبة كبيرة 64.59%.

وخلال انتشار الكوارث والأوبئة والأزمات الصحية الحادة، يقع العاملون في الرعاية الصحية تحت ضغط مفرط يجعل الحياة أكثر إرهاقاً من المعتاد، حيث يزداد عدد المرضى الذين يحتاجون إلى العلاج إلى حدّ كبير وهذا يشكل ضغطاً على موارد الرعاية الصحية والموظفين على حد سواء، بالإضافة إلى النقص في معدات الحماية الشخصية الذي يمكن أن ينشأ أثناء الجائحة وخطر الإصابة بالعدوى.

هناك عامل ضغوط آخر يتمثل في زيادة خطر الإصابة بالعدوى لعائلات المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يعملون في الخطوط الأمامية، فقد أظهرت الدراسات المستمدة من جائحة انفلونزا الخنازير عام 2009 أن قرابة 20% من الأطباء والمرضى الذين ظهرت عليهم أعراض الإصابة بلّغوا عن إصابة أو أعراض مشابهة لدى أحد أفراد أسرهم.

كما أظهرت الأدلة من الصين أن نحو 70% من الأطباء والمرضى أبلغوا عن مستويات مرتفعة من الضيق النفسي خلال جائحة كوفيد-19، فيما أشار نحو 50% منهم إلى معاناتهم من أعراض اكتئاب أو قلق شديد، كما أظهرت النتائج أن العبء الأكبر كان أكثر وضوحاً لدى العاملين في الخطوط الأمامية مقارنةً بزملائهم في مواقع العمل الأخرى (Taylor, 2020).

وفي ضوء هذه الضغوط تشير بعض الدراسات إلى أن تنفيذ التدخلات القائمة على اليقظة العقلية مثل التأمل يمكن أن يعزز من رفاهية الأطباء ويزيد من وعيهم وانتباههم. كما أنها تساعد في تقديم الرعاية للمرضى فالأطباء الذين يتمتعون بمهارات اليقظة العقلية يكون أدائهم أفضل، فهم مدربون على عدم الحكم على المشاعر والأفكار، وهذا يجعلهم أكثر انفتاحاً للإصغاء والاستجابة بتعاطف لمخاوف المرضى ومشاعرهم (Scheepers et al., 2020).

كما أظهرت دراسة كينودسين (Knudsen et al., 2021) بشأن فاعلية برنامج تدريبي قائم على اليقظة العقلية لخفض الضغط النفسي (MBSR) كان له أثر إيجابي في أفكار المتخصصين وأفعالهم في الرعاية الصحية، لاسيما فيما يتعلق بقدرتهم على الاستمرار في التركيز على المهام التي يقومون بها وتحديد الأولويات والبقاء هادئين في بيئة عمل مزدحمة وقد تم ذلك من خلال استخدام تقنيات ملموسة تم تعلمها خلال التدريب، مثل تمارين التنفس وأخذ فترات راحة قصيرة لتصفية أذهانهم ومساعدتهم على الانتباه لأنفسهم وفهم أفضل لزملائهم ووعي أكبر بالمرضى.

وقد وُجد أن الأفراد المتيقظين عقلياً يتمتعون بالقدرة على الانتباه والتركيز في أعمالهم ويتصفون بالمرونة الذهنية والقدرة على اتخاذ القرار والتكيف مع الأوضاع الجديدة، وهذا يساهم في تحسين الحالة الانفعالية للأفراد الواقعين تحت طائلة الضغوط والإحباطات، ويؤدي إلى تعزيز صحتهم النفسية والجسدية. (علاق وبنين، 2020، 134)

لذلك قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية عن طريق المقابلة على عينة من الأطباء والممرضين خارج عينة البحث الأساسية بلغ عدد أفرادها (20) لتعرف مستوى الضغط النفسي واليقظة العقلية لديهم حيث تضمنت هذه المقابلة مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالضغط النفسي ومجموعة أخرى من الأسئلة المتعلقة باليقظة العقلية، بالاعتماد على مقياس مصادر الضغط النفسي إعداد غريغوف وآخرين (Gregov et al., 2011) ومقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية إعداد بير و آخريين (Baer et al., 2006). فتبين أن نسبة 50% من أفراد عينة الدراسة لديهم مستويات ضغوط مرتفعة، و 45% يتمتعون بمستوى متوسط من اليقظة العقلية.

وعلى الرغم من الاهتمام العالمي بمتغيري اليقظة العقلية و الضغط النفسي، و لاسيما في مجال القطاع الصحي إلا أنه في حدود علم الباحثة لا توجد دراسات عربية ومحلية تناولت المتغيرين معاً لدى هذه الفئة، من هنا انبثقت مشكلة البحث والتي يمكن تحديدها بالإجابة عن السؤال التالي:

ما طبيعة العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى عينة من العاملين في القطاع الصحي

في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق؟

2- تساؤلات البحث:

سعى البحث إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

2-1- ما مستوى اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث؟

2-2- ما مستوى الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث؟

3- متغيرات البحث:

3-1- المتغير المستقل: اليقظة العقلية (Mindfulness).

3-2- المتغير التابع: الضغط النفسي (Stress).

3-3- المتغيرات التصنيفية: (الجنس، المهنة، قطاع العمل، التوصيف الوظيفي).

4- فرضيات البحث:

تم اختبار الفرضيات عند مستوى دلالة 0,05:

الفرضية الأولى: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس

اليقظة العقلية ودرجاتهم على مقياس الضغط النفسي.

الفرضية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد اليقظة العقلية في الضغط النفسي.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على

مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث).

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على

مقياس الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس (ذكور - إناث).

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على

مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة (طبيب - ممرض).

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على

مقياس الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة (طبيب - ممرض).

الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل (حكومي - خاص).

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل (حكومي - خاص).

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي (مقيم - مختص).

الفرضية العاشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي (مقيم - مختص).

5- أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

- 5-1- تعرف مستوى اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث.
- 5-2- دراسة العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث.
- 5-3- إمكانية التنبؤ بالضغط النفسي من خلال أبعاد اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث.
- 5-4- الكشف عن الفروق في اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغيرات (الجنس والمهنة (طبيب - ممرض) وقطاع العمل (حكومي - خاص) والتوصيف الوظيفي (مقيم - مختص)).
- 5-5- الكشف عن الفروق في الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث تبعاً لمتغيرات (الجنس والمهنة (طبيب - ممرض) وقطاع العمل (حكومي - خاص) والتوصيف الوظيفي (مقيم - مختص)).

6- أهمية البحث:

يستمد البحث أهميته من النقاط التالية:

- 6-1- أصالة البحث وحدائته في الربط بين اليقظة والضغط عربياً ومحلياً بالنسبة إلى عينة من العاملين في القطاع الصحي من أطباء وممرضين.

6-2- أهمية البحث للعينة المستهدفة وهي الأطباء والممرضون وما يقدمونه من خدمات إنسانية للمرضى.

ولقيامهم بهذا الدور بصورة صحيحة لا بد من أن يتمتعوا بمستوى عالٍ من الصحة والسلامة النفسية.

6-3- تكمن أهمية البحث في إسهامه في إثراء التراث النفسي العربي من خلال تعديل و تكيف مقياس مصادر

الضغط النفسي بما يتلاءم مع خصوصية البيئة السورية و طبيعة عمل العاملين في القطاع الصحي، الأمر الذي

يتيح إمكانية استخدامه في دراسات لاحقة على عينات مشابهة.

6-4- ومن الناحية التطبيقية يمكن للبحث من خلال نتائجه توجيه اهتمام العاملين في وزارة الصحة، وذلك

بإعداد برامج تدريبية إرشادية لتنمية وتعزيز اليقظة العقلية وممارساتها للتخفيف من حدة الضغوط التي يتعرض

لها العاملون في القطاع الصحي من (أطباء وممرضين) وخاصة خلال انتشار الأوبئة والأزمات الصحية

ولتحسين صحتهم النفسية والبدنية.

7- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية:

7-1- اليقظة العقلية **Mindfulness**: اليقظة العقلية هي المراقبة المستمرة للخبرات والوعي بالنشاط الحالي

وقبول الخبرة في اللحظة الراهنة والانفتاح عليها دون إصدار أحكام تقويمية أو ردود فعل (Baer et al, 2006,

28)

وتتبنى الباحثة هذا التعريف لملاءمته لأهداف البحث وأدواته.

وتقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية المستخدم في هذا البحث.

تعريفات محاور المقياس:

- المراقبة (الملاحظة) **Observation**: وتعني الملاحظة وتركيز الانتباه للخبرات الداخلية والخارجية مثل

(الإحساسات، والمعارف، والانفعالات، والمشاهد، والأصوات، والروائح...)

- الوصف **Description**: ويعني وصف الخبرات الداخلية والتعبير عنها من خلال الكلمات.

- العمل بوعي **Acting with awareness**: ويعني ما يقوم به الشخص من أنشطة في لحظة ما، وإن

اختلف هذا النشاط مع سلوكه التلقائي ولو كان يركز انتباهه على شيء آخر.

- **عدم الحكم على الخبرات Non-judging of inner experiences**: ويعني عدم إصدار أحكام تقويمية على الأفكار والمشاعر الداخلية.

- **عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية Non-reactivity to inner experiences**: ويعني الميل إلى السماح للأفكار والمشاعر لتأتي وتذهب دون أن تشتت تفكير الفرد، أو ينشغل بها، وتفقد تركيزه في اللحظة الحاضرة (حميدة، 2019، 260-261).

7-2- الضغط النفسي psychological stress: هو الاستجابة الفسيولوجية أو النفسية التي يُظهرها الفرد نتيجة تعرضه لمثيرات ضاغطة داخلية أو خارجية، ويتضمن تغيرات تؤثر في مختلف أجهزة الجسم، مما ينعكس على مشاعر الفرد وسلوكه (A.P.A, 2015, 1037).

التعريف الإجرائي: الضغط النفسي هو مجموعة من المصادر الداخلية أو الخارجية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد وتؤدي إلى تغيرات سلبية في النواحي الفيزيولوجية والنفسية والجسدية والانفعالية. ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة البحث على مقياس الضغط النفسي.

8- حدود البحث:

8-1- الحدود الزمانية: طُبِّقَت أدوات البحث خلال الفترة الممتدة (من شهر 10 من عام 2022 إلى شهر 11 من عام 2023)

8-2- الحدود المكانية: طُبِّقَت أدوات البحث في المستشفيات الحكومية (الهازل الأحمر العربي السوري، ابن النفيس، المجتهد) والمستشفيات الخاصة (أمية، الأندلس التخصصي، المهائني الحديث، التوفيق، دار الشفاء) في مدينة دمشق.

8-3- الحدود البشرية: تمثلت بعينة من العاملين في القطاع الصحي (أطباء - ممرضين).

8-4- الحدود الموضوعية: يتناول البحث العلاقة بين اليقظة العقلية و الضغط النفسي لدى العاملين في القطاع الصحي (أطباء - ممرضين) في ضوء متغيرات (الجنس، المهنة، قطاع العمل، التوصيف الوظيفي).

الفصل الثاني

الإطار النظري

المحور الأول: اليقظة العقلية

تمهيد.

- 1-التطور التاريخي لمفهوم اليقظة العقلية.
 - 2- مفهوم اليقظة العقلية.
 - 3-مكونات اليقظة العقلية.
 - 4- خصائص اليقظة العقلية.
 - 5-أهمية اليقظة العقلية.
 - 6- فوائد اليقظة العقلية.
 - 7- فنيات اليقظة العقلية وتدريباتها.
 - 8- التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية.
 - 9- قياس اليقظة العقلية.
- تعقيب.

المحور الثاني: الضغط النفسي

تمهيد.

- 1- مفهوم الضغط النفسي.
 - 2- النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي.
 - 3- آثار الضغط النفسي.
 - 4- أنواع الضغط النفسي.
 - 5- استجابة الإنسان للضغط النفسي.
 - 6- مصادر الضغط النفسي في العمل.
 - 7- خصائص الضغط النفسي.
 - 8-أساليب التعامل مع الضغط النفسي.
- تعقيب.

المحور الثالث: العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي

المحور الأول: اليقظة العقلية

تمهيد:

تعاظم الاهتمام في العقود الأخيرة بمفهوم اليقظة العقلية الذي يعتبر من مفاهيم علم النفس الإيجابي، نظراً لما له من صلة وثيقة بالصحة النفسية، فهي تعمل على تعزيز الهدوء الداخلي للعقل وعلاج الكثير من الاضطرابات النفسية وتنمية سلوكيات إيجابية، كما أنها تسمح للأفراد أن يستجيبوا للعالم بصورة أكثر موضوعية ومرونة، وبناءً عليه خصصنا في هذا الفصل مفهوم اليقظة العقلية، ونشأتها، وأبرز التعريفات التي تناولتها، ومكوناتها، وخصائصها وفوائدها وصولاً إلى فنياتها والتدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية.

1- التطور التاريخي لمفهوم اليقظة العقلية:

يرجع مفهوم اليقظة العقلية من حيث نشأته وأصوله للثقافات الشرقية القديمة كالبودية و الهندية، وهناك أدلة تشير إلى أصولها في الممارسات التأملية في اليهودية والصوفية والتعاليم الروحية المسيحية. كما يعد التأمل جوهر الإسلام من خلال مفاهيم التفكير والتدبر فالممارسات التأملية وفق التقاليد الروحية والدينية التي توفر في الأغلب نقطة انطلاق نحو معرفة الذات الإلهية، وهناك أدلة تشير إلى أصولها الفلسفية في الفكر الأوروبي الغربي وخصوصاً في الفلسفات: اليونانية، والظاهرية، والوجودية، والطبيعية.

ونظراً للأصول الفلسفية والدينية لليقظة العقلية، فقد استُخدمت في سياقات غير دينية في العلوم النفسية على يد العالم جون كابات زين Kabat-Zin في بداية السبعينات والذي يعد رائد الحركة العصرية لليقظة العقلية وأول من أدخل مفهوم اليقظة لعلم النفس الحديث من خلال التدخلات التأملية meditative interventions التي صممت لخفض التوتر وقد تناول العلماء اليقظة العقلية من زاويتين:

الأولى: باعتبارها مفهوماً نفسياً يركز على الانتباه عن قصد إلى اللحظة الحالية دون إصدار أحكام على الخبرات، لإعادة إدراك لهذه الخبرات من حيث كونها أحداثاً مؤقتة وليست تمثيلاً للواقع.

الثانية: عدّها تدخلاً علاجياً، إذ يأتي العلاج القائم على اليقظة العقلية بوصفه أحدث الأساليب العلاجية

الحديثة نسبياً (عبد الباقي، 2020).

فقد قام الباحثون بدراسات عن التأمل واليقظة العقلية و دورها في الممارسات العلاجية لكثير من الأمراض النفسية كالضغوط والتوتر وتخفيف معاناة المرضى وعلاج الاكتئاب والوسواس القهري والسلوكيات العدوانية والإدمان والعلاج النفسي للمصابين بأمراض السرطان والصدفية بالإضافة إلى أهميتها لجوانب الحياة الشخصية والمهنية والاجتماعية والأكاديمية وأشارت الدراسات إلى الآثار المترتبة لليقظة العقلية ودورها في التغيرات السلوكية وعلاج حالات القلق ودورها في الإبداع التنظيمي لدى الأفراد وخفض الضغوط النفسية والمهنية وتحسين بيئة العمل والتخلص من الآلام المزمنة.

2- مفهوم اليقظة العقلية (Mindfulness):

يتجلى مفهوم اليقظة العقلية من خلال الوعي بملاحظة الذات والوعي بالمدى الكلي للخبرات وتقبل جميع الأفكار والمشاعر والأحداث كما هي في لحظتها تماماً والذي يساعد الفرد في تعزيز الشعور بمعنى الحياة والقدرة على إدارة البيئة المحيطة وتعزيز الاستجابات التكيفية لمواجهة الأفكار والأحداث وهذا يحقق الرصد المستمر للخبرة ويزيد الانتباه والإحساس بالأفكار والمشاعر والأحداث ويعمق التركيز عليها واختيار أفضلها. كما يشير مفهوم اليقظة العقلية إلى وجود الأفراد في الوقت الحاضر بغض النظر عن الظروف وهذه تعتبر من العناصر الأساسية للإنسان والتي تجعله واعياً ومنتبهاً للأشياء والأحداث والمواقف جميعها والتي يختبرها.

في مرحلة الوعي الشعوري للمعلومات تتجلى حالتان من الوعي: حالة اليقظة العقلية (Mindfulness) وحالة عدم اليقظة العقلية (Mindlessness). في اليقظة العقلية يراقب الفرد الأمور كما هي الآن دون إبداء أحكام مسبقة، أي إن حالة الوعي التي يكون بها هي مرآة الفكر والتي تعكس ما يحدث في الوقت الحاضر وبالطريقة التي تجري بها الأمور والأحداث بالضبط دون تحيز، للاستفادة من التجربة الحالية مع القبول والالتزام بجميع الأفكار والمشاعر التي تراوده لحظتها، فالأفراد يتواصلون مع الأحداث كلها والتي تجري حولهم كما هي، ويدخلون رسومات مبتكرة إلى حياتهم ليسمحوا بها تحسين عملية صنع القرار ومنح أنفسهم صحة نفسية أعلى، ويكتسبون القدرة على مجابهة الحياة بشكل سلس وبحسب رغبتهم، أما في حالة عدم اليقظة العقلية فإن الأفراد

يفقدون حالة الوعي المستمرة لحظة بلحظة في غمرة أحداث الحياة وهذا يجعلهم يستجيبون بحسب خبراتهم السابقة فيتبعون آليات التفكير الآلية التي اكتسبوها من خلال الخبرة الأولى التي تعرضوا لها، وتكون تصرفاتهم نمطية فيعلقون في عدم المعرفة الجديدة والبحث عن الطرائق البديلة. فهم غير واعين لأنفسهم وغير محفزين لتغيير نمط أفكارهم ويفقدون جزءاً كبيراً من العالم الحالي الذي يعيشون فيه عندئذٍ تصبح حياتهم منغلقة في دائرة أفكارهم نفسها وسلوكهم وأمراضهم و مشاكلهم (ناجواني، 2019، 221-222).

وتمثل اليقظة العقلية الموجة الثالثة من العلاج السلوكي، فهي تمتاز باتساع أهدافها من مجرد الحد من الأعراض إلى تطوير مهارات تهدف إلى تحسين جودة السلوك ونوعيته من خلال الانتباه للحظة الراهنة، وتأملها وبناء مهارات سلوكية تساعد على مراقبتها دون التعلق بها أو التفاعل معها أو إصدار أحكام عليها وقبولها كما هي بعقل متفتح.

وتهدف الموجة الثالثة للعلاج السلوكي إلى مساعدة الفرد ليصبح مشاركاً و أكثر وعياً، ويستجيب لمختلف الأفكار والمشاعر السلبية التي قد تؤدي إلى اضطراب التفكير والمزاج إذ تمثل اليقظة العقلية طريقة بسيطة تتعلق بتنمية جميع الخبرات التي تقلل المعاناة، وتمهد الطريق للتحويل الشخصي الإيجابي.

وفي سياق تعريف اليقظة كمفهوم نفسي تعرفها لانجر Langer:

بأنها "حالة مرنة في العقل تتمثل في الانفتاح على الجديد، وهي عملية فعالة لابتكار أشياء جديدة" (Langer, 2000, 220)

يعرفها براون ورايان Brown&Ryan:

بأنها "القدرة على تركيز الانتباه والتقبل للواقع، والوعي بكل الخبرات التي تحدث في اللحظة الحالية مع قبولها وعدم إصدار أحكام عليها" (Brown & Ryan, 2003, 823)

تعريف كابات-زين Kabat-Zinn :

هي "الوعي الذي ينشأ من خلال توجيه الانتباه بطريقة مقصودة للخبرات الحالية مع تقبلها دون إصدار أي حكم تقويمي عليها" (Kabat-Zinn, 2003)

تعريف باير وآخرين Baer et al:

اليقظة العقلية هي المراقبة المستمرة للخبرات والوعي بالنشاط الحالي وقبول الخبرة في اللحظة الراهنة والانفتاح عليها دون إصدار أحكام تقييمية أو ردود فعل (Baer et al, 2006, 28)

تعريف سيجل Siegel:

هي " حالة من الوعي يكون فيها الفرد مركز تركيز مباشر نحو هنا والآن ولديه قبول لما يكون" (Siegel, 2010, 6)

تعريف الختاتنه:

اليقظة هي " تركيز الانتباه بطريقة محددة ونحو هدف محدد وفي اللحظة الحالية دون إطلاق الأحكام" (الختاتنه، 2019، 63)

تعريف عبد الباقي:

"اليقظة العقلية هي "القدرة على التصرف بوعي ناتج عن الملاحظة لخبرة اللحظة الحالية. ووصفها بموضوعية دون إصدار حكم عليها أو التفاعل معها" (عبد الباقي، 2020، 105) وتعرفها المرشود بأنها "مجموعة مؤشرات سلوكية تتعلق بمقدار قوة الانتباه و استمراره والملاحظة الآنية ومقدار التعامل الواعي والتأملي لدى الفرد في المواقف المختلفة ومدى قبوله لهذه المواقف واستبعاد الحكم الفوري عليها"(المرشود، 2020، 5)

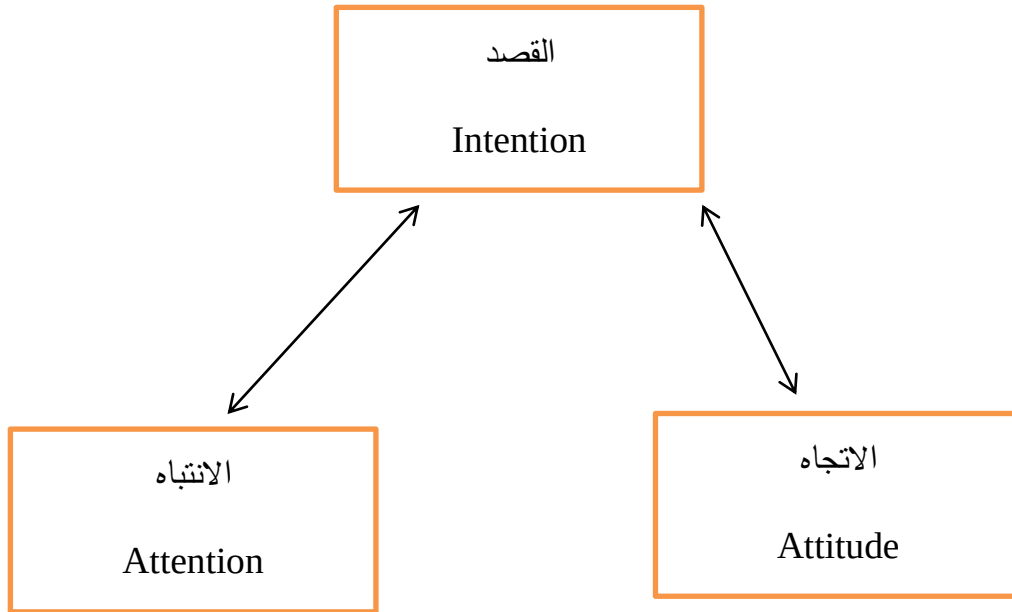
يتضح من خلال التعريفات السابقة بأن اليقظة العقلية هي حالة من الوعي و الانتباه القصدي للحظة الراهنة، يتم فيها تركيز الانتباه على الخبرات الداخلية و الخارجية كما هي وقبولها دون إصدار أحكام تقييمية.

3- مكونات اليقظة العقلية:

تعددت وجهات نظر الباحثين الذين تناولوا مكونات اليقظة العقلية وفق توجهاتهم النظرية.

3-1- من وجهة نظر كابات زين Kabat-Zinn يرى أن لليقظة العقلية ثلاثة مكونات متداخلة فيما بينها أولها القصد (Intention) وهو الذي يمهّد الطريق لما هو ممكن ويُحوّل مقاصد الفرد إلى سلسلة متصلة من التنظيم الذاتي تقود إلى اكتشاف الذات وتحررها من الأفكار والاتجاهات سواء أكانت سلبية أم إيجابية، أما المرحلة الثانية

وهي الانتباه (Attention) فإنها تشمل الملاحظة الواعية للعمليات التي تحدث للفرد في خبرته من لحظة لأخرى وأخيراً الاتجاه (Attitude) ويقصد به توجيه الخبرة التي تتضمن التقبل أو الرفض (مصطفى، 2019، 377)



3-2-2- بينما قسم جاروكاسيمثاوي (Jarukasemthawee) اليقظة العقلية إلى أربعة عناصر أساسية:

3-2-1- اليقظة العقلية الجسمية: والتي تتضمن الوعي والتأمل بالجسد، وهنا يركز الأفراد انتباههم على جزء من الجسم أو حركة الجسم مثل المشي والأكل والشرب، يستخدم التنفس لتنمية اليقظة العقلية الجسمية لأنه يساعد على تهدئة الجسم والتحكم فيه بطريقة غير مباشرة.

3-2-2- اليقظة العقلية الانفعالية: وتهدف إلى فهم أفضل للمشاعر سواء أكانت إيجابية أم سلبية، فغياب اليقظة العقلية يمكن لهذه المشاعر أن تولد أفكاراً عقلية تؤثر في انفعالات الفرد وجسده.

3-2-3- اليقظة العقلية المعرفية: والتي تحدث عندما يتحرر العقل من الرغبة والكراهية و التجاهل، معنى الرغبة واسع ويشمل مشاعر الرغبة تجاه الأشياء المادية مثل المال والطعام والممتلكات. ويشمل أيضاً الرغبة في الأشياء غير المادية مثل العلاقات الجنسية والحميمية والاحتياجات النفسية وغالباً ما تكون هذه الرغبات مصدر للألم والمعاناة النفسية.

أما الكراهية فتنتج من مشاعر الغضب أو التوتر أو الاستياء وتكون موجهة إلى شخص أو موقف معين وتكون هي أيضاً مصدراً للمعاناة النفسية. وثالث المصادر المسببة للمعاناة النفسية هو التجاهل وبنشاً في الأغلب من المشاعر غير الواضحة والتي تقود إلى تبلد وجمود الانفعال.

3-2-4- اليقظة العقلية للظواهر الطبيعية: وتتضمن إدراك الفرد لجميع الظواهر على أنها تحدث بطريقة غير ثابتة. وهذا يحد من المعاناة النفسية، و يساهم في النمو النفسي السليم (Jarukasemthawee,2015).

3-3- كما ذكرت لانجر Langer أربعة مكونات مترابطة لليقظة العقلية وهي: السعي نحو الجديد Novelty (Seeking) والاندماج (Engagement) وإنتاج الجديد (Novelty Producing) والمرونة (Flexibility)، ويشير كل من السعي نحو الجديد إلى درجة تطوير الفرد للأفكار الجديدة وطريقته في النظر إلى الأشياء، فالأفراد اليقظون عقلياً يُبدعون عند توليدهم للأفكار الجديدة، أما انعدام اليقظة العقلية فيعني الاعتماد على الفئات القديمة أو الحالية من الأفكار.

وأما الاندماج فيعني درجة انشغال الفرد أو استغراقه في موقف معين فالأفراد اليقظون عقلياً والحساسون لمختلف المواقف ينتبهون للأحداث الجديدة ويظلون على معرفة بتطوراتها، وينشغلون بمعرفة الجديد فيطبقون بصورة انتقائية الأشياء الجديدة بطرق مثالية على المهمة التي هم بصدد إتمامها.

ويشير إنتاج الجديد إلى مدى استكشاف الفرد للمثيرات الجديدة وانشغاله بها، ويمتاز اليقظون عقلياً بالانفتاح على الأفكار الجديدة وإنتاج الجديد، ويتميزون بالفضول وحب الاستطلاع والتجريب والانفتاح على الأفكار التي تتحدى عقولهم.

وبالنسبة إلى المرونة فهي تعني إمكانية تحليل الموقف من أكثر من منظور واحد، وتحديد قيمة كل منظور وجدواه، وذلك لأن معالجة المعلومات من عدة منظورات يُمكن الأفراد من تطبيق المعلومات بأساليب جديدة في مواقف بديلة.

ووفق نظرية لانجر يتكون السلوك اليقظ من خمسة أشكال للتفاعل مع البيئة والعالم الخارجي هي:

3-3-1- تكوين فئات جديدة وتحديث الفئات القديمة: فأصحاب السلوك غير اليقظ (غير اليقظين عقلياً)

يعتمدون على ما تعودوا عليه من فئات بعكس أصحاب السلوك اليقظ (اليقظون عقلياً) الذين يعتمدون على فئات جديدة أو يُعيدون تسمية الفئات القديمة و يفكرون فيها وهذا يعطي لهم فرصة لأداء أفضل.

3-3-2- تعديل السلوك التلقائي: قد يؤدي النظر بشكل جديد للأساليب التلقائية المعتاد عليها في أداء مختلف

المهام من أجل تعديل طريقة الأداء إلى مزيد من النتائج المرغوب فيها، فمن الممكن أن يحول التنفيذ التلقائي للمهام دون التحسين والتطوير.

3-3-3- السماح بالشك: ويشير إلى عدم قبول الأشياء كما هي، وإنما يجب إخضاعها لمزيد من الفحص

والبحث، فالليقظون عقلياً يؤمنون بأن العالم متغير ولا يتقبلون النتائج كما هي وإنما يُخضعونها للبحث والنقضي، فمن الصعب إقناعهم بالإجابات البسيطة عن الأسئلة المعقدة.

3-3-4- الأخذ بوجهات النظر الجديدة: أحياناً تتبع آراء الفرد من الانطباعات الأولى وقد يبقى متمسكاً بهذه

الآراء مع ظهور الدليل المعارض وهو ما تطلق عليه لانجر "الالتزامات الإدراكية غير الناضجة".

3-3-5- تأكيد العملية بدلاً من النتيجة: فتركيز الشخص اليقظ عقلياً على كيفية الأداء وليس على إمكانية

الأداء من عدمه، أي يكون تركيزه على العملية بدلاً من النتيجة وهذا يجعله ينتبه إلى تحديد الخطوات اللازمة ثم يسمح بإجراء التعديلات اللازمة التي تؤدي إلى الحصول على نتائج أفضل من خلال التفكير في كل خطوة على حدة بدلاً من التفكير في كل شيء في الوقت نفسه (عبد المطلب، خريبه، 2020، 1-15).

3-4- وفي السياق نفسه قدمت شابيرو Shapiro أربعة مكونات لليقظة العقلية تمثلت في:

3-4-1- تنظيم الذات (Self- Regulation): ويعني المحافظة على الأداء المستقر والقدرة على التوافق مع

أي تغيير، فالليقظة العقلية تعزز من تنظيم الذات للفرد من خلال إعادة إدراكه للأمور فيكون قادراً على الانتباه للمعلومات الواردة لحظة بلحظة.

3-4-2- المرونة (flexibility): تحسن اليقظة العقلية من مرونة الفرد في التعامل مع ما يحدث معه وإدراك الأشياء بوضوح أكثر، فإذا كنا نرى مواقفنا وردود أفعالنا بشكل أكثر موضوعية فإننا سنتجاوب بحرية أكثر في اختياراتنا بدلاً من الاعتماد على الأفكار والمشاعر والسلوكيات الرجعية التي نتخذها عادةً لدينا.

3-4-3- توضيح القيم (Values Clarification): إن إدراك الفرد ووعيه للأشياء والنظر إليها برؤية جديدة يساعده على ملاحظة قيمه والتعامل معها بشكل أكثر موضوعية.

3-4-4- التعريض (Exposure): يساعد التعريض في علاج العديد من الاضطرابات والآلام المزمنة فمن خلاله يتعلم الفرد التعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية والأحاسيس الجسدية المؤلمة بموضوعية أكبر وتفاعل أقل وأن هذه الأفكار والمشاعر ليست بالشيء المخيف الذي نخشاه.

وهذه المكونات الأربعة متسقة تماماً مع حقائق اليقظة العقلية الثلاثة وهي (القصد والانتباه والاتجاه).

3-5- وأما هاسكر Hasker فقد ذكر مكونين رئيسيين لليقظة العقلية وهما: التنظيم الذاتي للانتباه في اللحظة الحالية Self Regulation of attention والانفتاح والاستعداد والوعي بالتجارب في اللحظة الحالية Openness and awareness of experiences in the present moment .

3-6- وحدد براون Brown مكونين أيضاً لليقظة العقلية، وتمثل المكون الأول في حالة الوعي State Of Awareness كما هي في اللحظة الحالية مع الشعور الهادف Purposeful والمركز والواعي.

ويشير مفهوم "هادف" إلى التركيز الموجه، حيث إن الانتباه لا يتعلق بمثيرات معينة أو يندمج معها (مثل: التفكير، والشعور، والإدراك البصري) بينما تمثل المكون الثاني في المعالجة المعرفية لليقظة العقلية Cognitive Processing of Mindfulness، وهذا المكون تم فهمه على الأغلب على أنه ملاحظة فضولية ومحيدة دون إصدار أحكام تقويمية على المثيرات كما هي في الوقت الحاضر (عبدالله، 2019، 189-190).

3-7- وأما باير وآخرين (Baer et al., 2006) فقد حدد خمسة مكونات لليقظة العقلية وهي:

1-7-3- الملاحظة أو المراقبة Observation: وهي تعني الانتباه والوعي للخبرات الداخلية والخارجية، مثل: الإحساسات، والمعارف، والانفعالات، والمشاهد، والأصوات، والروائح...

2-7-3- الوصف Description: وهو الوصف والتعبير اللفظي لخبرات الفرد الداخلية.

3-3-7- التصرف بوعي Act with awareness: وهو التركيز على الحاضر أثناء التعامل مع المواقف

المختلفة، ويتضمن ذلك القيام بالأنشطة اليومية بانتباه كامل مثل تناول الطعام أو المشي.

4-3-7- عدم إصدار أحكام Non judgments: وهو التأني وعدم إصدار أحكام تقييمية على الأفكار

والمشاعر الداخلية أو الخبرات الخارجية، فاليقظة العقلية تشجع على ملاحظة هذه الأفكار والمشاعر دون إطلاق أحكام عليها بأنها جيدة أو سيئة.

5-3-7- عدم التفاعل (عدم إصدار ردود أفعال) Non reactive: يعني الابتعاد عن التفاعل مع الأفكار

والمشاعر التي تأتي للفرد أثناء التعامل مع المواقف والخبرات المختلفة، فبدلاً من الانجرار وراء الأفكار

والمشاعر السلبية أو محاولة قمعها، تشجع اليقظة العقلية على ملاحظتها دون التفاعل معها، هذا يساعد على

تقليل تأثيرها السلبي على الفرد (نصار، 2020)

4- خصائص اليقظة العقلية:

حدد كل من Brown, Rayan, Creswell خصائص اليقظة العقلية وفق الآتي:

4-1- وضوح الوعي: وهو يتعلق بوضوح الوعي بما يحدث في العالمين الداخلي والخارجي للفرد، ويتضمن

الأفكار والمشاعر والأحاسيس والأفعال وكل ما يحيط به أو موجود في اللحظة الحالية فهو بذلك التبصير بالواقع

الداخلي والخارجي.

4-2- الوعي غير التمييزي: وهو الاتصال المباشر بالواقع مع الاحتفاظ بالطبيعة غير التمييزية، التي تركز

على عدم المقارنة أو التقويم أو اجترار أفكار أو خبرات من الذاكرة تسهل استخدام الوعي المعرفي بفاعلية ودقة.

4-3- المرونة في الوعي والانتباه: المرونة هي سمة أساسية من سمات اليقظة العقلية، والتي تعني القدرة على

تغيير الحالة الذهنية بتغيير الموقف وعدم الجمود على المألوف، فقد يكون الفرد واعياً بكل ما هو بارز في البيئة

المحيطة به أو داخله، ويمكن أن يكون واعياً لشيء ما على وجه الخصوص ويركز انتباهه نحوه.

4-4- الاستمرارية في الوعي والانتباه: تعد اليقظة العقلية القدرة الكامنة للفرد وفي بدايات حالات اليقظة العقلية قد تكون سريعة أو غير نظامية أو مستمرة، فاستقرار الوعي والانتباه يساعد في التخلص من المفاهيم الخاطئة والأفكار والانفعالات السلبية.

4-5- الوعي الموجه للحاضر: اليقظة العقلية تهتم بالوجود فقط في اللحظة الراهنة والوعي بها وإدراكها، فيتعرّز التحكم الذاتي في السلوك وتحقيق الأهداف بشكل أكثر فاعلية(نصار، 2020).

5- أهمية اليقظة العقلية:

ترتبط أهمية اليقظة العقلية بمجموعة من المبادئ حددها ماي May والتي تمثل مجموعة من الأنشطة التي إذا ما انخرط فيها الفرد فإنها ستحفز الذهن وتبني المقدرات الفردية وتقلل الضغط الذي يمكن أن يتعرض له وهذه المبادئ هي:

- 1- عدم التسرع في الحكم على النفس، أو الآخرين، أو الأحداث عند وقوعها.
 - 2- بث الصبر بالنفس و الآخرين.
 - 3- الاستمتاع بجمال كل لحظة وحدثاتها.
 - 4- الثقة بالنفس والمشاعر الخاصة.
 - 5- الاهتمام بما هو صحيح بدلاً من السعي وراء الأخطاء.
 - 6- قبول الأشياء على حقيقتها كما هي وليس كما يصورها الآخرون.
- كما أن وجود درجة من اليقظة العقلية يساهم في زيادة فهم الذات وتعزيز اللطف أو الرحمة والشفقة بالذات والتسامح.

كما يمكن استخدام اليقظة لتنمية وعي ما وراء المعرفة Meta-Cognitive Awareness الذي يتم تعلمه لملاحظة الأفكار أو المشاعر مثل: التفكير والعاطفة دون إدراك أنها واقع مطلق، والتي نحتاج للعمل بموجبها وتشجيع الفرد على تطوير منظور عدم التمرکز والاندماج، مع التسليم بأن هذه الأفكار ليست حقائق،

وأنها لا تحتاج إلى أية إجراءات للتخفيف من التفكير، وهناك محاولة تغيير الأفكار إلا أنه يتم تأكيد عدم تغيير الوعي بالأفكار والعلاقة بها (أبو عوف وآخرون، 2019).

6- فوائد اليقظة العقلية:

وفق جمعية علم النفس الأمريكية تتضمن بعض فوائد اليقظة العقلية المدعومة تجريبياً ما يلي:

6-1- الفوائد النفسية:

- تعزيز الشعور بالوعي.
- تقليل الشعور بالضغط والقلق والمشاعر السلبية بشكل ملحوظ.
- الحماية من الاستغراق في الأفكار السلبية التي تسبب التوتر.
- زيادة المرونة العقلية والانتباه.
- تحسين عمل الذاكرة.
- تقليل الأفكار المشتتة للانتباه.
- زيادة التعاطف والرحمة مع مشاعر الآخرين.
- تساعد في استخدام إستراتيجيات أكثر إيجابية وفاعلية في مواجهة الضغوط بدلاً من الاعتماد على إستراتيجيات المواجهة غير التكيفية.

6-2- الفوائد الفيزيولوجية:

- تحسين أداء الجهاز المناعي.
- زيادة في كثافة مناطق الدماغ المسؤولة عن المشاعر الإيجابية والتنظيم الذاتي.
- انخفاض ضغط الدم.
- انخفاض مستويات الكورتيزول في الدم.
- مقاومة أكبر للأمراض المرتبطة بالتوتر مثل مرض القلب (Naik et al., 2013).

كما تبين أنّ ممارسة اليقظة العقلية قد تؤدي إلى تغييرات في نمط التفكير وموقف الشخص من أفكاره، فمثلاً يشير كابات زين (Kabat-Zinn, 1982, 1990) إلى أن ملاحظة الأفكار المتعلقة بالألم و القلق دون الحكم

عليها قد يؤدي إلى فهم أنها مجرد أفكار وليست انعكاسات للحقيقة أو الواقع ولا تتطلب سلوك الهروب أو التجنب.

وعلى نحو مماثل لاحظ لاينهان (Linehan, 1993) أن مراقبة الفرد لأفكاره ومشاعره يساعد على فهم أنها ليست دائماً انعكاسات دقيقة للواقع مثال: الشعور بالخوف لا يعني بالضرورة أن الخطر وشيك. بالإضافة إلى أن التدريب على اليقظة العقلية يساهم في تعزيز إدارة الذات والتي تعني مراقبة الفرد لسلوكه وأفكاره ومشاعره و الوعي بها وتوجيهها نحو الهدف المرغوب.

فقد لاحظ كل من كريستيلر وهاليت (Kristeller and Hallet, 1999) أن مهارة مراقبة الذات قد تؤدي إلى تحسين القدرة على تعرف إشارات الشبع لدى الأشخاص الذين لديهم شراهة بالأكل، بالإضافة إلى زيادة القدرة على مراقبة الرغبة بتناول الطعام بشراهة دون الاستسلام لها.

يؤكد لاينهان أن زيادة الوعي باللحظة الحالية يعزز الانتباه وهو مهارة مفيدة للأفراد الذين يجدون صعوبة في إكمال المهام المهمة لأنهم مشتتون بسبب القلق و الذكريات المؤلمة والمزاج السيء. ومن خلال التأمل و التيقظ يصبح الشخص أكثر استرخاءً. فمن خلال التدريب على ممارسة اليقظة العقلية يتم تعلم ملاحظة ما يحدث في البيئة دون إصدار أحكام وهذا يساعد في حدوث تباطؤ في سباق الأفكار وانخفاض في توتر العضلات وتباطؤ في التنفس.

كما أن التدريب على اليقظة العقلية يعزز مهارة القبول (قبول الألم والأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية والحالات العاطفية دون محاولة تغييرها أو تجنبها) مثال ذلك: الفرد الذي يعاني من نوبات هلع قد ينخرط في العديد من السلوكيات غير التكيفية في محاولة منه لمنع النوبات في المستقبل، بينما إذا كان الفرد يستطيع أن يتقبل أن نوبات الهلع قد تحدث من حين لآخر، وأنها محدودة زمنياً وليست خطيرة فإن نوبات الهلع ستصبح تجارب غير سارة ولكنها قصيرة يمكن تحملها بدلاً من عدّها تجارب مخيفة وخطيرة يجب تجنبها (Baer, 2003).

7- فنيات اليقظة العقلية وتدريباتها:

تتعدد فنيات وتدريبات اليقظة العقلية، وفيما يلي عرض لبعض الفنيات والتدريبات المستخدمة في التدخلات أو البرامج القائمة على اليقظة العقلية:

7-1- فنية الاسترخاء:

يعد الاسترخاء طريقة فعالة لتخفيف الضغط في الجسم عبر بعض الأنظمة، وهو توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وهو أكثر فائدة في علاج القلق، إذ يحتاج إجراؤه إلى تدريب منظم، وهو فنية يربط بين الحركة الجسمية والحركة العقلية وتقيم التوازن بينهما.

7-2- فنية التأمل:

يُعرف التأمل على أنه نوع من المعالجة الذهنية لتهدئة العقل وبث الاسترخاء في الجسم وهو ما ينعكس أثره إيجابياً على الكثير من المشاكل العضوية مثل ارتفاع ضغط الدم، وهناك أنواع عديدة للتأمل مثل التأمل التركيزي، ويتكون من الإدراك الذي يركز على شيء معين مثل صورة أو صوت، والتأمل الإدراكي أو الواعي، وينطوي على الاسترخاء وإدراك المشاعر والأفكار والأحاسيس عند ظهورها، دون التركيز على شيء معين، ويعد مثلاً في إدارة الضغوط النفسية، والتأمل التعبيري، ويعد من أقدم التأملات ويشمل تقنيات نشطة مثل الرقص، والاهتزاز، وسرعة التنفس.

ومن خلال فنية التأمل يتم التدريب على الجلوس الهادئ وملاحظة أي شيء يدخل في مجال إدراك الفرد ورصده، مثل الأفكار والانفعالات والأحاسيس، مع الحرص على ممارسة الاسترخاء الهادئ، إذ يجعل الجسم في حالة راحة عميقة، ويقلل من التوتر والقلق والاضطرابات العاطفية، ويزيد من مقاومة الفرد للانفعالات النفسية والجسمية، ويؤدي إلى هدوء العقل، وتحسين قدرة الفرد على الإدراك الذاتي.

وهناك أنواع كثيرة من العلاج بالتأمل تشترك جميعها في الهدف، وهو تهدئة العقل وتركيزه، وتنظيفه من الأفكار المؤرقة والمسببة للقلق، ويساعد هذا النوع من العلاج في حالات الأمراض ذات العلاقة بالضغوط والآلام المزمنة كالصداع، ومن أنواع التأمل:

7-2-1- تأمل الابتهاال:

ابتهاال التأمل هو أسلوب آخر شائع للتأمل، وهو عبارة عن ترديد الابتهاالات (صوت أو كلمة أو عبارة) مراراً وتكراراً بهدف تهدئة عقل الفرد، ودخوله في حالة من التأمل العميق، ويمكن أن يكون الابتهاال أي شيء يمكن اختياره على شرط سهولة تذكره.

7-2-2- تأمل التخيل:

التمرن على التَّخِيل هو أسلوب آخر من أساليب التأمل، وهو خلق مكان هادئ داخل العقل والإبحار فيه حتى الوصول إلي حالة من الهدوء الكامل، ويتضمن تَخَيلاً في أي مكان، ويمكن أن يكون المكان الذي يتخيله الفرد شاطئاً رملياً دافئاً، أو حديقة مليئة بالزهور، أو غابة هادئة، حتى غرفة مريحة بها موقد مشتعل، وهناك أنواعٌ عديدة لهذا النوع من التخيل مثل:

أ- التخيل الصوري: أجمل صورة للفرد، ساعة حائط، شجرة.

ب- التخيل السمعي: صوت المطر، وصوت الرياح.

ج- التخيل الحسي: ويشمل: اللمس مثل ملمس الفرو، ولمس الرخام، ولمس سطح ساخن.

د- التخيل الصوري الحركي: تخيل شهاب يحترق في الهواء، وتخيل أنك تجري.

7-3- التدريب على التنفس والحركة: (التنفس اليقظ المدرك أو الوعي بالتنفس)

يعتبر التنفس من العناصر الطبيعية للتأمل، وهو عامل مهم في إحداث الاسترخاء، ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحالات العاطفية والمزاجية للفرد، ويساعد في تحسين الانتباه، والإدراك الذاتي، وخفض حدة الضغوط، وفيه يتم توجيه الفرد إلى تركيز الانتباه على عملية التنفس وملاحظة تدفق الهواء بشكل طبيعي داخل الجسم وخارجه من خلال توجيه الجلوس بشكل مريح مع وضع اليدين على الساقين وغلق العينين، مع مراعاة القائم بالتدريب أن يكون صوته لطيفاً هادئاً عند توجيه تعليماته لممارسة التنفس.

7-4- فنية مسح الجسم:

وهي مهارة من مهارات العقل واليدين وتستخدم في التركيز على أجزاء الجسم من خلال تعرّف آثارها وعلاقتها بالعقل من أجل الوعي بذاكرة الجسد ولمعرفة نقاط القوة داخل الفرد، ويحفز التدريب على هذه الفنية الجسم على الحركة وتدريبه على ضبط سرعة التنفس ونبضات القلب حتى يزيد من التزامه بالهدوء وزوال أعراض

القلق، وفيها يتم تدريب الفرد على الانتباه للأحاسيس الجسمية من خلال قيامه بمسح الجسم بطريقة منهجية لتركيز انتباهه على أجزاء مختلفة من الجسم وصولاً إلى الإدراك الكامل للجسم بدءاً من أصابع القدم وصولاً إلى الرأس، مع توجيه الفرد للتفكير في شيء آخر غير الخبرة التي يواجهها.

7-5- فنية إدراك الحواس:

وتتضمن الانتباه لجميع الحواس، وإدراك الفرد وتقديره لما يراه، ويسمعه، ويتذوقه، ويستشقه، ويشعر به، ويستخدم تدريب الأكل Mindful eating إدراك الحواس أيضاً. وهو يعد من تدريبات اليقظة العقلية. ويعد إدراك الحواس في الحياة اليومية أثناء المشي أحد فنيات اليقظة الذهنية، والتي تتضمن خطوات هي البدء بالمشي في مكان فسيح وجو رائع وجميل، وأثناء المشي يتم تركيز الفرد على الإحساس وهو يمشي والأرض تحت قدميه، والتنفس أثناء المشي، ويحاول ملاحظة ما حول الفرد وهو يمشي، والبقاء في الوقت الحاضر، وترك الأفكار المشتتة للفرد وعدم التفكير بها، مع إلقاء نظرة على السماء، واستشعار حركة الرياح ودرجة الحرارة على بشرته، ومحاولة أن يستمتع باللحظة، والانتباه للأحاسيس المختلفة مثل الإحساس بتحريك الرياح لشعره أو الإحساس بحرارة الشمس على وجهه، ومحاولة أن يتنفس بهدوء في شهيق وزفير منتظم.

7-6- تدريبات اليوجا:

تعتمد فكرة اليوجا على عنصرين أساسيين هما، التنفس والاسترخاء، إذ تعتمد اليوجا في الأساس على القيام بممارسة تمارين التنفس بشكل متكرر ومنتظم والعمل على استرخاء البدن وقدرة الشخص على التأمل، بالإضافة إلى كيفية ممارسة التمارين بوضعيات اليوجا المختلفة.

وتعتمد تمارين اليوجا بداية على تمرين التنفس الذي يقوم به الفرد عند ممارسة التمارين الأخرى كالشهيق والزفير، نظراً لأن هذه التمارين التي تعتمد على التنفس تعمل على إدخال الأكسجين للرئة، فتساعد على منح الفرد القدرة على التركيز بشكل أكبر ومنح الجسم طاقة أفضل، ويساعد إغلاق العينين والتمدد بشكل مستوٍ على سطح مريح، بالإضافة إلى ارتداء ملابس تتسم بالراحة، بالإضافة إلى القيام بالاسترخاء التام، فهو العنصر الأساسي في تمارين اليوجا التفكير في أمور تمنح الفرد الشعور بالراحة والهدوء النفسي.

وتتمثل المكونات الأساسية لليوجا عموماً في:

7-6-1- الوضعيات: وضعيات اليوجا، تُسمى أيضاً وضعيات الجسم، وهي سلسلة من الحركات المخصصة لزيادة القوة والمرونة، وتتراوح الوضعيات من الاستلقاء على الأرض مع الاسترخاء بشكل كامل إلى الوضعيات الصعبة التي قد تتطلب إطالة حدود الفرد الجسدية.

7-6-2- التنفس: يعد التحكم في التنفس جزءاً هاماً في اليوجا، حيث تُعلم اليوجا الفرد أن التحكم في النفس يساعد في التحكم في الجسد وتهدئة العقل.

7-6-3- التأمل أو الاسترخاء: يمكن أن يُدمج التأمل أو الاسترخاء ضمن اليوجا، وقد يساعد التأمل في تعلم الفرد أن يكون أكثر يقظة ودراية باللحظة الراهنة دون إصدار أحكام.

7-7- تدريبات التنفس:

تُعد تدريبات التنفس أحد فنيات اليقظة العقلية، إذ تؤدي إلى تناسق بين النظام العصبي الإرادي واللاإرادي، ولهذا السبب فإن التنفس اليقظ يقدم فرصة للجمع بين الجسم والعقل، ويمكن القيام بالتنفس اليقظ في وضع الجلوس أو الوقوف أو الاستلقاء من خلال السماح للفرد بالتنفس شهيقاً وزفيراً كما يشاء مع ملاحظة تدفق الهواء شهيقاً وزفيراً، وارتفاع البطن وانخفاضه، وبداية التنفس، ونقطة الانعطاف قبل أن تبدأ في الزفير وطول مدة التوقف تماماً قبل أن يبدأ الجسم دورة أخرى، والتركيز على ما هو مهم من أحاسيس تسهل عملية التركيز، وغرس الإحساس بأن كل نفس يعكس كل خلية في الجسم، والتنفس اليقظ المُدرك أو الوعي بالتنفس يدعم التنفس الهادئ وتكامل الدماغ ويساعد في تحسين الانتباه، والإدراك الذاتي، وتوفير الهدوء مما يُسهم في خفض حدة الضغوط التي يتعرض لها الفرد.

7-8- فنية الوعي بالذات:

هي قدرة الفرد على قراءة انفعالاته وإدراكه لتأثير تلك الانفعالات في سلوكه، ومعرفته بنقاط القوة لديه وجوانب الضعف، ويشمل الوعي بالذات جوانب مترابطة هي المشاعر والإدراك والسلوك، ومراقبة الذات، ويتطلب تطويره اكتشاف رؤى وجوانب جديدة في الذات، لذلك لابد من التقويم الذاتي المنتظم، ويساعد الفرد على فهم القيم

الخاصة به واحتياجاته وميوله، ونقاط القوة والضعف، لأن معرفة نقاط القوة وفهم المشاعر يؤثر في السلوك، ويعمل على تعزيز العلاقات مع الآخرين.

7-9- إدارة الانفعالات:

تؤدي الانفعالات دوراً ووظيفة مهمة في تقديمها معلومات تتعلق بالأحداث الداخلية والخارجية، فهي تساعد على تنشيط الأفعال والأحداث، وتواصل المعلومات مع الآخرين.

وتعرف إدارة الانفعالات على أنها الوعي بالانفعالات وفهما وتقبلها، والقدرة على الضبط أو التحكم في السلوك الاندفاعي، والتصرف بطريقة مناسبة لتحقيق الأهداف المرغوبة عند الإخبار بالانفعالات السلبية، والقدرة على استخدام إستراتيجيات ملائمة لتنظيم الانفعالات في المواقف المختلفة بطريقة أكثر مرونة لتعديل الاستجابات الانفعالية لمواجهة المطالب الموقفية وأهداف الفرد و تحقيقها.

7-10- إدارة الضغوط:

يعد التحكم في الضغوط وتعلم كيفية إدارتها عملية أساسية مهمة لتجنب الكثير من الأمراض النفسية والجسمية ، وذلك من خلال برامج تتضمن فنيات وإستراتيجيات للتعامل مع الضغوط.

وتُعرف الضغوط النفسية بأنها سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة للتعامل مع البيئة ومتطلباتها فتفرض عليه سرعة التوافق في مواجهة الأحداث وتجنب الآثار النفسية والاجتماعية السلبية للوصول إلى تحقيق التوازن.

وتعني إدارة الضغوط تحديد المشكلات المرتبطة بالضغوط و تحليلها وتطبيق الفنيات والأساليب المختلفة للتعامل مع مصادر الضغوط، واتخاذ القرارات المتعلقة بالتعامل مع الضغوط للتخفيف من آثارها النفسية والاجتماعية على الفرد.

وإدارة الضغوط هي قدرة الفرد على ضبط اندفاعاته، ومشاعره و رغباته، وتعديل المواقف الصعبة التي يمر بها من خلال توقعاته عن هذه المواقف، ومن خلال التدريب على التحكم في الضغوط(حميدة، 2019،

8- التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية:

هناك أربع تدخلات علاجية قائمة على اليقظة العقلية و هي كالآتي:

8-1- العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and commitment Therapy (ACT):

طور هذا العلاج كل من هايز وزملاؤه (Hayes, Strosch, and Wilson(1999) وهو يهدف إلى زيادة المرونة النفسية والقدرة على التواصل مع اللحظة الراهنة بشكل كامل وواعٍ، ويتم تحقيق المرونة باستخدام ستّ فنيات أساسية وهي:

8-1-1- القبول (Acceptance):

القبول بديلٌ لتجنب الخبرات، ويتضمن التقبل الواعي للأحداث الخاصة بحياة الفرد والتي قد ترتبط بماضيه دون محاولات لتغييرها، كما يعني القبول أن يحدد الفرد الأشياء الخارجة عن سيطرته والتي لا يستطيع تغييرها ويتقبلها كما هي، لأن محاولات تغيير ما هو خارج عن السيطرة سيتسبب في إحباط الفرد وتكون الانفعالات السلبية.

8-1-2- الفصل المعرفي (Cognitive Defusion):

وتهدف هذه الفنية إلى تغيير وظائف الأفكار الخاصة بحدث ما بدلاً من تغيير شكل ذلك الحدث، وهي تشير إلى العملية التي يستطيع الفرد من خلالها أن يفصل نفسه عن أفكاره من خلال رصدها دون الانغماس أو التشبث بها، وتقبلها أو التغاضي عنها، وقد ثبت أن هذه العملية تقلل من الشعور بعدم الارتياح ومحاولات إثبات مصداقية الأفكار السلبية والتوتر الناجم عنها، كما أنها تعزز المرونة النفسية والقدرة على التركيز وإدراك المشاعر والوعي بالمتطلبات المتغيرة وتقبلها والتكيف معها.

8-1-3- عيش الحاضر (Being Present):

يعزز العلاج بالقبول والالتزام الاتصال المستمر بالحاضر والأحداث في البيئة أثناء حدوثها دون إطلاق الأحكام أو تنبؤات عما سيحدث في المراحل اللاحقة. والهدف هو أن يختبر الأفراد العالم بشكل أكثر مباشرة ليصبح سلوكهم أكثر مرونة ثم تكون أفعالهم أكثر اتساقاً مع الأقوال والقيم التي يتبنوها (Hayes et al., 2006).

8-1-4- الذات كمنظور Self as Perspective :

وفق أدبيات ACT هناك ثلاث طرائق للنظر إلى الذات: الذات محتوى، والذات عملية، والذات سياق. تتضمن الذات محتوى الأوصاف والتقويمات اللفظية الشخصية. فمثلاً قد يصف أحد الأشخاص نفسه بأنه رجل يبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاماً، وهو محاسب، ويعاني من رهاب اجتماعي، وما إلى ذلك. أما الذات عملية فهي الوعي الذاتي المستمر أو الشعور بالذات، حيث يلاحظ المرء العمليات المستمرة مثل الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية، مثل "الآن أشعر بالقلق". وأخيراً الذات منظور والتي تسمى أيضاً سياقاً أو الذات الملاحظة، وهي شعور متسام بالذات. فهي ليست موضوعاً للتقويمات اللفظية، بل هي المكان الذي تتكشف منه تجربة الشخص وإجراء الملاحظات، وهذا ما يجعلها في مرتبة سامية لأنها لا تحتوي على شكل أو محتوى لفظي (Bach, 2008).

8-1-5- القيم (Value):

وهي صفات مختارة لأفعال هادفة، لا يمكن الحصول عليها كشيء ولكن يمكن تفعيلها لحظة بلحظة. أي يبني الفرد اختياراته على قيمه هو وليس قيم الآخرين، وهكذا حتى يلتزم بتحقيقها.

8-1-6- الالتزام (Commitment):

أي تنمية أنماط من السلوكات الفعالة المرتبطة بالقيم المختارة للفرد، ويستخدم فنيات مثل (العلاج بالتعرض، واكتساب المهارة، وطرائق التشكيل، ووضع الأهداف، والواجب المنزلي الخاص بأهداف طويلة ومتوسطة وقصيرة المدى) (سيد، 2019)

8-2- العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT):

هو التدخل العلاجي الذي طوره كل من تيسديل وزملاؤه (Teasdale, Segal, and (1995) Williams يستخدم في مساعدة الأفراد الذين يعانون من نوبات متكررة من الاكتئاب. تشير البحوث التي أجريت إلى فاعلية العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في تخفيف الأعراض المستمرة للاكتئاب واضطرابات ثنائي القطب، وتقوم فكرته على الدمج بين مبادئ وفنيات العلاج المعرفي السلوكي مع الممارسات التأملية لليقظة العقلية فمن خلاله يتعلم الأشخاص تغيير الطريقة التي يستجيبون بها للأفكار الآلية أو الأوتوماتيكية التي عادة

تعرض أو تنشط الاكتئاب والمشاعر والأحاسيس الجسدية. يساعد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الناس في تعلم كيفية إدراك شعورهم وإحساسهم بالوجود الواقعي من حولهم ورؤية أنفسهم ككيانات منفصلة عن أفكارهم وأمزجتهم، و معناه أن الأفكار التي تعتريهم والحالات المزاجية التي تتناوب عليهم ليست هي بالضرورة وقائع وحقائق تجسد هويتهم بل حالات طارئة يجب تفهمها وتجاوزها دون أخذ موقف سلبي من الذات أو دون إسقاط أحكام تقييمية نقدية على الذات. ويسمح انفصال الشخص عن أفكاره وأمزجته بأن يتحرر من أنماط التفكير التي ترتب الرسائل السلبية نفسها والتي يكررها في الأغلب ويعيد تكرارها مرة إثر أخرى.

وبعد أن يتحقق للشخص وعي بالانفصال بين أفكاره، وانفعالاته من جهة و ذاته من جهة أخرى يدرك أن ذاته ليست محكومة بالانفعالات والمشاعر والأفكار وأن هذه الانفعالات والمشاعر والأفكار ليست وقائع أو ليست حقائق تعبر عن هويته كشخص، ثم يتحقق لديه بصيرة تمكنه من تلمس أفكار إيجابية إزاء حالاته المزاجية السيئة.

8-3- العلاج الجدلي السلوكي (DBT): Dialectical Behavior Therapy

ترجع بداية ظهور هذا النموذج من العلاج وتطوره إلى الباحثة مارشا لينهان (Linehan, 1993) Marsha والتي قامت باستخدامه لعلاج الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية، حيث وجدت أن هذا النموذج العلاجي أثبت فعاليته بشدة في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وتحسن مؤشرات جودة الحياة لديهم وتفاعلهم مع الآخرين، فقد شجعت الباحثين على استخدام هذا العلاج في علاج الاضطرابات النفسية الأخرى كاضطراب المزاج والإدمان، واضطرابات الأكل والاضطرابات الوجدانية. وهو يمزج بين فنيات العلاج المعرفي السلوكي واليقظة العقلية حيث يقوم على فكرة التقبل والتغيير من خلال تغيير الأفكار والمشاعر والسلوكات غير المرغوب فيها إلى أفكار وسلوكات مرغوب فيها وقبول ما يحدث حول الفرد من ضغوط والتعامل مع الأحداث كما هي والتي قد تكون سبباً في شعوره بالتوتر، فالتقبل يشير إلى فهم الذات وإدراك السلوكات التي يقوم بها الفرد وتقبلها كما هي سواء أكانت إيجابية أم سلبية أما التغيير فيشير إلى استبدال السلوكات الضارة التي يقوم بها الفرد وتحويلها إلى سلوكات إيجابية. وهذا يتم من خلال تغيير فلسفة الفرد في الحياة وتدريبه لأن يكون

أكثر اتزاناً وضبطاً لانفعالاته، ومراقبة المشاعر والأحاسيس والسلوكيات وتقويمها وتقويم ردود أفعال الآخرين أيضاً بأكثر من طريقة وإدراك الفرد أن هناك أكثر من حقيقة واحدة للموقف الواحد، ويتم هذا الإدراك حينما تزيد عملية المرونة وحل الصراعات التي قد تواجه الفرد نتيجة تفكيره المتصلب. كل ذلك يتم من خلال توظيف مجموعة مختلفة من الفنيات كاليقظة العقلية، و التقبل، والإقناع(دسوقي،2022)

8-4- الحد من الضغط القائم على اليقظة العقلية Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR):

وهو برنامج قام بتطويره كابات-زين (Kabat-Zinn(1982,1990 للمرضى الذين يعانون من آلام مزمنة والاضطرابات المرتبطة بالتوتر، يتم إجراء البرنامج في شكل دورة مؤلفة من 8 جلسات أسبوعية تستغرق كل جلسة من (2-2.5) ساعة وقد تُعقد جلسة مكثفة لليقظة العقلية في الأغلب خلال الأسبوع السادس، ويتم في العلاج تشجيع الواجبات المنزلية المتعلقة بممارسة تدريبات اليقظة العقلية، وتضم الجلسات أكثر من 30 مشاركاً ويختبر المشاركون تغييراً لحالاتهم الداخلية ويحظون بفرصة لتنمية قدرتهم على الوعي باللحظة الحاضرة من خلال ممارسة فنيات اليقظة العقلية مثل تدريب مسح الجسم وهو عبارة عن تمرين مدته 45 دقيقة يتم فيه توجيه الانتباه وملاحظة الأحاسيس بالتتابع إلى مناطق عديدة من الجسم بينما المشارك مستلقٍ وعيناه مغمضتان، بالإضافة إلى جلسة التأمل واليوغا وتأمل المشي.

9- قياس اليقظة العقلية:

تعدّ اليقظة العقلية أحد المتغيرات الحديثة نسبياً في التراث السيكولوجي فقد تعددت محاولات قياسها والكشف عن أبعادها، وقد أخذت تلك المحاولات اتجاهين: الاتجاه الأول، رأى أن اليقظة العقلية أحادية البعد وقد تم إعداد أدوات لقياس اليقظة العقلية وفق هذا الاتجاه ومنها: قائمة فرايبورج لليقظة العقلية إعداد (Buchheld et al.,2001) وتتكون من 14 مفردة يتم الاستجابة عليها وفق مقياس ليكرت الرباعي، ومقياس اليقظة العقلية إعداد (Feldman et al.,2007) ويتكون من 12 مفردة يتم الاستجابة عليها وفق مقياس ليكرت الرباعي، الاتجاه الثاني: ورأى أن اليقظة العقلية متعددة الأبعاد وقد تم إعداد أدوات لقياس اليقظة العقلية وفق هذا الاتجاه ومنها: مقياس تورنتو لليقظة العقلية إعداد (Lau et al.,2006) ويتكون من 13 مفردة موزعة على بعدين يتم الاستجابة

عليها وفق مقياس ليكرت الرباعي، ومقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية إعداد (Baer et al., 2006) ويتكون من 39 مفردة موزعة على خمسة أبعاد يتم الاستجابة عليها وفق مقياس ليكرت الخماسي. (الفقي، بشار، 2023)

تعقيب:

وفي ضوء ما تقدم: ترى الباحثة أن اليقظة العقلية تشتمل على الإدراك الواعي لما يحدث في اللحظة الراهنة سواء أكان منبهات داخلية من أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية، أم خارجية من البيئة الاجتماعية والمادية ومراقبة هذه المنبهات دون إصدار أحكام ذاتية عليها، وملاحظة ما نفعله ونفكر فيه ونعيشه في لحظة من الزمن، أي الاتصال بالعالم الواقعي والعيش فيه كما هو وبشكل مباشر. فاليقظة العقلية هي وعي ذاتي حاضر بالخبرة والواقع الراهن بشكل متقبل ومتفتح للأحداث الجارية بدلاً من التركيز على الماضي أو المستقبل. فهي تعمل على إعادة توجيه العقل لإعادة التركيز في كل مرة تتجول فيها الأفكار ليساهم في تحسين القدرة على تنظيم العواطف والاستجابة للضغط النفسي والتصرف إيجابياً، كما أن الأبحاث والدراسات الحديثة أشارت إلى أن ممارسة اليقظة العقلية له أهمية كبيرة في تنمية العديد من السلوكيات الإيجابية وعلاج بعض المشكلات النفسية والجسدية بما في ذلك الألم، والأمراض الجلدية، وعلاج السرطان، والاكتئاب، والقلق، واضطرابات الأكل وتعاطي المخدرات وغيرها من الضغوط المرتبطة بالاضطرابات، وهذا يساعد للوصول إلى الصحة النفسية وتنمية السعادة وتحقيق التكيف النفسي السليم.

المحور الثاني: الضغط النفسي

تمهيد:

يعد الضغط النفسي من الموضوعات المهمة التي حظيت باهتمام العديد من العلماء و الباحثين نظراً لما لموضوع الضغط من علاقة بالجوانب الصحية والنفسية والسلوكية للأفراد بالإضافة إلى الآثار التي يتركها في مختلف مناحي الحياة. وفي هذا الفصل سنتطرق لمفهوم الضغط النفسي وأهم التعريفات التي تناولته، النظريات والنماذج المفسرة له، أنواعه، وآثاره، ومصادر الضغط النفسي في العمل، واستجابة الإنسان للضغط، وفي ختام الفصل سنحاول تحديد إستراتيجيات وأساليب التعامل مع الضغط النفسي.

1- مفهوم الضغط النفسي:

في لسان العرب جاءت كلمة الضغط بمعنى: ضغطه وعصره وضيق عليه وقهره، كما يشير معجم الوجيز إلى أن الأصل اللغوي لكلمة الضغط هو: ضغطه ضغطاً عصره وزحمه، والكلام بالغ في ايجازه وعليه شدد و ضغط.

إن مصطلح الضغط ليس مفهوماً جديداً فهو من المصطلحات القديمة المتناولة في عدة مجالات (كعلم النفس والاجتماع والإدارة والطب والفيزياء وغيرها...) وبداية ظهور هذا المصطلح تمتد إلى القرن السابع عشر حيث تم استخدامه في المجال الهندسي ليصف الشدة وقوة تأثير الأحمال، ولكن هذا المصطلح برز بشكل واضح في المجال النفسي في القرن العشرين ليشير إلى عملية مواجهة مشاق الحياة ومشكلاتها والمشاعر السلبية التي تنبثها هذه المشاق.

وكلمة ضغط (stress) مقتبسة من علم الفيزياء وفي قاموس اللغة الانجليزية تعرف بأنها القوة التي تضغط على شيء وقد تغير من شكله أو حجمه أما في مجال علم النفس فإن كلمة ضغط تعني التوتر النفسي الشديد.

وهناك الكثير من العلماء والباحثين الذين اهتموا بمفهوم الضغط النفسي وتفسيره وتعريفه ومسبباته وذلك لما له من تأثير على الأفراد في مختلف مناحي الحياة، ومن أبرز هؤلاء العلماء كلود برنارد Claude Bernard حيث تحدث عن الطرائق التي تجعل حياة الكائنات الحية أسهل وأبسط بعيداً عن الضغط النفسي.

وفي عام 1929 جاء الفيزيولوجي ولتر كانون Walter Cannon واستفاد من أفكار برنارد Bernard، ويعتقد بأن كانون Cannon أول من استخدم مفهوم الضغط النفسي على أساس أنه ناتج عن الخبرات الإنسانية حيث قدم مفهوم التوازن، والذي يقصد به استخدام الكائن الحي لمصادره من أجل الوصول إلى التوازن الذي يحقق له البقاء وأن الضغط يحدث نتيجة خلل في هذا التوازن وعند إدراك العضوية تهديداً خارجياً من البيئة فإن الجسم يُظهر مجموعة من التغيرات الفسيولوجية الداخلية مثل: زيادة كل من التنفس وضربات القلب وارتفاع ضغط الدم، وهذا يؤدي بالفرد إلى الاستجابة لهذا التهديد إما بالصمود والمواجهة أو بالهرب حيث تعد هذه الاستجابة تكيفية عند مواجهة المواقف الخطرة (السميران، المساعيد، 2014)

أما الطبيب الكندي هانز سيلي Hans Selye الأستاذ بجامعة مونتريال فقد كان رائد المدرسة التي قدمت مفهوم الضغوط إلى الحياة العلمية، وقد أشار إلى أن كثيراً من العوامل البيئية يحول الجسم عن حالة التوازن كالحرارة، والبرودة، والألم، والسموم، والفيروسات وغيرها، وهي تحتاج إلى ردود فعل جسمية لاستعادة التوازن، وهذه العوامل تسمى الضواغط أو مثيرات الضغط stressors وتتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعبئ استجاباته، فالجسم يستجيب للضغوط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية و الكيميائية التي تعد الفرد للقتال أو النفاذ (التجنب) (الضريبي، 2010).

يجد الكثير من المتخصصين صعوبة في تعريف مصطلح الضغوط النفسية، إذ يمكن أن تعرف بطرائق مختلفة تبعاً لوجهة نظر العالم والاتجاه النظري الذي ينتمي إليه، لذا فإنه ليس من السهل تحديد تعريف عام وشامل للضغوط النفسية فهناك ثلاثة اتجاهات في تعريف الضغوط الاتجاه الأول عرفها على أنها مثيرات وهنا يركز الأفراد على مصدر التوتر أو سببه باحتسابه حدثاً أو مجموعة ظروف مثل ضغط العمل المرتفع أو ما يسمى (عبء العمل). والأحداث أو الظروف المسببة للضغط ندركها على أنها مهددة لنا أو مؤذية، لذلك فإنها تستثير لدينا مشاعر التوتر والتي نسميها ضغوطات stresses ومن أمثلة هذه الأحداث الضاغطة :

1- أحداث كارثية مثل الأعاصير والفيضانات، والزلازل والبراكين.

2- أحداث عظيمة في الحياة مثل فقدان عزيز، أو فقدان عمل، أو خسارة مادية.

3- ظروف متأزمة مثل العيش مع ألم مستمر وشديد.

الاتجاه الثاني ينظر من خلاله العلماء إلى الضغوط النفسية على أنها استجابات ويركزون على ردود فعل الشخص على الموقف الضاغط أو مصدر الضغط النفسي، أي كيف استجاب الشخص مع التهديد الناتج عن الحدث الضاغط نفسه. وكثير من الناس يستخدمون مفهوم الضغط للإشارة إلى حالة التوتر التي يعانونها، كأن يقول مثلاً (أشعر بضغط نفسي مرتفع عندما أقدم محاضرة) إن مثل هذه الاستجابة تحتوي على مكونين أساسيين هما: المكون النفسي الذي يتضمن السلوك والأفكار والانفعالات كما هو الحال عندما نشعر بالعصبية، والمكون الثاني وهو الفيزيولوجي الذي يتضمن إثارة الجهاز العصبي الذاتي وما ينتج عنه من تسارع في ضربات القلب واختلال الدورة الدموية والتنفس والغدد وخاصة الأدرينالين.

أما أصحاب الاتجاه الثالث فينظرون إلى الضغط النفسي على أنه عملية تتضمن العلاقات التفاعلية بين الفرد والبيئة فالشخص يؤثر في بيئته كما أن البيئة تؤثر فيه، ومن هنا يتبادلان التأثير والتأثر خلال هذه العلاقة المستمرة، ويسعى الفرد جاهداً للتكيف أثناءها حتى يحفظ التوازن بينه وبينها، ووفق هذا الاتجاه في تعريف الضغط النفسي فإنه ليس مجرد مثير أو استجابة فقط ولكنه عملية يكون الشخص فاعلاً فيها من خلال ما يحمله من عمليات معرفية (كالمعتقدات والأفكار والانتباه والتذكر) والحالة الانفعالية من مشاعر أو حالات وجدانية (عبدالله، 2023، 19-20).

والآن سنتطرق لأهم التعريفات التي تناولت مفهوم الضغط النفسي:

تعريف سيلبي Selye :

الضغط هو "استجابة الجسم غير المحددة لأي مطلب يفرض عليه" (Selye, 1973, 692)

تعريف لازاروس Lazarus:

الضغط هو "العملية التي يتم فيها التفاعل بين الفرد و البيئة عند تعرضه لمثيرات أو مواقف وتفسير الفرد وتقويمه لها على أنها مهددة وضارة والاستجابات والعمليات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها للتكيف مع

الأحداث الضاغطة" (Lazarus, 1993)

تعريف كوهين وآخرين Cohen et al:

"يحدث الضغط عندما يدرك الفرد أنَّ البيئة تفرض عليه مطالب تفوق قدرته للتكيف معها"

(Cohen et al، 2007، 1685)

تعريف روبين وجادج Robbins&Judge:

هو "عملية نفسية غير سارة تحدث كاستجابة لضغوط بيئية" (Robbins & Judge, 2012, 595)

تعريف العاسمي:

هو "حالة نفسية تنتاب الفرد نتيجة لتعرضه لمواقف ضاغطة (داخلية أو خارجية) تهدد توازنه النفسي والشخصي، وما ينجم عن ذلك من آثار سلبية على المستوى الانفعالي والاجتماعي والجسمي التي تعيق توافقه السليم في مواقف الحياة المختلفة" (العاسمي، 2011، 228)

تعريف عبد الرحمن:

"الضغط مفهوم يشير إلى درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية، والتأثيرات تختلف من شخص إلى آخر تبعاً لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين، وهي فروق فردية بين الأفراد" (عبد الرحمن، 2012، 9)

تعريف خلفية:

هو "حالة تنتج من تشوه إدراك الفرد وتفسيره للمثيرات الداخلية والخارجية على أنها تهديد حقيقي يفوق قدراته وإمكاناته وتولد لديه الإحساس بالعجز والتوتر وعدم الاتزان" (خلفية، 2019، 36)

تعريف البيرقدار:

هو "حالة من الإجهاد الجسمي أو العقلي التي تحدث تغيرات سريعة في الجهاز العصبي المستقل والتي تضع الفرد بظروف تحاول إجباره على التصرف بشكل يرضاه أو لا يرضاه ويكون الضغط صادراً عن داخل الفرد أو عن البيئة" (البيرقدار، 2011، 31)

تعريف عبد المعطي:

الضغوط النفسية هي "المثيرات أو التغيرات التي تحدث في البيئة الداخلية والخارجية للفرد وتكون شديدة و دائمة، والتي تسبب للفرد عدم القدرة على التكيف، والتي تؤدي في ظروف معينة إلى الاختلال في السلوك أو

الاختلال الوظيفي الذي يسبب المرض، وترتبط الاستجابات الجسمية والنفسية غير الصحية باستمرار تلك الضغوط" (عبد المعطي، 2006، 23)

من خلال استعراض التعريفات السابقة نجد أنها جميعاً تتفق على أن:

الضغوط النفسية قد تنشأ من داخل الشخص نفسه نتيجة الأزمات التي يعيشها وتسمى ضغوطاً داخلية كالحساسية الزائدة والطموح الزائد أو قد تكون ناتجة عن ظروف خارجية مثل العمل أو العلاقات الشخصية أو موقف صادم وتسمى ضغوطاً خارجية.

تأثير الضغوط النفسية يختلف من إنسان لآخر فما يعتبر ضاغطاً بالنسبة إلى فرد لا يعتبر كذلك بالنسبة إلى فرد آخر وهذا يرجع لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه من الآخرين، وهي فروق فردية بين الأفراد

التعرض الشديد والمتكرر للضغوط يترتب عليه الكثير من التأثيرات النفسية والجسمية والاجتماعية الضارة، والضغوط النفسية تحدث نتيجة لعدم قدرة الفرد على القيام باستجابات تكيفية مناسبة للمثيرات التي تسبب الضغوط فيتترتب عليه ردود أفعال عضوية وعقلية وانفعالية.

2- النظريات والنماذج المفسرة للضغط النفسي:

تعددت النظريات والنماذج المفسرة للضغوط. وهذا راجع لتعقيد ظاهرة الضغوط من جهة وكذلك إلى تعدد التخصصات المتداولة لهذا الموضوع، وفيما يلي عرض للبعض منها:

2-1- نظرية متلازمة أعراض التكيف العام لهانز سيلبي Hans Selye:

الأستاذ بجامعة مونتريال وهو من أوائل الأطباء الذين بحثوا في هذا الموضوع وهو رائد المدرسة التي قدمت مفهوم الضغط إلى الحياة العلمية. لقد صور سيلبي ردود الفعل النفسي والجسدي لأي فرد اتجاه مصدر الضغط ماهي إلا أعراض فسيولوجية الهدف منها هو المحافظة على الحياة وكيان الفرد وقد حدد سيلبي ثلاثة مراحل دفاعية يتخذها الفرد ضد الضغط ويرى أن هذه المراحل تمثل مراحل التكيف العام Stages Of General (Adaptation) وهي:

2-1-1- مرحلة الانذار (Alarm Stage):

وفي هذه المرحلة يظهر رد الفعل الأولي للموقف الضاغط عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ وبالتحديد إلى الغدة النخامية، وهذا بدوره يرسل رسائل عصبية وكيميائية للأجهزة المعنية في الجسم، حيث يفرز هرمون الأدرينالين، يزداد التنفس، ويزداد السكر والدهون في الدورة الدموية وتشتد عضلات الجسم لتهيأ لعملية المواجهة.

2-1-2- مرحلة المقاومة (Resistance Stage):

وهي مرحلة مقاومة التهديد لمحاولة الحفاظ على التوازن الحيوي، وفي حال استمر التهديد لفترة طويلة سيكون هناك عجز عند الفرد في المواجهة ويهبط مستوى التكيف وستكون العملية منهكة تؤدي بالفرد إلى الإعياء (النصراوي، 2020)

2-1-3- مرحلة الإجهاد أو الإنهاك (Exhaustion Stage):

إذا استمر تعرض الفرد للضغط لفترة أطول فإنه سوف يصل إلى مرحلة الإنهاك، وفي هذه المرحلة يزداد نشاط الغدد الصماء وتبدأ المستويات المرتفعة من الكورتيزول في إحداث تأثيرات سلبية على الدورة الدموية والجهاز الهضمي والمناعي وغيرها من الأجهزة حيث تستنزف طاقة الفرد الحيوية وقواه ويصبح الفرد عرضة للإصابة بالأمراض وفي بعض الحالات يمكن أن يؤدي إلى الوفاة (Rice, 2012)

2-2- نظرية المواجهة أو الهروب لوالتر كانون walter cannon:

كانون من أوائل الباحثين الذين استخدموا عبارة الضغط stress سنة 1935 في بحوثه على الحيوانات من خلال ما أسماه (الضغط الانفعالي) حيث بين أن الألم و الخوف والغضب مصدر الضغط الانفعالي، وينتج عنه تغيرات في الوظائف الفيزيولوجيا للكائن الحي وهذا راجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة.

كما استخدم كانون مصطلح الضغط وعرفه بأنه حالة رد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطه بانفعال المقاتلة أو المواجهة، كما أشار إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب التي قد يسلكها

الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة فافتراض أنه عندما يواجه الفرد تهديداً في البيئة فإن الجسم يُستثار بسرعة ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغدي يؤدي إلى حدوث تغيرات فيزيولوجية تجعل الشخص مستعداً لمواجهة التهديد أو الهروب، فاستجابة الهروب أو المواجهة هي استجابة تكيفية، غير أنها يمكن أن تكون ضارة للفرد لأنها تزيد من مستوى أدائه الانفعالي والفيزيولوجي عند تعرضه للضغط المستمر (سميرة، 2018، 60)

2-3- نظرية التقدير المعرفي لريتشارد لازاروس Richard Lazarus :

عُني لازاروس بالتقويم أو التقدير المعرفي ورد فعل الفرد تجاه الأحداث الضاغطة وميز بين نوعين من التقويم المعرفي:

2-3-1- التقويم الأولي Primary Appraisal: وهو إدراك الفرد للموقف الضاغط وتفسيره له (إيجابي أم سلبي).

2-3-2- التقويم الثانوي Secondary Appraisal: ويشير إلى الوسائل المتبعة لمواجهة هذا الضغط أو الأثر المحتمل في الموقف.

وترى هذه النظرية أن الضغوط تحدث عندما يواجه الفرد مطالب تفوق قدرته على التوافق وتقوى إمكاناته الجسمية والمعرفية والانفعالية.

يرى لازاروس أن الشعور بالضغط هو نتاج التفاعل بين خصائص البيئة وخصائص الفرد وكفاءة آلياته الدفاعية المعرفية، فتقويم الفرد للموقف ودور كل من الإحباط والصراع والتهديد هو الذي يولد الضغط، فالإحباط هو شكل من أشكال الخطر والأذى الذي يتعرض له الفرد ويهدد أهدافه، أما الصراع فهو ينتج عندما تتعارض أهداف الفرد مع بعضها البعض فيتولد الإحباط.

وقد أشارت نظرية التقويم المعرفي إلى أهمية الفروق الفردية في تقويم الضغوط، فما يعتبر ضاغطاً بالنسبة إلى فرد ما لا يعد كذلك لآخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغط وحالته الصحية. (عبد الرحيم، 2016)

2-4- النظرية الإدراكية لسبيلبرجر Spielberg:

تُعدُّ نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق سمةً والقلق حالةً، ويقول إنَّ للقلق شقين: سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة.

وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة، فالضغط الناتج عن ضاغط معين هو المسبب لحالة القلق ويستبعد ذلك عن القلق سمةً حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق (طه، ياسين، 2007، 6-7)

كما عُنِيَ سبيلبرجر بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة و التي تكون ضاغطة وميز بين حالات القلق الناتجة عنها، وفسر العلاقات بينها وبين ميكانيزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة مثل: (الكبت-الإنكار-الإسقاط)

وميز مفهوم الضغط من مفهوم التهديد فكلاهما مفهومان مختلفان، فكلمة ضغط تشير إلى الاختلافات في الأحوال والظروف البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر، أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف ما على أنه خطير أو مخيف.

2-5- نظرية هنري موراي Henry Murray:

يرى موراي أن مفهومي الحاجة والضغط من المفاهيم الأساسية في تفسيره لمفهوم الضغوط، إذ تمثل الحاجة عنده المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة. ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص يعيق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، ويميز موراي بين نوعين من الضغوط:

أ- ضغط بيتا Beta Stress: ويشير إلى الموقف الضاغط كما يدركه الفرد ويفسره.

ب- ضغط ألفا Alpha Stress: ويشير إلى الموقف الضاغط كما هو في الواقع من دون تفسير الفرد الذاتي له.

وبحسب نظرية موراي فإن الحاجات النفسية تكون قوى دافعة لكنها لا تعمل بمفردها، وإنما تتضافر مع القوى البيئية في ديناميكية من أجل انبثاق السلوك الإنساني، فالعوز الذي ينشأ عن وجود الحاجة يهدد كيان الفرد ويزيد من التوتر لديه والإلحاح من أجل الإشباع ويظل الإنسان يناضل في بيئته ويبحث عن ميسرات تحقق له الإشباع فإذا تحقق استعاد الإنسان اتزانه أما إذا تعوق إشباع الحاجات المثارة عندها يكون الضغط.

2-6- نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory:

يرى علماء مدرسة التحليل النفسي وعلى رأسهم فرويد (Freud) أن الضغوط النفسية سببها الصراعات اللاشعورية والرغبات داخل الفرد، وأكدوا أن الضغوط التي يعاني منها الفرد في كل موقف أو سلوك هي تعبير عن صراع ما بين نزاعات ورغبات متعارضة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أم داخل الفرد نفسه، فعندما تصطدم النزاعات والمشاعر الغريزية والتي يمثلها (الهو) بتحريم يأتي من المحيط الاجتماعي أو من الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها (الأنا الأعلى) أو ما يطلق عليه الضمير فإن هذه التفاعلات والصراعات تؤدي إلى ظهور الآليات الدفاعية عند الفرد.

وبحسب النظرية التحليلية فإن معظم الأفراد لديهم صراعات لاشعورية وهذه الصراعات تكون لدى البعض أكثر حدة وعدداً. فهؤلاء الناس يرون ظروف حياتهم وأحداثها مسببات للضغوط النفسية وأن أساليب مواجهة هذه الضغوط يكون عن طريق الكبت الذي اعتبره فرويد ميكانيكية الدفاع تجاه الضغوط،، فالذكريات المؤلمة والرغبات المكبوتة في اللاشعور يتم في مرحلة الطفولة المبكرة يرافق ذلك الشعور بالذنب وهذا يؤدي إلى معاناة الفرد من آثار الضغوط النفسية وإصابته لاحقاً بالاضطرابات النفسية وبعض الأمراض مثل السرطان والقلب وغيرها.

2-7- النظرية السلوكية:

يرى السلوكيون أن الضغوط النفسية تنطلق من عملية التعلم التي من خلالها يتم معالجة معلومات المواقف الخطرة التي يتعرض لها الفرد والمثيرة للضغط، وتكون هذه المثيرات مرتبطة شرطياً مع مثيرات حيادية أثناء الأزمة أو مرتبطة بخبرة سابقة حيث يصنفها الفرد على أنها مخيفة ومقلقة.

ويرى السلوكيون أن التفاعلات المتبادلة لدى الإنسان وواقعه أو مع البيئة الفيزيائية والاجتماعية التي يعيش فيها مُنبئٌ للسلوك قبل وقوعه ورأوا أن تكيف سلوك الفرد بحسب متطلبات الموقف المحدد يكون بصورة ذات معنى ومغزى، وأن جسم الإنسان ليس سلبياً بل هو فعال يسعى لأن يتكيف ولا تفسر تفاعلات الجسم وحدها بل إن جسم الإنسان ومحيطه الاجتماعي يفسران معاً ما يعانيه الفرد من اضطرابات.

وبحسب السلوكيين فإن النتائج النفسية والسلوكية التي تحدثها الضغوط تحدث من السلوك ومدى تأثيره في نمط سلوك الفرد المعتاد، والضغط في نظرهم يؤدي إلى القلق ولكنه يكون أحياناً ناجحاً وعملياً لأنه يؤدي بالإنسان إلى اتخاذ قرارات حاسمة ويقوي إرادته التي تمكنه من مواجهة الفشل أو النجاح في المستقبل، كما أن الضغط النفسي يفيد الإنسان في تعلّم أسلوب حل المشكلات ويهيئ شخصيته لتكون فاعلة لما قد يواجهه مستقبلاً من أحداث (النوايسة، 2011، 19-20)

2-8- نظرية العجز المتعلم لـ سيلجمان Seligman:

أكد سيلجمان أن تعرض الفرد لحالة العجز تجعل سلوكه غير تكيفي، فعزوف الفرد عن القيام بأية محاولة أو استجابة تخلصه من الوضع المزعج القائم يمثل ردة فعل غير تكيفية، وترى هذه النظرية أن الضغط النفسي نتاج للشعور بالعجز المتعلم. ويرى هذا النموذج أن هناك ثلاثة أبعاد للتفسير المعرفي الذي يساعد في فهم درجة عمق وتناقض وطول مدة الشعور بالعجز وهذا يساعد في التنبؤ بإمكانية حدوثه وفهمه، وهذه الأبعاد هي:

2-8-1- عزو الفشل لأسباب داخلية (العزو الداخلي) أو خارجية (العزو الخارجي) Internally-Externality

2-8-2- اتساق العزو بالثبات Stability: إن مسببات الأمور سوف تبقى هي في كل الأحوال.

2-8-3- مدى انطباق التفسير على مجال واحد في الحياة أو شموليته في عدة مجالات. وقد أكدت أبحاث

سيلجمان وآخرين أن التفسيرات الداخلية والثابتة والشمولية هي التي تقود إلى التراجع في الدافعية والمعرفة والتكيف الانفعالي، وتكون النتيجة الشعور بالاكتئاب لمدة أطول وأشد عمقاً.

ويرى سيلجمان وميلر (Miller&Seligman, 1975) أن الفرد إذا عزا النقص في قدراته إلى عوامل ثابتة يصعب تغييرها فسوف يعتقد أن جهده الشخصي لن يعدل الموقف، ولذا فإن مصادره الذاتية ستكون غير كافية لمجابهة الضغط النفسي، وهذا يولد لديه مزيداً من الشعور الذاتي بالضغط النفسي.

ويرى سيلجمان أن حالة العجز المتعلم تؤدي إلى آثار تعليمية ودافعية وانفعالية، ويتمثل الأثر الدافعي بعزوف الفرد عن المبادرة والمحاولة، أما الأثر التعليمي فيتمثل في تعلّم الفرد أن سلوكه غير ذي جدوى وأن النتائج التي يرغب بها لا تعتمد على سلوك يقوم به، فالفرد يتعلم هنا أن النتائج التي يتعرض لها تحدث مستقلة عن أفعاله، أما الأثر الانفعالي فيتمثل في فقدان القدرة على التحكم والسيطرة على مجريات الأمور الذي يؤدي إلى استجابات انفعالية سلبية.

ومن الاقتراحات لمواجهة العجز المتعلم لدى الفرد يقدم زيمباردو وفلويدرش (Zimbardo&Floyd, 1977) منهجية من خلال إشعار الفرد بإمكانيته التحكم في البيئة، فإتقان المهارات الضرورية مبكراً يؤدي إلى تحسين الفرد ضد العجز أو التقليل من آثاره، وكذلك من خلال الزيادة في الوضوح المعرفي والتنبؤ قدر الإمكان الذي يساعد في التقليل من الضغط النفسي والقلق.

وأن تعرض الفرد لاستمرار المواقف الضاغطة يؤدي إلى عجزه عن القيام بأي نشاط أو سلوك في مواقف لاحقة، وهذا يحتم عليه الاستسلام للضغوط النفسية الناتجة عن العمل (الغريز، أبو أسعد، 2009، 62-64).

3- آثار الضغط النفسي:

تسبب شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها إلى ظهور الكثير من التأثيرات السلبية في الفرد من النواحي الفيزيولوجية والمعرفية والسلوكية والانفعالية وفيما يلي نذكر بعض هذه الآثار السلبية الناجمة عنها:

3-1- الآثار الفيزيولوجية:

الأحداث والظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تُحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد للجهاز العصبي، حيث يتم إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى عدم انتظام دقات القلب (سرعة

ضربات القلب) وزيادة معدل التنفس وارتفاع مستوى الكولسترول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية واضطرابات في المعدة و الأمعاء والشعور بالغثيان والدوار .

3-2- الآثار السلوكية:

وتتمثل في انخفاض مستوى الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوب فيها: التدخين، وتعاطي المخدرات والعقاقير، وإدمان الكحول، وتزايد عدد الأخطاء والتأخر والتغيب عن العمل، وتغيرات في الشهية، واضرابات في النوم وإهمال المظهر والصحة.

3-3- الآثار المعرفية:

يؤدي الضغط المفرط وغير القابل للسيطرة إلى انخفاض مستويات التركيز واختلالات في الذاكرة ونقص الانتباه وعدم القدرة على اتخاذ القرار وتشوش في التفكير . (piperopoulos, 2016, 25)

3-4- الآثار الانفعالية:

كسرعة الاستثارة والغضب والعنوانية وتقلب المزاج وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس وزيادة الاندفاعية والحساسية المفرطة.

3-5- الآثار الجسمية:

وتشتمل على مجموعة متعددة من الأمراض السيكوسوماتية كالصداع وعسر الهضم وزيادة معدل ضربات القلب.

3-6- الآثار الاجتماعية:

تتأثر حياة الفرد الاجتماعية وعلاقاته مع الآخرين سواء في الأسرة أو المجتمع بسبب الضغط النفسي، وهذا يؤدي إلى اضطرابات في الروابط الاجتماعية وفشل في أداء الدور المناط به والعزلة والوحدة والانسحاب الاجتماعي.

4- أنواع الضغط النفسي:

تُعد الضغوط النفسية الأساس الذي تُبنى عليه بقية الضغوط الأخرى والعامل المشترك في جميع أنواع الضغوط مثل الضغوط الاجتماعية والمهنية والأسرية والدراسية والعاطفية وتتعدد الضغوط بتعدد مصادرها ومن هذه الضغوط:

4-1- الضغوط الأسرية:

وهي ضغوط تفرزها عوامل كثيرة داخل الأسرة ومنها، غياب أحد الوالدين والمشاحنات الأسرية، والمعاملة الوالدية القاسية، وعصبية الوالدين، وافتقاد وسائل قضاء الفراغ في الأسرة، وضغط الوالدين، والحالة الصحية السيئة لأفراد الأسرة، والوضع الاقتصادي السيء للأسرة.

4-2- الضغوط الاجتماعية:

تعد الضغوط الاجتماعية حجر الأساس في التماسك والتآلف الاجتماعي والتفاعل بين الأفراد، فهي تمثل نوعاً من التأثير الذي يمارسه بعض أفراد المجتمع في أقرانهم، ويؤدي إلى الفاعلية في تكوين معتقدات هؤلاء الأفراد وتتمثل هذه الضغوط في اضطراب العلاقة مع الآخرين، وصعوبة تكوين العلاقات الاجتماعية والعزلة، وكثرة اللقاءات أو قلتها.

4-3- الضغوط الصحية:

هي التي ترتبط بالصحة الجسدية والفسولوجية كارتفاع ضغط الدم وارتفاع معدل ضربات القلب، والغثيان، وصعوبات النوم، والإصابة بالمرض، والعادات الصحية السيئة، وتغيير النظام الغذائي، وفقدان الشهية للطعام.

4-4- الضغوط المهنية:

هي ضغوط ناجمة عن ضغوط العمل ومتاعبه، والظروف الفيزيائية (كالحرارة والتهوية والضوضاء) وضعف الحوافز، والعمل المكثف أو القليل، وضغوط الانتقال والهجرة، وضغط المسؤولين، وسوء المعاملة والعمل

الروتيني، جميعها تمثل ضغوطات تعيق إنتاجية العامل وتؤدي إلى زيادة الإصابة في العمل، وتؤدي إلى عدم التركيز وخفض الإنتاج.

4-5- الضغوط الدراسية:

هي ضغوط تتعلق بظروف الدراسة، حيث تشكل الصعوبات الدراسية على الطالب في مختلف المراحل الدراسية ضغطاً شديداً في حالة عدم استجابته للوائح الدراسية، فهو مطالب بالنجاح والتفوق لإرضاء طموحه الشخصي، ولإرضاء أسرته، كما تتمثل الضغوط الدراسية في صعوبة التعامل مع الزملاء، وضعف القدرة على التركيز، والفشل في الامتحانات، والخوف من الفشل والرسوب، وقلة توافر المستلزمات الدراسية، وغياب العلاقات الإنسانية مع الزملاء والمدرسين.

4-6- الضغوط العاطفية:

تُعد الضغوط غريزة أساسية لذا يسعى الإنسان جاهداً لتحقيق الاتزان العاطفي، إلا أن كثرة المشكلات العائلية، وعدم الاتفاق مع شريك الحياة، وعدم الاستقرار الزوجي، وصعوبة اختيار شريك الحياة، والانفصال بين الزوجين، وسوء التوافق الزوجي، جميعها مشكلات تحول دون التوازن العاطفي والانفعالي.

4-7- الضغوط الاقتصادية:

إن انخفاض مستوى الدخل، ونقص الحاجات وفقدان العمل، والصعوبات المالية تنعكس على حالة الإنسان النفسية وتؤدي به إلى الشعور بالتعب والملل والإحباط (فلاح، اقنير، 2018) وهناك من العلماء من قسم أنواع الضغوط بحسب استمراريته إلى:

• الضغوط المؤقتة:

الضغوط المؤقتة وهي التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تنتفخ مثل الضغوط الناشئة عن الامتحانات أو مواجهة موقف صعب و مفاجئ أو الزواج الحديث وغير ذلك من الظروف التي لا يدوم أثرها لفترة طويلة.

• الضغوط المزمنة:

وهي تشمل الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة طويلة مثل تعرض الفرد لآلام مزمنة أو موت شخص عزيز أو الإيقاف عن العمل. (البطي، 2018)

كما يمكن تصنيفها من حيث تأثيرها إلى:

• **الضغوط الإيجابية:**

الضغوط الإيجابية وهي استجابة معرفية إيجابية يمتلكها الفرد تجاه الضغوطات. وهي من أنواع الضغط التي تصبح مفيدة للفرد من خلال مساعدته وتحسين حياته، بدلاً من كونها ضارة له. وتُعتبر الضغوط الإيجابية مثيرة وممتعة لأنها تحفز الفرد على إكمال مهمة معينة أو تحقيق هدف محدد، كما أنها قصيرة المدى و يُنظر إليها على أنها ضمن قدرة الشخص على التأقلم، وتشمل بعض الفوائد مثل: زيادة الإبداع والإنتاجية وتحسين احترام الذات والمزايا الصحية مثل تنشيط الجهاز المناعي وزيادة إفراز الأدرينالين والإيبينيفيرين والتي يمكن أن تساعد في كل شيء بدءاً من تحسين الحركة والتفكير بوضوح و تحسين وظائف المخ، يمكن أن تؤدي أيضاً إلى الشعور بالرضا والانجاز والرفاهية والكمال.

بعض الأمثلة عن الضغوط الإيجابية:

الانخراط في التحدي، ممارسة نشاط بدني مرغوب فيه مثل تدريب الأثقال، الالتزام بموعد العمل النهائي. وإدارة ضغوط العمل اليومية المتكررة.

وفق (Hansen 2015)، حدوث النشوة خلال لحظات من حياة الفرد عندما تكون هناك حاجة إلى درجة من الدافع للتغلب على العقبات التي قد تكون صعبة، وأوضح كذلك أن الجسم يكتسب فوائد كبيرة من الحالات العادية للضغط الإيجابي حيث يشعر الفرد بفترة وجيزة من القلق المتزايد والذي يتحول بسرعة إلى الاسترخاء بمجرد الانتهاء من المهمة المحددة. ومع ذلك فإن الضغط الإيجابي يستنزف احتياطات الجسم تماماً مثل الضغط السلبي، والتعرض المفرط للضغط الإيجابي دون إدارته بشكل فعال يمكن أن يحول الضغط الإيجابي إلى ضغط سلبي يؤدي إلى الإرهاق.

• **الضغوط السلبية:**

وهي عكس الضغوط الإيجابية تُضرُّ بالفرد وهي تنتج عن عدم قدرة الفرد على التعامل مع المطالب المفروضة عليه بسبب شدة الضغوطات، أي عندما يكون أمام الفرد مهام كثيرة والوقت قصير جداً، أو حينما

يتعامل مع مهام معقدة بلا إعداد ملائم، ومن مظاهر الضغوط السلبية القلق والحزن والألم وانخفاض الأداء حتى أعراض المرض العقلي. ويمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض فيزيولوجية أو سلوكية، قد تشمل الأعراض الفيزيولوجية زيادة في ضغط الدم والتنفس السريع والتوتر العام. بينما قد تشمل الأعراض السلوكية العدوانية وردود الفعل العنيفة و التدخين والشرب بالإضافة إلى آليات التكيف السلبية ومشاكل إدارة الغضب.

بعض الأمثلة عن الضغوط السلبية: متطلبات العمل المفرطة، انعدام الأمن الوظيفي، والصراع في العلاقات الشخصية. (Christian o, Obiageli o, 2019)

كما أن الضغوط السلبية قد تنشأ أيضاً عندما تكون متطلبات العمل قليلة جداً لا تكفي لاستثارة الفرد وحثه وتحفيزه فتؤدي إلى الملل والشعور بالإحباط.

5- استجابة الإنسان للضغط النفسي:

الضغوط سواء كانت داخلية المنشأ أي من داخل الشخص نفسه نتيجة الانفعالات وكبتها وعدم قدرة الفرد على البوح أو خارجية المنشأ أي تتكون من المحيط الخارجي مثل العمل، العلاقة مع الأصدقاء والاختلاف معهم في الرأي، فهي تعد مثيرات لابد أن يستجيب لها الإنسان استجابات مختلفة تبعاً لخصائصه من جهة، وطبيعة تلك الضغوط وشدتها من جهة أخرى، ويمكننا تقسيم الاستجابات إلى:

5-1- استجابات إرادية:

وهي تلك التي يعيها الفرد ويشعر إزاء وقوعها برد فعل مثل استجابته بتخفيف ملابسه عند الإحساس بارتفاع درجة الحرارة، أو ارتداء ملابس أخرى عند الإحساس بالبرد.

5-2- استجابات لاإرادية:

هي ردود فعل بعض أجهزة الجسم التي يصعب التحكم بها مثل الارتجاف عند التعرض لموقف لا يستطيع التحكم فيه، أو التعرق بسبب الخجل. ويمكن تقسيم الاستجابة إلى:

أ - عضوية:

مثل التنبهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد وفعاليات الجهاز العصبي السمبثاوي المسؤول عن أمن الجسم تلقائياً، من حيث السيطرة على جميع أجهزته الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز الدوري والتنفسي وجهاز الغدد والجلد الذي يعمل وقت تعرض الجسم للخطر (ضغط خارجي أو داخلي) وهو يعلن ما يشبه حالة الطوارئ وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجات الاستعداد، وكذلك الجهاز الباراسمبثاوي، حيث العمل بالاتجاه المعاكس للسمبثاوي بإبطاء أو كف عمل بعض أجهزة الجسم.

ب - نفسية:

كافة الاستجابات التي يتحكم أو لا يتحكم بها الفرد في الوقف المحدد وهي التي تمثل العمليات العقلية مثل التفكير بمعطيات الضغط ومسبباته، وكذلك تقويم الضغط الموجود، ثم الوصول إلى معرفة الضغوط دون القيام بفعل ما.

ج - السلوكية:

وهي الاستجابات التي يلجأ إليها الفرد تحت وطأة الضغوط، تلك الاستجابات التي يمكن ملاحظتها (جمال، 2016)

وبما أن قطاع الصحة من أكثر القطاعات تعقيداً نظراً لحساسية المهنة التي يمارسها عمال هذا القطاع وخاصة الأطباء والمرضى فهم أكثر عرضة للضغوط النفسية وفيما يلي سنتطرق لأهم مصادر الضغط النفسي في بيئة العمل.

6- مصادر الضغط النفسي في العمل:

بعد مراجعة العديد من أدبيات ضغوط العمل يمكن حصر مصادر ضغوط العمل في جانبين رئيسيين هما المصادر التنظيمية والمصادر المتعلقة بالفرد.

6-1- مصادر ضغوط العمل التنظيمية:

وهي تلك المتغيرات أو العوامل الموجودة في بيئة العمل والتي تكون مصدر ضغط للأفراد ومن بينها:

- **صراع الدور (Role Conflict):** يظهر صراع الدور في العمل عندما يكون هناك أكثر من مطلب وعلى الفرد الاستجابة لإحداها ويصعب عليه الاستجابة للآخر، أي عندما تتعارض وتتداخل واجبات الفرد في عمله مع الواجبات الأخرى. ومن أمثلة ذلك تداخل عمل الفرد مع واجباته العائلية.
- **غموض الدور (Role Ambiguity):** ويقصد به النقص في المعلومات اللازمة لتأدية الدور المتوقع من الفرد، كما يحدث غموض الدور عندما تكون الأهداف والمهام وكذلك متطلبات العمل غامضة، فيؤدي هذا إلى الشعور بعدم سيطرة الفرد على العمل.
- **عبء العمل (Role Overload):** أي تحميل الفرد بأعباء فوق طاقته، وقد تكون زيادة الأعباء من الناحية الكمية إذ يطلب من الفرد القيام بأعمال أكثر مما يستطيع إنجازه بالوقت المحدد، وقد تكون زيادة العبء بشكل نوعي، كأن يطلب من الفرد القيام بأعمال لا تتناسب مع استعداداته وقدراته الخاصة.
- **طبيعة العمل (Nature of Work):** هناك العديد من الوظائف التي تعاني من ضغوط العمل أكثر من غيرها، حيث نجد أن الوظائف التي تتطلب اتخاذ قرارات حاسمة ومهمة ينتج عنها مستوى عالٍ من الضغوط في الأغلب.
- **التطور الوظيفي (Job Growth):** التطور الوظيفي أمر مهمٌ لكثير من الأفراد، ليس فقط لأنهم يحصلون على دخل مادي أكبر ولكن لأنهم يحققون مكانة أفضل ويواجهون تحدياً جديداً، ولذلك فإن عدم القدرة على تعزيز المكانة المهنية والمستقبل الوظيفي ومواكبة المستجدات في مجال التخصص يمثل مصدراً من مصادر ضغوط العمل.
- **الاحباط الوظيفي (Job Frustration):** ويتمثل في عدم قدرة الفرد على القيام بدوره في المنظمة بسبب عوائق البيئة التي يعمل بها، إذ يتحدد دور الفرد في المنظمة من خلال الوصف الوظيفي ومؤهلاته وخبراته وموقعه في البناء التنظيمي (باديس، إيمان، 2018)

- **عدم المشاركة في اتخاذ القرارات (Participation In Decision Making):** إن مشاركة الفرد في صنع و اتخاذ القرارات له تأثير كبير فيه، فإذا لم يشارك بأفكاره ومعلوماته في القرارات المتعلقة بالعمل يؤدي ذلك إلى الشعور بالعجز والمعاناة وانخفاض في إنتاجيته ورضاه الوظيفي أيضاً والسلبية في العمل.
- **المناوبة - الدوام (Shift):** إن العمل بنظام المناوبات الليلية يؤثر في صحة الإنسان، فقد بينت الدراسات أنَّ المناوبة لها تأثير سلبي في عادات النوم و العلاقات الاجتماعية، حيث يترتب على ذلك الشعور بالتعب والنوم المتقطع، واضطراب الشهية، وزيادة حالات الطلاق، وانخفاض عدد اللقاءات مع الأصدقاء، وزيادة حوادث العمل، بما في ذلك الأرق والشعور المستمر بالإجهاد خلال ساعات العمل.

6-2- المصادر المتعلقة بالفرد (العوامل الشخصية):

- **نمط الشخصية (Type Behavior):** يتسم الأفراد ذوي نمط الشخصية (A) بالتنافس والإقدام وحب المغامرة والإنجاز والطموح والشعور بضيق الصبر والإحساس بأهمية الوقت ولا يتسامحون مع أخطائهم أو أخطاء الغير وعادة ما يلومون أنفسهم على النتائج السلبية ويفضلون القيادة ويحبون الاستقلالية، وتبين أن الأفراد ذوي نمط الشخصية (A) يظهرون استجابة أشد قوة تجاه مثيرات الضغوط النفسية في مواقف متعددة وتكون استجاباتهم مصحوبة بمجموعة من التغيرات الفسيولوجية الضارة بالجسم مقارنة مع الأفراد ذوي نمط الشخصية (B) الذين يتسمون بالهدوء والصبر والليونة والعمل باعتدال ولا يعانون من ضيق الوقت كما أنهم أقل تنافسية وعدوانية ويعطون أهمية لمشاعر من يتعاملون معهم وأحاسيسهم والاستمتاع والاسترخاء.
- **مركز الضبط في الأحداث (داخلي وخارجي):** إن الأفراد الذين يعتقدون في مركز التحكم الداخلي يتميزون بأنهم أكثر قدرة على تحمل الضغوط النفسية. فهؤلاء يميلون إلى الاعتقاد بأنهم مسؤولون عن الأحداث والمواقف التي يتعرضون لها ولديهم شعور بالقدرة على التحكم والسيطرة بهذه الأحداث والمواقف بدرجة كبيرة، بينما الأشخاص الذين يعتقدون في مركز التحكم الخارجي يعانون من مستويات ضغط عالية في الأغلب، لأنهم يدركون أن ما يحدث لهم من أحداث سيئة هو نتيجة لعوامل خارجية لا يمكن السيطرة عليها مثل (الحظ والصدفة).

- **قدرات الفرد وحاجاته:** كلما زاد توافق قدرات الفرد مع متطلبات الوظيفة أُشبعَت حاجاته المهنية وقلت درجة معاناته من الضغط. فقدرات الفرد و حاجاته هي التي تحدد درجة صعوبة الضغط أو سهولته عنده.
- **الحالة النفسية والبدنية للفرد:** تؤثر الحالة النفسية والبدنية للأفراد على درجة استجاباتهم للضغوط التي يتعرضون لها داخل بيئة العمل، كما يربط الباحثون بين الأمراض النفسية ويرون أنها منشأ للكثير من الأمراض الجسمية، والاضطرابات النفسية التي تصيب الأفراد نتيجة لضغوط العمل ومنها القلق والإحباط الذي يقلل من مستوى مقاومة الفرد للضغط، كما أن الصحة الجيدة للفرد تجعله أقل تعرضاً للمرض عند مواجهته للمواقف الضاغطة والحادة.
- **صلابة الشخصية:** إن الأفراد الذين تتسم شخصياتهم بالصلابة النفسية يتميزون بقدرتهم على التحكم وضبط الأحداث التي تحيط بهم، وشعورهم بالقدرة على التأثير في بيئتهم و التعامل مع متطلبات الظروف الضاغطة ومجابهة التأثيرات السلبية المرتبطة بها بطريقة ناجحة من خلال استخدام إستراتيجيات إيجابية للمواجهة، وهذا ما يجعل وقع الأحداث على الفرد أقل خطراً و تهديداً وهذا يقود إلى الشعور بالصحة النفسية والجسدية. أما الأفراد الذين يعانون من فقدان الصلابة فيتميزون بمستويات عالية من الإحساس بالضغوط ويمكن أن يكونوا أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المتصلة بالضغوط.

3-6- المصادر النفسية:

يقصد بها الأحداث والمواقف التي تنشأ بين الفرد و بيئته ومدى إدراكه لها و طبيعة رد فعله نحوها ومن هذه المصادر نذكر ما يلي:

- **3-6-1- التكيف:** ويعني العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه، ليحدث توافقاً أكبر بينه وبين البيئة التي يعيش فيها، ونظراً لعدم استقرار بيئة العمل بما يتعلق بالفرد حيث يتخلل حياته الوظيفية مجموعة من الأحداث ذات الوقع الشديد عليه فيترتب عليها مجموعة من الأعراض النفسية مثل: الشعور بالخيبة، وفقدان الأمل، عدم الإحساس بالأهمية ونقص التقدير والاكنتاب، هذه الأسباب وغيرها التي يجد الفرد صعوبة التكيف معها تعتبر من المصادر الرئيسية للضغوط لدى الأفراد.

6-3-2- الإحباط: ينشأ الإحباط عندما يفشل الإنسان في تحقيق رغباته ويحدث ذلك نتيجة لاستثارة دوافع الإنسان عن طريق المنبهات الداخلية أو الخارجية ويترتب عليها توترات نفسية أو عضوية أو نفس عضوية بحسب نوع الدافع، ويتركز الإحباط في بيئة العمل نظراً للأنظمة المعمول بها حيث تقيد حريات العاملين من خلال دفعهم إلى العمل وفق إجراءات تحد من الإبداع وعزلهم عن المشاركة في اتخاذ القرارات.

إن للإحباط انعكاسات نفسية سيئة على الأفراد، فهو يولد لديهم استجابة قد تدفعهم إلى العدوانية، واللامبالاة، وأحلام اليقظة وغيرها من الأعراض النفسية. (مكاسي، 2017)

أما فرانس إيفان وآخرين (France Evain et all..) فيشيرون إلى وجود مصدرين للضغط النفسي في مكان العمل، مصادر متعلقة بمنظمة العمل، ومصادر متعلقة بالفرد وهي:

6-4- المصادر المتعلقة بمنظمة العمل:

- **منظمة العمل (Labor Organization):** يعتبر المستشفى من أكثر المؤسسات التي يواجه عمالها ضغوطاً مهنية خاصة الأطباء لكون عملهم يحمل عدة مخاطر كاحتمال التعرض للإصابات أو حالات الوفاة المتعلقة بالمرضى.
- **أوقات العمل (Working Hours):** فالمعروف أن أوقات العمل لدى الأطباء والممرضين هي كثيرة مقارنة بمهامهم الصعبة، فهم يعملون حتى المناوبات في الليل وعطلة الأسبوع والمناسبات.
- **مهام العمل (Job Duties):** حيث يتطلب من الطبيب والممرض مهارات خاصة بعملهم كمهارة التواصل الاجتماعي، ومهارات أخرى متعلقة بقدراتهم وذلك لتحقيق التكيف.
- **الضغط المالي (Financial Strees):** ذلك أن الأطباء يواجهون الخوف من فقدان الدخل إذا حدثت أي أخطاء طبية.
- **العلاقة مع الزملاء (Relationship with colleagues):** تعد العلاقة بين الفرد وزملائه في العمل من المصادر المهمة للضغوط النفسية عليه فالدعم الاجتماعي والمساندة الذي يحصل عليه الفرد من زملائه يؤثر إيجابياً في تخفيض الشعور بالضغط والتوتر.

6-5- المصادر المتعلقة بالفرد (Individual related resources): وتتضمن الوراثة والعوامل الشخصية فكل شخصية تتميز بسمات معينة لها دور في مواجهة الضغوط وذلك بحسب كل نمط وكذلك التوازن في الحياة الخاصة والتي يؤثر فيها كل من العائلة والأقران والحالة النفسية للفرد (حفصة، 2017).

7- خصائص الضغط النفسي:

لكل ظاهرة من الظواهر خصائص تميزها عن غيرها وتحدد هويتها، وفيما يأتي بعض من خصائص الضغوط النفسية:

7-1- المادية:

الضغوط النفسية تأتي من تفاعلات عناصر حياتية، فنشأتها تكون من مثيرات تكمن في طبيعة بنية النظام الاجتماعي والسياسي والاقتصادي، كما أنها تنشأ من مثيرات حيوية بيولوجية، ومثيرات نفسية.

7-2- الانتشار والعمومية:

نظراً لوجود فروق فردية بين الأفراد لكونهم يقعون تحت طائلة الضغوط النفسية، واستعداداتهم النفسية والعقلية والمعرفية إلا أن هناك شروطاً عندما تتوافر لابد أن يعاني الفرد ويشعر بالضغوط النفسية، وهنا لا فرق بين فرد وآخر لتتحقق صفة العمومية.

7-3- تنوع النشأة:

تنشأ الضغوط من مثيرات سارة كما تنشأ من مثيرات مؤلمة، فلقد ثبت أن الحوادث المرغوب فيها وغير المرغوب فيها تؤدي إلى تغيير في الحياة وتتطلب إعادة التوافق الثابت، وأن الخبرات السارة تسبب ضغوطاً ولكنها قليلة القدر إذا ما قُورنت بالضغوط الناتجة عنها.

7-4- الضغوط تتضمن دوافع إيجابية:

إن الفرد يتحرك تحت تأثير الضغوط التي يتعرض لها ويحاول التغلب عليها بقدراته واستعداداته، ولكنها عند حد معين تكون لازمة وضرورية لتنشيط الدوافع والحاجات وزيادة التفاعلات مع البيئة المحيطة وتحقيق الهدف وإشباع الحاجات.

7-5- الضغوط مؤشر للتكيف:

تُمكن الضغوط من تشكيل تفاعلات سلوكية، يظهر منها الفرد متكيفاً أو يعاني من سوء التكيف، أما إذا تضمنت المواقف الضاغطة مطالب فوق طاقة الشخص فإن ذلك يؤدي إلى سوء التكيف والاضطراب.

7-6- ذات طبيعة وظيفية:

تحدث الضغوط نتيجة لفشل البناء الاجتماعي في القيام بوظائفه، وعجزه وقصوره في وسائل الضبط الاجتماعي، كما يحدث الإحساس بالضغط كجانب وظيفي لعدم تكامل الشخصية واختلاف الدفاعات والآليات الفسيولوجية والنفسية لدى الفرد وعدم كفاية قدراته واستعداداته في تحمل الضغوط.

7-7- ذات طبيعة ديناميكية:

الضغوط ليست ثابتة فهي مجموعة من التأثيرات المترابطة، فهي عند حد معين قوة نحو غاية وهدف محدد، كما أنها تتأثر بعدة عوامل مثل: درجة الوعي الذاتي ومستوى الفرد الاقتصادي والطبقة والثقافة التي ينتمي إليها (حيزية، مريم، 2022)

8- أساليب التعامل مع الضغط النفسي:

يمكن عدُّ التعامل مع الضغوط النفسية طريقة أو محاولة من الفرد للتعامل مع الموقف الضاغطة، وهذه المحاولة إما أن تكون فاعلة تخفف من آثار الضغوط النفسية السلبية، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الشعور بالضغط النفسية.

وقد حدد لازاروس وفلوكمان (1984) Lazarus & Folkman هدفين رئيسيين للتعامل:

1- ضبط الموقف الذي يسبب الضغوط.

2- تنظيم الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالضغوط النفسية.

والأفراد يختلفون في طرائق التعامل وأساليبه مع الضغوط النفسية، يشير لابورتا وفالون (1993) Laporta & Fallon إلى وجود تباين جوهري بين الأفراد في الاستجابة لمواقف الضغوط النفسية، نظراً لوجود بعض العوامل التي تؤدي دوراً في اختلاف ردود أفعال الأفراد نحو هذه المواقف مثل خبرات التعلم ونمط

الشخصية والوراثة، وقد يستجيب الفرد أحياناً للموقف الضاغط استجابة مبالغ بها، وهذا يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية أو جسمية مثل الاكتئاب والعدوان أو ممارسة العادات الخاطئة.

ويمكن تقسيم العوامل التي تؤثر في أساليب التعامل مع الضغوط إلى:

1- **عوامل شخصية وديموغرافية:** وهي تتضمن العمر والجنس والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للفرد، والنضج الانفعالي وقوة الأنا والثقة بالنفس والخبرات السابقة مع مواقف الضغط وأساليب التعامل معها. وتؤثر هذه العوامل في إدراك الفرد للموقف الضاغط كما تؤثر في طريقة تعامله معه.

2- **عوامل خاصة بالموقف الضاغط والبيئة:** وتتضمن المواقف التي يمكن أن ترتبط بالضغوط وتؤثر فيها، كالبيئة الفيزيائية مثل الكوارث الطبيعية والانفجارات وكذلك البيئة الاجتماعية الثقافية. ومن الممكن مواجهة الضغوط النفسية من خلال استخدام إستراتيجيات وأساليب معينة لتخفيف أثارها السلبية، ومن هذه الإستراتيجيات نذكر:

8-1- الإستراتيجيات المعرفية السلوكية (Cognitive- Behavioral Strategies):

إن الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي هو محاولة تغيير الأفكار الخاطئة لدى الفرد وإعادة البناء المعرفي بهدف جعل العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، وبذلك فإن أسلوب إعادة البناء المعرفي يتعامل مع السلوك اللاتكيفي من حيث كونه نتاجاً للتفكير اللاعقلاني الذي يسبب للفرد الضغوطات النفسية، ومن هنا يمكن النظر إلى العلاج المعرفي السلوكي على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة والمشاعر والانفعالات المتولدة عنها، فمن خلاله يتعلم الأفراد سلوكات جديدة ومهارات شخصية وتفكيرية، ومهارات تتعلق بالتنظيم وضبط الانفعالات لخفض مستويات التوتر.

وقد طور مايكنبوم (Meichenbaum 2003) أسلوب التحصين ضد التوتر لمساعدة الأفراد على اكتساب مهارات سلوكية و معرفية للتعامل مع الضغوط النفسية، وقد ثبتت فاعلية هذا الأسلوب في علاج عدد من الأعراض الانفعالية الناتجة عن المواقف الضاغطة مثل الخوف والغضب والانفعال والقلق بالإضافة إلى

فاعليته في علاج حالات الصداع الناتجة عن الضغوط النفسية، حيث يقوم هذا الأسلوب على (إعادة البناء المعرفي والاسترخاء) وهي أساليب تُعنى بتقليل حدة الضغوط التي يشعر بها الأفراد من خلال إكسابهم عدداً من المهارات في التعامل وإحداث تغيير في بنائهم المعرفي واستخدام الطرق التخيلية وإعطاء التعليمات الذاتية للتعامل مع الضغوطات والتدريب على الاسترخاء.

ويمكن أن نلخص ما يتضمنه (أسلوب التحصين ضد التوتر) في تعليم الأفراد المهارات اللازمة للتعامل مع الضغوط النفسية من خلال ثلاث خطوات هي:

- 1- ماهية الضغوط النفسية والمشاعر والأفكار المرتبطة بها و توضيح ردود الفعل الفسيولوجية الناتجة عنها.
- 2- تدريب الأفراد على مهارات سلوكية و معرفية تساعد في مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها من خلال جلسات إرشادية.
- 3- زيادة دافعية الأفراد لتطبيق المهارات التي تعلموها في الواقع المحيط بهم.

8-2- الإستراتيجية السلوكية (Behavioral Strategies):

من الإستراتيجيات السلوكية أسلوب الضبط الذاتي، ويُعرف الضبط الذاتي بأنه العملية التي يُصبح بها الفرد العامل الأساسي في ضبط سلوكه وتوجيهه نحو المهمة التي يراها مناسبة، فهو عندما يضبط نفسه أو يفكر بحل مشكلة معينة فإنه سيقوم بضبط المتغيرات المسؤولة عن السلوك.

ويشتمل أسلوب الضبط الذاتي على خطوات متتالية تبدأ باختيار الهدف السلوكي المراد تحقيقه، ثم مراقبة السلوك المستهدف، ثم تعديل المثيرات المتحكم بالسلوك ثم تأسيس توابع فعالة للسلوك وتعزيز الذات.

وقد قام كانفر وجولد شتاين (Kanfer & Goldstein (1984 بوضع نموذج في الضبط الذاتي اشتمل على مراحل ثلاث هي:

- 8-2-1- مرحلة المراقبة الذاتية (Self – evaluation stage): تتمثل هذه المرحلة بانتباه الفرد الواعي والدقيق وبشكل متعمد لسلوكه، مع جمع المعلومات عن الأسباب التي يعد سلوكه محصلة لها، وتحديد السلوك المراد تعديله وبهذا فإن هذه المرحلة تعد وصفاً دقيقاً لسلوك الفرد.

8-2-2- مرحلة التقويم الذاتي (Self – evaluation stage): يقوم الفرد في هذه المرحلة بوضع توقعات وأهداف للسلوك الذي يجب أن يكون عليه وفق المعلومات التي حصل عليها من خلال مراقبته لسلوكه (مرحلة المراقبة الذاتية)، ثم يقوم الفرد بعمل مقارنة بين سلوكه الذي قام به وبين المعايير والأهداف التي وضعها لهذا السلوك، إضافة إلى أن الفرد في هذه المرحلة يحصل على تغذية راجعة لسلوكه يستفيد منها في تقويم سلوكه إذا كان بحاجة إلى تعديل.

8-2-3- مرحلة التعزيز الذاتي (Self – reinforcement stage): يقوم الفرد في هذه المرحلة بتعزيز ذاته والحصول على المكاسب إذا حقق الأهداف، والمعايير التي وضعها لنفسه، أو يقوم بعقاب ذاته إذا لم يحقق الأهداف، والمعايير التي وضعها لنفسه، وتُعد هذه المرحلة ذات أهمية بالغة في عملية ضبط الذات لما تشتمل عليه من عمليات دفاعية.

8-3- إستراتيجية حل المشكلات (Problem Solving Strategy): وتُعرف بأنها الجهود السلوكية والمعرفية التي تساعد الأفراد على تصنيف واكتشاف إستراتيجيات مناسبة للتعامل مع مشكلاتهم اليومية. ويتألف الأسلوب العملي لحل المشكلات من المراحل التالية:

- 1- الوعي بوجود المشكلة.
 - 2- تحديد المشكلة وتعريفها وجمع البيانات والمعلومات عنها.
 - 3- توليد الأبدال المحتملة كحل للمشكلة.
 - 4- اتخاذ قرار عن البديل أو الأبدال المناسبة وذلك من خلال موازنة الأبدال المختلفة.
 - 5- اتخاذ قرار في كيفية تنفيذ البديل أو الأبدال التي اختيرت.
 - 6- اتخاذ الإجراءات للتنفيذ.
 - 7- تقويم فاعلية الحل وتطبيق العملية من جديد على أي مشكلات جديدة.
- بالإضافة إلى الإستراتيجيات المشار إليها سابقاً هناك مجموعة أخرى من الإستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم وتكيفهم مع مواقف الضغوط النفسية ومنها:

8-4- إستراتيجية القيام بالتمارين الرياضية (Sport Exercise Strategy): و تعتبر من الأساليب الفعالة حيث تعمل التمارين على خفض ضغط العمل والضغط بصفة عامة بطرائق مختلفة، لأنها تعطي الأفراد إحساساً بضبط أجسامهم بالإضافة إلى الشعور بالإنجاز، وتفيد الحركات الجسمية والتمارين الرياضية في تقليل مستوى التوتر أو الضغط كالركض و المشي ولعب الكرة.

8-5- إستراتيجية استخدام آليات الدفاع (Defense Mechanisms): وهنا يستخدم الفرد الدفاعات الأولية التي تساعده وتحميه من الخوف الشديد، والقلق من خلال إبعاد أثر التهديد عنه وتساعده على التخلص من أثر الواقع غير السار، وتُعد هذه الوسائل أو الحيل ميكانزمات دفاع لا شعورية يستعملها الناس للتعامل مع الضغوط النفسية، ومن أهمها (الكبت، والاسقاط، والتحويل، والتبرير، والنكوص، والتعويض، والإنكار، والانسحاب).

8-6- البحث عن الدعم الاجتماعي (Social Support): وهذه الإستراتيجية تقوم على أساس أن العلاقات مع الآخرين تساعد في عملية التعامل مع الضغوط النفسية والقدرة على مواجهتها والتقليل من مستوى هذه الضغوط، ويأتي هذا الدعم من خلال أفراد الأسرة و الأصدقاء والأشخاص القادرين على المساعدة في المجتمع. فالأفراد الذين يحصلون على مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية قد يشعرون بضغط أقل عندما يتعرضون لخبرة ضاغطة. وقد يتعاملون معها بنجاح أكبر، وتتخذ المساندة الاجتماعية أشكالاً متعددة: فهناك المساندة التقويمية، والمساندة المادية، والمساندة المعلوماتية، والمساندة الوجدانية وتتضمن المساندة التقويمية (Appraisal Support) مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط وللاستراتيجيات التي يجب استخدامها للتعامل معه. أما المساندة المادية (Trangible Support) فتتضمن توفير المساعدة المادية وأما المساندة المعلوماتية (Informational Support) فتعني تزويد الفرد بالمعلومات المتعلقة بالحدث الضاغط. وفي أوقات الضغط يُعاني الأفراد في الأغلب من نوبات الكآبة والحزن لذلك فإن الأصدقاء وأفراد العائلة يمكن أن يزودوه بالمساندة الوجدانية (Emotional Support) من خلال تقديم الدفء والرعاية.

8-7- إستراتيجية الترفيه (Entertainment): وتتضمن اللجوء إلى مصادر تبعث على الراحة والاسترخاء بعيداً عن الضغوط ومصادرها، مثل لجوء الفرد إلى مشاهدة التلفاز أو الرقص أو الاستماع للموسيقى أو التنزه واللعب أو القيام بأي نشاط أو زيارة أي مكان يصرف تفكير الفرد عن مصدر الضغط.

8-8- الاسترخاء (Relaxation): وهو أسلوب تكيفي يقوم على تدريب الفرد على شد مجموعات عضلية وإرخائها من أجل الوصول إلى الاسترخاء، وهذا ما يُسمى بالاسترخاء العضلي، ويُمكن التوصل إلى الاسترخاء بأساليب أخرى مثل التأمل. (المخيني، 2008)

بالإضافة إلى ما سبق هناك تصنيفات حديثة لأساليب التعامل مع الضغوط النفسية حيث عمدت الأدبيات الحديثة الصادرة بعد عام 2000 إلى تصنيف أساليب التعامل مع الضغوط النفسية بطرائق جديدة وعلى النحو التالي:

8-9- تصنيف لاهي (Lahey(2002: صنف عالم النفس لاهي أساليب التعامل إلى نوعين هما:

8-9-1- أساليب التعامل الفعالة Effective Coping:

ويعرفها لاهي بأنها الطرائق التي تهدف إمّا إلى إزالة مصدر الضغط وإمّا إلى السيطرة على ردود أفعالنا نحوه، وتتضمن الآتي:

أ- إزالة الضغط Removing Stress: وهي إحدى الطرائق الفعالة في التعامل مع مصادر الضغوط التي نواجهها في حياتنا و التي تهدف إلى إزالة مصدر الضغط .

ب- التعامل المعرفي Cognitive Coping: لأن ردود أفعالنا نحو الموقف الضاغط ترتبط بما لدينا من معارف. فإن إحدى الطرائق الفعالة في التعامل معه تكون بتغيير طريقة تفكيرنا بالموقف الضاغط وتفسيرنا له، وإعادة تقويمنا لأنفسنا وللموقف بأسلوب أكثر واقعية وإدراكنا للجوانب الإيجابية في قدراتنا.

ج- السيطرة على ردود الفعل Managing Stress Reaction: عندما لا يمكننا عملياً إزالة مصدر الضغط، ولا يمكن تغييره فإن البديل الفعال هو السيطرة على ردود أفعالنا النفسية و الفسيولوجية نحو ذلك الضغط.

8-9-2- أساليب التعامل غير الفعالة Ineffective Coping:

يقول لاهي إن الكثير من الجهود التي نبذلها في تعاملنا مع الضغوط هي لسوء الحظ غير فعالة. فهي تمنحنا شيئاً من الراحة حين نتعرض لموقف ضاغط و لكنها راحة مؤقتة و إنها حين تنتهي قد تجعل الفرد في حالٍ أسوأ. ويُحدد لاهي ثلاث إستراتيجيات شائعة هي:

أ- الانسحاب **Withdrawal**: نحن نتعامل أحياناً مع الضغط بالانسحاب منه.

ب- العدوان **Aggression**: يُعد العدوان رد فعل أو استجابة شائعة عندما يُصاب الفرد بالإحباط أو يتعرض إلى مواقف ضاغطة.

ج- الآليات الدفاعية **Defense Mechanisms**: وهي حيل أو آليات تستخدمها الأنا لا شعورياً للتخلص من القلق الذي يظهر نتيجة للضغوط الداخلية أو الخارجية وعندما تكون التهديدات المدركة مؤلمة أكثر من اللازم لدرجة لا يمكن مواجهتها شعورياً. ومن أهم هذه الآليات التي حددها لاهي (الكبت، والإسقاط، والإزاحة، والتبرير، والإعلاء أو التسامي، والإنكار، والتكوين العكسي، والتوحد أو التقمص، والتعويض).

8-10- تصنيف اتكنسون وهلكارد (2003) Atkinson & Hilgards

يصنف هاذان العالمان مهارات التعامل **Coping Skills** إلى نوعين هما: التركيز على المشكلة والتركيز على الانفعال.

8-10-1- التعامل بالتركيز على المشكلة **Problem Focused Coping**:

هنالك إستراتيجيات كثيرة تُستخدم لحل المشاكل، إحداها تبدأ بتحديد المشكلة وبعدها يقوم الفرد بإيجاد أبدال أو حلول، آخذاً بالحسبان كلفة كل بديل منها ومنفعته ثم يوازي بينها ليختار منها البديل المناسب. وهذه الطريقة تستهدف أيضاً قيام الفرد بتغيير شيء ما بخصوص نفسه بدلاً من تغيير البيئة المحيطة به مثل تغيير أهدافه وإيجاد مصادر بديلة لإشباع حاجاته أو تعلم مهارات جديدة.

على أن نجاح الأفراد باستخدام هذه الإستراتيجية يتوقف على مدى ما لديهم من خبرات ومستوى قدرتهم بالسيطرة على الذات. ويشير الباحثان أن الأفراد الذين يستعملون أسلوب التعامل بالتركيز على المشكلة لدى

مواجهتهم مواقف ضاغطة يكون مستوى الاكتئاب لديهم خلال الموقف الضاغط و بعده أقل مقارنة بالأفراد الذين لا يستخدمون هذه الإستراتيجية.

8-10-2- التعامل بالتركيز على الانفعال Emotion Focused Coping:

حين يواجه الفرد موقفاً لا يمكن السيطرة عليه، ويثير فيه انفعالات سلبية فإنه يعمد إلى التركيز على هذه الانفعالات كي لا تستحوذ عليه وتجعله غير قادر على القيام بعمل يمكنه من حل المشكلة، وتدعى هذه الطريقة (التركيز على الانفعالات) (حسن، 2013).

تعقيب:

يتضح مما سبق أنّ الضغط النفسي حالة من الشعور بالضيق وعدم الارتياح والإرهاك النفسي والبدني التي تتتاب الفرد نتيجة لتعرضه لمواقف ضاغطة تُهدد توازنه وتُشعره بالعجز وعدم الاتزان وتسبب تغيراً في الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي، كما أن مصادر الضغط النفسي متنوعة ومتداخلة، فهي تختلف تبعاً لنوع الضاغط وطبيعته. ففي بيئة العمل هناك العديد من المصادر التي تُسهم في حدوث الضغط منها متعلق بطبيعة العمل وظروفه، وأخرى تتعلق بالفرد نفسه. كما أن التعرض المتكرر لشدة الضغط يؤدي إلى ظهور الكثير من التأثيرات السلبية في شخصية الفرد منها آثار معرفية وسلوكية ونفسية. ومع اختلاف وجهات نظر الباحثين وآرائهم وتعدد النظريات في تفسير ظاهرة الضغوط إلا أنه اتضح توافقه على أن الشخص يُعاني من التوتر وعدم الاستقرار نتيجةً لهذه الضغوط التي يُحسب وجودها في حياتنا أمراً طبيعياً، كما أن الأفراد يختلفون في استجابتهم وطريقة التعامل مع الأحداث والمواقف الضاغطة التي يواجهونها، وهذا يتوقف على عدة عوامل منها شخصية متعلقة بالفرد كالعمر والجنس والخبرات السابقة مع مواقف الضغط وأساليب التعامل معه ومنها عوامل خاصة بالموقف الضاغط.

المحور الثالث: العلاقة بين اليقظة العقلية والضغط النفسي

من خلال استعراض الإطار النظري تبين مدى أهمية اليقظة العقلية في الحياة اليومية لكونها عنصراً مهماً من عناصر الصحة النفسية ولها تأثير إيجابي على الأداء الإنساني والتوافق الشخصي والاجتماعي، فهي تجعل الأفراد على درجة مرتفعة من الوعي بالبيئة وما يدور حولهم في اللحظة الراهنة من أحداث وخبرات، والانتباه القصدي دون إصدار أحكام تقويمية. والممرضون والأطباء معرضون للضغوط أكثر من غيرهم نظراً لطبيعة المهنة التي يمارسونها والتي تمتاز بمواجهة مباشرة مع الناس ويُكرس فيها الأفراد أنفسهم لخدمة الآخرين. وتتطلب مهام كثيرة وتتوافر فيها مصادر عديدة للضغوط فهم يتعرضون لضغط من أهل المرضى للاطمئنان على صحة مرضاهم في الوقت الذين هم بحاجة إليه لیسدوا الخدمة (الطبية- التمريضية) لهؤلاء المرضى وخصوصاً في الأوقات العصيبة، بالإضافة إلى أنهم مسؤولون عن حياة مرضاهم وأي خطأ طبي يمكن أن يُنهي مستقبلهم المهني كل هذه العوامل تُشكل مصدراً للضغط النفسي لديهم لذلك لابد من أن يتمتعوا بقدر عالٍ من اليقظة العقلية التي تُعد من أهم سمات الشخصية التي تسهم في الوقاية من الضغوط النفسية فهي تعمل على زيادة القدرة على التكيف وفهم الضغوط والعوامل المؤدية لها وتطوير استراتيجيات المواجهة الفعالة للتعامل مع هذه الضغوط والوقاية من التأثير السلبي للإجهاد وتُساعد على التصرف بفاعلية في المواقف الطارئة فالأطباء عليهم اتخاذ قرارات سريعة وحاسمة بصفة مستمرة ويتعاملون مع حالات حرجية هذا من شأنه جعل الطبيب عرضة للعديد من الحالات النفسية وعلى رأسها الضغط النفسي. كما أن اليقظة العقلية ضرورية للطبيب والممرض فهي تجعلهم أكثر تركيزاً أثناء أداء عملهم الذي يتطلب درجة عالية من الدقة والوعي والانتباه فهم يعملون بنظام المناوبات الليلية وهذا يؤدي إلى زيادة احتمال الحوادث الناتجة عن التعب والإعياء، كما أنهم على احتكاك دائم بالمرضى.

عندئذٍ فإن اليقظة ترتبط إيجابياً مع العديد من الخصائص والسمات النفسية الإيجابية وهذا ما أكدته دراسة كوفي وهارتمان (Coffey & Hartman, 2008) بوجود علاقة سلبية بين اليقظة العقلية والضغوط

النفسية، كما كشفت دراسة بويلين وباير (Bowlin & Baer, 2012) عن وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب والقلق والضغوط وأبعاد اليقظة.

وفي الآونة الأخيرة ظهر العديد من التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية، إذ أيدت الدراسات أهمية توظيف اليقظة العقلية في خفض الضغوط وهذا ما كشفته دراسة (Ireland et al., 2017) التي هدفت إلى دراسة فاعلية برنامج تدريبي قائم على اليقظة العقلية في الحد من الضغط والاحتراق النفسي بين الأطباء، أظهرت النتائج أن الذين خضعوا لبرنامج تدريبي قائم على اليقظة العقلية لمدة 10 أسابيع انخفض مستوى الضغط انخفاضاً ملحوظاً، كما أن التدخلات القائمة على اليقظة قد تُزود الأطباء بمهارات لإدارة الضغوط والتوتر بفاعلية وهذا يُقلل من معاناتهم من هذه الأعراض.

الفصل الثالث

الإطار العملي

تمهيد.

1- منهج البحث.

2- المجتمع الأصلي للبحث.

3- عينة البحث.

4- أدوات البحث.

4-1- مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية.

الخصائص السيكومترية لمقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية.

4-2- مقياس مصادر الضغط النفسي.

الخصائص السيكومترية لمقياس مصادر الضغط النفسي.

5- الصعوبات التي واجهت الباحثة عند تنفيذ البحث.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضاً للمنهج المستخدم في البحث ومجتمع البحث وعينته وأدواته والتحقق من خصائصها السيكمترية وتحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة فيه، بالإضافة إلى الصعوبات التي واجهت الباحثة عند تنفيذ البحث.

1- منهج البحث:

اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي نظراً لملاءمته لأهداف البحث، ويُعرف بأنه نوع من أساليب البحث، يدرس الظواهر الطبيعية والاجتماعية والنفسية الراهنة دراسة كيفية توضح خصائص الظاهرة ومقدار حجمها ومتغيراتها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى (الشماس وميلاد، 2011، 41)

2- المجتمع الأصلي للبحث:

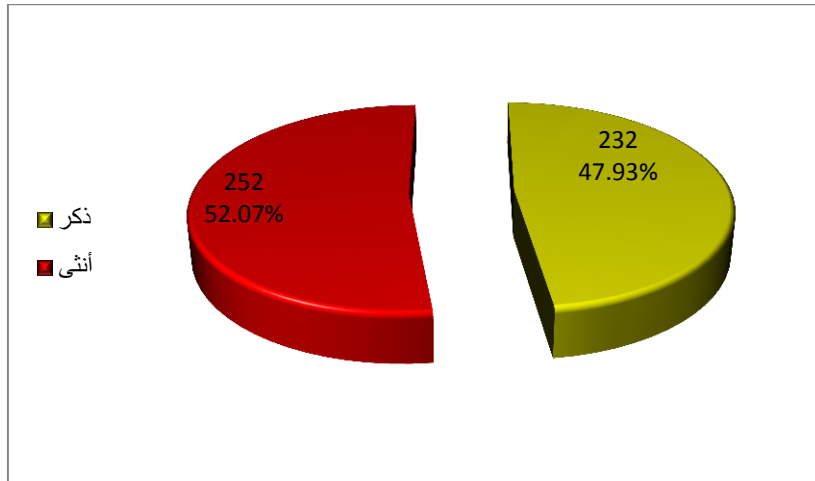
تألف المجتمع الأصلي للبحث من جميع العاملين في القطاع الصحي (الأطباء، والممرضين) في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق البالغ عددهم (6158)، بواقع (4379) طبيباً وطبيبة، و(1779) ممرضاً وممرضة، وقد بلغ عدد الذكور (2634) طبيباً وممرضاً، وعدد الإناث (3524) طبيبة وممرضة وذلك بعد الرجوع إلى إحصائيات وزارة الصحة في مدينة دمشق خلال عام (2022) ميلادي.

3- عينة البحث:

تألفت عينة البحث من (484) من الأطباء والممرضين، تم اختيارهم بالطريقة العرضية (المتيسرة) بواقع (276) طبيباً وطبيبة؛ منهم (187) مقيماً، و(89) مختصاً، و(208) ممرضاً وممرضة، وبلغ عدد الذكور (232) طبيباً وممرضاً، وعدد الإناث (252) طبيبة وممرضة، وبلغت نسبة السحب (7.86%) من المجتمع الأصلي، وراعت الباحثة أن تمثل العينة المجتمع الأصلي من خلال الاطلاع على جداول الدوام الصباحية و المسائية، ونظام المناوبات المعتمد داخل المشفى والذهاب بما يتناسب مع أوقات الأطباء والممرضين لإجراء تطبيق الاستبانات ويوضح الجدول الآتي توزيع أفراد العينة تبعاً لمتغيرات البحث التصنيفية:

الجدول(1): توزع أفراد العينة تبعاً لمتغيرات البحث التصنيفية

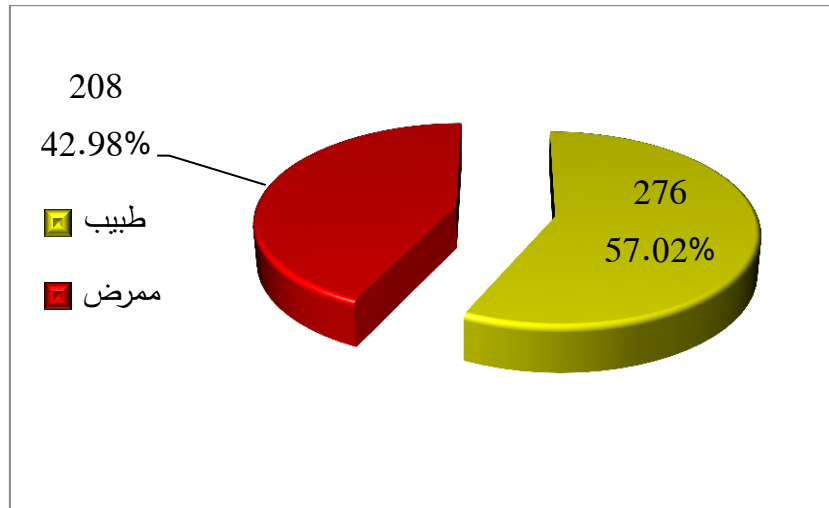
الجنس	العدد	النسبة المئوية	المهنة	العدد	النسبة المئوية
ذكر	232	%47.93	طبيب	276	%57.02
أنثى	252	%52.07	ممرض	208	%42.98
المجموع	484	%100	المجموع	484	%100
قطاع العمل	العدد	النسبة المئوية	التوصيف الوظيفي	العدد	النسبة المئوية
حكومي	302	%62.40	طبيب مقيم	187	%67.75
خاص	182	%37.60	طبيب مختص	89	%32.25
المجموع	484	%100	المجموع	276	%100



الشكل(1): توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير الجنس

يُلاحظ من المخطط البياني أن نسبة الذكور بلغت (%47.93)، ونسبة الإناث (%52.07) من أفراد

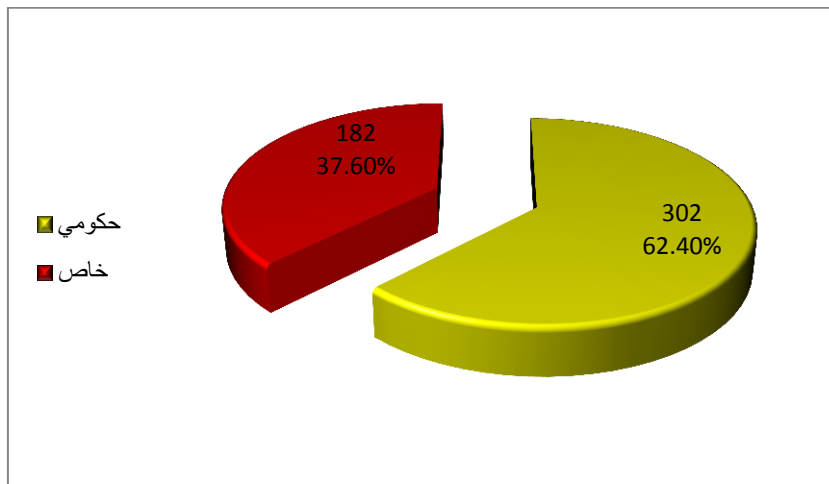
عينة البحث.



الشكل (2): توزيع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المهنة

يُلاحظ من المخطط البياني أن نسبة الأطباء بلغت (57.02%)، ونسبة الممرضين (42.98%) من

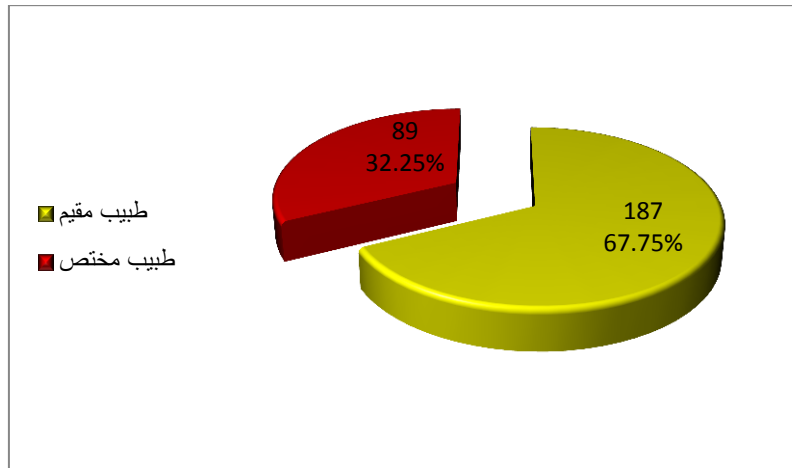
أفراد عينة البحث.



الشكل (3): توزيع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير قطاع العمل

يُلاحظ من المخطط البياني أن نسبة العاملين في القطاع الحكومي بلغت (62.40%)، ونسبة العاملين

في القطاع الخاص (37.60%) من أفراد عينة البحث.



الشكل (4): توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي (خاص بعينة الأطباء)

يُلاحظ من المخطط البياني أن نسبة الأطباء المقيمين بلغت (67.75%)، ونسبة الأطباء المختصين (32.25%) من أفراد عينة البحث الخاصة بالأطباء.

4- أدوات البحث:

اعتمد البحث على الأداتين الآتيتين:

- مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية، إعداد روث بير وآخرين (Baer et al., 2006) ترجمة العاسمي (2013).

- مقياس مصادر الضغط النفسي إعداد غريغوف وآخرين (Gregov et al., 2011) ترجمة الباحثة. وفيما يلي تفصيل أداة كل من أداتي البحث:

4-1- مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية:

بعد مراجعة الأدبيات النظرية المرتبطة باليقظة العقلية، والاطلاع على الأدوات المستخدمة في الدراسات

السابقة اعتمدت الباحثة مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية إعداد روث بير وآخرين (Baer et al., 2006) ترجمة العاسمي. (2013)

4-1-1- وصف المقياس:

يتألف المقياس من (39) عبارة موزعة على خمسة أبعاد أساسية (المراقبة) (الملاحظة) - الوصف - العمل

بوعي - عدم الحكم على الخبرات الداخلية - عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية)، كما هي موضحة في الجدول:

الجدول (2): توزع البنود على أبعاد مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية

رقم البند في المقياس	البعد	
36-31-26-20-15-11-6-1	المراقبة، الملاحظة	1
37-32-27-22-16-12-7-2	الوصف	2
38-34-28-23-18-13-8-5	العمل بوعي	3
39-35-30-25-17-14-10-3	عدم الحكم على الخبرات الداخلية	4
33-29-24-21-19-9-4	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	5

*-البنود السالبة

يجيب المفحوص عن كل عبارة من عباراته من خلال اختيار إجابة مكونة من خمس إجابات وفق مقياس ليكرت خماسي التدرج (موافق بشدة- موافق - موافق أحياناً- غير موافق - غير موافق بشدة). وتحسب الدرجات للعبارة الإيجابية أي التي تعكس ارتفاع مستوى اليقظة العقلية على النحو التالي (1,2,3,4,5)، بينما تحسب الدرجات للعبارة السلبية أي التي تعكس انخفاض مستوى اليقظة العقلية على النحو التالي (5,4,3,2,1). وتقع الدرجة الكلية للمقياس بين (39-195).

وتشير الدرجة المرتفعة للمقياس إلى أن المفحوص يتمتع بيقظة عقلية، ولديه القدرة على ملاحظة التغيرات الخارجية والداخلية في أحاسيسه ومشاعره وأفكاره، وأن لديه القدرة على معايشة خبراته ومشاعره السلبية دون الحكم عليها أو نقدها بل تقبلها.

4-1-2- الخصائص السيكومترية لمقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية:

أجريت دراسة سيكومترية لمقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية، وذلك للتحقق من صدقه وثباته، وصلاحيته للتطبيق، وذلك كما يلي:

4-1-2-1- صدق المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من صدق مقياس الوجوه الخمسة لليقظة العقلية بالطرائق الآتية:

صدق المحتوى (صدق المحكمين): قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من أعضاء الهيئة التدريسية في

كلية التربية بجامعة دمشق (الملحق رقم 1)، لإبداء ملاحظاتهم فيما يأتي:

- ملائمة المقياس لقياس اليقظة العقلية لدى أفراد العينة.
 - ملائمة البنود للأبعاد الفرعية للمقياس.
 - سلامة الصياغة اللغوية لبنود المقياس.
 - إضافة أو حذف أو اقتراح التعديلات التي يرونها مناسبة على بنود المقياس بما يتناسب وموضوع البحث.
- وقد جاءت ملاحظات السادة المحكمين على أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة للتطبيق الميداني.

الصدق البنائي:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من الأطباء والمرضى خارج عينة البحث الأساسية بلغ عدد أفرادها (100) (40 ممرضاة و 60 طبيبا/ة مقيما ومختصا)، ثم حسبت معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس، ومعاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ومعاملات ارتباط الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس، وتوضح الجداول الآتية معاملات الارتباط الناتجة:

الجدول (3): معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	.725**	11	.671**	21	.610**	31	.443**
2	.746**	12	.630**	22	.591**	32	.694**
3	.520**	13	.722**	23	.741**	33	.512**
4	.548**	14	.769**	24	.602**	34	.499**
5	.682**	15	.691**	25	.471**	35	.694**
6	.708**	16	.713**	26	.622**	36	.714**
7	.645**	17	.670**	27	.455**	37	.773**
8	.495**	18	.754**	28	.365**	38	.782**
9	.710**	19	.676**	29	.461**	39	.514**
10	.700**	20	.744**	30	.477**		

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس بين (-0.365-0.782)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يشير إلى الصدق البنائي لمقياس اليقظة العقلية.

الجدول (4): معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

المراقبة (الملاحظة)							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	.794**	11	.761**	20	.873**	31	.444**
6	.808**	15	.815**	26	.638**	36	.805**
الوصف							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
2	.787**	12	.693**	22	.560**	32	.772**
7	.729**	16	.780**	27	.392**	37	.790**
العمل بوعي							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
5	.809**	13	.731**	23	.766**	34	.485**
8	.516**	18	.771**	28	.485**	38	.794**
عدم الحكم على الخبرات الداخلية							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
3	.709**	14	.789**	25	.574**	35	.743**
10	.813**	17	.790**	30	.503**	39	.610**
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
4	.641**	19	.561**	24	.777**	33	.664**
9	.581**	21	.774**	29	.648**		

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه وقعت بين (0.392-0.873)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يشير إلى الاتساق الداخلي لبند مقياس اليقظة العقلية وارتباط كل منها مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ويعطي مؤشراً على الصدق البنائي للمقياس.

الجدول(5): معاملات ارتباط أبعاد مقياس اليقظة العقلية ببعضها البعض و بالدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	الوصف	العمل بوعي	عدم الحكم على الخبرات الداخلية	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	الدرجة الكلية
المراقبة	.894**	.769**	.625**	.737**	.893**
الوصف	—	.835**	.749**	.847**	.951**
العمل بوعي	—	—	.846**	.825**	.938**
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	—	—	—	.750**	.869**
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	—	—	—	—	.902**

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط أبعاد مقياس اليقظة العقلية ببعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس بين (0.625-0.951)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يشير إلى الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس اليقظة العقلية وارتباط كل منها مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس، ويعطي مؤشراً على الصدق البنائي للمقياس.

الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية (الصدق التمييزي):

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الدراسة السيكمترية، ثم حسبت درجاتهم، ورتبت تنازلياً، وأخذ أعلى (25%) وأدنى (25%) منها، ثم حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، و استخدم اختبار (ت) ستودنت لتعرف دلالة الفروق بين متوسطي

درجات أفراد المجموعتين، كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول(6): الدالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس اليقظة العقلية

أبعاد المقياس	العدد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	ت	القيمة الاحتمالية	القرار
المراقبة	25	العليا	35.44	2.800	48	22.809	.000	دال
	25	الدنيا	14.00	3.775				
الوصف	25	العليا	34.12	2.804	48	18.850	.000	دال
	25	الدنيا	15.76	3.982				
العمل بوعي	25	العليا	33.92	3.081	48	19.234	.000	دال
	25	الدنيا	15.08	3.807				
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	25	العليا	32.68	3.637	48	22.039	.000	دال
	25	الدنيا	13.56	2.364				
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	25	العليا	28.96	2.731	48	15.411	.000	دال
	25	الدنيا	14.60	3.775				
الدرجة الكلية	25	العليا	161.08	16.631	48	16.146	.000	دال
	25	الدنيا	77.12	19.986				

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة إحصائياً بالنسبة إلى جميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية له، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين العليا والدنيا، وهذه الفروق لصالح المجموعة العليا، وهذا يشير إلى صدق مقياس اليقظة العقلية بدلالة محك المجموعات الطرفية (الصدق التمييزي).

4-2-1-2- ثبات المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس اليقظة العقلية وفق طريقتي معادلة ألفا-كرونباخ والتجزئة النصفية، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول (7):

الجدول (7): معاملات ثبات مقياس اليقظة العقلية بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية)

الأبعاد الفرعية	عدد البنود	ألفا-كرونباخ	التجزئة النصفية
المراقبة (الملاحظة)	8	.887	.862
الوصف	8	.845	.830
العمل بوعي	8	.829	.870
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	8	.846	.720
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	7	.777	.710
الدرجة الكلية	39	.960	.923

الثبات بطريقة معادلة ألفا-كرونباخ:

استُخدمت معادلة ألفا-كرونباخ لدرجات عينة الدراسة السيكمترية على مقياس اليقظة العقلية، ووقعت قيم معاملات الثبات بهذه الطريقة بين (0.777-0.960) وتشير إلى درجة ثبات مرتفعة للمقياس.

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

حُسب معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس اليقظة العقلية، ثم صُحح معامل الثبات بمعادلة سبيرمان براون، ووقعت قيم معاملات الثبات بهذه الطريقة بين (0.710-0.923)، وهي معاملات ثبات مرتفعة تشير إلى اتصاف المقياس بالثبات وفق طريقة التجزئة النصفية.

تعقيب على نتائج الدراسة السيكمترية لمقياس اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث:

أظهرت نتائج الدراسة السيكمترية لمقياس اليقظة العقلية أنه يتصف بخصائص سيكمترية جيدة جداً، تجعل استخدامه ممكناً في البيئة المحلية وفق حدود عينة البحث المتمثلة بالأطباء والممرضين في مدينة دمشق.

4-2- مقياس مصادر الضغط النفسي:

بعد مراجعة الأدبيات النظرية المرتبطة بالضغوط النفسية والاطلاع على الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة اعتمدت الباحثة مقياس مصادر الضغط النفسي إعداد غريغوف وآخرين (Gregov et

al.,2011) ترجمة الباحثة

4-2-1- وصف المقياس:

يتألف المقياس من من (60) بنداً موزعاً على خمسة أبعاد (حالات العمل التي يصعب التحكم بها، تنظيم العمل وظروف العمل، وصراع الدور بين العمل والأسرة، والعلاقات السلبية مع زملاء العمل، والتعامل مع المرضى) كما هي موضحة في الجدول:

الجدول(8): توزع البنود على أبعاد مقياس مصادر الضغط النفسي

رقم البند في المقياس	البعد	
1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17	حالات العمل التي يصعب التحكم بها	1
18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31	تنظيم العمل وظروف العمل	2
32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52	صراع الدور بين العمل والأسرة	3
	العلاقات السلبية مع زملاء العمل	4
53-54-55-56-57-58-59-60	التعامل مع المرضى	5

يجيب المفحوص عن كل عبارة من عباراته من خلال اختيار إجابة مكونة من أربعة إجابات.

بالنسبة إلى طريقة التصحيح: سلم الإجابة على بنود المقياس كما يلي:

- لا ضغوط يعطى لها (0) درجة.
- ضغوط بدرجة قليلة يعطى لها (1) درجة.
- ضغوط بدرجة متوسطة يعطى لها (2) درجة.
- ضغوط بدرجة شديدة جداً يعطى لها (3) درجات.

وتقع الدرجة الكلية للمقياس بين (60-180) وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع مستوى

الضغط النفسي.

4-2-2- الخصائص السيكومترية لمقياس مصادر الضغط النفسي:

أجريت دراسة سيكومترية لمقياس مصادر الضغط النفسي، وذلك للتحقق من صدقه وثباته، وصلاحيته للتطبيق.

وذلك كما يلي:

4-2-2-1- صدق الترجمة:

قامت الباحثة بترجمة المقياس إلى اللغة العربية ثم عُرض على مجموعة من المختصين باللغة الانكليزية والتحقق من صدق الترجمة والترجمة العكسية (الملحق رقم 2)، وتعرف مدى ملائمة العبارات لما تقيسه وتعديل الصياغة وفق ما يتناسب مع الخصائص الثقافية للبيئة المحلية.

4-2-2-2- صدق المحتوى (صدق المحكمين):

قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية بجامعة دمشق (الملحق رقم 1)، لإبداء ملاحظاتهم فيما يأتي:

- ملائمة المقياس لقياس مصادر الضغط النفسي لدى أفراد العينة.
- ملائمة البنود للأبعاد الفرعية للمقياس.
- سلامة الصياغة اللغوية لبنود المقياس.
- إضافة التعديلات أو حذفها أو اقتراحها والتي يرونها مناسبة على بنود المقياس بما يتناسب وموضوع البحث.
- وبناءً على رأي المحكمين عدلت صياغة بعض الفقرات (الملحق رقم 3) كما هو موضح في الجدول الآتي:

الملحق (5): تعديل بعض عبارات المقياس تبعاً لآراء المحكمين

البعد الذي تنتمي إليه	العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
حالات العمل التي يصعب التحكم	عدم القدرة على التنبؤ بالعمل	عدم القدرة على التنبؤ بما قد يتوجب علي من مهام
	الزيارات والتدخلات الليلية	الزيارات الليلية و التدخلات العلاجية
	الدعاية السلبية في وسائل الإعلام	الصورة الإعلامية السلبية عن الكادر الطبي
تنظيم العمل وظروف العمل	التوصيات المالية المقررة من قبل وزارة الصحة	الأجور المحددة من قبل وزارة الصحة
	عدم القدرة على التنبؤ بالعمل	عدم القدرة على التنبؤ بما قد يتوجب علي من مهام
	ايجاد بديل في حالة وجود بعض الالتزامات الأخرى	إيجاد بديل في حالة وجود بعض الالتزامات الأخرى لدى الطبيب- الممرض
صراع الدور بين العمل والأسرة	العزلة المهنية	العزلة المهنية وعدم التواصل مع الزملاء الآخرين في مكان العمل
التعامل مع المرضى	القلق بشأن الحالات المادية الخاصة	القلق بشأن استيفاء المتطلبات المادية في بعض الحالات الخاصة

الصدق البنائي:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من الأطباء والمرضى خارج عينة البحث الأساسية بلغ عدد أفرادها (100)، ثم حسبت معاملات ارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس، ومعاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للبند الذي ينتمي إليه، ومعاملات ارتباط الأبعاد الفرعية للمقياس مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس، وتوضح الجداول الآتية معاملات الارتباط الناتجة:

الجدول (9): معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	.690**	16	.454**	31	.736**	46	.729**
2	.416**	17	.648**	32	.831**	47	.687**
3	.658**	18	.648**	33	.608**	48	.721**
4	.459**	19	.596**	34	.676**	49	.684**
5	.697**	20	.510**	35	.442**	50	.747**
6	.704**	21	.539**	36	.452**	51	.713**
7	.688**	22	.678**	37	.443**	52	.705**
8	.581**	23	.659**	38	.728**	53	.515**
9	.451**	24	.584**	39	.547**	54	.485**
10	.444**	25	.499**	40	.740**	55	.532**
11	.515**	26	.672**	41	.677**	56	.533**
12	.480**	27	.719**	42	.417**	57	.763**
13	.476**	28	.422**	43	.776**	58	.413**
14	.656**	29	.712**	44	.684**	59	.856**
15	.406**	30	.630**	45	.664**	60	.737**

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس بين (-0.406-

0.856)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يشير إلى الصدق البنائي

لمقياس مصادر الضغط النفسي.

الجدول (10): معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

حالات العمل التي يصعب التحكم بها							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	.626**	6	.678**	11	.797**	16	.418**
2	.707**	7	.576**	12	.735**	17	.598**
3	.429**	8	.485**	13	.749**		
4	.752**	9	.725**	14	.586**		
5	.645**	10	.762**	15	.674**		
تنظيم العمل وظروفه							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
18	.704**	22	.764**	26	.703**	30	.695**
19	.677**	23	.715**	27	.686**	31	.760**
20	.398**	24	.690**	28	.411**		
21	.644**	25	.539**	29	.737**		
صراع الدور بين العمل والأسرة							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
32	.849**	35	.615**	38	.638**	41	.597**
33	.750**	36	.634**	39	.691**		
34	.800**	37	.667**	40	.643**		
العلاقات السلبية مع زملاء العمل							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
42	.524**	45	.797**	48	.882**	51	.817**
43	.839**	46	.618**	49	.846**	52	.868**
44	.882**	47	.826**	50	.932**		
التعامل مع المرضى							
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
53	.722**	55	.775**	57	.754**	59	.785**
54	.746**	56	.722**	58	.509**	60	.670**

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه بين (0.398-0.932)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يشير إلى الاتساق الداخلي لبنود مقياس مصادر الضغط النفسي وارتباط كل منها بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ويعطي مؤشراً على الصدق البنائي للمقياس.

الجدول(11): معاملات ارتباط أبعاد مقياس مصادر الضغط النفسي ببعضها البعض و بالدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	تنظيم العمل وظروفه	صراع الدور بين العمل والأسرة	العلاقات السلبية مع زملاء العمل	التعامل مع المرضى	الدرجة الكلية
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	.745**	.654**	.570**	.652**	.853**
تنظيم العمل وظروفه	_____	.820**	.796**	.793**	.946**
صراع الدور بين العمل والأسرة	_____	_____	.711**	.758**	.883**
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	_____	_____	_____	.660**	.850**
التعامل مع المرضى	_____	_____	_____	_____	.854**

(** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يلاحظ من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط أبعاد مقياس مصادر الضغط النفسي ببعضها البعض ومع الدرجة الكلية للمقياس بين (0.570-0.946)، وكانت جميعها موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يشير إلى الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس مصادر الضغط النفسي وارتباط كل منها ببعضها البعض وبالدرجة الكلية للمقياس، ويعطي مؤشراً على الصدق البنائي للمقياس.

الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية (الصدق التمييزي):

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة الدراسة السيكمترية، ثم حسبت درجاتهم، ورتبت تنازلياً، وأخذت أعلى (25%) وأدنى (25%) منها، ثم حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة

على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، واستُخدم اختبار (ت) ستودنت لتعرّف دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين، كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول(12): الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين العليا والدنيا على مقياس مصادر الضغط النفسي

أبعاد المقياس	العدد	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	ت	القيمة الاحتمالية	القرار
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	25	العليا	40.24	5.747	48	19.545	.000	دال
	25	الدنيا	12.00	4.378				
تنظيم العمل وظروفه	25	العليا	34.36	5.353	48	15.383	.000	دال
	25	الدنيا	12.00	4.916				
صراع الدور بين العمل والأسرة	25	العليا	26.16	3.158	48	19.722	.000	دال
	25	الدنيا	7.92	3.378				
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	25	العليا	28.92	3.840	48	21.004	.000	دال
	25	الدنيا	6.56	3.686				
التعامل مع المرضى	25	العليا	20.84	2.511	48	20.109	.000	دال
	25	الدنيا	6.36	2.580				
الدرجة الكلية	25	العليا	144.76	18.469	48	17.595	.000	دال
	25	الدنيا	51.48	19.013				

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) دالة إحصائياً بالنسبة إلى جميع أبعاد المقياس والدرجة الكلية

له، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين العليا والدنيا، وهذه الفروق لصالح المجموعة العليا، وهذا يشير إلى صدق مقياس مصادر الضغط النفسي بدلالة محك المجموعات الطرفية (الصدق التمييزي).

4-2-2-3- ثبات المقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من ثبات مقياس مصادر الضغط النفسي وفق طريقتي معادلة ألفا-كرونباخ والتجزئة النصفية، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول (13):

الجدول (13): معاملات ثبات مقياس مصادر الضغط النفسي بطريقتي (ألفا-كرونباخ، والتجزئة النصفية)

الأبعاد الفرعية	عدد البنود	ألفا-كرونباخ	التجزئة النصفية
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	17	.913	.903
تنظيم العمل وظروفه	14	.893	.878
صراع الدور بين العمل والأسرة	10	.876	.859
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	11	.946	.949
التعامل مع المرضى	8	.861	.825
الدرجة الكلية	60	.971	.980

الثبات بطريقة معادلة ألفا-كرونباخ:

استُخدمت معادلة ألفا-كرونباخ لدرجات عينة الدراسة السيكمترية على مقياس مصادر الضغط النفسي،

ووقعت قيم معاملات الثبات بهذه الطريقة بين (0.861-0.971) وتشير إلى درجة ثبات مرتفعة للمقياس.

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

حُسب معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس مصادر الضغط النفسي، ثم صُحَّح معامل الثبات بمعادلة

سبيرمان براون، ووقعت قيم معاملات الثبات بهذه الطريقة بين (0.825-0.980)، وهي معاملات ثبات مرتفعة

تشير إلى اتصاف المقياس بالثبات وفق طريقة التجزئة النصفية.

تعقيب على نتائج الدراسة السيكمترية لمقياس مصادر الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث:

أظهرت نتائج الدراسة السيكمترية لمقياس مصادر الضغط النفسي أنه يتصف بخصائص سيكمترية

جيدة جداً تجعل استخدامه ممكناً في البيئة المحلية وفق حدود عينة البحث المتمثلة بالأطباء والمرضى في

مدينة دمشق.

5- الصعوبات التي واجهت الباحثة:

واجهت الباحثة بعض الصعوبات عند تنفيذ البحث منها:

1. رفض بعض المشافي الخاصة عن تطبيق المقاييس لديهم.

2. عدم تعاون بعض الأطباء المختصين في تطبيق الأدوات وتعليمهم ذلك بعدم توافر الوقت لديهم.

3. ضيق وقت المشاركين نظراً لطبيعة عملهم التي تتسم بالانشغال المستمر وهذا صعب تخصيص الوقت الكافي لتعبئة المقاييس، وبسبب ذلك اضطرت الباحثة إلى زيارة المشفى لعدد من المرات لتتمكن من توزيع المقاييس واستلامها، حيث لم يكن من الممكن إتمام عملية التوزيع والتعبئة في زيارة واحدة.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

اعتمد برنامج الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 23) وأستخرجت الأساليب الإحصائية الآتية:

- 1- معامل الارتباط بيرسون للتحقق من الصدق البنائي لأداتي البحث، واختبار طبيعة العلاقة الارتباطية بين متغيري البحث (اليقظة العقلية، والضغط النفسي).
- 2- معادلة ألفا-كرونيباخ للتحقق من ثبات أداتي البحث.
- 3- معادلة سبيرمان براون للتحقق من ثبات التجزئة النصفية لأداتي البحث.
- 4- بعض قيم الإحصاء الوصفي (كالمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري).
- 5- التكرارات والنسب المئوية لتعرف توزع أفراد عينة البحث تبعاً لمستويات اليقظة العقلية والضغط النفسي.
- 6- تحليل الانحدار الخطي الثنائي (البسيط) لمعرفة إمكانية التنبؤ بالمتغير التابع (الضغط النفسي) من خلال المتغير المستقل (اليقظة العقلية).
- 7- اختبار (T-Test) للعينات المستقلة للتحقق من الصدق المحكي بدلالة المجموعات الطرفية (الصدق التمييزي) لأداتي البحث، وتعرف دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على أداتي البحث تبعاً لمتغيرات (الجنس، والمهنة، وقطاع العمل، والتوصيف الوظيفي للأطباء).

الفصل الرابع

عرض نتائج البحث ومناقشتها

تمهيد

- 1- الإجابة عن أسئلة البحث وتفسير النتائج.
- 2- التحقق من فرضيات البحث وتفسير النتائج.
- 3- مقترحات البحث.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل نتيجة كل سؤال وفرض من فروض البحث ومناقشة هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وخبرة الباحثة وملاحظاتها الميدانية، وتقديم بعض المقترحات التي يمكن أن تكون ذات فائدة في هذا المجال.

1- الإجابة عن أسئلة البحث وتفسير النتائج:

السؤال الأول: ما مستوى اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث؟

للإجابة عن هذا السؤال، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية وأبعاده الفرعية كما يأتي:

الجدول (14): الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية

الأبعاد الفرعية	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المراقبة (الملاحظة)	8	29.26	4.556
الوصف	8	28.16	4.645
العمل بوعي	8	28.07	4.739
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	8	25.49	4.892
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	7	23.02	3.659
الدرجة الكلية	39	134.01	18.335

وأعطى كل مستوى من مستويات اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث نقطة قطع استناداً إلى المتوسط

الحسابي والانحراف المعياري على النحو الآتي: (المستوى المرتفع = المتوسط الحسابي + الانحراف المعياري)،

و(المستوى المنخفض = المتوسط - الانحراف المعياري)، وما بينهما المستوى المتوسط كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول (15): نقاط القطع لمقياس اليقظة العقلية والقيم الموافقة لها

المستوى			الأبعاد الفرعية
مرتفع	متوسط	منخفض	
34 فأعلى	25-33	24 فأقل	المراقبة (الملاحظة)
33 فأعلى	24-32	23 فأقل	الوصف

العمل بوعي	23 فأقل	32-24	33 فأعلى
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	20 فأقل	30-21	31 فأعلى
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	19 فأقل	26-20	27 فأعلى
الدرجة الكلية	115 فأقل	152-116	153 فأعلى

ولتحديد مستوى اليقظة العقلية استُخرجت التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية وأبعاده الفرعية كما يأتي:

الجدول (16): عدد الأفراد والنسب المئوية استناداً إلى مستويات اليقظة العقلية

الأبعاد الفرعية	القيم	المستوى		
		منخفض	متوسط	مرتفع
المراقبة (الملاحظة)	التكرار	83	305	96
	النسبة المئوية	%17.15	%63.02	%19.83
الوصف	التكرار	71	327	86
	النسبة المئوية	%14.67	%67.56	%17.77
العمل بوعي	التكرار	88	299	97
	النسبة المئوية	%18.18	%61.78	%20.04
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	التكرار	76	342	66
	النسبة المئوية	%15.70	%70.66	%13.64
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	التكرار	92	312	80
	النسبة المئوية	%19.01	%64.46	%16.53
الدرجة الكلية	التكرار	67	329	88
	النسبة المئوية	%13.84	%67.98	%18.18

يُلاحظ من الجدول السابق:

- أن مستوى المراقبة (الملاحظة) لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (63.02%)، تليها نسبة (19.83%) ممن لديهم مستوى مرتفع من المراقبة (الملاحظة)، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المنخفض من المراقبة (الملاحظة) (17.15%).

- أن مستوى الوصف لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (67.56%)، تليها نسبة (17.77%) ممن لديهم مستوى مرتفع من الوصف، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الوصف (14.67%).

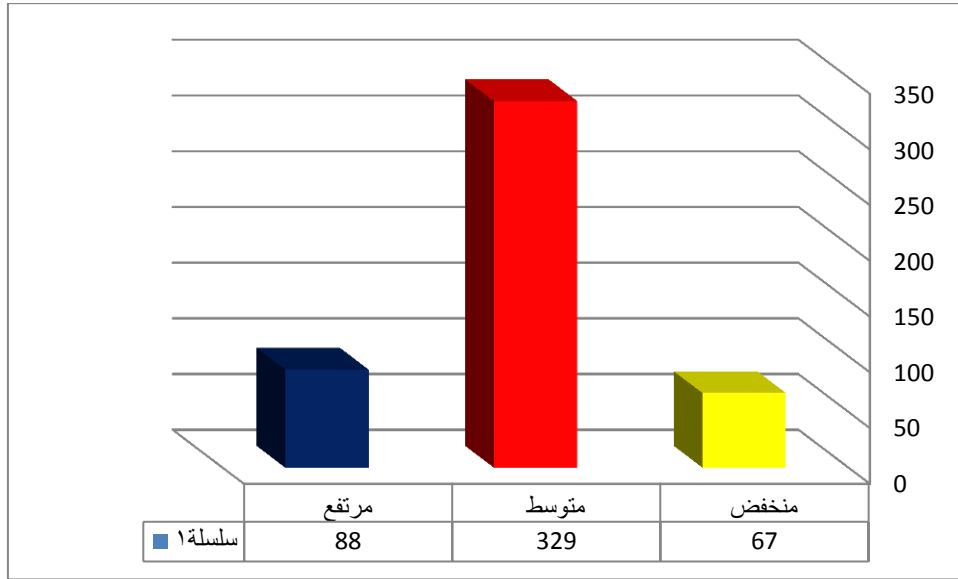
- أن مستوى العمل بوعي لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (61.78%)، تليها نسبة (20.04%) ممن لديهم مستوى مرتفع من العمل بوعي، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المنخفض من العمل بوعي (18.18%).

- أن مستوى عدم الحكم على الخبرات الداخلية لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (70.66%)، تليها نسبة (15.70%) ممن لديهم مستوى منخفض من عدم الحكم على الخبرات الداخلية، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من عدم الحكم على الخبرات الداخلية (13.67%).

- أن مستوى عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (64.46%)، تليها نسبة (19.01%) ممن لديهم مستوى منخفض من عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية (16.53%).

- أن مستوى اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (67.98%)، تليها نسبة (18.18%) ممن لديهم مستوى مرتفع من اليقظة العقلية، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المنخفض من اليقظة العقلية (13.84%).

ويوضح المخطط البياني الآتي توزيع أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى اليقظة العقلية:



الشكل (5): توزيع أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى اليقظة العقلية

التفسير:

تشير النتائج إلى وجود مستوى متوسط من اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث، ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى عدم الاهتمام الكافي في المجال الطبي بالصحة النفسية للعاملين في مجال الرعاية الصحية وغياب التدريب على مهارات وتقنيات اليقظة العقلية التي تسهم في تعزيز صحتهم النفسية و القدرة على التعامل مع الضغوط النفسية والمهنية، كما يمكن عزو هذه النتيجة إلى طبيعة العمل المجهدة في القطاع الصحي وما تتطلبه من اتخاذ قرارات سريعة وتعرض مستمر لمواقف طارئة والعمل لساعات طويلة وظروف العمل المتغيرة وكثرة عدد المتطلبات داخل المشفى، بالإضافة إلى أن مقدمي الرعاية الصحية من أطباء وممرضين قد ينشغلون برعاية الآخرين لدرجة أنهم يتجاهلون أهمية رعاية ذاتهم ويجدون صعوبة في إيجاد الوقت من أجل شحذ مهارات اليقظة العقلية. فاليقظة تتطلب أموراً عقلية عالية المستوى و تستدعي الانتباه والتركيز. ووفق كابات زين Kabat-zinn فإن اليقظة هي مهارة تتطلب تدريباً مستمراً لتطوير الوعي باللحظة الحالية دون حكم. ونتيجة للمهام المتعددة والضغوط المستمرة التي يتعرض لها الأطباء و الممرضين قد يتأثر مستوى اليقظة العقلية لديهم.

السؤال الثاني: ما مستوى الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث؟

للإجابة عن هذا السؤال، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي وأبعاده الفرعية كما يأتي:

الجدول(17): الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي

الأبعاد الفرعية	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	17	27.41	9.329
تنظيم العمل وظروفه	14	23.79	8.504
صراع الدور بين العمل والأسرة	10	18.80	6.402
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	11	17.20	6.903
التعامل مع المرضى	8	13.85	4.692
الدرجة الكلية	60	101.06	31.877

وأعطي كل مستوى من مستويات الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث نقطة قطع استناداً إلى المتوسط الحسابي والانحراف المعياري على النحو الآتي: (المستوى المرتفع = المتوسط الحسابي + الانحراف المعياري)، و(المستوى المنخفض = المتوسط - الانحراف المعياري)، وما بينهما المستوى المتوسط كما يوضح الجدول الآتي:

الجدول(18): نقاط القطع لمقياس مصادر الضغط النفسي والقيم الموافقة لها

الأبعاد الفرعية	المستوى		
	مرتفع	متوسط	منخفض
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	37 فأعلى	19-36	18 فأقل
تنظيم العمل وظروفه	33 فأعلى	16-32	15 فأقل
صراع الدور بين العمل والأسرة	26 فأعلى	13-25	12 فأقل
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	25 فأعلى	11-24	10 فأقل
التعامل مع المرضى	19 فأعلى	10-18	9 فأقل
الدرجة الكلية	133 فأعلى	70-132	69 فأقل

ولتحديد مستوى الضغط النفسي استُخرجت التكرارات والنسب المئوية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي وأبعاده الفرعية كما يأتي:

الجدول(19): عدد الأفراد والنسب المئوية استناداً إلى مستويات الضغط النفسي

الأبعاد الفرعية	القيم	المستوى		
		مرتفع	متوسط	منخفض
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	التكرار	73	328	83
	النسبة	15.08%	67.77%	17.15%

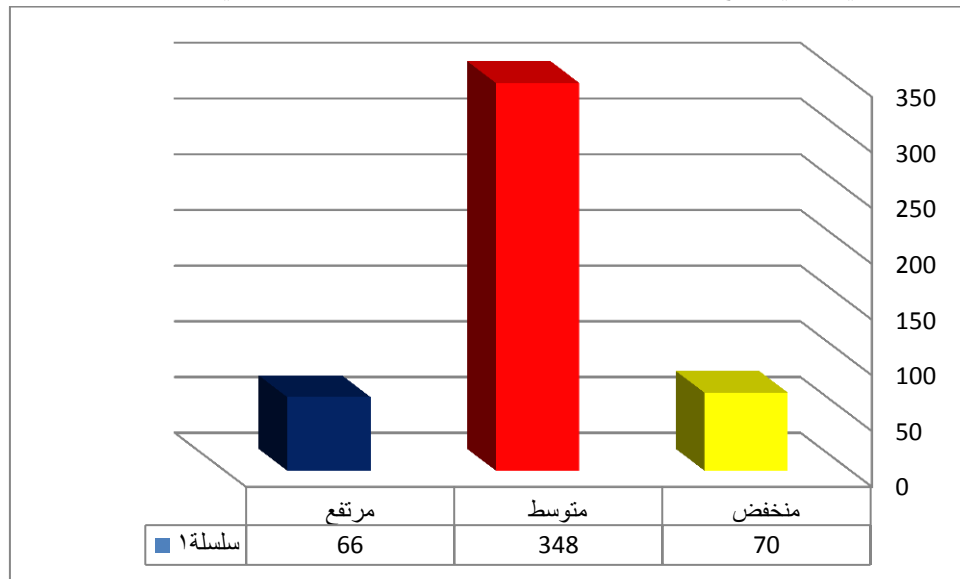
المئوية			
التكرار	77	339	68
النسبة المئوية	%15.91	%70.04	%14.05
التكرار	83	327	74
النسبة المئوية	%17.15	%67.56	%15.29
التكرار	72	344	68
النسبة المئوية	%14.88	%71.07	%14.05
التكرار	74	337	73
النسبة المئوية	%15.29	%69.63	%15.08
التكرار	70	348	66
النسبة المئوية	%14.46	%71.90	%13.64

يُلاحظ من الجدول السابق:

- أن مستوى حالات العمل التي يصعب التحكم بها لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (%67.77)، تليها نسبة (%17.15) ممن لديهم مستوى منخفض من حالات العمل التي يصعب التحكم بها، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من حالات العمل التي يصعب التحكم بها (%15.08).
- أن مستوى تنظيم العمل وظروفه لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (%70.04)، تليها نسبة (%15.91) ممن لديهم مستوى منخفض من تنظيم العمل وظروفه، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من تنظيم العمل وظروفه (%14.05).
- أن مستوى صراع الدور بين العمل والأسرة لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (%67.56)، تليها نسبة (%17.15) ممن لديهم مستوى منخفض من صراع الدور بين العمل والأسرة، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من صراع الدور بين العمل والأسرة (%15.29).

- أن مستوى العلاقات السلبية مع زملاء العمل لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (71.07%)، تليها نسبة (14.88%) ممن لديهم مستوى منخفض من العلاقات السلبية مع زملاء العمل، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من العلاقات السلبية مع زملاء العمل (14.05%).
- أن مستوى التعامل مع المرضى لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (69.63%)، تليها نسبة (15.29%) ممن لديهم مستوى منخفض من التعامل مع المرضى، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من التعامل مع المرضى (15.08%).
- أن مستوى الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث كان متوسطاً وبنسبة بلغت (71.90%)، تليها نسبة (14.46%) ممن لديهم مستوى منخفض من الضغط النفسي، على حين بلغت نسبة الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الضغط النفسي (13.64%).

ويوضح المخطط البياني الآتي توزيع أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى الضغط النفسي:



الشكل (6): توزيع أفراد عينة البحث تبعاً لمستوى الضغط النفسي

التفسير:

نلاحظ وجود مستوى متوسط من الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة الدعمس (2018) والتي أشارت إلى أن مستوى الضغط النفسي لدى الأطباء والمرضى كان متوسطاً، كما اتفقت مع دراسة Jayadev et al (2020) ودراسة Rakhshani et al (2018) التي كانت من نتائجها وجود

مستوى متوسط من الضغط لدى الممرضين، واختلفت مع دراسة أحمد وحابي(2016) التي توصلت نتائجها إلى وجود مستوى منخفض من الضغوط لدى الأطباء و الممرضين. كما اختلفت مع نتائج دراسة كل من عمور ويخلف (2021)، ودراسة خميس(2013)، ودراسة(2016) Sathiya et al التي أظهرت أن الأطباء والممرضين يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية . ودراسة النصاروي (2020)، ودراسة Dwivedi & Tiwari(2021)، ودراسة (2018) Ebrahimi & Kargar، ودراسة (2016) Eltahruni، ودراسة (2012) Baba التي كشفت نتائجها أن الأطباء يعانون من ضغط نفسي مرتفع. ودراسة صبيبة واسماعيل(2015)، ودراسة مريم(2008)، ودراسة حجاج(2007) التي كشفت نتائجها أن الممرضين يعانون من الضغوط النفسية بنسبة كبيرة. نلاحظ من خلال نتائج الدراسات المذكورة وجود مستويات متباينة من الضغط النفسي لدى الأطباء والممرضين كانت بين مرتفع ومتوسط ومنخفض، وفيما يتعلق بوجود مستوى متوسط من الضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث، فيمكن تفسير ذلك في ضوء نظرية التقويم المعرفي للاراروس الذي أكد في تفسيره للضغوط أن طريقة إدراك الفرد للأحداث والظروف المحيطة به لها دور كبير في تكوين الضغط النفسي لديه. لأن وظيفة العقل والكيفية التي يتعاطى بها الفرد مع الحدث لها انعكاسات وآثار في استجاباته، فشدة أحداث الحياة تتعلق أساساً بطريقة إدراكها من قبل الفرد فإذا استطاع الفرد تغيير تفسيراته المعرفية وكيفية إدراكه للأحداث الضاغطة فيمكنه بذلك التأثير في استجاباته للضغوط بما يمكنه من تحمل مسؤوليات ومستويات أعلى من تلك الضغوط دون أن يظهر عليه أي اختلال أو فقدان للتوازن(نبيلة، نصر الدين، 2023، 256). ويبدو أن الأطباء والممرضين قد طوروا بحكم خبرتهم المهنية إستراتيجيات تكيف خففت من أثر هذه الضغوط وهذا يجعلها عند مستوى متوسط بدلاً من مرتفع.

ويمكن تفسير النتيجة أيضاً والتي تم التوصل إليها إلى أن الظروف التي شهدتها البلد منذ أكثر من عشر سنوات من حروب وأزمات اقتصادية وصحية كجائحة كورونا قد أدت إلى أن المجتمع السوري أصبح يستطيع التأقلم و التكيف في ظل الضغوط و التوتر، والطاغم الصحي هو جزء من هذه الحالة وقد اعتاد هذه البيئة، حتى أصبحت المواقف المؤلمة لا تلقى انتباهاً واضحاً نتيجة تكرار الصور والمشاهد المؤلمة بصورة مستمرة.

2- التحقق من فرضيات البحث وتفسير النتائج:

نوقشت الفرضيات الآتية عند مستوى الدلالة (0.05):

نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى أفراد عينة البحث".

للتحقق من صحة الفرضية حُسبَ معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على مقياس مصادر الضغط النفسي، والجدول الآتي يوضح تلك المعاملات:

الجدول (20): نتائج معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على مقياس مصادر الضغط النفسي

الضغط النفسي						القيم الناتجة	اليقظة العقلية
الدرجة الكلية	التعامل مع المرضى	العلاقات السلبية مع زملاء العمل	صراع الدور بين العمل والأسرة	تنظيم العمل وظروفه	حالات العمل التي يصعب التحكم بها		
-0.496**	-0.404**	-0.385**	-0.429**	-0.449**	-0.503**	معامل الارتباط	المراقبة (الملاحظة)
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية	
-0.595**	-0.504**	-0.478**	-0.502**	-0.536**	-0.594**	معامل الارتباط	الوصف
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية	
-0.604**	-0.499**	-0.504**	-0.498**	-0.554**	-0.594**	معامل الارتباط	العمل بوعي
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية	
-0.505**	-0.430**	-0.412**	-0.460**	-0.456**	-0.472**	معامل الارتباط	عدم الحكم على الخبرات الداخلية
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية	
-0.509**	-0.458**	-0.399**	-0.386**	-0.501**	-0.543**	معامل الارتباط	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية	
-0.667**	-0.543**	-0.537**	-0.562**	-0.612**	-0.663**	معامل الارتباط	الدرجة الكلية
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	القيمة الاحتمالية	

((** دال عند مستوى الدلالة (0.01))

يُلاحظ من الجدول السابق:

- وجود علاقة ارتباطية بين درجات أفراد عينة البحث على جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية ودرجاتهم على جميع الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي، وهي علاقة ارتباطية عكسية (متوسطة الشدة) ودالة إحصائياً؛ أي كلما ارتفعت اليقظة العقلية لدى أفراد عينة البحث انخفضت درجة الضغط النفسي لديهم، والعكس صحيح

نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لأبعاد اليقظة العقلية في الضغط النفسي". للإجابة عن هذه الفرضية أُجري تحليل الانحدار الخطي المتعدد للمتغيرات المستقلة (أبعاد اليقظة العقلية) والمتغير التابع (الضغط النفسي)، وذلك باستخدام الانحدار المتعدد وفق نموذج (Enter)، كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (21) معاملات الارتباط والتحديد للمتغير المستقل وتحليل التباين لتحليل الانحدار وفق طريقة (Enter)

النموذج	معامل الارتباط R	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري المقدر	تحليل التباين ANOVA	
					قيمة ف	القيمة الاحتمالية
1	0.680 ^a	0.462	0.456	23.501	82.130	0.000 ^b

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بين المتغيرات المستقلة (أبعاد اليقظة العقلية) والمتغير التابع (الضغط النفسي) بلغت (0.680) وهي قيمة تدل على ارتباط جيد، أما معامل التحديد فقد بلغ قيمة (0.462) وهي قيمة جيدة تدل على أن المتغيرات المستقلة (أبعاد اليقظة العقلية) تفسر على نحو عام ما مقداره (46.2%) من التغير في الضغط النفسي وترجع إليها، كما كانت قيمة (ف) دالة إحصائياً لذا يمكن القول: إنَّ النموذج المختار للدراسة يلئم البيانات، أما نتائج معاملات الانحدار فيوضحها الجدول الآتي:

الجدول (22) معاملات الانحدار وفق طريقة (Enter)

القيمة الاحتمالية	المعاملات المعيارية		المعاملات غير المعيارية		نموذج العلاقة
	T	Beta	الخطأ المعياري	معامل الانحدار	
.000	31.658		8.124	257.182	القيمة الثابتة
.628	-.485	-.023	.338	-.164	المراقبة (الملاحظة)
.000	-	-	.358	-1.602	الوصف
.000	-	-	.341	-1.789	العمل بوعي
.027	-	-	.306	-.678	عدم الحكم على الخبرات الداخلية
.000	-	-	.369	-1.682	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة ثابت الانحدار بلغت (257.182) وهي دالة إحصائياً، وأن قيمة معامل الانحدار لمتغير (الوصف) بلغت (-1.602)، ولمتغير (العمل بوعي) (-1.789)، ولمتغير عدم الحكم على الخبرات الداخلية (-0.678)، ولمتغير (عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) (-1.682) وجميعها دالة إحصائياً، كما بلغت قيمة "بيتا" والتي تدل على قوة التأثير لمتغير (الوصف) (-0.233)، ولمتغير (العمل بوعي) (-0.266)، ولمتغير (عدم الحكم على الخبرات الداخلية) (-0.104) ولمتغير (عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) (-0.193)، وهذا يعني أن هذه المتغيرات المستقلة تؤثر في الضغط النفسي وتنبأ به، بينما كانت قيمة معامل الانحدار لمتغير (المراقبة (الملاحظة)) غير دالة إحصائياً؛ أي إن هذا المتغير المستقل لا يؤثر بالضغط النفسي ولا يتنبأ به.

كما يلاحظ أن أكثر المتغيرات المستقلة تأثيراً في الضغط النفسي هي: (العمل بوعي ثم الوصف ثم عدم

التفاعل مع الخبرات الداخلية ثم عدم الحكم على الخبرات الداخلية) على التوالي.

عندئذٍ يمكن التنبؤ بالضغط النفسي من خلال أبعاد اليقظة العقلية وفق معادلة الانحدار الآتية:

$$\text{الضغط النفسي} = [257.182 + (\text{الوصف}) \times (-1.602) + (\text{العمل بوعي}) \times (-1.789) + (\text{عدم الحكم على الخبرات الداخلية}) \times (-0.678) + (\text{عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية}) \times (-1.682)]$$

وهذا يعني أنه كلما **انخفض** بُعد (الوصف) بدرجة قدرها (1.602) وبُعد (العمل بوعي) بدرجة قدرها (1.789) وبُعد (عدم الحكم على الخبرات الداخلية) بدرجة قدرها (0.678) وبُعد (عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) بدرجة (1.682) يرافقه **زيادة** في الضغط النفسي بدرجة معيارية واحدة.

تفسير نتيجة الفرضية الأولى والثانية:

تشير نتائج الفرضية الأولى إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين اليقظة العقلية والضغط النفسي عند الأطباء والممرضين وهذه النتيجة تتفق مع دراسة Botaya et al(2021) ودراسة Atanes et al(2015) التي كشفت عن وجود علاقة عكسية بين اليقظة العقلية والضغط النفسي لدى الأطباء و الممرضين، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن الضغوط النفسية تؤثر سلباً في السلوك الإنساني وهي من أكثر التحديات التي تواجه العاملين في القطاع الصحي وتشكل عائقاً كبيراً يحول دون قيام الفرد بدوره فيثأثر إنجازاته وأدائه، كما أن لها تأثيراً في إدراك الفرد للواقع فتجعله أكثر تأثراً بالخبرات السلبية، لذلك يجب على الطبيب أن يكون أكثر وعياً أثناء عمله خشية الوقوع في أخطاء أثناء تأديته لواجبه وكذلك الأمر ينطبق على الممرضين الذين هم عرضة لأنواع مختلفة من الضغوط نتيجة المهام الملقاة على عاتقهم(النصراوي، 2020، 638) وتعدد مصادر الضغوط داخل بيئة عملهم والمتمثلة في عبء العمل الكبير ورعاية المرضى الذين يعانون من حالات حرجية والتعرض المتكرر للموت والإصابات وخاصة في حالات الطوارئ وساعات العمل الطويلة وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين العمل والحياة الشخصية وهنا يظهر الدور الإيجابي الذي تلعبه اليقظة العقلية فهي تشكل حاجزاً ضد الضغوط النفسية، وتعزز الشعور بالقدرة على إدارة البيئة المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات التكيفية لمواجهة الضغوط وخفض الاجترار والقلق والأفكار والمشاعر السلبية، وتزيد من قدرة الشخص على الانتباه وأداء المهام باهتمام ووعي باللحظة الحاضرة دون التفكير بما حدث أو سيحدث، فعندما يكون الطبيب أو الممرض واعياً ببيئته الداخلية والخارجية فإنه يكتسب القدرة على التعامل مع المصادر المختلفة للضغوط بشكل أفضل وزيادة شعوره بالسيطرة على بيئته، واليقظة تتطلب من الطبيب مراقبة أفكاره ومشاعره السلبية ومحاولة التخلص منها حتى لا يتأثر بها

خلال عمله فهي تتيح إدراك ما يحدث في أذهاننا وجسمنا وأحاسيسنا الجسدية وهذا يسمح لنا بقبول تجاربنا كما هي دون نقد ذاتي، أما على مستوى الأبعاد الأكثر تأثيراً في الضغط النفسي فتبين حصول بعد (العمل بوعي) على الرتبة الأولى من بين أبعاد مقياس اليقظة العقلية هذا يدل على أن الأطباء والمرضى يمارسون عملهم بتركيز ويحافظون على نتيجة لطبيعة عملهم الحساسة والتي غالباً ما تكون مشحونة بالتوتر مما يفرض عليهم حالة مستمرة من التيقظ والانتباه لكل تفصيل من أجل اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة في الوقت المناسب وتجنب الوقوع في الأخطاء وأداء المهام الطبية بحضور ذهني كامل بعيداً عن الأداء التلقائي فالعمل بوعي يشير إلى تركيز الانتباه في النشاط الذي يقوم به الفرد في لحظة ما. كما تبين عدم وجود دلالة إحصائية لبعده (الملاحظة) لدى الأطباء والمرضى، يمكن تفسير ذلك إلى وجود عوامل ومتغيرات في بيئة العمل الصحي قد تؤثر على قدرة العاملين على الملاحظة بوضوح مثل ضغوط العمل، والإرهاق، والخبرة المهنية وهذا يجعل هذا البعد أقل حساسية في التنبؤ بالضغط النفسي مقارنة بغيره من الأبعاد.

نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس".

للتحقق من صحة الفرضية استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-

Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (23): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس

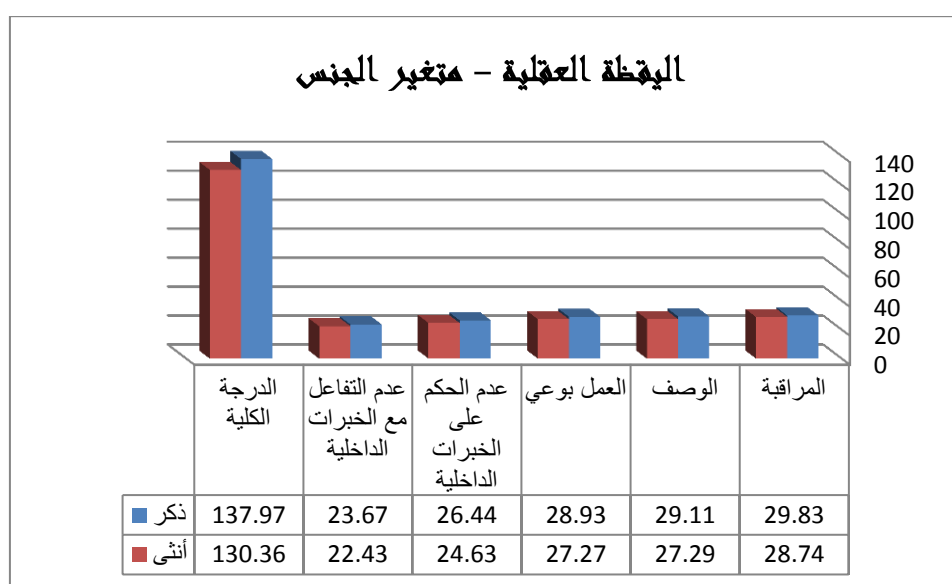
الأبعاد الفرعية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
المراقبة (الملاحظة)	ذكر	232	29.83	4.546	2.646	482	.008	دال إحصائياً
	أنثى	252	28.74	4.510				
الوصف	ذكر	232	29.11	4.347	4.392	482	.000	دال إحصائياً
	أنثى	252	27.29	4.747				
العمل بوعي	ذكر	232	28.93	4.561	3.909	482	.000	دال

إحصائياً				4.769	27.27	252	أنثى	
عدم الحكم على				4.762	26.44	232	ذكر	
الخبرات الداخلية				4.859	24.63	252	أنثى	
عدم التفاعل مع				3.699	23.67	232	ذكر	
الخبرات الداخلية				3.527	22.43	252	أنثى	
الدرجة الكلية				17.817	137.97	232	ذكر	
				18.079	130.36	252	أنثى	

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية (2.646، 4.392، 3.909، 4.130، 3.761، 4.663) عند القيم الاحتمالية (0.008، 0.000، 0.000، 0.000، 0.000، 0.000)، وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في البحث، لذلك:

* تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة، أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس، والفروق لصالح الذكور ذوي المتوسطات الحسابية الأكبر.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس:



الشكل (7): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير الجنس

التفسير:

وهذه النتيجة تختلف بشكل جزئي مع دراسة (Vital 2021) التي بينت أن الإناث لديهن مستوى أعلى من الذكور في بعدي الملاحظة والتصرف بوعي بالنسبة إلى عينة الممرضين وتختلف مع دراسة Ansari et al (2017) التي أشارت إلى أن الإناث لديهن مستوى مرتفع من اليقظة العقلية مقارنة بالذكور بالنسبة إلى عينة الأطباء والممرضين كما اختلفت مع دراسة (Sabir 2018) التي كان من نتائجها عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية بالنسبة إلى الأطباء، تفسر الباحثة وجود فروق في اليقظة العقلية لصالح الذكور إلى الاختلاف في الأداء المعرفي بين الإناث والذكور والمتمثل بالعمليات العقلية كالانتباه والتذكر وغيرها من العوامل التي قد تؤثر في عملية الإدراك للحظة الراهنة، فالنساء عموماً تتفوق على الرجال في ملاحظة التفاصيل وكذلك في تعدد المهام والقيام بعدة أشياء في الوقت نفسه وهذا قد يؤدي إلى تشتت وعدم الانتباه بدقة والتركيز أثناء المهمة أو العمل الذي يؤديه نظراً لتركيزهم على عدة مهام في الوقت ذاته (Wijaya&Suyasa, 2025) بينما يميل الرجال إلى التركيز على مهمة واحدة فقط، ويكونون أكثر وعياً أثناء القيام بها لذا يكون تركيزهم عالياً أثناء أدائهم للعمل واليقظة العقلية تعتمد كثيراً على التركيز على مهمة واحدة دون تشتت. كما أن الذكور لديهم قدرة أعلى من الإناث على وصف الخبرات والمشاعر والتعبير عنها والوعي والانتباه عند القيام بالمهام والأعمال دون أن يشرد ذهنهم فيركزون على ما يحدث في الوقت الحاضر ولا ينتقدون أنفسهم ولا يصدرن أحكاماً على أفكارهم ولا يتأثرون بمشاعرهم الداخلية مثل الإناث فلا تؤثر هذه المشاعر على أدائهم في المواقف المختلفة وعندما يمرون بخبرات غير سارة أو يتذكرون ذكريات مؤلمة فإنهم لا يهتمون بها ولا يتفاعلون معها كما أنهم لا يسمحون لهذه الخبرات بالسيطرة عليهم لذلك فهم أكثر يقظة عقلية.

نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس":

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-

Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (24): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس

الأبعاد الفرعية	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	ذكر	232	25.41	8.361	4.639	482	.000	دال إحصائياً
	أنثى	252	29.26	9.797				
تنظيم العمل وظروفه	ذكر	232	22.93	7.743	2.159	482	.031	دال إحصائياً
	أنثى	252	24.59	9.092				
صراع الدور بين العمل والأسرة	ذكر	232	18.25	6.125	1.830	482	.068	غير دال إحصائياً
	أنثى	252	19.31	6.618				
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	ذكر	232	16.63	6.405	1.724	482	.085	غير دال إحصائياً
	أنثى	252	17.71	7.306				
التعامل مع المرضى	ذكر	232	13.28	4.409	2.555	482	.011	دال إحصائياً
	أنثى	252	14.37	4.889				
الدرجة الكلية	ذكر	232	96.50	28.518	3.043	482	.002	دال إحصائياً
	أنثى	252	105.25	34.206				

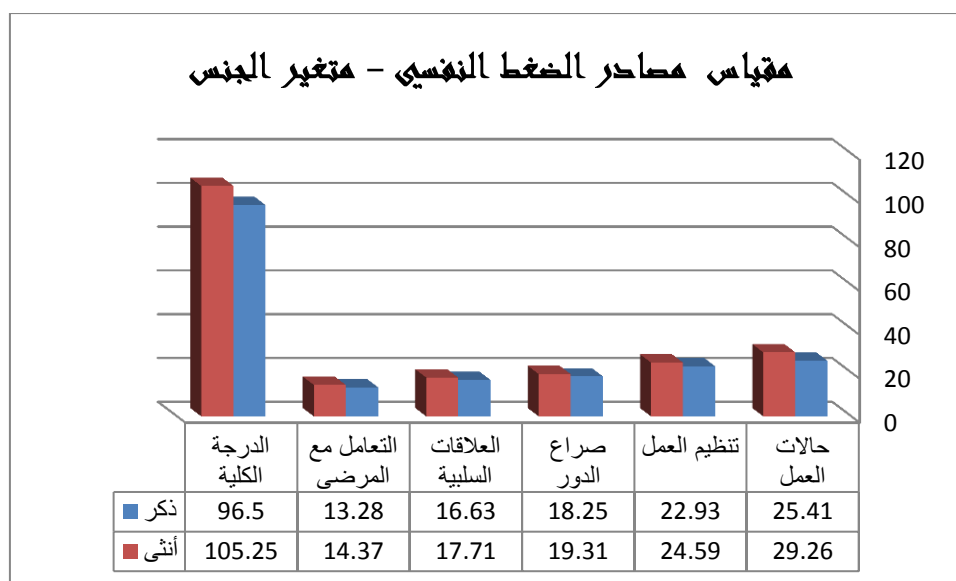
يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي (4.639، 2.159، 1.830، 1.724، 2.555، 3.043) عند القيم الاحتمالية (0.000، 0.031، 0.068، 0.085، 0.011، 0.002) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في البحث بالنسبة إلى البعدين الفرعيين (صراع الدور بين العمل والأسرة، والعلاقات السلبية مع زملاء العمل)، وأصغر منه بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية (حالات العمل التي يصعب التحكم بها، وتنظيم العمل وظروفه، والتعامل مع المرضى) والدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي، وبالتالي:

* تُقبل الفرضية الصفريّة للبعدين الفرعيين (صراع الدور بين العمل والأسرة، والعلاقات السلبية مع زملاء العمل)، أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على البعدين الفرعيين (صراع

الدور بين العمل والأسرة، والعلاقات السلبية مع زملاء العمل) في مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس.

* تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة للأبعاد الفرعية (حالات العمل التي يصعب التحكم بها، وتنظيم العمل وظروفه، والتعامل مع المرضى) والدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي، أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على الأبعاد الفرعية (حالات العمل التي يصعب التحكم بها، وتنظيم العمل وظروفه، والتعامل مع المرضى) والدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس، والفروق لصالح الإناث ذوات المتوسطات الحسابية الأكبر.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس:



الشكل (8): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير الجنس

التفسير:

تتفق هذه النتيجة مع نتائج مجموعة من الدراسات مثل دراسة عمور ويخلف (2021) والدعمس (2017) و Eltahruni (2016) التي أظهرت أن مستوى الضغوط النفسية أعلى عند الإناث من أطباء وممرضين. كما اتفقت مع دراسة Dwivedi & Tiwari (2021) و Ebrahimi & Kargar (2018) التي كشفت أن الإناث سجّلن درجات أعلى على الضغط مقارنة بالذكور لعينة الأطباء. واتفقت مع دراسة

القحطاني(2015) التي أظهرت أن مستوى الضغوط النفسية لدى الإناث أعلى منه عند الذكور لعينة الممرضين واختلقت مع دراسة (Baba(2012 التي كشفت أن الأطباء الذكور يتعرضون لضغط نفسي أعلى من الطبيبات، واختلقت مع دراسة كل من شرار وسمية (2020) وأحمد وحابي(2016) وخميس(2013) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الضغوط النفسية لعينة الأطباء والممرضين، كما اختلقت مع دراسة النصراوي(2020) التي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الضغوط لعينة الأطباء. واختلقت مع دراسة حجاج(2007) التي أظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الضغوط بالنسبة إلى عينة الممرضين. وفيما يتعلق بكون الإناث أعلى ضغوطاً من الذكور يمكن أن نعزي ذلك إلى الدور الاجتماعي الذي تقوم به الأنثى، كأم وكعاملة في المنزل إضافة إلى دورها في العمل، خصوصاً إذا تضمن العمل ساعات طويلة ومناوبات ليلية ونهارية، مما يجعلها تعاني وتشعر بالضغوط بدرجة أعلى من الرجل، إضافة إلى الضغوط الاجتماعية و الثقافية التي تفرضها الثقافة على المرأة وخصوصاً إن كانت مطلقة أو أرملة أو حتى أمّاً لأطفال مما يضاعف شعورها بالضغط النفسي(الدعمس، 2018، 736) ويمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفق متغير الجنس على البعدين الفرعيين (صراع الدور بين العمل والأسرة، والعلاقات السلبية مع زملاء العمل) إلى أن العاملين في القطاع الصحي ذكوراً وإناثاً يتعرضون إلى صراع الدور بين العمل والأسرة نتيجة لطبيعة مهنتهم ومتطلباتها، فهم ليسوا أطباء و ممرضين فقط وإنما أمهات وآباء ولديهم واجبات ومسؤوليات والتزامات تجاه أسرهم وفي الوقت نفسه تجاه عملهم، وعليهم بذل الجهد والوقت للتوفيق بين الحياة العائلية والشخصية والمهنية، وصراع الدور يشير إلى عدم القدرة على الموازنة والتوفيق بين متطلبات كل من الأسرة والعمل. أما بُعد العلاقات السلبية مع زملاء العمل فيمكن القول فيه: إنّ العمل في القطاع الصحي يعتبر من المهن الإنسانية التي تعتمد على التعاون والعمل بهدف تقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى، كذلك يتطلب أداء العمل ضرورة إقامة علاقات طيبة مع الزملاء فالضغط يمكن أن يحدث نتيجة لفقدان الدعم الاجتماعي من قبل زملاء العمل كما أن طبيعة العلاقة التي تربط الأفراد بعضهم ببعض تحدد درجة الضغط النفسي لديهم، فعندما تكون هذه العلاقة ذات طبيعة تنافسية وغير متوازنة تزداد حدة الضغط النفسي. وإن الغيرة و التنافس وسوء

التواصل مع زملاء العمل يؤدي إلى زيادة الضغط النفسي في العمل وهذا ما توصلت إليه دراسة (الشريف، 2003) (القرني، قطان، 2021).

أما الأبعاد (حالات العمل التي يصعب التحكم بها، وتنظيم العمل وظروفه، والتعامل مع المرضى) فيتضح فيها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين والفروق لصالح الإناث، ويمكن تفسير هذه النتيجة وردها إلى طبيعة الأنثى الحساسة والعاطفية فقدرتها في التحمل تختلف عن الرجل عامةً، فالذكور بطبيعتهم أكثر تحملاً للضغوط الجسدية والنفسية التي تواجههم في عملهم وخاصة في مهن الرعاية الصحية التي قد يتعرض الإناث فيها لظروف عمل تتطلب منهم التعامل مع العديد من المشاعر القوية والمواقف المجهدة والصعبة مثل التعامل مع المرضى المحتضرين، كما ذكرنا سابقاً أن هناك دوراً ضاعطاً على الأنثى أكثر من الرجل إذ تأتي التزامات الأسرة والزوج والأولاد متعارضة مع التزامات العمل والسهر بعيداً عن الأسرة وهذا يفرض ضغطاً هائلاً على المرأة العاملة.

نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة".

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-

Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (25): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة

الأبعاد الفرعية	المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
المراقبة (الملاحظة)	طبيب	276	29.26	4.595	.020	482	.984	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	29.27	4.513				
الوصف	طبيب	276	28.78	4.673	3.419	482	.001	دال إحصائياً
	ممرض	208	27.34	4.487				
العمل بوعي	طبيب	276	28.71	4.515	3.504	482	.001	دال إحصائياً

				4.900	27.21	208	ممرض	
دال إحصائياً	.026	482	2.237	4.891	25.92	276	طبيب	عدم الحكم على
				4.847	24.92	208	ممرض	الخبرات الداخلية
غير دال إحصائياً	.528	482	.631	3.565	23.12	276	طبيب	عدم التفاعل مع
				3.787	22.90	208	ممرض	الخبرات الداخلية
دال إحصائياً	.013	482	2.481	18.370	135.79	276	طبيب	الدرجة الكلية
				18.062	131.64	208	ممرض	

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية

(0.020، 3.419، 3.504، 2.237، 0.631، 2.481) عند القيم الاحتمالية (0.984، 0.001، 0.001، 0.026، 0.013، 0.528)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في البحث بالنسبة إلى البعدين

الفرعيين (المراقبة (الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) وأصغر منه للأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل

بوعي، وعدم الحكم على الخبرات الداخلية) والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية، لذلك:

* تُقبل الفرضية الصفرية للبعدين الفرعيين (المراقبة (الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية)، أي: لا

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على البعدين الفرعيين (المراقبة

(الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) في مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة.

* تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة للأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل بوعي، وعدم الحكم على

الخبرات الداخلية) والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية، أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات

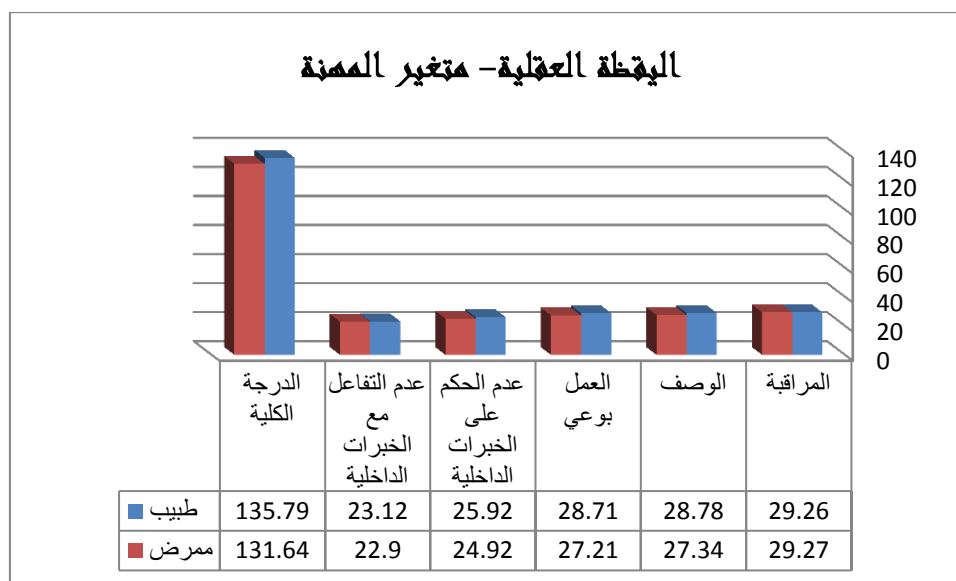
درجات أفراد عينة البحث على الأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل بوعي، وعدم الحكم على الخبرات الداخلية)

والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة، والفروق لصالح الأطباء ذوي المتوسطات الحسابية

الأكبر.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً

لمتغير المهنة:



الشكل (9): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير المهنة

التفسير:

تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Atanes et al (2015) التي أظهرت وجود مستوى منخفض من اليقظة العقلية لدى الممرضين مقارنة بالأطباء ولكنها تختلف مع دراسة (Ansari et al (2017) التي كشفت أن الممرضين لديهم مستوى مرتفع من اليقظة العقلية مقارنة بالأطباء، ويمكن تفسير ارتفاع مستوى اليقظة العقلية لدى الأطباء مقارنة بالممرضين إلى طبيعة الدور المهني فالأطباء يمرون بالعديد من المواقف والمتطلبات المهنية المتعددة التي تدعوهم إلى الانتباه والتركيز العالي أثناء أداء مهامهم، وكذلك التصرف بوعي وحذر والتفكير السريع واتخاذ القرارات الطبية الصحيحة والحاسمة خصوصاً مع الحالات الطارئة والحرية، بالإضافة إلى ذلك تساعد اليقظة العقلية على تقليل الأخطاء التي قد تحدث نتيجة للانشغال أو الإهمال وهذا مهم جداً في مجال الطب فأي إجراء خاطئ قد ينتج عنه تحمل المسؤولية من قبل الطبيب. أما فيما يتعلق بعدم وجود فروق بين الأطباء و الممرضين في بعدي (المراقبة)(الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) يمكن عزو هذه النتيجة إلى أن طبيعة العمل في المجال الطبي تفرض على جميع العاملين الصحيين مستوى مرتفع من الانتباه والملاحظة والمراقبة المستمرة إلى جميع المثيرات الخارجية داخل المشفى، أما بالنسبة إلى بعد عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية فهو يشير إلى السماح للأفكار والمشاعر لتأتي و تذهب دون أن تشتت تفكير الفرد، أو ينشغل بها، وتفقد تركيزه في اللحظة الحاضرة. والأطباء والممرضين يواجهون ضغوط نفسية، وحالات طوارئ، ومعاناة

المرضى والموت، هذا يفرض عليهم تطوير آليات لتنظيم وضبط الانفعالات وعدم الانجراف التلقائي وراء الأفكار والمشاعر السلبية.

نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة":

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (26): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة

الأبعاد الفرعية	المهنة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	طبيب	276	27.44	9.089	.078	482	.938	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	27.38	9.661				
تنظيم العمل وظروفه	طبيب	276	23.68	8.564	.323	482	.747	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	23.94	8.444				
صراع الدور بين العمل والأسرة	طبيب	276	18.39	6.205	1.650	482	.100	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	19.36	6.629				
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	طبيب	276	17.05	6.808	.521	482	.603	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	17.38	7.039				
التعامل مع المرضى	طبيب	276	13.70	4.595	.790	482	.430	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	14.04	4.822				
الدرجة الكلية	طبيب	276	100.27	31.492	.623	482	.534	غير دال إحصائياً
	ممرض	208	102.10	32.428				

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس

مصادر الضغط النفسي (0.078، 0.323، 1.650، 0.521، 0.790، 0.623) عند القيم الاحتمالية

(0.938، 0.747، 0.100، 0.603، 0.430، 0.534)، وجميعها أكبر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد

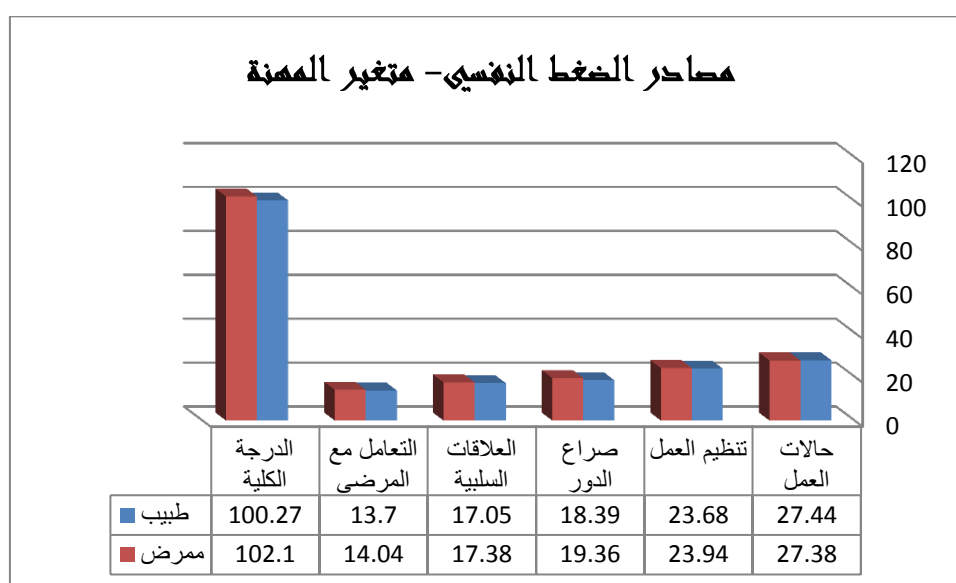
في البحث، لذلك:

* تُقبل الفرضية الصفرية، أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث

على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط

النفسي تبعاً لمتغير المهنة:



الشكل (10): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير المهنة

التفسير:

تتفق هذه النتيجة مع نتائج مجموعة من الدراسات مثل دراسة أحمد وحابي (2016) وإيمان وآخرين

(2023) و (2016) Sathiya et al التي أكدت عدم وجود فروق بين الأطباء والممرضين في مستوى الضغوط

النفسية إلا أنها تختلف مع دراسة عمور ويخلف (2021) التي بينت أن مستوى الضغوط النفسية لدى الأطباء

أعلى منه عند الممرضين ودراسة الدعمس (2017) و Ngoc et al (2018) التي كشفت أن الممرضين يعانون

من الضغوط النفسية بنسبة أعلى من الأطباء.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق في الضغط النفسي بين الأطباء والممرضين من خلال وجود الضغوط

النفسية وهي عامل مشترك بين جميع الأفراد مع اختلاف مراتبهم وثقافتهم ولا يمكن التمييز على أساس المهنة،

فبالضغوط النفسية غير مرتبطة بمهنة معينة دون سواها. بالإضافة إلى عدم وجود اختلافات بين أفراد العينة أنفسهم فجميعهم يعملون في بيئة واحدة (المشفى) ويواجهون نوعية الضغوط نفسها (عدد المرضى الكبير، ساعات العمل الطويلة، التعامل مع الألم والموت). لذلك نقول إن لكلا المهنتين درجة الضغوط النفسية نفسها، وهي لا تختلف عند الأطباء والمرضى (إيمان وآخرون، 2023) لكونهم من أبرز العناصر في القطاع الصحي فعملهم يتميز بالضغوط المهنية والاجتماعية فالضغوط النفسية نتيجة المهام المتراكمة والمسؤوليات الكبيرة من خلال كونهم من يقع على عاتقهم معالجة المرضى والاهتمام بصحتهم ورعايتهم.

نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل":

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (27): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس

اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل

الأبعاد الفرعية	قطاع العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
المراقبة (الملاحظة)	حكومي	302	28.95	4.482	1.9	482	.048	دال إحصائياً
	خاص	182	29.79	4.640	81			
الوصف	حكومي	302	28.16	4.526	.01	482	.985	غير دال إحصائياً
	خاص	182	28.15	4.849	9			
العمل بوعي	حكومي	302	27.77	4.767	1.7	482	.082	غير دال إحصائياً
	خاص	182	28.55	4.665	46			
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	حكومي	302	25.21	4.878	1.6	482	.095	غير دال إحصائياً
	خاص	182	25.97	4.890	74			
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	حكومي	302	22.72	3.692	2.3	482	.019	دال إحصائياً
	خاص	182	23.53	3.558	57			

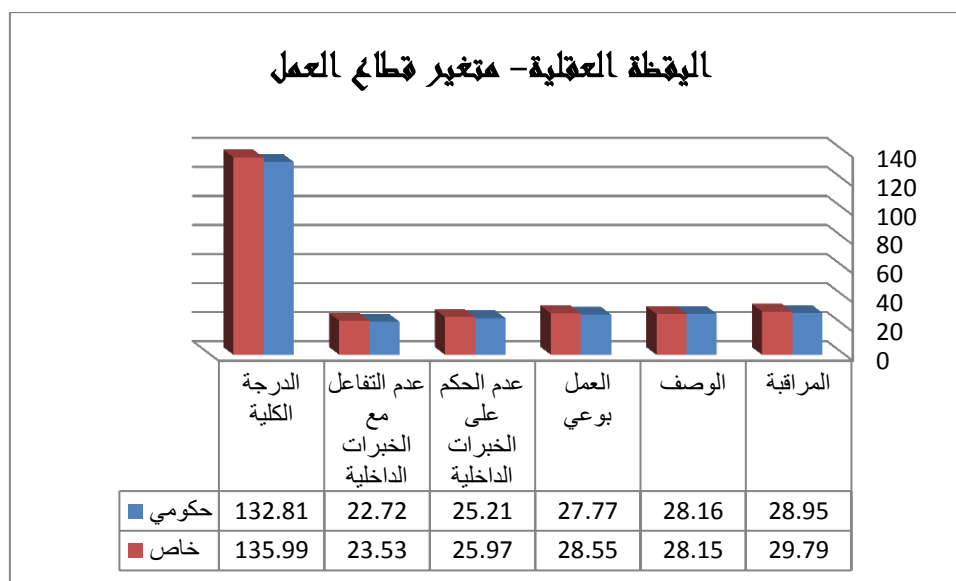
الدرجة الكلية	حكومي	302	132.81	17.932	1.8	482	0.064	غير دال إحصائياً
	خاص	182	135.99	18.868	55			

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية (1.981، 0.019، 1.746، 1.674، 2.357، 1.855) عند القيم الاحتمالية (0.048، 0.985، 0.082، 0.095، 0.019، 0.064)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في البحث بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل بوعي، وعدم الحكم على الخبرات الداخلية) والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية وأصغر منه للبعدين الفرعيين (المراقبة (الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية)، لذلك:

* تُقبل الفرضية الصفرية بالنسبة إلى الأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل بوعي، وعدم الحكم على الخبرات الداخلية) والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية، أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على الأبعاد الفرعية (الوصف، والعمل بوعي، وعدم الحكم على الخبرات الداخلية) والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل.

* تُرفض الفرضية الصفرية وتُقبل الفرضية البديلة للبعدين الفرعيين (المراقبة (الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية)، أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على البعدين الفرعيين (المراقبة (الملاحظة)، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) في مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل، والفروق لصالح الأفراد العاملين في القطاع (الخاص) ذوي المتوسطات الحسابية الأكبر.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل:



الشكل (11): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير قطاع العمل

التفسير:

تبين من خلال النتيجة التي تم التوصل إليها تفوق العاملين في القطاع الخاص في مستوى اليقظة العقلية وهذا يشير إلى أنهم يتمتعون بدرجة أعلى من الوعي بالخبرات التي يمرون بها لحظة بلحظة، وهذا ما يعكس درجة التنظيم الذاتي للانتباه الجيد لديهم والانفتاح نحو كل ما هو جديد، وهذا ما يسمى بالاستبصار الذاتي وما يجعل الفرد أكثر تيقظاً وانتبهاً. فاليقظة العقلية تشمل عالم المكونات مثل الانتباه الواعي والتركيز في اللحظة الحالية والتعايش مع الخبرات والأفكار دون إصدار الأحكام وتنظيم الذات وإدارتها. (عبد الحق، محمد، 2024، (67)

بالإضافة إلى أن العاملين في القطاع الحكومي يواجهون تحديات أكبر من القطاع الخاص نظراً إلى طبيعة وظروف العمل الصعبة داخل المشفى الناتجة عن العدد الكبير للمرضى و المراجعين، قلة توافر الأدوية المطلوبة أو ندرتها لأغلب الحالات المرضية مما قد يؤثر على مستوى اليقظة العقلية لديهم. وفيما يتعلق بوجود فروق في بعدي (المراقبة)(الملاحظة)، و عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) لصالح العاملين في القطاع الخاص فهذا يشير إلى أن العاملين في القطاع الخاص لديهم القدرة على الانتباه وملاحظة الخبرات والمشاعر الداخلية و الخارجية و تقبلها وعدم الاندماج مع الأفكار و المشاعر السلبية واعتبارها أحداثاً مؤقتة.

نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على

مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل":

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-Test)

للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول (28): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر

الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل

الأبعاد الفرعية	قطاع العمل	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	حكومي	302	28.87	9.787	4.516	482	.000	دال إحصائياً
	خاص	182	24.99	7.970				
تنظيم العمل وظروفه	حكومي	302	25.07	8.965	4.342	482	.000	دال إحصائياً
	خاص	182	21.67	7.216				
صراع الدور بين العمل والأسرة	حكومي	302	19.34	6.681	2.390	482	.017	دال إحصائياً
	خاص	182	17.91	5.820				
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	حكومي	302	17.77	7.195	2.359	482	.019	دال إحصائياً
	خاص	182	16.25	6.293				
التعامل مع المرضى	حكومي	302	14.18	4.768	1.977	482	.049	دال إحصائياً
	خاص	182	13.31	4.523				
الدرجة الكلية	حكومي	302	105.23	33.781	3.762	482	.000	دال إحصائياً
	خاص	182	94.13	27.140				

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مصادر

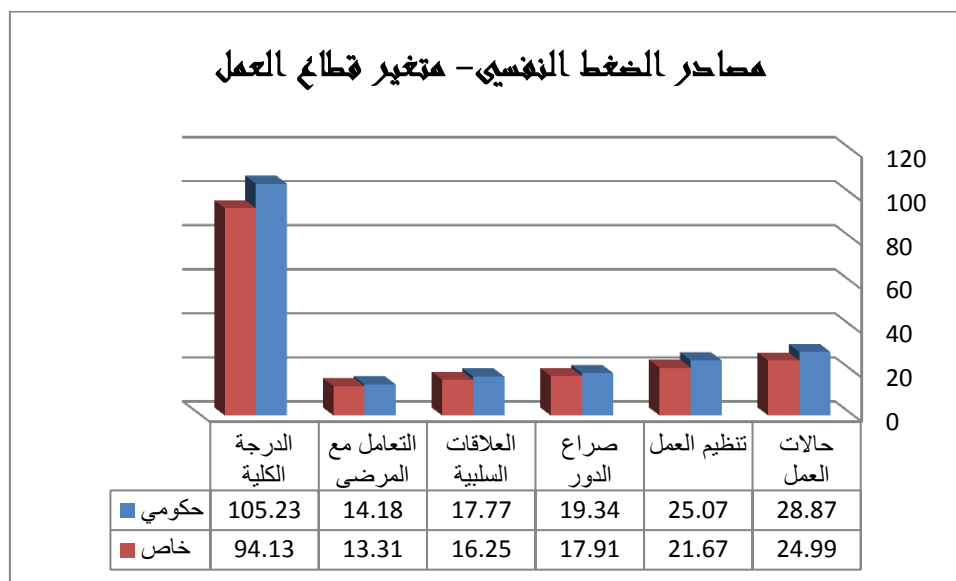
الضغط النفسي (4.516، 4.342، 2.390، 2.359، 1.977، 3.762) عند القيم الاحتمالية (0.000،

0.000، 0.017، 0.019، 0.049، 0.000)، وجميعها أصغر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في

البحث، لذلك:

* تُرفض الفرضية الصفرية، وتُقبل الفرضية البديلة، أي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل، والفروق لصالح الأفراد العاملين في القطاع (الحكومي) ذوي المتوسطات الحسابية الأكبر.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل:



الشكل (12): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير قطاع العمل

التفسير:

يتضح من خلال النتيجة التي تم التوصل إليها وجود فروق في الضغوط النفسية تبعاً لقطاع العمل لصالح العاملين في القطاع الحكومي، وهذه النتيجة تختلف مع دراسة الدعس (2018) التي أظهرت أن الأطباء والمرضى العاملين في القطاع الخاص يعانون من درجات أعلى من الضغوط النفسية مقارنةً بالعاملين في القطاع الحكومي واختلفت مع دراسة Lua (2011) التي كشفت نتائجها عدم وجود فروق بين الأطباء والمرضى في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير القطاع.

ويمكن تفسير النتيجة بالقول إنَّ العاملين في المشافي الحكومية يواجهون ضغوطاً نفسية أعلى من المشافي الخاصة وذلك بسبب النقص في الأجهزة والمستلزمات الطبية والأدوية وبعض المعدات الأساسية كجهاز الطبق المحوري والتنظير الهضمي وتقديم الخدمات وفق الإمكانيات المتاحة والعمل بأجهزة قديمة بعضها يحتاج

إلى صيانة وعطل بعض الأجهزة الناتج عن ضغط العمل لديها وصعوبة تأمين قطع تبديل لها واستقبال عدد كبير من المرضى يومياً، والتعامل مع المرضى وشكواهم في القطاع الحكومي أكبر وأصعب مقارنة بالقطاع الخاص، والنقص في الإشراف وتدريب المقيمين هذا بالإضافة إلى هجرة الأطباء إلى الخارج والنقص في الكادر التمريضي في المشافي الحكومية بسبب ضعف الرواتب والأجور وطبيعة العمل الصعبة.

نتائج الفرضية التاسعة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي".

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

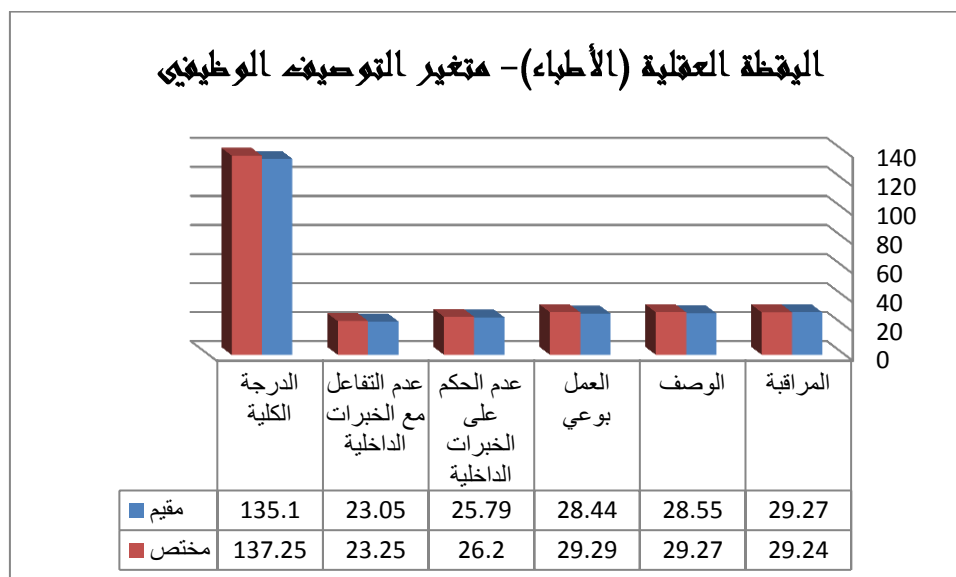
الجدول (29): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي

الأبعاد الفرعية	التوصيف الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
المراقبة (الملاحظة)	مقيم	187	29.27	4.589	.062	274	.951	غير دال إحصائياً
	مختص	89	29.24	4.634				
الوصف	مقيم	187	28.55	4.658	1.204	274	.229	غير دال إحصائياً
	مختص	89	29.27	4.692				
العمل بوعي	مقيم	187	28.44	4.253	1.471	274	.142	غير دال إحصائياً
	مختص	89	29.29	4.998				
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	مقيم	187	25.79	4.809	.652	274	.515	غير دال إحصائياً
	مختص	89	26.20	5.075				
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	مقيم	187	23.05	3.315	.421	274	.674	غير دال إحصائياً
	مختص	89	23.25	4.057				
الدرجة الكلية	مقيم	187	135.10	17.457	.907	274	.365	غير دال إحصائياً
	مختص	89	137.25	20.182				

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية (0.062، 1.204، 1.471، 0.652، 0.421، 0.907) عند القيم الاحتمالية (0.951، 0.229، 0.142، 0.515، 0.674، 0.365)، وجميعها أكبر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في البحث، لذلك:

* تُقبل الفرضية الصفرية، أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي:



الشكل (13): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي

التفسير:

يتضح من خلال النتيجة التي تم التوصل إليها عدم وجود فروق بين الأطباء في اليقظة العقلية تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي ويمكن تفسير ذلك إلى أن طبيعة عمل الأطباء سواء أكانوا (مقيمين أم مختصين) تتطلب منهم تركيز الانتباه أثناء أداء مهامهم والملاحظة الدقيقة ووصف الخبرات التي يمرون بها لحظة بلحظة والتأمل لما يحدث في الحاضر والتصرف بوعي وعدم التفكير بطريقة تلقائية و القدرة على السيطرة وإدارة البيئة المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات التكيفية لمواجهة الضغوط والتخلص من مركزية الأفكار وعدّها أحداثاً

مؤقتة لا تمثل الواقع فينعكس على الاستبصار بمواقف الحياة و هذه كلها من صفات الأشخاص الذين لديهم يقظة عقلية.

ونحن ككائنات إنسانية نملك القدرة على تركيز الانتباه لنكون واعيين بعالمنا الخارجي والداخلي والتفاعل

بينهما، وهذه القدرة على تركيز الانتباه تكون طبيعية ومتأصلة بإمكانيتنا الإنسانية.(عبدالله، 2013، 360)

نتائج الفرضية العاشرة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة

البحث (الأطباء) على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي":

للتحقق من صحة الفرضية استُخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واستخدم اختبار (T-

Test) للعينات المستقلة لدلالة الفروق بين متوسطي الدرجات، وجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول(30): نتائج اختبار (T-Test) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس

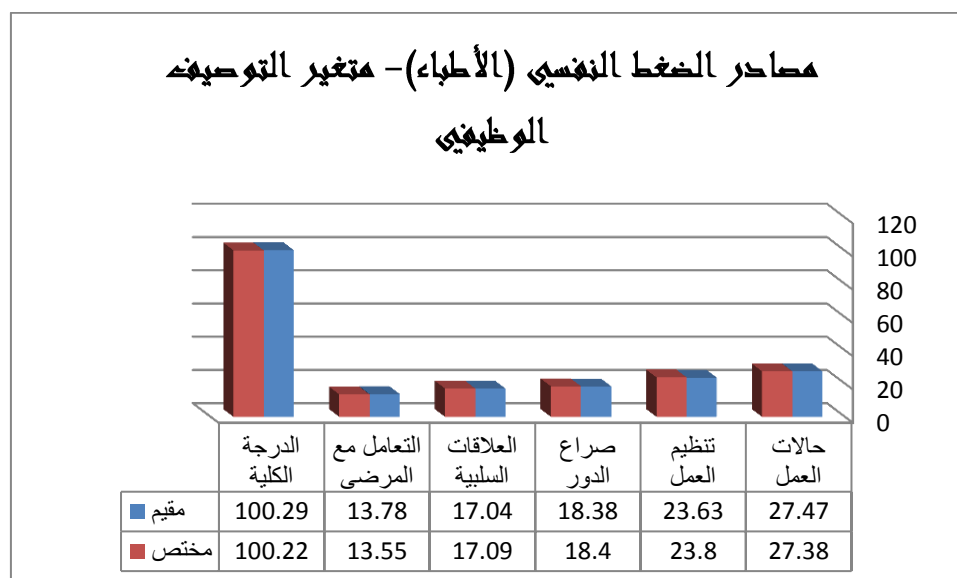
مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي

الأبعاد الفرعية	التوصيف الوظيفي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	القرار
حالات العمل التي يصعب التحكم بها	مقيم	187	27.47	8.769	.076	274	.940	غير دال إحصائياً
	مختص	89	27.38	9.778				
تنظيم العمل وظروفه	مقيم	187	23.63	8.561	.151	274	.880	غير دال إحصائياً
	مختص	89	23.80	8.616				
صراع الدور بين العمل والأسرة	مقيم	187	18.38	6.212	.031	274	.975	غير دال إحصائياً
	مختص	89	18.40	6.224				
العلاقات السلبية مع زملاء العمل	مقيم	187	17.04	6.793	.060	274	.952	غير دال إحصائياً
	مختص	89	17.09	6.878				
التعامل مع المرضى	مقيم	187	13.78	4.655	.379	274	.705	غير دال إحصائياً
	مختص	89	13.55	4.487				
الدرجة الكلية	مقيم	187	100.29	31.150	.017	274	.986	غير دال إحصائياً
	مختص	89	100.22	32.378				

يتضح من الجدول السابق أن قيم (ت) بلغت على التسلسل للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس مصادر الضغط النفسي (0.076، 0.151، 0.031، 0.060، 0.379، 0.017) عند القيم الاحتمالية (0.940، 0.880، 0.975، 0.952، 0.705، 0.986)، وجميعها أكبر من مستوى الدلالة (0.05) المعتمد في البحث، لذلك:

* تُقبل الفرضية الصفرية، أي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي.

ويوضح المخطط البياني الآتي المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي:



الشكل (14): المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد عينة البحث (الأطباء) على مقياس مصادر الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي

التفسير:

وهذه النتيجة تختلف مع دراسة النصاروي (2020) التي أشارت نتائجها إلى أن درجة الضغط النفسي عند الطبيب المقيم في القطاع الحكومي أعلى منه عند المختص ويمكن تفسير عدم وجود فروق بين الأطباء في الضغط النفسي تبعاً لمتغير التوصيف الوظيفي إلى أن البيئة التي يعمل فيها الأطباء واحدة ومتشابهة في ظروفها ومتغيراتها والعوامل المؤثرة فيها والتحديات التي تواجهها ومصادر الضغوط النفسية هي نفسها داخل المشفى

والمتمثلة في عبء العمل الزائد، وظروف العمل الصعبة التي تتطوي على خطر مستمر للتعرض لمخاطر صحية والتعامل مع حالات حرجية والتعرض لمواقف الحياة والموت.

هذا بالإضافة إلى حساسية المهنة التي يمارسونها و لارتباطها بحياة الناس ومصائرهم، فهم يتعاملون مع أعقد التركيبات البيولوجية على وجه الأرض وأثمنها وهي التركيبة الإنسانية، ومسؤوليتهم الحفاظ على سلامة البشر وحياتهم في أي مكان وأي زمان (نصراوي، 2010) لذلك لا يوجد اختلاف بينهم سواء أكانوا حديثي العهد بالعمل أم قدامى وذوي خبرة كبيرة في مجال العمل في قطاع الصحة.

3- مقترحات البحث:

بناءً على النتائج السابقة التي توصل إليها البحث، يمكن تقديم المقترحات الآتية:

1- العمل على إجراء دراسات وبحوث مماثلة لهذا البحث للمقارنة بين مقدمي الرعاية الصحية الأولية الذين يعملون في المستشفيات الحكومية ونظائرهم في المستشفيات الخاصة لتحسين بيئات العمل في كلا القطاعين.

2- تحسين ظروف وبيئة العمل داخل القطاع الصحي من خلال توفير المعدات والأجهزة الطبية اللازمة لزيادة كفاءة العمل وجودة رعاية المرضى.

3- تحسين الرواتب والحوافز المالية للأطباء والمرضى في المستشفيات الحكومية لتخفيف الضغوط النفسية المرتبطة بالأعباء المعيشية والنقل من تسرب الكوادر المؤهلة إلى القطاع الخاص.

4- السعي إلى وضع برامج تدريبية للعاملين في القطاع الصحي وتوضيح كيفية تأثير ضغط العمل في الصحة النفسية للعاملين بالمستشفيات وتبصيرهم بالطرائق والأساليب العلمية للتعامل مع هذه الضغوط بطريقة إيجابية وفعالة.

5- إدراج تدريب فنيات اليقظة العقلية ضمن المناهج الطبية لطلاب الطب خلال سنوات الدراسة الجامعية، بهدف تعزيز قدرتهم على إدارة الضغوط النفسية مستقبلاً وتحسين أدائهم المهني.

6- إعداد برامج إرشادية وعلاجية قائمة على اليقظة العقلية باعتبارها أحد الأساليب العلاجية النفسية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في التخفيف من مستويات الضغط والتوتر النفسي وتحسين جودة الحياة ورفع مستوى الوعي الذاتي لدى العاملين في القطاع الصحي.

7- تنظيم ندوات ومحاضرات لتعريف مفهوم اليقظة العقلية وطرق اكتسابها وتعزيزها.

8- تنظيم جلسات دعم نفسي جماعية أو فردية للكوادر من قبل اختصاصيين نفسيين لرفع كفاءة الرعاية الصحية الشاملة.

9- تنظيم ورش عمل دورية للأطباء والممرضين تركز على تنمية الوعي بالذات، والتعامل الإيجابي مع الضغوط النفسية والمهنية.

قائمة المراجع:

1- المراجع العربية:

- أبو عوف، طلعت محمد محمد، وعبد الله، عبد الرسول عبد الباقي عبد اللطيف، ومحمود، محمد عبد العظيم محمد. (2019). اليقظة العقلية وعلاقتها بأسلوب التفكير التحليلي لدى طلبة الجامعة المتفوقين دراسياً. *مجلة كلية التربية بالإسماعيلية*، 1(43)، 113-167.
- Doi: [10.21608/jfes.2019.87452](https://doi.org/10.21608/jfes.2019.87452)
- أحمد، قويدر بن، وحابي، خيرة. (2016). الضغط المهني لدى عمال قطاع الصحة لولاية تيارت. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، 3(1)، 71-92.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/5033>
- إيمان، فار، ووصال، حميداتو، وصفاء، نصرات. (2023). *الضغوطات النفسية لدى عمال الصحة قسم الاستعجالات بمستشفى 08 ماي الوادي* [رسالة ماجستير، جامعة الوادي]. جامعة الوادي.
- <https://faculty.univ-eloued.dz/faculty/fssh>
- باديس، بوخلوه، وإيمان، جعفر. (2018). أثر ضغوط العمل على جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر الأطباء و الممرضين، دراسة ميدانية في المؤسسة العمومية الاستشفائية سعد دحلب بمدينة جامعة و لاية الوادي. *مجلة أداء المؤسسات الجزائرية*، 7(3)، 248-267.
- <https://asjp.cerist.dz/en/article/61865>
- البطي، آمنة اشتيوي. (2018). *الضغوط النفسية لدى المطلقات وأساليب مواجهتها (ط.1)*.
- البيرقدار، تهييد عادل فاضل. (2011). الضغط النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلبة كلية التربية. *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية*، 11(1)، 28-56.
- https://www.researchgate.net/publication/340570195_aldgth_alnfsy_wlaqth_balslabt_alnfsyt_ldy_tlb_t_klyt_altrbyt
- جمال، رنا أحمد. (2016). *استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية (ط.1)*، دار أمجد.

- حجاج، خليل. (2007). تأثير ضغط العمل على كل من الانتماء والرضا الوظيفي للممرضين العاملين بمستشفى الشفاء بغزة. *مجلة جامعة الأزهر، 9* (2)، 95-118.

<https://www.alazhar.edu.ps/journal/detailsr.asp?seqq1=507>

- حسن، أنعام هادي. (2013). *الذكاء الانفعالي و علاقته بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية* (ط.1)، دار الصفاء.

- حفصه، بن عبد الله. (2017). *الضغوط المهنية وعلاقتها بجودة الحياة لدى الأطباء* (دراسة ميدانية على عينة من الأطباء المقيمين بالمستشفى الجامعي - تلمسان. *المجلة الجزائرية للطفولة و التربية، 4* (6)، 267_283.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/71791>

- حميدة، محمد إسماعيل سيد. (2019). *فعالية برنامج قائم على اليقظة العقلية في تنمية التدفق النفسي و أثره على السعادة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية* (دراسة تنبؤية-تجريبية). *مجلة الإرشاد النفسي، 60* (60)، 248-339.

DOI: [10.21608/cpc.2019.109624](https://doi.org/10.21608/cpc.2019.109624)

- حيزيه، منفع، مريم، نوازي. (2022). *الضغوط النفسية وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لدى طلبة جامعة ورقلة* دراسة ميدانية بكليات جامعة ورقلة [رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة]. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

<https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/31323>

- الختاتنه، سامي محسن. (2019). *فعالية برنامج للتدريب على اليقظة العقلية في خفض الضغط النفسي وتحسين نمط الحياة لدى طلبة جامعة حكومية في الأردن*. *مجلة العلوم التربوية، 46* (1)، 61-78.

<https://archives.ju.edu.jo/index.php/edu/article/view/12712>

- خلفية، ثناء شعبان محمد. (2019). *المعتقدات اللاعقلانية واستراتيجيات التحكم في الفكر كمنبئات بالضغط النفسية لدى عينة من طالبات رياض الأطفال بجامعة الأمير سطام*. *المجلة العلمية لكلية التربية، 35* (12)، 30-63.

DOI: [10.21608/fthj.2019.190105](https://doi.org/10.21608/fthj.2019.190105)

-خميس، محمد سليم. (2013). الضغوط النفسية لدى عمال القطاع الصحي. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، 5(13)، 285-298.

-دسوقي، حنان فوزي أبو العلا. (2022). فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على الرضا عن الحياة لديهم. *المجلة العلمية لكلية التربية-جامعة اسيوط*، 12(2)، 1-70.

DOI: [10.21608/mfes.2022.288618](https://doi.org/10.21608/mfes.2022.288618)

-الدعمس، وفاء خالد. (2018). الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا الوظيفي والاكتئاب لدى الأطباء والمرضى. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية*، 26(5)، 712-749.

<http://journals.iugaza.edu.ps/index.php/IUGJEPS/article/view/3297>

-السميران، تامر حسين علي، والمساعد عبد الكريم عبد الله. (2014). *سيكولوجية الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها*. (ط.1)، دار الحامد.

-سميرة، قمراس. (2018). *أسلوب الحياة وعلاقته بالضغوط النفسي لدى المرأة العاملة* [رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد بوضياف المسيلة]. جامعة محمد بوضياف المسيلة.

<https://repository.univ-msila.dz/items/0f387242-5f97-4c3f-904c-a33caef0e2b9>

-سيد، سعاد كامل قرني. (2019). فعالية العلاج بالقبول و الالتزام في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب شعبة التربية الخاصة. *المجلة العلمية لكلية التربية- جامعة اسيوط*، 35(5)، 235-282.

-شرار، تعولميت، وسمية، عليوة. (2020). الضغوط المهنية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى عمال قطاع الصحة خلال أزمة كورونا (covid-19). *مجلة الوقاية والأرغوميا*، 8(2)، 24-45.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/139810>

-الشماس، عيسى، ميلاد، محمود. (2013). *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*. منشورات جامعة دمشق.

-صبيرة، فؤاد، وإسماعيل، رزان. (2015). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات "دراسة ميدانية في مستشفى الأسد الجامعي في محافظة اللاذقية". مجلة جامعة تشرين للبحوث و الدراسات العلمية، 37(1)، 147-160.

<https://journal.latakia-univ.edu.sy/index.php/humlitr/article/view/1598/1537>

-الضريبي، عبدالله. (2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق، 26(4)، 669-719.

<https://journal.damascusuniversity.edu.sy/index.php/eduj/issue/archive>

-طه، إسماعيل، ياسين، الطاف. (2007). الضغوط المهنية وعلاقتها بالتوافق المهني لدى أساتذة الجامعة. مجلة مركز البحوث التربوية والنفسية، 4(12)، 1-24.

-العاسمي، رياض. (2011). فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد المتمركز على العميل والتغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسي والقلق كسمة وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين. مجلة جامعة دمشق، 27(2+1)، 219-281.

<https://journal.damascusuniversity.edu.sy/index.php/eduj/issue/archive>

-عبد الباقي، أمل ابراهيم محمود. (2020). تأثير تحسين مستوى اليقظة العقلية المقررة ذاتياً وأبعادها المختلفة على مستوى الرفاهية النفسية لدى عينة من الاناث (دراسة شبه تجريبية). دراسات نفسية، 30(1)، 97-164.

DOI: [10.21608/psj.2020.134904](https://doi.org/10.21608/psj.2020.134904)

-عبد الحق، بوخاري، ومحمد، حميدي. (2024). اليقظة العقلية وعلاقتها بإدارة الوقت (دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية الأم و الطفل بعين تموشنت) [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة بلحاج بوشعيب.

<http://dspace.univ-temouchent.edu.dz/handle/123456789/5728>

-عبد الرحمن، علي اسماعيل. (2012). الضغوط النفسية القاتل الخفي الأسباب الآثار العلاج (ط2). دار اليقين.

-عبد الرحيم، ولاء رجب. (2016). الضغوط النفسية للمتفوقين و كيفية مواجهتها. دار العلوم.

- عبد الله، محمد الصافي عبد الكريم. (2019). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في تحسين التوجه نحو الحياة وخفض أعراض اضطراب الشخصية التجنبية لدى المطلقات. مجلة الإرشاد النفسي، 60(1)، 180-245.

DOI: [10.21608/cpc.2019.109623](https://doi.org/10.21608/cpc.2019.109623)

- عبد الله، محمد قاسم. (2023). الضغط النفسي (ط.1). دار الفكر.

- عبد المطلب، السيد الفضالي، وخريبه، إيناس محمد صفوت. (2020). اليقظة العقلية في ضوء نظرية لانجر "Langer" وعلاقتها بكل من الاتجاه نحو التخصص وأسلوب التعلم ونوع الاختبار التحريري المفضل لدى طلبة جامعة الزقازيق. المجلة التربوية، 69(2)، 2-45.

DOI: [10.21608/edusohag.2020.64408](https://doi.org/10.21608/edusohag.2020.64408)

- عبد المعطي، حسن مصطفى. (2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (ط.1). مكتبة زهراء الشرق.

- عبدالله، أحلام مهدي. (2013). اليقظة الذهنية لدى طلبة الجامعة. مجلة الأستاذ، 2(205)، 343-366.

- علاق، مباركة، وبنين، آمال. (2020). اليقظة العقلية و دورها في تحسين جودة الحياة النفسية. أعمال الملتقى الوطني الأول حول جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات. 133-142.

<https://dspace.univ-eloued.dz/items/8fe592df-d48b-465c-b5ef-624ee4255d2e>

- عمور، جميلة بن، ويخلف، ناجة. (2021). الضغوط النفسية كما يدركها عمال القطاع الصحي بالمستشفى المرجعي لعلاج فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19). دراسات نفسية وتربوية، 14(2)، 451-464.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/163210>

- الغرير، أحمد نايل، وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية (ط.1)، دار الشروق.

- الفقي، محمد محمد عبد الرازق السيد، وبشار، علي محمد علي البسيوني. (2023). نمذجة العلاقات السببية بين النوموفوبيا واليقظة العقلية والألكسيثيميا لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 33(120)، 238-368.

DOI: [10.21608/ejcg.2023.306827](https://doi.org/10.21608/ejcg.2023.306827)

-فلاح، عائشة علي، واقتير، هيفاء مصطفى. (2018). الضغوط النفسية آثارها وأساليب مواجهتها. *مجلة العلوم الإنسانية*، (17)، 434-398.

-القحطاني، عبد الله صالح. (2015). فاعلية برنامج قائم على الإرشاد بالواقع في خفض الضغوط النفسية لدى العاملين في مهنة التمريض في المملكة العربية السعودية. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية*، 23(4)، 133-113.

<https://journals.iugaza.edu.ps/index.php/IUGJEPS/article/view/438>

-القرني، محمد علي، وقطان، أميرة محمد نور عبد الرحمن. (2021). العوامل المؤثرة على ظاهرة الغياب لدى الكادر التمريضي بمدينة الملك عبد الله الطبية بمكة المكرمة. *المجلة العلمية للبحوث التجارية*، (2)، 62-34.

DOI:[10.21608/sjsc.2021.59489.1017](https://doi.org/10.21608/sjsc.2021.59489.1017)

-قمراس، سميرة. (2018). *أسلوب الحياة وعلاقته بالضغوط النفسي لدى المرأة العاملة* [رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة]. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.

-المخيني، جلال بن يوسف بن جمعة. (2008). *مصادر الضغوط النفسية و أساليب التعامل معها لدى العاملين بوزارة التربية و التعليم في سلطنة عمان* [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الأردنية.

DOI:[10.4197/Art.28-9.1](https://doi.org/10.4197/Art.28-9.1)

-المرشود، جوهرة صالح. (2020). الإسهام النسبي لأبعاد الحكمة في التنبؤ باليقظة العقلية ومهارات فعالية الحياة لدى طالبات جامعة القصيم. *مجلة جامعة الملك عبد العزيز*، 28(9)، 45-1.

- مريم، رجاء. (2008). *مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض*. *مجلة جامعة دمشق*، 24(2)، 510-475.

<https://journal.damascusuniversity.edu.sy/index.php/eduj/issue/archive>

-مصطفى، محمد مصطفى عبد الرازق. (2019). فعالية برنامج إرشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي وتحسين صورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة المكفوفين. *المجلة التربوية*، (62).

DOI: [10.21608/edusohag.2019.56045](https://doi.org/10.21608/edusohag.2019.56045)

-مكاسي، محمد. (2017). مصادر ضغوط العمل: تحليل و مناقشة. *مجلة أبحاث نفسية و تربوية*، 4(10)، 234-209.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/47221>

-نبيلة، بوناب، ونصر الدين، جابر. (2023). مستوى الضغط المدرك لدى الأطباء والمرضى خلال جائحة كوفيد-19 (دراسة وصفية بمستشفى بشير بن ناصر و مستشفى الحكيم سعدان ببسكرة). *مجلة الحقيقة للعلوم الاجتماعية والإنسانية*، 22(1)، 265-240.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/218011>

-نصار، عصام جمعة. (2020). الفروق في اليقظة العقلية والتفكير التأملي لدى مرتفعي و منخفضي القابلية للاستهواء في ضوء التخصص والنوع بين طلاب كلية التربية بالسادات. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، 14(3)، 782-709.

Doi: [10.21608/jfust.2020.120502](https://doi.org/10.21608/jfust.2020.120502)

-النصراوي، حيدر كامل. (2020). الضغوط المهنية لدى الأطباء الذين يعملون في المستشفيات الحكومية. *مجلة البحوث التربوية و النفسية*، 17(65)، 658-637.

-نصراوي، صباح. (2015). استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي المهني لدى الأطباء المناوبين ليلاً. *مجلة الحقيقة*، (32)، 258-224.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/20312>

-النوايسة، فاطمة عبد الرحيم. (2011). *الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة*، الطبعة الأولى (ط.1). دار المناهج.

2- المراجع الأجنبية:

- American Psychological Association. (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Ansari, M. I., Mumtaz, M., Buriro, N. H., & Sabir, S. (2017). MindfulNess and emotion Regulation among doctors and nurses of victoria Hospital, Bahawpur, PAKISTAN. *Medical Channel*, 23(2).
- Atanes, A. C., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., ... & Demarzo, M. M. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC complementary and alternative medicine*, 15(1), 303.
<https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>
- Baba, I. (2012). Workplace stress among doctors in government hospitals: an empirical study. *ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research*, 2(5), 208-220.
- Bach, P. A., & Moran, D. J. (2008). *ACT in practice: Case conceptualization in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 411–415.
- Ireland, M. J., Clough, B., Gill, K., Langan, F., O'Connor, A., & Spencer, L. (2017). A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners. *Medical teacher*, 39(4), 409-414.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.05048->

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822–848.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review*, 13(2), 79–91
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.
doi: 10.1001/jama.298.14.1685. PMID: 17925521.
- Dwivedi, M., Dwivedi, M., & Tiwari, N. (2021). A study to evaluate the perceived stress among indian doctors combating the covid-19 pandemic. *Journal of Emerging Technologies and Innovative Research*, 8(5).
<https://www.jetir.org/view?paper=JETIR2105255>
- Ebrahimi, S., & Kargar, Z. (2018). Occupational stress among medical residents in educational hospitals. *Annals of occupational and environmental medicine*, 30(1), 51.
doi: 10.1186/s40557-018-0262-8. PMID: 30101032; PMCID: PMC6083531.
- Eltarhuni, A. (2016). Job stress sources among doctors and nurses working in emergency departments in public hospitals. *IOSR J Nurs Health Sci*, 5(6), 84-8.
- Eredoro, C. O., & Egbochuku, O. O. (2019). Overview of stress and stress management. *ARC Journal of Nursing and Healthcare*, 5(2), 12-18.
doi: dx.doi.org/ 10.20431/2455-4324.0502002
- Govender, I., Mutunzi, E., & Okonta, H. I. (2012). *Stress among medical doctors working in public hospitals of the Ngaka Modiri Molema district (Mafikeng health region)*, North West province, South Africa. *South African Journal of Psychiatry*, 18(2), 42-46.
- Gregov, L., Kovačević, A., & Slišković, A. (2011). Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: pilot study. *Croatian medical journal*, 52(1), 8-15.

-Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101

-Jarukasemthawee, S. (2015). Putting Buddhist understanding back into mindfulness training.

<https://core.ac.uk/download/pdf/43364321.pdf>

-Jayadev, P. S., Ramawat, V. K., Sreedevi, K., Soumya, A., & Ramawat, Y. (2020). Perceived stress among Nurses during covid-19 outbreak. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 1(3), 103-107.

-Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future.

-Knudsen, R. K., Gregersen, T., Ammentorp, J., Tousig, C. G., & Timmermann, C. (2021). Healthcare professionals' experiences of using mindfulness training in a cardiology department—a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 892-900.

doi: 10.1111/scs.12906. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32852094.

-Langer, E. J. (2000). Mindful learning. *Current directions in psychological science*, 9(6), 220-223.

-Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.

-Magallón-Botaya, R., Pérula-de Torres, L. A., Verdes-Montenegro Atalaya, J. C.,- Pérula-Jiménez, C., Lietor-Villajos, N., Bartolomé-Moreno, C., ... & Moreno-Martos, H. (2021). Mindfulness in primary care healthcare and teaching professionals and its relationship with stress at work: a multicentric cross-sectional study. *BMC family practice*, 22(1), 29.

doi: 10.1186/s12875-021-01375-2. PMID: 33530929; PMCID: PMC7856795.

-Naik, P., Harris, V., & Forthun, L. (2013). Mindfulness: An Introduction: FCS2335/FY1381, 9/2013. *Edis*, 2013(8).

-Nguyen Ngoc, A., Le Thi Thanh, X., Le Thi, H., Vu Tuan, A., & Nguyen Van, T. (2020). Occupational stress among health worker in a National Dermatology Hospital in Vietnam, 2018. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 950.

doi: 10.3389/fpsyt.2019.00950. PMID: 32038316; PMCID: PMC6992594.

- Piperopoulos, G. P. (2016). *Control Your Stress & Manage Your Time*. London: bookboon.
- PL, Lua; I, Imilia. (2011). Work-Related Stress Among Healthcare Providers of Various Sectors in Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal Of Psychiatry* 20(2):p 30-44, December.
- Rakhshani, T., Motlagh, Z., Beigi, V., Rahimkhanli, M., & Rashki, M. (2018). The relationship between emotional intelligence and job stress among nurses in Shiraz, Iran. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 25(6), 100.
doi: 10.21315/mjms2018.25.6.10. Epub 2018 Dec 28. PMID: 30914883; PMCID: PMC6422573.
- Rice, V. H. (2012). Theories of stress and its relationship to health. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (2nd ed., pp. 22–42). Sage Publications, Inc.
- Sabir, F., Ramzan, N., & Malik, F. (2018). Resilience, self-compassion, mindfulness and emotional well-being of doctors. *Indian Journal of Positive Psychology*, 9(1).
- Sathiya N, Ruwaidha R, Nusrath FS, Fathima F, Gomathy T, Shailendra HK. (2016). *Perceived Stress Levels And its Sources Among Doctors and Nurses Working In A Tertiary Care Teaching Hospital*, Kancheepuram, Tamil Nadu. *Ntl J.Community Med*; 7(7):603-608.
- Scheepers RA, Emke H, Epstein RM, Lombarts KMJM.(2020). *The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review*. *Med Educ*.54:138-149
- Selye, H. (1973). *The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones*. *American Scientist*, 61(6), 692–699.

<http://www.jstor.org/stable/27844072>

- Siegel, R. D. (2010). *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*. Guilford Press.
- Taylor, W. D., & Blackford, J. U. (2020). Mental health treatment for front-line clinicians during and after the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: a plea to the medical community. *Annals of internal medicine*, 173(7), 574-575.
doi: 10.7326/M20-2440. Epub 2020 May 26. PMID: 32453637; PMCID: PMC7277482.
- Timothy A, J. (2013). *Organizational Behavior*/Stephen P. Robbins, Timothy A. Judge.—15th ed.
- Vitale, E. (2021). Gender gap in mindfulness assessment among Italian nurses: A pilot descriptive study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 21(2), 81–100.
<https://doi.org/10.24193/jebp.2021.2.12>
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of research in personality*, 43(3), 374-385.
doi: 10.1037/a0026743. Epub 2011 Dec 26. PMID: 22201278; PMCID: PMC3374921.
- Wijaya, F., & Suyasa, P. T. Y. (2025, July). Still Waters Run Deep: Gender Differences in Mindfulness (A Study on University Students). In *Tarumanagara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities (TICASH 2024)* (pp. 62-71). Atlantis Press.

ملاحق البحث

الملحق رقم(1): قائمة أسماء السادة المحكمين لأدوات البحث.

الملحق رقم(2): قائمة أسماء السادة المحكمين في الصدق المترجم لمقياس مصادر الضغط النفسي.

الملحق رقم(3): مقياس اليقظة العقلية (إعداد روث بير وآخرين) ترجمة العاسمي.

الملحق رقم(4): الصورة الأصلية لمقياس مصادر الضغط النفسي (إعداد غريغوف وآخرين)

الملحق رقم(5): تعديل بعض عبارات المقياس تبعاً لآراء المحكمين.

الملحق رقم(6): الصورة النهائية لمقياس مصادر الضغط النفسي (إعداد غريغوف وآخرين) ترجمة الباحثة.

الملحق رقم(7): تسهيل المهمات والموافقات لإجراء البحث.

الملحق رقم(1): قائمة أسماء السادة المحكمين لأدوات البحث

اسم المحكم	المرتبة العلمية	الاختصاص	مكان العمل
أ. د. محمد عماد سعدا	أستاذ	علم النفس الصناعي والمهني	جامعة دمشق، كلية التربية قسم علم النفس
د. حسن عماد	أستاذ مساعد	علم النفس التربوي	جامعة دمشق، كلية التربية قسم علم النفس
د. سناء مسعود	أستاذ مساعد	علم نفس النمو	جامعة دمشق، كلية التربية قسم علم النفس
د. منى الحموي	أستاذ مساعد	علم النفس العام	جامعة دمشق، كلية التربية قسم علم النفس
د. فتون خرنوب	أستاذ مساعد	علم النفس العام	جامعة دمشق، كلية التربية قسم علم النفس
د. مروان الأحمد	أستاذ مساعد	علم النفس المعرفي	جامعة دمشق، كلية التربية قسم علم النفس
د. رنا قوشحة	مدرس	القياس والتقويم	جامعة دمشق، كلية التربية قسم القياس و التقويم
د. وليام العباس	مدرس	القياس والتقويم	المعهد العالي للغات جامعة حماة

الملحق رقم (2): قائمة أسماء السادة المحكمين في الصدق المترجم لمقياس مصادر

الضغط النفسي

اسم المحكم	المرتبة العلمية	الاختصاص	مكان العمل
د. فتون خرنوب	أستاذ مساعد	علم النفس العام	جامعة دمشق، كلية التربية، قسم علم النفس
د. علي سعود	أستاذ	طرائق تدريس اللغة الإنكليزية	جامعة دمشق، كلية التربية، قسم المناهج وطرائق التدريس
د. سيناء الجشي	مدرس	طرائق تدريس اللغة الإنكليزية	جامعة دمشق، كلية التربية، قسم المناهج وطرائق التدريس

الملحق رقم (3): مقياس اليقظة العقلية (إعداد روث بير و آخرون) ترجمة العاسمي

عزيزي /تي، الطبيب/ة، الممرض/ة

تحتوي هذه الاستبانة على (39) عبارة أرجو أن تقرأ كل عبارة جيداً وتحاول فهمها وتحدد إجابتك لتعكس شعورك الحقيقي بكل صدق وذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة .

المعلومات الشخصية:

المهنة: طبيب/ة ممرض/ة القطاع: حكومي خاص
الجنس: ذكر أنثى الوصف الوظيفي: طبيب /ة مقيم طبيب /ة مختص

الرقم	العبارات	موافق بشدة	موافق	موافق أحياناً	غير موافق	غير موافق بشدة
1	عندما أمشي ألاحظ بدقة التغيرات التي تحدث في جسمي، مثل: عندما يكون تنفسي بطيئاً أو سريعاً.					
2	أجيد استخدام الكلمات المناسبة لوصف مشاعري.					
3	أنا غير راضٍ عن نفسي عندما تكون انفعالاتي غير منطقية.					
4	أستجيب لمشاعري وانفعالاتي دون الحاجة لمواجهة.					
5	عندما أقوم بفعل أشياء معينة، فإن عقلي يتعامل معها بسهولة و بدون تشتت.					
6	عندما أستحم أحس بكل قطرة ماء تسقط على جسمي.					
7	أستطيع بسهولة التعبير عن معتقداتي وأرائي وتوقعاتي بالكلمات.					
8	يتشتت انتباهي عندما أقوم بعمل ما، بسبب ما ينتابني من أحلام يقظة أو قلق أو غير ذلك.					
9	أرى أن مشاعري متوازنة في نفسي.					
10	أخبر نفسي بأن شعوري تجاه الموقف الحالي لا ينبغي أن					

					يكون بهذه الطريقة.	
					ألاحظ كيف يؤثر الأكل والشرب في أفكارني وأحاسيسي، وانفعالات جسمي.	11
					من الصعب بالنسبة لي أن أجد الكلمات المناسبة لوصف ما أفكر به.	12
					أنتصرف بوعي و سهولة في الأعمال مهما تكن صعبة.	13
					أعتقد أن بعض أفكارني سيئة، لذا ينبغي ألا أفكر بهذه الطريقة.	14
					أنتبه لأحاسيسي عندما يهب الهواء على وجهي.	15
					أجد صعوبة في التفكير في الكلمات المناسبة للتعبير عن مشاعري في الأشياء المحيطة بي.	16
					أصدر أحكاماً عما إذا كانت أفكارني جيدة أو سيئة.	17
					أجد أنه من الصعب الاستمرار في التركيز على ما يحدث لي في اللحظة الحالية.	18
					عندما تحضرني أفكار أو صور مؤلمة، أراجع عن التفكير فيها، وأدركها دون أن تؤثر في نفسي.	19
					ألتفت إلى الأصوات مثل: صوت تغريد الطيور أو جرس الساعة أو مرور السيارات.	20
					في المواقف الصعبة يمكنني التمهّل دون رد فعل فوري تجاه تلك المواقف.	21
					عندما أشعر بشيء ما في جسمي، أجد صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة لوصفه.	22
					يبدو أنني أعمل تلقائياً دون الاكتراث بوعي لما أقوم به.	23
					أشعر بالهدوء بعد مدة قصيرة، عندما تكون لدي أفكار أو صور مؤلمة.	24
					أقول لنفسي إنه لا ينبغي أن يكون تفكيري بهذه الطريقة التي أفكر بها.	25
					أشم الروائح و النكهات من الأشياء المحيطة بي.	26
					عندما أشعر بالضيق الشديد، لا أستطيع إيجاد طريقة للتعبير عنها بكلمات دقيقة.	27

					عندما أكون في قمة النشاط أفعل الأشياء بتركيز عالٍ.	28
					عندما يكون لدي أفكار أو صور مؤلمة تكون لدي القدرة على ملاحظتها دون ردات فعل.	29
					أعتقد أنه عندما تصيبنني بعض المشاعر السيئة أو غير المناسبة، فإنني لا أعيرها انتباهي.	30
					ألاحظ العناصر البصرية في الفن أو الطبيعة، مثل الألوان والأشكال، والضوء والظل.	31
					لدي ميل طبيعي للتعبير عن خبراتي في كلمات.	32
					عندما يكون لدي أفكار أو صور مؤلمة، ألاحظها ثم أسمح لها بالرحيل عن ذهني.	33
					أقوم بأداء المهام تلقائياً دون أن أكون على وعي بما أقوم به.	34
					عندما تكون لدي أفكار أو صور مؤلمة، أحكم عليها بأنها جيدة أو سيئة، بحسب طبيعة الفكرة أو الصورة.	35
					أنتبه لكيفية تأثير انفعالاتي في أفكاري وسلوكي.	36
					يمكنني وصف ما أشعر به في هذه اللحظة بقدر كبير من التفصيل عادةً.	37
					أجد نفسي تقوم بعمل الأشياء دون تركيز.	38
					أنتقد نفسي عندما تكون لدي أفكار غير مألوفة.	39

الملحق رقم(4): الصورة الأصلية لمقياس مصادر الضغط النفسي (إعداد غريغوف وآخرون)

رقم العبارة		Not at all stressful	Mainly not stressful	Mainly stressful	Very stressful
1	Talking to upset patients' associates (family members ,friends)				
2	Coping with patients' death				
3	Exposure to violent behavior and threats				
4	The patient coping with his progressive illness whose prognosis is poor				
5	The responsibility for patients' lives				
6	Attendance and expectation of a call for help				
7	Fear of infection with a contagious disease				
8	The (non)ability to provide adequate treatment				
9	Fear of the media and legal assessment methods, course and timing of treatment				
10	Lack of time for punctual intervention				
11	The unpredictability of work				
12	Coping with atypical symptoms of known diseases				
13	The lack of relevant data for proper making decisions about diagnosis and treatment				

14	Night visits and interventions				
15	Negative publicity in media				
16	Conducting emergency response to inappropriate places and inadequate conditions				
17	The anticipation of unexpected and urgent				
18	Poor organization of work when there are a lot of patients in the waiting rooms				
19	Time pressure and lack of time to perform the entire job				
20	Impact of work on the quality of personal and family				
21	A lack of the necessary work equipment and materials				
22	A patient's refusal of the proposed methods of				
23	The need of continuing learning				
24	Performing administrative tasks				
25	A great amount of responsibility				
26	A sense of decreased working efficiency				
27	Coping with a rare and little known disease				
28	Bad working conditions				
29	Prescribed financial recommendations of the ministry of health				
30	Finding a replacement in a situation of having				

	some other obligations				
31	Unpredictability of work				
32	Working hours affect my family/personal life				
33	Organization of working time (shift work) affects my family / personal life				
34	Stress at work affects my communication with relatives and close persons				
35	Lack of sleep				
36	Lack of recognition for contributions to the profession and work				
37	Lack of time for research				
38	Uncertainty in decisions of other team members				
39	Division of time on domestic / private and business				
40	Absence of support from colleagues				
41	Professional isolation				
42	Making the right decisions by itself				
43	Fear from my own bad decisions and reactions				
44	Problems in relationships with colleague				
45	Inadequate treatments				
46	Problems with managers				
47	Coordination of decisions within the team				
48	Conflict between my own department and				

	other health services with which cooperation				
49	Conflicts with nurses and technicians				
50	Conflicts with junior/senior fellow physicians				
51	Anxiety from patients complaints				
52	Unrealistic high expectancies from colleagues				
53	Demanding patients				
54	Inappropriate demands of patients				
55	Coping with the problems of patients which are not directly associated with the disease				
56	Conflicts with problematic patients				
57	Problems with premature discharge from hospital				
58	Coping with unrealistic high expectancies from				
59	Anxiety about own financial status				
60	Ingratitude of patients				

الملحق رقم(5): تعديل بعض عبارات المقياس تبعاً لآراء المحكمين

البعد الذي تنتمي إليه	العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
حالات العمل التي يصعب التحكم	عدم القدرة على التنبؤ بالعمل	عدم القدرة على التنبؤ بما قد يتوجب علي من مهام
	الزيارات والتدخلات الليلية	الزيارات الليلية والتدخلات العلاجية
	الدعاية السلبية في وسائل الإعلام	الصورة الإعلامية السلبية عن الكادر الطبي
تنظيم العمل وظروف العمل	التوصيات المالية المقررة من قبل وزارة الصحة	الأجور المحددة من قبل وزارة الصحة
	عدم القدرة على التنبؤ بالعمل	عدم القدرة على التنبؤ بما قد يتوجب علي من مهام
	ايجاد بديل في حالة وجود بعض الالتزامات الأخرى	ايجاد بديل في حالة وجود بعض الالتزامات الأخرى لدى الطبيب- الممرض
صراع الدور بين العمل و الأسرة	العزلة المهنية	العزلة المهنية وعدم التواصل مع الزملاء الآخرين في مكان العمل
التعامل مع المرضى	القلق بشأن الحالات المادية الخاصة	القلق بشأن استيفاء المتطلبات المادية في بعض الحالات الخاصة

الملحق رقم (6): الصورة النهائية لمقياس مصادر الضغط النفسي

(إعداد غريغوف وآخرون) ترجمة الباحثة

عزيزي /تي، الطبيب/ة، الممرض/ة

هدف هذا المقياس هو دراسة مصادر الضغط التي قد يتعرض لها الممرضين والأطباء في المستشفيات الحكومية والخاصة في مدينة دمشق حيث يحتوي على مواقف قد تحدث في مكان العمل والتي تؤدي إلى هذه الضغوط عامة

المقياس يحتوي على (60) عبارة تتضمن معلومات تتعلق بمصادر الضغط التي تتعرض لها في عملك بحيث تحتل كل عبارة أربع إجابات متدرجة من (لا ضغوط) إلى (ضغوط بدرجة شديدة جداً) لقياس مستوى الضغوط لذا أرجو قراءة كل عبارة على حدة ثم أجب عنها بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

الرقم	العبارات	لا ضغوط	ضغوط بدرجة قليلة	ضغوط بدرجة متوسطة	ضغوط بدرجة شديدة جداً
1	التحدث مع مرافقي المرضى الجزيين (أفراد الأسرة والأصدقاء).				
2	التعامل مع حالات وفاة المرضى.				
3	التعرض للعنف والتهديد.				
4	التعامل مع المريض ذي المرض المستمر والذي يزداد سوءاً				
5	المسؤولية عن حماية المرضى.				
6	توقع اتصال من المرضى لطلب المساعدة.				
7	الخوف من الإصابة بمرض معدٍ.				
8	عدم القدرة على توفير العلاج الملائم للمريض.				
9	الخوف مما قد تنشره وسائل الإعلام والمحاسبة القانونية فيما يخص مسار العلاج وتوقيته.				
10	قلة الوقت للتدخلات العلاجية في الوقت المحدد.				
11	عدم القدرة على التنبؤ بما قد يتوجب علي من مهام.				
12	التعامل مع الأعراض غير النمطية للأمراض المعروفة.				
13	نقص المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات المناسبة حول التشخيص والعلاج.				

				الزيارات الليلية والتدخلات العلاجية.	14
				الصورة الإعلامية السلبية عن الكادر الطبي.	15
				الاستجابة للحوادث الطارئة في أماكن وظروف غير ملائمة.	16
				توقع الحالات الصحية الطارئة غير المتوقعة.	17
				سوء تنظيم العمل عندما يكون هناك الكثير من المرضى في غرف الانتظار.	18
				ضغط الوقت وقلته لتنفيذ العمل بأكمله.	19
				تأثير العمل في نوعية حياتي الشخصية والعائلية.	20
				النقص في الأجهزة و المواد الطبية.	21
				رفض المريض لطرائق العلاج المقترحة.	22
				الحاجة إلى التعلم المستمر.	23
				أداء المهام الادارية.	24
				القدر الكبير من المسؤولية.	25
				الإحساس بضعف الكفاءة في العمل.	26
				التعامل مع مرض نادر وغير معروف.	27
				ظروف العمل السيئة.	28
				الأجور المحددة من قبل وزارة الصحة.	29
				إيجاد بديل في حالة وجود بعض الالتزامات الأخرى لدى (الطبيب-الممرض).	30
				عدم القدرة على التنبؤ بما قد يتوجب علي من مهام.	31
				تؤثر ساعات العمل في حياتي الشخصية والعائلية.	32
				يؤثر نظام المناوبات على حياتي العائلية والشخصية.	33
				تؤثر ضغوط العمل على تواصلي مع أقربائي وأصدقائي.	34
				قلة النوم.	35
				قلة الاعتراف بجهودتي في العمل.	36
				قلة الوقت للقيام بالأبحاث.	37
				عدم الثقة بقرارات أطراف طبية أخرى.	38
				تقسيم الوقت بين العمل و الأمور الخاصة.	39
				غياب الدعم من الزملاء.	40

				العزلة المهنية وعدم التواصل مع الزملاء الآخرين في مكان العمل.	41
				اتخاذ القرارات الصحيحة بحد ذاتها.	42
				الخوف من قراراتتي غير المناسبة وردود الفعل عليها.	43
				المشكلات في علاقاتي مع الزملاء.	44
				عدم توافر العلاجات الملائمة.	45
				المشاكل مع المدراء في العمل.	46
				تنسيق القرارات داخل فريق العمل.	47
				الصراعات بين القسم الذي أعمل به والأقسام الطبية الأخرى التي يتم التعاون معها.	48
				الصراع مع الممرضين والفنيين.	49
				الصراع مع الأطباء الآخرين.	50
				القلق من شكاوى المرضى.	51
				التوقعات العالية وغير الواقعية من الزملاء.	52
				التعامل مع المرضى كثيري المطالب.	53
				التعامل مع المطالب غير الملائمة للمرضى.	54
				التعامل مع مشكلات المرضى التي لا ترتبط مباشرة بالمرض.	55
				الصراع مع المرضى مثيري المتاعب.	56
				المشكلات الناتجة عن التخرج المبكر للمرضى من المشفى.	57
				التعامل مع توقعات المرضى العالية وغير الواقعية.	58
				القلق بشأن استيفاء المتطلبات المادية في بعض الحالات الخاصة.	59
				نكران الجميل من قبل بعض المرضى.	60

الملحق رقم (7): تسهيل المهمات والموافقات لإجراء البحث



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
نائب رئيس الجامعة
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا
الرقم: ٢٠٢٢/٢/٢١

إلى وزارة الصحة

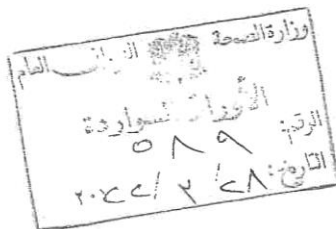
يرجى السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج المسجلة في كلية التربية بجامعتنا بتطبيق البحث على العينة (الأطباء والمرضى) لزوم البحث الذي تعدّه بعنوان "اليقظة العقلية وعلاقتها بالضغط النفسي حالة دراسية: العاملين في القطاع الصحي في المستشفيات الحكومية والخاصة" وذلك بإشراف السيدة الدكتورة فتون خرنوب. علماً أن جامعة دمشق لا تتحمل أية نفقات لقاء ذلك.

شاكرين تعاونكم،،،
٢٠٢٢/٢/٢١
٢٠٢٢/٢/٢١

٢٧ آذار ٢٠٢٢ - ٢٤ شعبان ١٤٤٣

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الأستاذ الدكتور محمد فراس الحناوي



د. حيدر
٢٠٢٢/٢/٢١
الصحة النفسية

ميساء 2022/3/22

السيد الوزير
مع احترامكم لمواقفكم تحت الأجران
مديرة الرعاية الصحية الأولية



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
مديرية الرعاية الصحية الأولية
الرقم:م.ص.أ.ب. / ٤/١٣

السيد الوزير

ع ط / السيد معاون الوزير

٤/١٣

٢٠٢٢

تحية طيبة:

إشارة إلى كتاب جامعة دمشق/ نائب رئيس الجامعة لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا رقم ٢١٢٣/ص تاريخ ٢٠٢٢/٣/٢٧ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على العينة (الاطباء والمرضى) لزوم البحث الذي تعده بعنوان " البقطة العقلية وعلاقتها بالضغط النفسي " يرجى الموافقة على السماح للطالبة شيرين غناج بتطبيق البحث المطلوب بالتنسيق مع دائرة الصحة النفسية.

ولكم فائق التقدير والاحترام

دمشق في: ٢٠٢٢/ ٤/ ١٣

مدير الرعاية الصحية الأولية

د. رزان الطرابيشي

- مرفق كتاب جامعة دمشق

السيد الوزير
مديرة الرعاية الصحية الأولية
٤/١٣

٤/١٣

٤/١٣

٤/١٣

٤/١٣

الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة
الرقم: ٢٠٢٢/٥/١٦

السيد مدير

تحية طيبة

إشارة إلى موافقة السيد الوزير على الكتاب رقم ٤/١٣/٣٢٤ تاريخ ٢٠٢٢/٤/٦ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على عينة من الأطباء والمرضى لزوم البحث الذي تعده بعنوان اليقظة العقلية وعلاقته بالضغط النفسي - دراسة حالة المستشفيات العامة والخاصة ، استكمالاً لدراساتها في جامعة دمشق . يرجى تسهيل مهمة الباحثة وتوزيع الاستبانة على عينة من العاملين لديكم وفق ما ترونه مناسباً لاستكمال بحثها.

ولكم جزيل الشكر

دمشق ٢٠٢٢/٥/١٦

مدير المنشآت الصحية
الدكتور إياد عبد اللطيف حماد

المبلغ إليهم :
الهيئة العامة لمشفى دمشق.
الهيئة العامة لمشفى الهلال الأحمر العربي السوري.
مديرية صحة دمشق (مشفى ابن النفيس - مشفى ابن رشد)

السيد رئيس شركة
السيد رئيس شركة

١٠/١٠/٢٠٢٢

مكتبة الصحة العامة
الدكتورة الصبلاية
يوسف عبد السلام المحمد

الهيئة العامة لمشفى دمشق
د. مازن اسحاق
رئيس قسم
١٠/١٠/٢٠٢٢

تأخذ درج
والتي



جمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

الرقم: ٢٠٢٢/٥/٢٦

السيد مدير

تحية طيبة

إشارة إلى موافقة السيد الوزير على الكتاب رقم ٤/١٣/٣٢٤ تاريخ ٢٠٢٢/٤/٦ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على عينة من الأطباء والمرضى لزوم البحث الذي تعده بعنوان اليقظة العقلية وعلاقته بالضغط النفسي - دراسة حالة المستشفيات العامة والخاصة ، استكمالاً لدراساتها في جامعة دمشق . يرجى تسهيل مهمة الباحثة وتوزيع الاستبانة على عينه من العاملين لديكم وفق ما ترونه مناسباً لاستكمال بحثها.

شاكرين تعاونكم

مدير المنشآت الصحية

الدكتور إياد عبد اللطيف حماد

دمشق ٢٠٢٢/٥/٢٦

المبلغ إليهم :

مشفى هشام سنان - مشفى المهدي الحديث - مشفى الأندلس التخصصي - مشفى العربي - مشفى مركز العناية الطبية (الشامي) - مشفى أمية - مشفى الإيطالي - مشفى التوفيق - مشفى دار الشفاء .

السيد مدير
المنشآت الصحية
الدكتور إياد عبد اللطيف حماد





جمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

الرقم.....٢٠٢٢/٥/٢٠٢٢

السيد مدير

تحية طيبة

إشارة إلى موافقة السيد الوزير على الكتاب رقم ٤/١٣/٢٢٤ تاريخ ٢٠٢٢/٤/٦ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على عينة من الأطباء والمرضى لزوم البحث الذي تعده بعنوان اليقظة العقلية وعلاقته بالضغط النفسي - دراسة حالة المستشفيات العامة والخاصة ، استكمالاً لدراساتها في جامعة دمشق . يرجى تسهيل مهمة الباحثة وتوزيع الاستبانة على عينه من العاملين لديكم وفق ما ترونه مناسباً لاستكمال بحثها.

شاكرين تعاونكم

دمشق ٢٠٢٢/٥/٢٠٢٢

مدير المنشآت الصحية
الدكتور إياد عبد الحفيظ حماد

المبلغ إليهم :

مشفى هشام سنان - مشفى المهديني الحديث - مشفى الأندلس التخصصي - مشفى العربي - مشفى مركز العناية الطبية (الشامي) - مشفى أمية - مشفى الايطالي - مشفى التوفيق - مشفى دار الشفاء .

تم التوقيع المستور

بنام

مستور



جمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

الرقم.....٦٤٥/١٦/٢٢

السيد مدير

تحية طيبة

إشارة إلى موافقة السيد الوزير على الكتاب رقم ٤/١٣/٣٢٤ تاريخ ٢٠٢٢/٤/٦ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على عينة من الأطباء والمرضين لزوم البحث الذي تعده بعنوان البقطة العقلية وعلاقته بالضغط النفسي - دراسة حالة المستشفيات العامة والخاصة ، استكمالاً لدراساتها في جامعة دمشق . يرجى تسهيل مهمة الباحثة وتوزيع الاستبانة على عينة من العاملين لديكم وفق ما ترونه مناسباً لاستكمال بحثها.

شاكرين تعاونكم

دمشق ٢٠٢٢/٥/٢٦

مدير المنشآت الصحية

الدكتور إياد عبد اللطيف حماد

المبلغ إليهم :

مشفى هشام سنان - مشفى المهدي الحديث - مشفى الأندلس التخصصي - مشفى العربي - مشفى مركز العناية الطبية (الشامي) - مشفى أمية - مشفى الايطالي - مشفى التوفيق - مشفى دار الشفاء .

تم تطبيق الاستبيان على عينة من العاملين

لدينا

مدير المراكز
مستشار
مستشار





جمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

الرقم.....٢٠٢٢/٥/١٦

السيد مدير

تحية طيبة

إشارة إلى موافقة السيد الوزير على الكتاب رقم ٤/١٣/٣٢٤ تاريخ ٢٠٢٢/٤/٦ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على عينة من الأطباء والمرضى لزوم البحث الذي تعده بعنوان اليقظة العقلية وعلاقته بالضغط النفسي - دراسة حالة المستشفيات العامة والخاصة ، استكمالاً لدراساتها في جامعة دمشق . يرجى تسهيل مهمة الباحثة وتوزيع الاستبانة على عينه من العاملين لديكم وفق ما ترونه مناسباً لاستكمال بحثها.

شاكرين تعاونكم

دمشق ٢٠٢٢/٥/١٦

مدير المخطات الصحية

الدكتور إياد عبد اللطيف حماد

المبلغ اليهم :

مشفى هشام سنان - مشفى المهابني الحديث - مشفى الأندلس التخصصي - مشفى العربي - مشفى مركز العناية الطبية (الشامي) - مشفى أمية - مشفى الايطالي - مشفى التوفيق - مشفى دار الشفاء .





لجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

الرقم.....٦٤٥.....١٦/٢٢

السيد مدير

تحية طبية

إشارة إلى موافقة السيد الوزير على الكتاب رقم ٤/١٣/٣٢٤ تاريخ ٢٠٢٢/٤/٦ بخصوص السماح لطالبة الماجستير شيرين غناج بتطبيق البحث على عينة من الأطباء والممرضين لزوم البحث الذي تعده بعنوان اليقظة العقلية وعلاقته بالضغط النفسي - دراسة حالة المستشفيات العامة والخاصة ، استكمالاً لدراساتها في جامعة دمشق . يرجى تسهيل مهمة الباحثة وتوزيع الاستبانة على عينه من العاملين لديكم وفق ما ترونه مناسباً لاستكمال بحثها.

شاكرين تعاونكم

دمشق ٢٠٢٢/٥/٢٦

مدير المنشآت الصحية

الدكتور إياد عبد الكريم حماد

المبلغ إليهم :

مشفى هشام سنان - مشفى المهديني الحديث - مشفى الأندلس التخصصي - مشفى العربي - مشفى مركز العناية الطبية (الشامي) - مشفى أمية - مشفى الايطالي - مشفى التوفيق - مشفى دار الشفاء .



Syrian Arab Republic
Damascus University
Faculty of Education
Department of Psychology



Mindfulness and its Relationship to Psychological Stress

**Case study: Healthcare workers in government and
private Hospitals in Damascus**

**A dissertation submitted for the master's degree in
General Psychology**

Prepared by

Chirin Bassam Ghannag

Supervised by

Dr. Frial Alhussaini

The Lecture in Department of Psychology

2025 – 2026 م
1446 – 1447 هـ

Abstract

The current research aimed to study the relationship between Mindfulness and Psychological Stress among a sample of healthcare workers in government and private hospitals in the city of Damascus according to a number of variables: (gender, profession, work sector, job description). The researcher relied on the descriptive approach, the research sample consisted of (484) doctors and nurses working in government and private hospitals in the city of Damascus, who were selected using the incidental (facilitated) method. The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) was used, prepared by Baer et al. (2006), translated by Al-Asimi (2013), and the Sources of Psychological Stress Scale, prepared by (Gregov et al., 2011) Translated by the researcher.

The research reached a number of results:

The presence of an average level of both Mindfulness and Psychological Stress among members of the research sample, There is a statistically significant correlation between the scores of the research sample members on the Mindfulness scale and their scores on the sources of Psychological Stress scale, The possibility of predicting Psychological Stress through dimensions of Mindfulness among members of the research sample, There are statistically significant differences between the mean scores of the research sample members on the Mindfulness scale according to the gender variable in favor of males, There are statistically significant differences on the sources of Psychological Stress scale according to the gender variable in favor of females, while there are no differences on the two sub-dimensions (Conflict of work and family roles, and Unfavorable relationships with colleagues), There are statistically significant differences on the Mindfulness scale according to the profession variable in favor of doctors, while there are no differences on the two sub-dimensions (monitoring (observation), and Non-reactivity to inner experiences), There are no statistically significant differences between the mean scores of the research sample on the sources of Psychological Stress scale according to the profession variable, There are statistically significant differences on the Mindfulness scale according to the labor sector variable in favor of workers in the private sector,

while there are no differences on the sub-dimensions (description, Acting with awareness, and Non-judging of inner experiences), There are statistically significant differences between the mean scores of the research sample members on the sources of Psychological Stress scale according to the labor sector variable in favor of workers in the government sector, There are no statistically significant differences between the mean scores of the research sample members on the Mindfulness and the sources of Psychological Stress scale according to the job description variable.

Keywords: Mindfulness, Psychological Stress, Doctors, Nurses.