

جامعة الجزائر 2
كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا

علاقة الإحترق النفسي ببعض الإضطرابات
النفسية و النفسجسدية لدى الممرضين

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

إعداد الطالبة:

مسيلى رشيد

طايبي نعيمة

السنة الجامعية: 2012 - 2013

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى :

الوالدين الكريمين أطال الله عمرهما

زوجي العزيز

ابني الغالي سامي

ابنتي الغالية ريمة

أختي محبلة و زوجها وابنها رياض وابنتها راضية

أخي سليم وزوجته وابنته سارة

أخي حسان

وكل العائلة و الأصدقاء

زعيمة

شكر

مههما حاول الفرد بذل مجهودات للنجاح في مشواره الدراسي خاصة و في حياته عامة، فهناك من هو في حاجة إليهم يساعدهونه. عرفانا مني وامتنانا لمن ساندني في هذا البحث المتواضع، وأمدني بالنصح وأرشدني لما فيه صواب وأعاني على العمل والتفاني في إنجازة، أتقدم بتشكراتي الخالصة إلى الأستاذ الدكتور: "مسيلي رشيد" الذي أشرف على إتمام هذا البحث بتوجيهاته ونصائحه القيمة، و إرشاده القويم.

كما أقدم شكري إلى كل الأساتذة الذين ساهموا في مشواري الدراسي من الابتدائي إلى الجامعي.

الفهرس

إهداء

شكر وتقدير

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

رقم الصفحة

1..... مقدمة

5..... 1- إشكالية البحث

11.. 2- فرضيات البحث

الجانب النظري

الفصل الأول : الإحتراق النفسي

14..... تمهيد

15..... 1- مفهوم الإحتراق النفسي

19..... 2- مؤشرات الإحتراق النفسي

22..... 3- النماذج المفسرة للإحتراق النفسي

36..... 4- أعراض الإحتراق النفسي

39..... 5- مراحل الإحتراق النفسي

46.....	6- أسباب الإحترق النفسي
51.....	7- أبعاد الإحترق النفسي
54.....	8- الإحترق النفسي والضغط
57.....	9- الإحترق النفسي والإكتئاب
62.....	10- الإحترق النفسي والإضطرابات الجسمية
66.....	11- الإحترق النفسي والسلوك الخطر
68.....	12- الإحترق النفسي ومهنة التمريض
71.....	13- إدارة الإحترق النفسي
81.....	خلاصة الفصل

الفصل الثاني :الضغط وإستراتيجيات التعامل

المبحث الأول : الضغط النفسي

84.....	تمهيد
85.....	1- تعريف مفهوم الضغط النفسي
88.....	2- تعريف مفهوم الضغط المهني
90.....	3- أشكال الضغط النفسي
93.....	4- عناصر الضغوط
94.....	5- تناولات الضغط النفسي- المهني
104.....	6- أعراض الضغط النفسي- المهني

- 7- مراحل الضغط النفسي 107
- 8- مصادر ضغوط بيئة العمل 111
- 9- الآثار الناتجة عن ضغوط العمل 123
- 10- خطوات إدارة الضغوط المهنية 128

المبحث الثاني : إستراتيجيات المواجهة

- تمهيد 135
- 1- تعريف مفهوم المواجهة 136
- 2- المداخل النظرية للمواجهة 139
- 3- نوعي إستراتيجيات المواجهة 151
- 4- خصائص المواجهة 154
- 5- العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة 156
- 6- العلاقة بين التعامل المرتكز حول الانفعال و المرتكز حول المشكل 174
- 7- فعالية التعامل مع الضغط النفسي 178
- 8- علاقة إستراتيجيات المواجهة بالضغط 181
- 9- نتائج التعامل مع الضغط النفسي 183
- خلاصة الفصل 184

الفصل الثالث: التمريض

186	تمهيد
187	1- تعريف مفهوم التمريض
188	2- مهام و مسؤوليات الممرض
190	3- إختصاصات التمريض
192	4- ميادين ترقية الممرض
193	5- طبيعة عمل الممرض
195	6- أعباء مهنة التمريض
197	7- خصائص مهنة التمريض
200	خلاصة الفصل

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: منهجية البحث

203	تمهيد
204	1- منهج البحث
205	2- تصميم البحث
205	3- الأطر المكانية للبحث
206	4- عينة البحث

- 5- أدوات البحث 215
- 6- دراسة صدق و ثبات المقاييس 231
- 7- طريقة إجراء البحث 233
- 8- أسلوب التحليل والمعالجة 233

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

- تمهيد 235
- 1- عرض و تحليل النتائج 236
- 2- مناقشة النتائج 275
- خاتمة 296
- قائمة المراجع 299
- الملاحق 320

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
38	أعراض الإحتراق النفسي	1
59	الفروق بين أعراض الاكتئاب و الإحتراق النفسي	2
206	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	3
208	توزيع أفراد العينة حسب فئات السن	4
209	متوسط عمر أفراد العينة	5
210	توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	6
211	توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية	7
212	متوسط الخبرة المهنية لأفراد العينة	8
213	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي	9
221	تصنيف أبعاد مقياس Maslach للإحتراق النفسي و كيفية تنقيطه	10
225	تفسير مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية	11
227	تقدير درجة الإكتئاب و مدلولها بإستخدام مقياس Beck	12
231	معاملات تباث مقاييس الدراسة حسب التجزئة النصفية	13

232	معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة	14
236	التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي حسب المستويات (منخفض، متوسط، مرتفع)	15
238	مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية	16
241	التوزيع التكراري لمستويات الضغط النفسي المدرك	17
243	الارتباط بين إدراك الضغط النفسي وأبعاد الاحترق النفسي	18
245	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات بعد الإنهاك الانفعالي	19
248	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات بعد تبدل المشاعر	20
251	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات بعد تدني الشعور بالإنجاز	21
254	إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات الإنهاك الانفعالي	22
255	إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات تبدل المشاعر	23
256	إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات تدني	24

	الشعور بالإنجاز	
257	تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات الإنهاك الانفعالي	25
259	إختبار شيفيه لإستراتيجية حل المشكل وإعادة التقييم حسب مستويات بعد الإنهاك الانفعالي	26
261	تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات تبدل المشاعر	27
263	إختبار شيفيه لإستراتيجية التجنب والتأنيب الذاتي حسب مستويات بعد تبدل المشاعر	28
265	تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات تدني الشعور بالإنجاز	29
267	إختبار شيفيه لإستراتيجية حل المشكل حسب مستويات بعد تدني الشعور بالإنجاز	30
268	التوزيع التكراري لمستويات الأعراض السيكوسوماتية	31
270	الارتباط بين الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الاحتراق النفسي	32
272	التوزيع التكراري لمستويات الإكتئاب	33
273	الارتباط بين الأعراض الاكتئابية وأبعاد الاحتراق النفسي	34

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
26	نموذج الإحتراق النفسي لشرنيس	1
29	أطوار الاستجابة للاحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيلبي	2
33	النموذج الوجودي للإحتراق النفسي	3
35	نموذج ليتير للإحتراق النفسي	4
55	مصادر ضغوط العمل	5
93	عناصر الضغوط	6
95	نموذج ميتشيغان لضغط العمل	7
98	نموذج ماكجلاث الخاص باختيار إستجابة للضغوط المهنية	8
100	نموذج توضيحي للضغط المهني لبيهر و نيومان	9
102	نموذج Simon Moors في تفسير ضغوط العمل	10
108	المراحل الثلاث لزملة التكيف العام عند Selye	11
122	مصادر الضغط المهني لدى كوبر	12
127	نموذج الاحتراق النفسي	13
128	خطوات إدارة الضغوط	14
145	حلقة سيرورة عمليتي التقييم الأولي و الثانوي	15
148	حلقة السيرورات المتعلقة بالتفاعلات الضاغطة	16

173	التعامل مع وضعية ضاغطة حسب Lazarus	17
176	استراتيجيات التعامل	18
207	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس	19
209	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب فئات السن	20
211	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية	21
213	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية	22
214	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي	23
242	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الضغط النفسي المدرك	24
269	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الاعراض السيكوسوماتية	25
273	الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الأعراض الاكتئابية	26

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
320	استبيان المعلومات الشخصية	1
321	مقياس الاحتراق النفسي	2
322	مقياس الضغط النفسي المدرك	3
323	مقياس استراتيجيات المواجهة	4
325	مقياس الأعراض السيكوسوماتية	5
326	مقياس الاكتئاب	6
328	نتائج الإحصاء الوصفي المحصلة من برنامج SPSS	7

ملخص البحث:

يسعى البحث الحالي إلى الكشف عن مستويات الاحتراق النفسي التي يخبرها الممرضون وكذا علاقة الاحتراق النفسي بكل من الضغط النفسي المدرك، والأعراض السيكوسوماتية و الإكتئاب. كما يسعى البحث إلى الكشف عن وجود إختلاف في مستويات الاحتراق النفسي للمرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم.

ولتحقيق أهداف البحث و الاجابة عن التساؤلات والتحقق من فروضه، تم اختبار عينة عشوائية مكونة من 227 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة. تم تطبيق مقياس للاحتراق النفسي ومقياس الضغط المدرك ومقياس إستراتيجيات المواجهة و مقياس الأعراض السيكوسوماتية ومقياس الإكتئاب، وبعد جمع المعطيات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية، توصلنا إلى عدد من النتائج أهمها ما يلي:

- معاناة الممرضون من مستويات متفاوتة من الإحتراق النفسي .
- وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحتراق النفسي لدى الممرضين.
- وجود إختلافات في مستويات الاحتراق النفسي للمرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم.
- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين .
- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض الاكتنابية لدى الممرضين .

مقدمة :

الضغوط النفسية شأنها شأن معظم الظواهر الحياتية، هي ظاهرة من ظواهر الحياة موجودة في شتى مجالاتها، فقد أصبح الفرد يواجه أنواعا مختلفة من الضغوط في المدرسة و الأسرة و بين الأصدقاء و في العمل و في كل جوانب الحياة، وعلى جميع المستويات الإقتصادية و الإجتماعية و الثقافية والتربوية حتى أصبح يطلق على هذا العصر عصر " الضغوط " لإرتفاع الشعور بالضغط بين الأفراد، إذ شهدت العقود الأخيرة إهتماما متزايدا من جانب الباحثين بدراسة الضغوط النفسية بهدف الوقوف على طبيعتها وآثارها وكيفية التعامل معها.

فإذا كانت الحياة سلسلة من الضغوط و التوترات، فلا بد على الفرد معاشتها على أن تكون بقدر ومستوى معين، فلا شك بأن قدرا معتدلا من الضغوط مطلوب و ضروري ليظل الفرد في حالة من النشاط والإنجاز، فكل فرد بإستطاعته الحفاظ على مستوى ملائم من التوافق الشخصي والإجتماعي والمهني في ظل المستويات العادية من الضغوط، ولكن الضغوط الحادة والمزمنة في مستواها تتطوي على العديد من النتائج المعرفية والإنفعالية والسلوكية السلبية التي من شأنها أن تعيق قدرة الفرد على التوافق داخل العمل. فقد تتجم هذه الضغوط عن مصادر داخلية نابعة من داخل الفرد أو من مصادر خارجية من بيئة الفرد كبيئة العمل.

فقد أصبح موضوع الضغوط المهنية **Occupational Stress** مجال إهتمام الكثير من الباحثين في فروع مختلفة العلم، وذلك نتيجة للآثار المترتبة عن هذه الضغوط على الفرد والمؤسسة والتي تنعكس بالسلب على أداء العاملين وعلى شعورهم بعدم الرضا عن العمل، مما يؤدي إلى ضعف العائد الإقتصادي وإنخفاض مستوى الكفاءة الإنتاجية لدى العامل.

والجدير بالذكر أن ضغوط العمل وآثارها السلبية لم تعد مقتصرة على مهنة بعينها فقط، بل أصبحت شائعة في مهن عديدة وفي منظمات متنوعة، فلا شك أن ظروف العمل في كثير من المهن تسبب الشعور بالضغط لدى كثير من العاملين ولكن مستويات ضغط العمل تختلف من مهنة لأخرى، فبعض المهن قد تكون أكثر إستثارة للضغوط عن غيرها بحسب المكانة الوظيفية التي تشغلها تلك المهنة، والأنشطة الوظيفية التي تتطلبها والمواصفات المطلوبة لتنفيذها، وغيرها من العوامل المرتبطة بطبيعة هذه المهن.

تعد مهنة التمريض ضمن مهن المساعدة الإجتماعية التي يعاني مزاوليها من ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الإحترق النفسي الذي يظهر في شكل فقدان الممرض للإهتمام بعمله ومرضاه، إذ ينتابه شعور بالتشاؤم و تبدل المشاعر واللامبالاة والإهمال و قلة الدافعية، و فقدان القدرة على الإبتكار والإبداع في مجال التمريض، إضافة إلى كثرة الغيابات المتكررة والغير مبررة.

إذ يعد الإحترق النفسي حالة إرهاق جسدي وإنفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات مشحونة إنفعاليا ويترافق هذا الأخير بمجموعة من الأعراض كالتعب الجسدي، والإحساس بالعجز والخيبة والأفكار السلبية عن الذات والمواقف السلبية تجاه العمل والزملاء.

ويقوم الأفراد في سبيل التوافق مع البيئة والتعامل مع الضغوط والتقليل من آثارها السلبية بسلسلة من الإستراتيجيات والأساليب المعرفية والسلوكية المختلفة، بعضها يركز على التعامل مع مصدر الضغط أو المشكلة وتغييرها أو إعادة تقييم الموقف الضاغط بصورة إيجابية، وبعضها الآخر يستهدف خفض الآثار الإنفعالية المرتبطة بالمواقف الضاغطة وقد يستطيع بعض الأفراد مواجهة الضغوط بفعالية ونجاح في حين أن بعضهم الآخر يفشل في مواجهتها ويميلون على الإنسحاب والإنكار وتناول العقاقير والمخدرات وغيرها من الإستراتيجيات التجنبية والإحجامية.

يعتمد شعور الأفراد بقدرتهم على التحكم في المواقف والأحداث الضاغطة والتعامل معها على كيفية تفسيرهم للموقف الضاغط وكذلك على نمط شخصيتهم وكيفية فهمهم وتقديرهم لذواتهم وإمكاناتهم ومصادرهم الشخصية والاجتماعية، وغيرها من المتغيرات الشخصية هذا إلى جانب المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات المرتبطة بسياق المواقف التي يتعرضون لها في محيط العمل.

وسيتم تسليط الضوء في الدراسة الحالية على ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرضين نظرا لآثارها السلبية من إنهاك بدني وعقلي وانفعالي نتيجة المتطلبات والأعباء التي تفوق و تتجاوز قدرة الفرد على تحملها.

بحيث إشمئلت البحث على فصول عدة، استهلقت بمقدمة تمهيدية اتبعت بإشكالية البحث و فرضياته، وقسمت الدراسة الحالية إلى جانبين مدعمين ومكملين لبعضهما البعض، جانب نظري وجانب تطبيقي، يشتمل الجانب النظري على ثلاث فصول جاءت على النحو التالي:

الفصل الأول: خصص هذا الفصل لموضوع الإحتراق النفسي بإعتباره محور الدراسة، بالتطرق إلى مفهوم الإحتراق النفسي وإستعراض مختلف مؤشرات وأعراضه، وتبيان مراحل الإحتراق النفسي وأسبابه وأبعاده، كما تم التعرض إلى العلاقة الرابطة بين الإحتراق النفسي والضغط النفسي، وكذا الإكتئاب، وإرتباط الإحتراق النفسي بكل من الإضطرابات الجسمية والسلوك الخطر، ناهيك عن الإحتراق النفسي لدى مزاولي مهنة التمريض، كما تمت الإشارة إلى بعض النماذج المستخدمة في إدارة الإحتراق النفسي.

الفصل الثاني: يضم هذا الفصل الضغط النفسي وإستراتيجيات التعامل من خلال مبحثين:

تناول المبحث الأول مفهوم الضغط النفسي و إبرز أشكاله وعناصره، مستعرضين مختلف تناولات الضغط النفسي - المهني ، إضافة إلى التطرق إلى مجمل أعراض الضغط النفسي - المهني، و كذا مراحل الضغط النفسي ومصادر ضغوط بيئة العمل و

الأثار الناتجة عن ضغوط العمل، كما يتضمن هذا المبحث خطوات إدارة الضغوط المهنية وكيفية الحد منها.

أما المبحث الثاني: يتضمن إستراتيجيات التعامل من تعريف لمفهوم المواجهة باعتبارها التوأمة للضغوط ، وعرض للمداخل النظرية المتعلقة بها وذكر لخصائص المواجهة ومختلف العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة، العلاقة بين التعامل مع الضغط النفسي المرتكز حول الانفعال والمرتكز حول المشكل مستدلين بفعالية التعامل مع الضغط النفسي و نتائجه.

الفصل الثالث: يتعلق بمهنة التمريض من خلال التعرض إلى مهنة التمريض من خلال الإشارة إلى إختصاصات التمريض، إضافة إلى تبيان ميادين ترقية الممرض وطبيعة عمله، كما تم في هذا الفصل إستعراض متطلبات والتزامات وخصائص مهنة التمريض.

أما الجانب التطبيقي للبحث فقد إحتوى فصلين إثنين على النحو التالي:
الفصل الرابع: يتناول الاجراءات المنهجية للبحث، و تم فيه التطرق إلى منهج البحث و تصميمه، عينة البحث و خصائصها، و الأطر المكانية للبحث، بالإضافة إلى أدوات البحث المستعملة من أجل جمع البيانات بعد التأكد من صدقها و ثباتها مع إعطاء لمحة عن كيفية تطبيقها ووسائل تطبيقها، وأسلوب التحليل والمعالجة الإحصائية للبيانات.

الفصل الخامس: يتضمن هذا الفصل عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة الحالية التي خلصنا إليها بعد المعالجة الإحصائية على ضوء الدراسات القائمة في مجال بحثنا. و انتهى البحث بخاتمة لخصت أهم النقاط التي أسفرت عليها الدراسة من نتائج. كما تم إلحاق البحث بمجمل المراجع والملاحق المستخدمة في الدراسة.

الإشكالية:

لطالما وصف العصر الحديث بأنه "عصر الضغط النفسي"، الذي أصبح ظاهرة العصر، وهي أبرز ما تكون في الشباب من الجنسين، لكنها أيضا في الرجال والنساء في مراحل الكهولة و الشيخوخة. فمع أن الضغط النفسي جزء من المعيشة اليومية إلا أن الإفراط في إستثارته يعد خطرا إذا ما تعدى القدرات التكيفية للفرد.

و هذا ما أشارت إليه راوية دسوقي (1996) على إعتبار أن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد تختلف من حيث شدتها كما تتغير عبر الزمن تبعا لتكرار المواقف الصعبة التي يصادفها الفرد، و قد تبقى وقتا طويلا إذا ما إستمرت الظروف المثيرة لها، و تترك آثارا نفسية على الفرد.

إذ أن الضغط النفسي عملية تفرض عبئا على الفرد في مواجهتها عندما يدركها على أنها تهدد وجوده النفسي و الجسدي، خصوصا إذا ما كان الفرد غير متأكد من قدراته على التعامل معها سواء أكانت الضغوط النفسية تشمل محيط العمل أو الأسرة أو المدرسة...إلخ. (أحمد عبد الخالق: 1998)

تعد مهنة التمريض من بين أنبل المهن الإجتماعية الإنسانية، ذات المتطلبات الكثيرة و المهام المتعددة، أين يكون العطاء فيها أكبر من الأخذ، إذ تتجاوز مهام الممرض العناية بالمرضى بتقديم العلاج والعناية بحالتهم الصحية إلى الإحساس بمعاناتهم وآلامهم و طمأننتهم بكل عطف و حنان و التعامل أيضا مع مرافقيهم.

و نظرا لطبيعة مهنة التمريض، إهتم العديد من الباحثين في دراستهم حول الضغط النفسي و إختلافه من مهنة لأخرى خاصة في قطاع الصحة، حيث تم إعتبار مهنة التمريض في حد ذاتها مصدرا للضغط النفسي. (Stora : 1991)

و دراسة **العوامل** (1994) هي الأخرى تناولت موضوع الضغط النفسي في بعض المهن الإجتماعية كالتمريض، التدريس والخدمات الإجتماعية، وتوصلت نتائج دراستها إلى أن فئة الممرضين هي الفئة الأكثر تعرضا للضغط النفسي، تليها مهنة التدريس ثم مهن الخدمات الإجتماعية الأخرى.

و بقدر إستمرار الضغوط النفسية وتراكمها، بقدر ما يتبعها من إستجابات جسمية ونفسية غير صحية يعتبر الإحترق النفسي أحد هذه النتائج السلبية لتراكم الضغوط النفسية و إزمانها.

فقد أكد **Gargiulo و Beck (1983)** على أن الإحترق النفسي حالة من الإنهاك الإنفعالي و الجسدي و الذهني الناتج عن الضغط النفسي الزائد والذي يفوق طاقة وقوة الممرض. لا سيما و أن مجمل الممرضين يعانون من إحترق نفسي يصحبه خمول مفرط و عجز على إستغلال الطاقة الكامنة في تلبية متطلبات العمل. و يضيف في دراسته **Daley (1978)** بأن الإحترق النفسي ردود الفعل للضغوط النفسية المتراكمة ذات التأثير السلبي على الممرض، و تنتوع الإستجابة لهذه الضغوط في طبيعتها من حيث تكرارها و درجة تعرض الممرض لها. (مقابلة نصر يوسف : 1996)

وفي نفس الصدد دراسة **Aronson و Pines (1988)** تشير إلى أن الإحترق النفسي ليس بضغط مرتفع الشدة فقط وإنما تكرار لضغط مزمن في إطار مهني خاصة بالنسبة إلى اللذين يعملون بمصالح الخدمات الإنسانية التي تستوجب من العاملين في قطاعاتها كمية هائلة من الطاقة و المرونة، وتكرار هذه التدخلات بصفة يومية، غالبا ما ينهك الممرض إنفعاليا. (يوسف عبد الفتاح : 1999)

كما لاحظ **Dewe (1998)** بأن شدة الضغط النفسي المرتفعة لدى الممرضين تجعلهم عرضة للإحترق النفسي. هذا الأخير إعتبره كل من **Wallace و**

Szilagy (1987) بأن المهنيين الأكثر عرضة للإحترق النفسي هم أولئك الذين يشغلون وظائف نالت صلة بالجمهور كالتربيط و التمريض. (الوابلي سليمان : 1995) و قد أكدت دراسة **Maslach و Jackson (1981)** بهدف دراسة و قياس مستوى الإحترق النفسي لدى عينة كبيرة متكونة من 1025 فردا يعمل في المهن ذات الصلة بالخدمات الإجتماعية و الإنسانية(الممرضين، الأطباء، المحامين، الشرطة، المعلمين) إلى أن الممرضين يعانون من درجة مرتفعة من الإحترق النفسي. (مقابلة يعقوب: 1994)

وهي نفس النتيجة التي توصل إليها عديد من دراسات التي أقيمت حول الممرضين و من بينها دراسة **Londou (1992)** بألمانيا، و دراسة **Saint Arnaud (1992)** بكندا، و دراسة **Estryn Béhar (1990)** بفرنسا، والتي بينت بأن نحو أكثر من 30% من الممرضين يعانون من إحترق نفسي شديد نتيجة التعرض المستمر للضغط النفسي.

ومن بين المتغيرات التي أصبحت محط إهتمام الباحثين في مجال الإحترق النفسي إستراتيجية المواجهة التي يلجأ إليها الممرض من أجل مقاومة الضغط النفسي الذي يتعرض إليه، على إعتبار أن هناك من الأفراد من لديهم قدرة أكبر في مقاومة الموقف الضاغط ولهم أساليب وإستراتيجيات مقاومة أكثر تنوعا من غيرهم في مواجهة المواقف الضاغطة و بالتالي هم اقل عرضة للإحترق النفسي، فهم عادة ما يحاولون مواجهة الضغوط بطرق متنوعة. (عبد الله محمد قاسم : 2000)

و فقا لإستراتيجيات مواجهة متمركزة حول حل المشكل عن طريق توظيف خطط عمل تسمح بتغيير الوضعية المعاشة وحل المشكل السيء الذي يساهم مباشرة في التغيير من الحالة الإنفعالية .

أو فقا لإستراتيجيات مواجهة متمركزة حول الإنفعال والتي تهدف إلى التقليل أو التعديل من حدة الإنفعالات والمعاناة التي تسببها الأحداث الضاغطة وتتضمن مختلف المحاولات من طرف الممرض لتعديل التوترات الإنفعالية المترتبة عن الوضعية الضاغطة. (Graziani : 2005)

و قد أظهرت دراسة أقيمت من طرف **Tap و Pronost (1996)** أن الممرضين الذين يعانون مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي يستعملون إستراتيجيات متميزة حول الإنفعال، و هذا على غرار الممرضين الذين يعانون من مستويات منخفضة من الإحترق النفسي إذ يستعملون إستراتيجيات متمركزة حول حل المشكل.

و في نفس السياق وجد **Ceslowilz (1989)** بأن الممرضين الذين يعانون من إحترق نفسي منخفض يستعملون إستراتيجيات مواجهة متمثلة في التقييم والبحث عن حل للمشكل و البحث عن الدعم الإجتماعي.

و في دراسة أخرى قام بها **Bibeau و Corin (1985)** بينا فيها بأن الممرضين الذين يعانون من إحترق نفسي شديد يستخدمون الإنسحاب و الهروب و التجنب بكثرة كإستراتيجية للمواجهة.

فالإحترق النفسي حسب ما توصلت إليه **Christina Maslach (1978)** في دراستها، عبارة عن حالة إنفعالية يفقد فيها الممرض أحاسيسه و تعاطفه وإحترامه إزاء الآخرين من جهة و من جهة أخرى يعيش الممرض الإحترق النفسي كحالة إرهاق جسدي وفكري و إنفعالي ناتج عن التعرض المستمر لمواقف أو وضعيات ضاغطة مشحونة إنفعاليا. (**نصر يوسف : 1996**) و غالبا ما يترافق الإحترق النفسي بمجموعة من الأعراض السلبية كالتعب الجسدي، الإحساس بالخيبة وعدم الكفاءة، والإرهاق وعدم الإرتياح، و غيرها من الأعراض النفسية و الجسمية.

وقد أشار العديد من الباحثين إلى العواقب السلبية لتناذر الإحترق النفسي على الصحة النفسية والتي من بينها أعراض الإكتئاب النفسي الذي يحط من الكفاءة في العمل و يسيء إلى نوعية العناية الصحية المقدمة للمرضى. ومن بين هذه الدراسات،

دراسة **Weinberg و Creed (2000)** ، ، **Dugan (1996) و Caplan (1994)** ، **Firth (1993)** ، التي إعتبرت الإحترق النفسي عبارة عن ظهور أعراض ضعف بيولوجية و نفسية للممرضين، مرتبطة بكيفية تعايشهم مع أوضاع العمل، في البداية تكون الأعراض غير واضحة المعالم لا يدركها العامل نفسه، إذ تفسر غالبا على أنها

إستجابة عادية لتراكم الضغط النفسي غير أن إستمرار هذه الأعراض يمكن أن يتسبب في ظهور الأعراض الإكتئابية عند الممرض. (Gilliland et James : 1997)

و هي نفس نتائج الدراسات التي قام بها: - (Grousse 1984)

(1994) Powell - Lee و Brown و Ashforth (1993) و Brady أكدت على أن الإحتراق النفسي حالة نفسية بيولوجية ناتجة عن عوامل الضغط النفسي وإستمرارها في الزمن، غير أن ظهور أعراض الإحتراق النفسي غالبا ما تؤثر على الصحة النفسية والعقلية والجسمية. (Gilliland et James :1997) بظهور أعراض إكتئابية وأعراض جسدية مثل: التعب، الصداع، إضطرابات المعدة، إضطرابات النوم والتغذية و غيرها من المشكلات السيكوسوماتية. (Sylvie Antoine : 2000)

فمن بين الإستجابات الناجمة عن الإحتراق النفسي المرتفع الشدة لدى الممرضين ظهور بعض أعراض الإكتئاب المعبرة عن عدم القدرة على مواجهة الضغوط النفسية و التكيف معها، و المترافق بقلة النشاط و نقص الإهتمام بالعمل الذي قد يصل إلى حد العجز عن القيام بأي عمل. (محمد خليل : 1990)

فالإكتئاب في واقعه يرتبط إرتباطا وثيقا بالمواقف الضاغطة الداخلية والخارجية. وقد أكدت دراسات عديدة هذا الإرتباط من بينها دراسة Uhlenhuth و Paykel (1973) التي بينت بأن هناك علاقة بين الأحداث الحياتية الضاغطة ونشأة إضطراب الإكتئاب. (Gorwood : 1993)

كما أشار كل من Champion و power (1995) إلى أن ضغوط الحياة المهددة والضغوطات النفسية المزمنة ذات أهمية في سرعة ظهور الأعراض الإكتئابية وتعد درجة أحداث الحياة السلبية بمثابة محفز لظهور صعوبات إجتماعية مزمنة وأعراض إكتئابية شديدة في المستقبل. (حسين فايد : 2000)

و قد كشفت دراسة Firth و زملائه (1986) التي أجريت على 200 ممرض وممرضة بأن الإضطرابات النفسية والجسمية لدى الممرضين والممرضات تتزايد بإزدياد الصعوبات المهنية التي تنعكس سلبا على صحتهم حيث يشعرون من جراء ذلك بإكتئاب وفقدان للرغبة والحيوية في مزاولة العمل.

و في نفس الصدد يعتبر **عبد الستار إبراهيم (1998)** بأن الضغوط المهنية المتزامنة و شعور الممرض بأنه لا يعطي نتيجة أو لا يعود عمله عليه بفائدة ، أو أن الضغط النفسي يتجاوز المستوى العادي أو المؤلف مما يظهر ردود فعل بالمعاناة من الإرهاق والإنهاك والملل واللامبالاة المصحوبة بأعراض إكتئابية هذه الأخيرة يعتبرها **Gautier (2003)** غالبا ما تترافق بأعراض الإحتراق النفسي الذي يعده كرد فعل إكتئابي تجاه وضعية ضاغطة مزمنة. (**Gautier : 2003**)

و عليه تمثل الضغوط النفسية التي يتعرض لها الممرض بإستمرار ظاهرة جديدة بالإهتمام لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياته، ولما تسببه من مضاعفات وأعباء ومشكلات نفسية وجسدية تتجم عن تراكم الضغوط النفسية أو تترافق معها، وبهدف إستقصاء حدة الضغط النفسي المدرك ومستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض الإكتئابية والجسمية لدى فئة الممرضين طرحنا التساؤلات التالية:

- ماهو مستوى الإحتراق النفسي لدى الممرضين ؟
- هل توجد علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحتراق النفسي عند الممرضين ؟
- هل توجد إختلافات في مستويات الإحتراق النفسي لدى الممرضين بإختلاف أساليب المواجهة لديهم ؟
- هل توجد علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية ؟
- هل توجد علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي التي يخبرها الممرضون ظهور الاعراض الإكتئابية ؟

الفرضيات:

الفرضية الأولى :

- يعاني الممرضون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي.

الفرضية الثانية :

- توجد علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين.

الفرضية الثالثة :

- توجد إختلافات في مستويات الإحترق النفسي لدى الممرضين بإختلاف أساليب المواجهة لديهم.

الفرضية الرابعة :

- توجد علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

الفرضية الخامسة :

- توجد علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي و ظهور الأعراض الاكتنائية لدى الممرضين.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإحتراق النفسي

تمهيد:

مع أن العمل يساعد الفرد على الإحتفاظ بحالته الصحية، مادام العمل لا يفوق قدراته الجسدية و العقلية، إلا أن طبيعة العمل والظروف التي ينجز بها يمكن أن تكون لها إنعكاسات سلبية على صحة العامل، وقد تصل هذه الأخيرة إلى حدّ الإنهاك والإستنزاف الذي يعد شعورًا عامًا بدرجة عالية من الإرهاق الذي يتعرض له الفرد نتيجة للضغوط النفسية الكثيرة التي يعايشها في عمله. (هيجان عبد الرحمان: 1998)

يشكل الإحتراق النفسي أحد المخاطر التي تتطور لدى الأفراد الذين يعملون مع الفئات التي تحتاج إلى المساعدة. يعتبر المحلل النفسي الأمريكي هربرت فردينبرجر **Herbert Freudenberger** أول من أدخل مصطلح الإحتراق النفسي **burnout** الى حيز الاستخدام الأكاديمي وذلك عام 1974 عندما كتب دراسة أَعدها لدورية متخصصة **Journal of Social Issues** وناقش فيها تجاربه النفسية التي جاءت نتيجة تعاملاته وعلاجاته مع المترددين على عيادته النفسية في مدينة نيويورك. وقد جاء عن **Freudenberger (1978)**: " أدركت من خلال ممارستي العيادية أن الأفراد قد يكونون أحيانا ضحايا حرائق مثلهم مثل البنائيات، فتحت تأثير الضغط الناجم عن الحياة في عالم معقد، تلتهب طاقتهم ومواردهم الداخلية، وكأنها تحت فعل النيران ولا يبقى إلا فراغا شاسعًا يحتل دواخل أنفسهم، حتى ولو بدت هياتهم الخارجية سليمة نوعًا ما ". (**Freudenberger: 1978 p3**)

فالسؤال الذي يطرح نفسه هنا: ما المقصود بالإحتراق النفسي وماهي مؤشرات وأبعاده ومسبباته؟ تعد الإجابة على هذا السؤال محور الفصل الآتي.

1- مفهوم الإحترق النفسي :

يعد مفهوم الإحترق النفسي "Psychological burnout" من المفاهيم الحديثة نسبياً، ويعتبر **Freudenberger (1974)** أول من إستخدم هذه المصطلح للإشارة إلى الإستجابات الجسمية والإنفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية، والذين يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة.

(Freudenberger : 1974)

إلا أن ظاهرة الإحترق النفسي قد أخذت بعين الإعتبار منذ سنة 1959 في فرنسا من طرف الطبيب العقلي **C laude veil** حيث لاحظ بعض الحالات المرضية المرتبطة بالمهنة والتي لم تصنف نوزوغرافياً. **(Hollet : 2006)**

وقد صار مفهوم الإحترق النفسي مصطلحا واسع الإنتشار، وسمة من سمات المجتمع المعاصر، فقد بنيت **Maslach (1979)** أن هذه الظاهرة الخطيرة تصيب بكثرة أصحاب المهن الاجتماعية والإنسانية، فتسبب لهم القصور والعجز عن تأدية العمل بالمستوى المطلوب. **(دواني و آخرون : 1989)** .

وبالرغم من تعدد تعريفات مفهوم الإحترق النفسي إلا أن هناك إتفاقا على معناه وخصائصه بشكل عام. و فيما يلي نورد بعض التعريفات لمفهوم الإحترق النفسي:

يعرف **Freudenberger (1974)** الإحترق النفسي بأنه حالة من الإعياء و الضعف تصيب الجسد وتستنفد طاقته الحيوية نتيجة المتطلبات التي تفوق قدرة الفرد. و في نفس الصدد يعرف **Taylor (1986)** الإحترق النفسي بأنه عبارة عن الإرهاق و إستنفاد القوة و النشاط لدى الفرد. **(Taylor : 1986)**

ويمثل الإحترق النفسي حسب **Folkman و Lazarus (1984)** المرحلة النهائية لعجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل. إذ يعكس الإحترق النفسي حالة من الإنهاك

تحدث كنتيجة للأعباء والمتطلبات الزائدة المستمرة الملقاة على عاتق الأفراد بما يفوق طاقاتهم وقدراتهم، ويمكن التعرف على هذه الحالة عبر مجموعة الأعراض النفسية والجسدية التي تصيب الأفراد بدرجة تختلف من فرد لآخر. (هند حرتاوي : 1991)

كما أشار **Kyriacou (1987)** إلى أن الإحترق النفسي عبارة عن مؤشرات سلوكية ناتجة عن الضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد أثناء العمل لفترة طويلة مما يستنفد لديه إستنفاد تدريجيا للرضا الوظيفي والحماس و لتحقيق الهدف وتزايد الشعور بالقلق وهذا بالإضافة إلى شعور الفرد بأنه لا يلقى من التقدير المادي والمعنوي بما يتناسب مع الجهد المبذول من قبله. (**Kyriacou : 1987**)

Mc Bride (1988) من جهته يعرف الإحترق النفسي بأنه ظاهرة إستنزاف جسدي و إنفعالي بشكل كامل بسبب الضغط النفسي الزائد عن الحد، و ينتج عنه عدم توازن بين المتطلبات والقدرات، بحيث يشعر الفرد بأنه غير قادر على التعامل مع أي ضغط نفسي إضافي في الوقت الراهن، مما يؤدي إلى الإحترق النفسي. (فايزة الفاعوري: 1990)

و ورد عن **Gold et Bachlor (1988)** بأن الإحترق النفسي هو هبوط في القوى الحيوية والنشاط الوظيفي، أو أنه إستنزاف عاطفي، أو شعور باليأس، أو فشل في إنجاز العمل المتوقع. (الوابلي سليمان: 1995)

و في نفس السياق يعتبر كل من **schwarger & schmitz & Tang (2000)** الإحترق النفسي كحالة من الإنهاك والإستنزاف والتعب الشديدين نتيجة لضغط نفسي داخل الذات ضمن مهن خدماتية إنسانية إذ يتصل الإحترق النفسي إتصالاً مباشراً بمشاعر وأحاسيس الأفراد الذين تقتضي مهنتهم التعرض المستمر والدائم لمواقف مجتمعية مشحونة بمشاعر وجدانية.

(**schwarger & schmitz & Tang : 2000**)

أما **فهد السيف (2000)** فيعتبر الإحترق النفسي كحالة عقلية و خبرات نفسية داخلية تعبر عن إنهاك عاطفي و تبدل الشعور وعدم القدرة على تحقيق الذات لدى الممارس المهني الذي يفقد حماسه وإهتمامه بمن يقدم لهم الخدمات وذلك نتيجة للضغوط النفسية والنوعية الناجمة من الخدمة، وطبيعة الوظيفة والعلاقات الإجتماعية في العمل. (**فهد السيف : 2000**)

و يشير **Carter (2001)** إلى أن الإحترق النفسي إعياء يصيب الجسم والعواطف لدى الفرد، حيث يبدأ بالشعور بعدم الإرتياح وفقدان الحماس لمزاولة العمل. (**carter : 2001**)

وعرف **Reece & Brandt (2002)** الإحترق النفسي بأنه الشعور بالإستنزاف العاطفي والعقلي والجسمي يوماً بعد يوم حتى يصل الفرد إلى ما بعد الإجهاد و حالة من الشعور بفقدان الإحساس. (**Reece & Brandt: 2002**)

كما عرف **سامر جميل رضوان (2007)** الإحترق النفسي كحالة جسدية ونفسية من الإحترق أو الخمود أو الإنطفاء، وحالة من الفراغ الذهني والإنهاك الجسدي المطلق. (**سامر جميل رضوان: 2007**)

و قد أوضحت **Maslach (1991)** بأن الإحترق النفسي يشير إلى فقدان الإهتمام بالأفراد الموجودين في محيط العمل، حيث يشعر الفرد بالإرهاق والإستنزاف العاطفي اللذين يجعلان الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز، ويفقد بذلك تعاطفه نحو العاملين. إذ يعد الإحترق النفسي كخبرة إنفعالية فردية سلبية تقود إلى عملية مزمنة يتم تجربتها كإستنزاف الجهد على المستوى البدني والإنفعالي والمعرفي. (**Maslach : 1991**)

كما إعتبرت **Maslach و Jackson (1981)** بأن الإحتراق النفسي مفهوم يتكون من (3) ثلاثة أبعاد هي كالآتي:

البعد الأول: الإجهاد العاطفي (**Emotional Exhaustion**) و يشير إلى أن العمال الذين يصابون بالإحتراق النفسي تكون لديهم زيادة في الشعور بالتعب و الإرهاق العاطفي.

البعد الثاني : تبدل المشاعر (**Dehumanization**) و يعني أن العمال يبدؤون في بناء إتجاه سلبي نحو العملاء المستفيدين من الخدمة.

البعد الثالث : الشعور بالنقص في الإنجاز المهني (**feeling of Reduced accomplishment**) و يتمثل في ميل العمال إلى تقييم أنفسهم سلبيا و الإحساس بإنعدام الفاعلية أمام الآخرين. (شهاب إيناس: 2001)

من خلال سياق عرض التعاريف السابقة، يمكن القول بأن مفهوم الإحتراق النفسي يشير إلى خبرة نفسية سلبية تعترى الفرد و تسبب له الكثير من المشكلات إذ يعيش مجموعة من الآثار السلبية كالتعب و الإجهاد و الشعور بالعجز و إنعدام الحيلة و فقدان الإهتمام بالآخرين و عدم الرضا عن العمل. فالإنهاك المهني عبارة عن سيرورة يظهر في البداية على شكل ضغط مهني شديد و متواصل و لا يخفف بواسطة الوسائل العادية لحل المشكل، حيث نلاحظ اختلال في التوازن بين القدرات الشخصية و المتطلبات الخارجية مما يجعل الشخص في حالة غضب أثناء أدائه لعمله و يعبر عن شعوره بطريقة عنيفة و تهيجية. و يتكون هذا المفهوم من ثلاث مكونات، وهي الإنهاك العقلي و الإنفعالي و الجسمي و التي تنشأ نتيجة التعرض المستمر للضغوط.

2 - مؤشرات الإحترق النفسي:

على الرغم من أن التعب أو التوتر قد يشكل العلامات الأولى للإحترق النفسي، إلا أن ذلك ليس كافياً للدلالة عليه، خاصة إذا كانت قصيرة الأمد، فالإحترق النفسي يتصف بحالة من التباطؤ النسبي فيما يتعلق بالتغيرات السلبية كفقدان الاهتمام بالعمل، والسخرية من الآخرين، الكآبة، الشك في قيمة الحياة وفي العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى الشعور بالعجز و سوء تقدير الذات.

للإحترق النفسي مؤشرات عديدة تشمل كل جوانب حياة الفرد، و في هذا الصدد تشير **Barbara Braham (1992)** إلى وجود أربع (4) مؤشرات أولية تدل على أن الفرد في طريقه إلى الإحترق النفسي كالآتي :

1- الإنشغال الدائم والإستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم، فعندما يقع الممرض في شرك الإنشغال الدائم فإنه يضحي بالوقت الحاضر وما يتطلبه من عمل، و هذا يتجسد في تواجده جسدياً وليس ذهنياً، و عادة ما ينجز الممرض في هذه الحالة مهامه بصورة ميكانيكية (آلية)، دون أي إتصال عاطفي بالمرضى، حيث أن ما يشغل باله هو السرعة والعدد و ليس الإتقان والإهتمام بما بين يديه.

2- العيش حسب قاعدة " يجب و ينبغي"، و يترتب عن هذه القاعدة زيادة حساسية الممرض لما يظنه الآخرين، فيصبح غير قادر على إرضاء نفسه، حتى في حالة الرغبة في إرضاء الآخرين التي تصاحب هذه القاعدة، فإنه يجد بأن تنفيذ ذلك ليس بالأمر السهل عليه.

3- تأجيل الأمور السارة والأنشطة الإجتماعية من خلال الإقتناع الذاتي بأن هناك وقتاً لهذه الأنشطة ولكن " فيما بعد " لن يأتي أبداً، و يصبح التأجيل القاعدة أو المعيار في حياة الممرض.

4- فقدان الرؤية أو المنظور بحيث يصبح كل شيء مهم وعاجل، وتكون النتيجة بأن ينهمك الممرض في عمله إلى درجة يفقد فيها روح المرح، ويجد نفسه كثير التردد عند إتخاذ القرارات. ويرتبط ذلك بما يعرف "بالإدمان على العمل"، إذ يصبح العمل المحور الأساسي في حياة الممرض وفي مركز إهتماماته الشخصية بصورة مخلة بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية والإنفعالية التي تصاحب مثل هذا الخلل. (علي عسكر: 2000)

و إستمر الإهتمام بتحديد مؤشرات الإحترق النفسي، بحيث وضع **Dion (1992)** قائمة تضم مؤشرات الإحترق النفسي وهي تمس المستويات التالية :

- مستوى الشعور: عدم الرضا، سرعة الإنفعال، التصلب على مستوى الجسد، الأرق، القرحة، ألم الظهر وصداع.
- مستوى الحياة الشخصية: إفراط في تناول الكحول، إفراط في تعاطي الأدوية، مشاكل مع الزوج أو الزوجة، مشاكل عائلية.
- مستوى العلاقات: إنسحاب، جنون العظمة، التنازل.
- مستوى العمل: غياب الحماس، الروح المعنوية المنحطة. (**Dumont:1992**)

و عموماً يمكن الاستدلال على حدوث الإحترق النفسي من خلال الشعور بالإنهاك النفسي والجسمي المؤدي إلى فقدان الطاقة النفسية وضعف الحيوية والنشاط، وفقدان الشعور بتقدير الذات، والاتجاه السلبي نحو العمل، وفقدان الدافعية، والاحساس باليأس والعجز.

إضافة إلى القيام بالعمل بشكل روتيني مع الافتقار إلى عنصر الابداع والابتكار، وضعف الرغبة في مزاولة العمل والتغيب الغير مبرر، والاحساس بالإنهاك والتعب، و تجنب الحديث مع الزملاء والاصدقاء في شؤون العمل.

كما تجدر الإشارة إلى أن الاستمرار في العمل لا يعتبر مؤشراً لغياب الإحترق النفسي، فالفرد قد يستمر في عمله بالرغم مما يعانيه من إحترق نفسي لأسباب عديدة منها: الراتب الجيد، وجود ضمان وظيفي، وفي أسوأ الحالات عدم وجود فرص الإلتحاق بوظائف أخرى.

3- النماذج المفسرة للاحتراق النفسي:

3-1- نموذج Cherniss للاحتراق النفسي (1985):

قدم شرنيس النموذج الشامل للاحتراق الوظيفي، وقد قابل مع معاونيه ثمانية وعشرون مهنيًا مبتدئًا في أربعة مجالات هي: مجال الصحة، ومجال القانون، ومجال التمريض في المستشفيات العامة، ومجال التدريس في المدارس الثانوية، وتم مقابلة كل المفحوصين عدة مرات خلال فترة تتراوح من سنة إلى سنتين.

في هذا النموذج التفسيري، هناك ثلاث مجموعات من المتغيرات التي تساهم في تطور الإحترق النفسي كما يلي:

أولاً: خصائص محيط العمل:

تتفاعل هذه الخصائص مع الأفراد الذين يدخلون الوظيفة لأول مرة ولهم توجهات مستقبلية معينة، ومطالب عمل زائدة، ويحتاجون إلى مساندة اجتماعية، كل هذه العوامل تعتبر مصادر معينة من الضغط الذي يتعرض له الأفراد بدرجات متفاوتة، ويتواءم الأفراد مع هذه العوامل الضاغطة بطرق مختلفة، فيلجأ البعض إلى أساليب واستراتيجيات منحرفة، بينما يتواءم آخرون عن طريق اللجوء إلى الاتجاهات السالبة. اعتبر تشيرنس خصائص محيط العمل الثمانية منبئات لمتغيرات الاتجاهات السالبة، والتي تشكل الاحتراق الوظيفي، وهذه الخصائص تتمثل في:

- التوجيه في العمل.
- عبء العمل.
- الاستثارة.
- الاتصال بالعملاء.
- الاستقلالية.
- أهداف المؤسسة.
- القيادة والإشراف.
- العزلة الاجتماعية. (نوال الزهراني: 2008)

ثانياً: المتغيرات الشخصية:

تشكل بعض المميزات الفردية هي الأخرى تأثير مباشر وغير مباشر (عبر مصادر الضغط) على الإحترق النفسي ،وهي تضم الخصائص الديموغرافية، بالإضافة إلى التأييد الاجتماعي من خارج محيط العمل.

ثالثاً: مصادر الضغط:

تتجم مصادر الضغط حسب شرنيس عن الصدمة بين "واقع" العمل الميداني اليومي والوهم المهني (Professional mystique)، وبمعنى آخر التوقعات الأولية المتعلقة بممارسات صلاحياتهم و تلك الخاصة بتعاون الزبائن، إستقلالية النشاط و "تحقيق الذات" والمناخ التنظيمي.

و قد وضع تشيرنس خمسة مصادر للضغط كمقدمات للاحترق الوظيفي وهي:

- عدم الثقة بالذات ونقص الكفاءة.

- المشاكل مع العملاء.

- التدخل البيروقراطي.

- نقص الإثارة والإنجاز.

- عدم مساندة الزملاء.

متغيرات الاتجاهات السالبة:

حدد تشيرنس اتجاهات سالبة تنتج عن الضغوط وتتمثل في:

- عدم وضوح أهداف العمل.

- نقص المسؤولية الشخصية.

- التناقض بين المثالية والواقعية.

- الاعتراب النفسي.

- الاعتراب الوظيفي.

- نقص الاهتمام بالذات.

متغيرات إضافية:

أضيفت بعض المتغيرات الأخرى مثل المتغيرات المرتبطة بالعمل وهي:

- الرضا الوظيفي.

- الغياب عن العمل.
- الاتجاه نحو ترك المهنة.
- الأعراض السيكوسوماتية.
- الرضا الزوجي.
- صراع الدور.
- الصحة الجسمانية.
- استخدام العقاقير.

وقد أوضح تشيرنس أنه كلما زادت صدمة الواقع وزاد التعرض للضغط كلما زاد الاحتراق النفسي، كما أوضح النموذج أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات عالية في الاحتراق الوظيفي هم الذين يتلقون مساندة اجتماعية ضعيفة ويوضح هذا النموذج أيضاً أن العوامل الديموغرافية مثل السن والجنس وسنوات الخبرة ضعيفة الارتباط بالاحتراق الوظيفي ، بناء عليه وطبقاً للنموذج فإن من يحصلون على درجات احتراق مرتفعة هم العاملون الذين يشعرون بأعراض سيكوسوماتية، وهم الذين يستخدمون الأدوية بشكل متزايد، ويعانون من عدم الرضا الزوجي، ومن صراع الدور، وقلة الرضا الوظيفي، وترتفع نسب غيابهم، كما أنهم يميلون إلى ترك المهنة.

ويختلف نموذج تشيرنس عن غيره من النماذج فيما يلي:

- تختلف المفاهيم التي اقترحها تشيرنس (عدم وضوح أهداف العمل، نقص الإحساس بالمسئولية الشخصية، والتعارض بين الواقعية والمثالية، والاعتراب النفسي، والاعتراب عن العمل، ونقص الاهتمام بالذات) عن تلك التي اقترحتها ماسلاك وبينز وآخرون 1981.

- اتفق تشيرنس مع الدراسات السابقة على أهمية الرضا الوظيفي وخصائص محيط العمل مع التأكيد على عدم أهمية الفروق الفردية والخصائص الديموغرافية.

- أكد النموذج على أهمية متغيرات العمل الإضافية؛ مثل المساندة الاجتماعية ومتطلبات الحياة في زيادة فهم ظاهرة الاحتراق الوظيفي الناتج عن العمل.

- اتفقت النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق هذا النموذج مع نتائج قائمة ماسلاك للاحتراق الوظيفي حيث ارتبطتا بمؤشرات صحة ورفاهية الأفراد.

(نوال الزهراني: 2008)

كما أعطى نموذج تشيرنس اقتراحات لبعض الاستراتيجيات للتدخل في محيط العمل، والتي يمكن أن تقلل من الإحساس بالاحتراق الوظيفي، وقسمها إلى أربع فئات:

-إرشاد وتطوير العاملين.

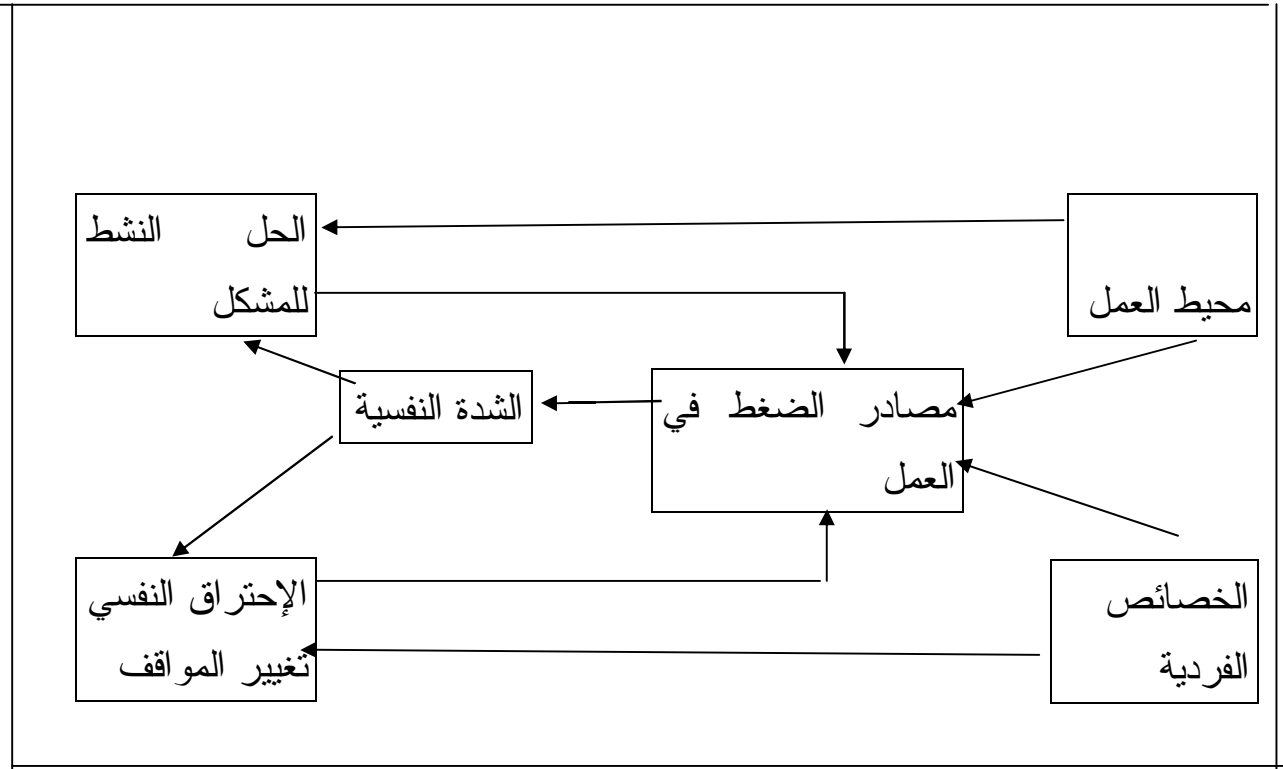
- الإشراف والقيادة والأهداف التنظيمية.

- البناء الوظيفي.

- الأساليب والمعايير.

ويلاحظ من نموذج تشيرنس أنه يركز على خصائص محيط العمل والتي تسبب ضغوطاً للفرد، كما أنه يركز على بعض الاتجاهات السالبة التي توجد لدى الأشخاص المستهدفين للشعور بالضغط النفسي، وأشار النموذج أيضاً إلى بعض المتغيرات الشخصية والتي تتضمن المتغيرات الديموغرافية، وأعطى أهمية لبعض المتغيرات الاجتماعية مثل: مدى الحصول على المساندة الاجتماعية، وأضاف النموذج بعض المتغيرات الإضافية الأخرى المرتبطة بالعمل مثل: الرضا الوظيفي، وصراع الدور، والصحة الجسمية وغيرها.

فحسب نموذج تشيرنيس يوافق الإحترق النفسي تغيراً سلبياً للمواقف المتعلقة بالعمل: ضعف الأهداف والشعور بالمسؤولية المهنية، الانفصال والابتعاد الإنفعالي عن الزبائن، و في نفس الوقت إعطاء إهتمام أكبر بالذات ، حيث أن تطور هذه المواقف السلبية تشبه إلى حد ما تبني أساليب المواجهة (coping) غير المناسبة.



الشكل رقم(1): نموذج الإحترق النفسي لشرنيس
(Cheniss, 1993)

3-2- نموذج شفاف وآخرون للاحترق النفسي(1986):

يشير هذا النموذج إلى المصادر والمظاهر والمصاحبات السلوكية للاحترق الوظيفي وذلك على النحو التالي:

أولاً : النموذج يشير إلى نوعين من مصادر الاحترق الوظيفي : أولهما يرتبط بمكان العمل والذي يتمثل في صراع الدور وغموضه ، وعدم مشاركة الموظف في اتخاذ القرارات والتأييد الاجتماعي الرديء.

وثانيهما يرتبط بالموظف ذاته مثل توقعاته نحو دوره المهني، بالإضافة إلى المتغيرات الشخصية الأخرى الخاصة به مثل سنه وجنسه وسنوات الخبرة والمستوى التعليمي.

ثانياً : أشار النموذج أيضاً إلى مظاهر أو مكونات أو أبعاد الاحتراق الوظيفي والتي تتمثل في الاستنزاف الانفعالي وفقدان الهوية الشخصية والشعور بالإنجاز الشخصي المنخفض. ثالثاً : أشار النموذج إلى المصاحبات السلوكية للاحتراق الوظيفي والتي تتمثل في رغبة الموظف ترك المهنة والتعب لأقل مجهود و التمارض وزيادة معدل التغيب عن العمل. و تشتمل مصادر الاحتراق النفسي حسب هذا النموذج ما يلي:

عوامل خاصة:

- صراع الدور.
- غموض الدور.
- عدم المشاركة في القرار.
- تأييد اجتماعي رديء.

عوامل و متغيرات شخصية:

- الجنس ، السن.
- سنوات الخبرة.
- المستوى التعليمي.
- التوقعات المهنية.

مظاهره (الأبعاد):

- استنزاف انفعالي.
- فقدان الهوية الشخصية.
- نقص في الإنجاز الشخصي.

المصاحبات السلوكية:

- ترك المهنة.
- زيادة معدل الغياب.
- التعب لأقل مجهود . (نوال الزهراني:2008)

3-3- نموذج المتغيرات الشخصية والبيئية لجين بريزي وآخرون (1988):

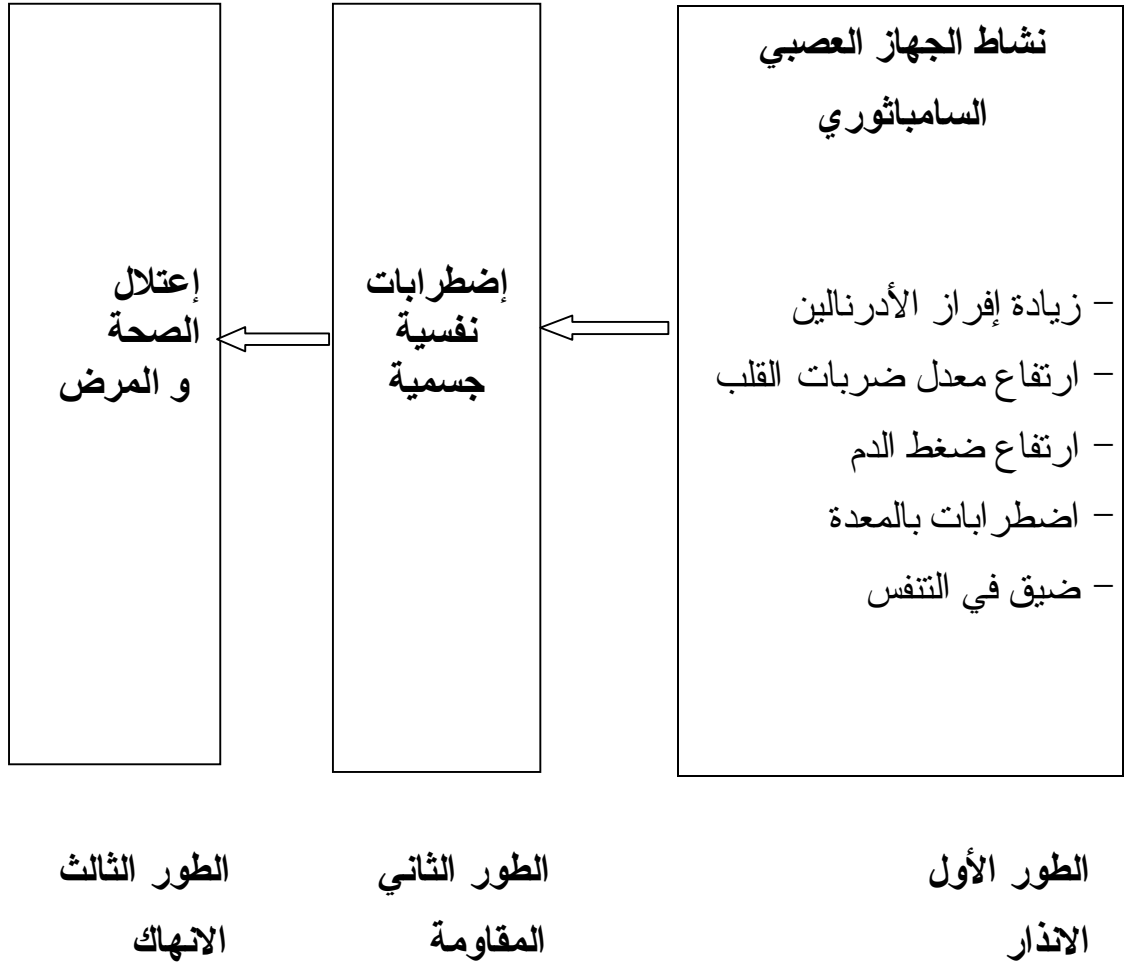
وهو نموذج لتحديد أحسن مجموعة من المتغيرات المنبئة بالاحترق الوظيفي وقد ضم هذا النموذج مجموعتين من المتغيرات البيئية ركزت المجموعة الأولى على الخصائص التنظيمية الهامة مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية لمكان العمل ، مدى فعالية التحكم الشخصي في الموقف المهني ، مدى مشاركة الموظفين في اتخاذ القرار . ركزت المجموعة الثانية على المساندة من مصادرها المختلفة: الإدارة ، الزملاء ، الأصدقاء .

كما ضم النموذج مجموعة من المتغيرات الشخصية ركزت المجموعة الأولى على الخصائص الديموغرافية مثل الجنس وسنوات الخبرة وركزت المجموعة الثانية على متغيرات شخصية مثل الكفاءة المهنية وتقدير الذات والمستوى التعليمي . وفي كل مراحل النموذج وجد أن المتغيرات البيئية والشخصية ذات ارتباط دال بالاحترق الوظيفي . (نوال الزهراني:2008)

3-4- نموذج زملة التكيف العام عند Seyle :

و ذلك في مجال الطب و البيولوجيا Stress يعتبر هانز سيلبي أول من استخدم مصطلح الضغط عام 1926 ، و كان مفهومه عن الضغط آنذاك مفهوما فسيولوجيا ، ثم طوره بعد ذلك و أوضح الجانب النفسي للمفهوم . (نشوة دردير : 2007 ص 41)
قدم سيلبي نظريته عام 1956 ثم أعاد صياغتها مرة أخرى عام 1976 وأطلق عليها متلازمة التوافق العام General Adaptation Syndrome وفيها يقرر سيلبي أن التعرض المتكرر للاحتراق يترتب عليه تأثيرات سلبية على حياة الفرد؛ حيث يفرض الاحتراق الوظيفي على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية، أو اجتماعية، أو نفسية، أو تجمع بينها جميعاً، ورغم أن الاستجابة لتلك الضغوط قد تبدو ناجحة فإن حشد الفرد لطاقاته لمواجهة تلك الاحتراقات قد يدفع ثمنه في شكل أعراض نفسية و فسيولوجية، وقد وصف سيلبي هذه الأعراض على أساس ثلاثة أطوار للاستجابة لتلك الاحتراقات ؛ والتي

تتضح من الشكل التخطيطي التالي الذي يوضح أطوار الاستجابة للاحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيلبي:



الشكل رقم (2) : أطوار الاستجابة للاحتراقات الوظيفية ومظاهرها في نظرية سيلبي (إيمان زيدان:1998)

و كما يرى من الشكل فإن النموذج عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية والنفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية و تمر بثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى : رد فعل الإنذار بالخطر

و تعد استجابة أولية للخطر ، و فيما يميز الجسم مواقف الخطر ، و يستعد لمواجهتها، ويصاحبها بعض التغيرات الفسيولوجية مثل : زيادة نبضات القلب، و سرعة التنفس، وتوتر النسيج العضلي.

المرحلة الثانية : المقاومة

يلاحظ في هذه المرحلة وجود بعض الحيل الدفاعية لمواجهة الضغوط، و عندما لا تستطيع الحيل إعادة التوازن للجسم، نتيجة الضغوط المستمر، تظهر علامات الاستنزاف و التعب الشديدين.

المرحلة الثالثة : الإنهاك

عندما تفشل أساليب المواجهة، و تتدهور المقاومة مع استمرار الضغوط، يحدث الإنهاك، و قد تظهر بعض الاضطرابات النفسجسمية وقد أوضح سيللي أن تكوين الاضطراب السيكوسوماتي يمر بمراحل؛ حيث يبدأ بمثير حسي، يعقبه إدراك و تقدير معرفي للموقف؛ مما يؤدي إلى استثارة انفعالية، و عندئذ يحدث اتصال الجسم بالعقل وينتج عن ذلك استثارة جسمية، ثم آثار بدنية تؤدي إلى المرض.

يشير هذا النموذج إلى أن مرحلة الإنهاك ناتجة عن الضغوط المستمرة، كما أن الأعراض التي أشار إليها النموذج و الناتجة عن العجز عن مواجهة الضغوط، تقترب كثيرا من أعراض الاحتراق الوظيفي، و التي أطلق عليها سيللي في نموذج الإنهاك .

(نشوة دردير :2007)

3-5- نموذج العلاقات البنائية :

حسب Angel et al 2003 يقدم هذا النموذج و صفا للعلاقات المتبادلة بين أبعاد الاحتراق الوظيفي : الانجاز الشخصي ، ومشاعر الإجهاد من حيث تأثير كل منها على الآخر ، فيشير إلى أن بعد الإنجاز الشخصي يؤثر على الإجهاد الانفعالي، بمعنى أنه كلما ارتفع إنجاز الفرد قل إحساسه بالإجهاد، و كذلك إحساسه بتبليد المشاعر، هذا من جانب. ومن جانب آخر يوضح النموذج تأثير استراتيجيات المواجهة على الاحتراق الوظيفي والتي صنفتم إلى استراتيجيات فعالة، و أخرى غير فعالة، وأوضح ارتباط استراتيجيات المواجهة الفعالة بالانجاز الشخصي، بينما ارتبطت الاستراتيجيات غير الفعالة بمشاعر الإجهاد، بمعنى أن هناك نوع من العلاقات المتبادلة بين استراتيجيات المواجهة بنوعها وبين الاحتراق الوظيفي، و كذلك بين أبعاد الاحتراق الوظيفي ببعضها البعض و هما بعدي تبليد المشاعر و الإجهاد الانفعالي، و بين البعد الثالث للاحتراق و الذي يدل ارتفاعه على انخفاض الاحتراق الوظيفي، بينما يدل انخفاضه على ارتفاع الاحتراق النفسي وهو

بعد الانجاز الشخصي. (نشوة دردير: 2007)

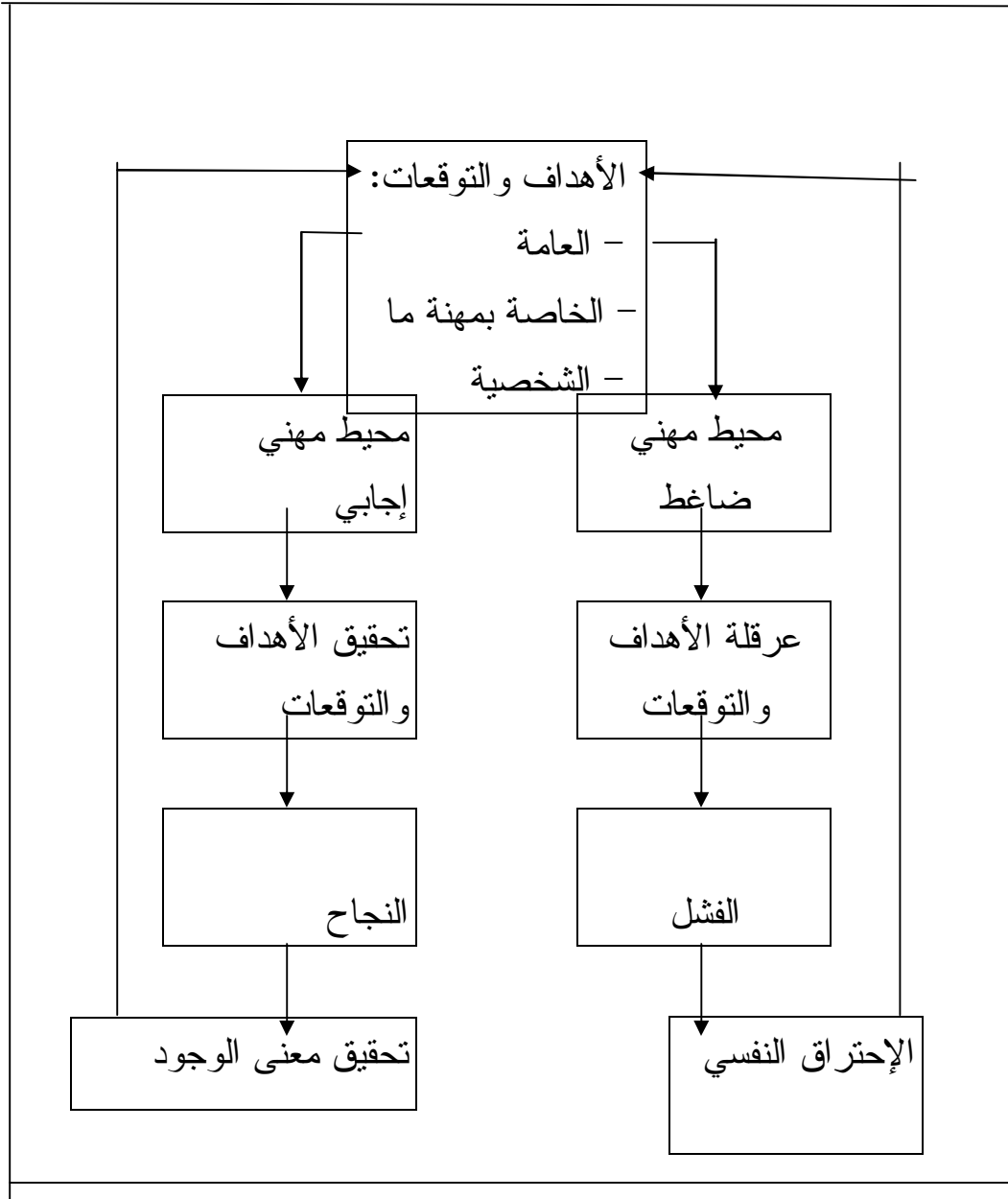
3-6- النموذج الوجودي Pines (1993):

يظهر الإحترق النفسي حسب النموذج الذي تقدمت به (Ayala Pines 1993) في مناخ ثقافي أين يصبح العمل بالنسبة لعدد من الأفراد موضوع البحث عن معنى الوجود، وهذا ما يفسر بأن "الأسباب الأولى للإحترق النفسي تتبع من حاجة الأفراد للإعتقاد بأن حياتهم لها معنى وأن الأشياء التي يقومون بها ذات فائدة و أهمية". (Truchot, 2006, Hallberg, 2005)

على عكس ما يقترحه نموذج شرنيس، ترى (Pines 1993) أن الضغوط كعبء العمل و الإرغامات التنظيمية ... لا تتسبب في حدوث الإحترق النفسي لأنها تعرقل إستعمال الكفاءات والمؤهلات، بل لسبب أكثر عمقا وهو أن إستحالة إستعمال هذه الكفاءات تحرم الفرد من المعنى الذي يبحث عنه من خلال ممارسة عمله.

فبالنسبة (Pines 1993) الإحترق النفسي ليس نتيجة لغياب كلي للمعنى، بل يتعلق الأمر بكون الفرد يرى أن مساهمته الشخصية ليست لها معنى أو غير مهمّة مما يؤدي إلى حدوث الإحترق النفسي، ومن هذا المنطلق كلما بدأ الفرد العامل في ممارسة مهنته بتعلق و إلتزام كبير، كلما كان إحتمال تعرضه للإحترق النفسي أكبر في ظل شروط عمل غير مناسبة. (Truchot, 2006 ; Hallberg, 2005)

في هذا النموذج، تنتوع مصادر التوقعات، ففي بعض الحالات قد تكون عامة وشاملة، أي على الأقل تكون القاسم المشترك بين كل من يدخل إلى الحياة المهنية، وعلى العموم يفترض هذا النموذج بأن الأشخاص الذين لديهم حافز كبير للعمل هم من يميلون للتعرض للإحترق النفسي.



الشكل رقم (3): النموذج الوجودي للإحترق النفسي
(Truchot, 2006)

3-7- نموذج ليتر للإحترق النفسي (1993):

يمثل الشكل (4) نموذج ليتر للإحترق النفسي (Leiter Model of Burn out) وينطلق هذا النموذج من منطلقين إثنين :

- 1- تؤثر أبعاد الإحترق النفسي في بعضها البعض من خلال تطورها عبر الوقت .
- 2- الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي تختلف علاقتها بالظروف المحيطة والعوامل الفردية.

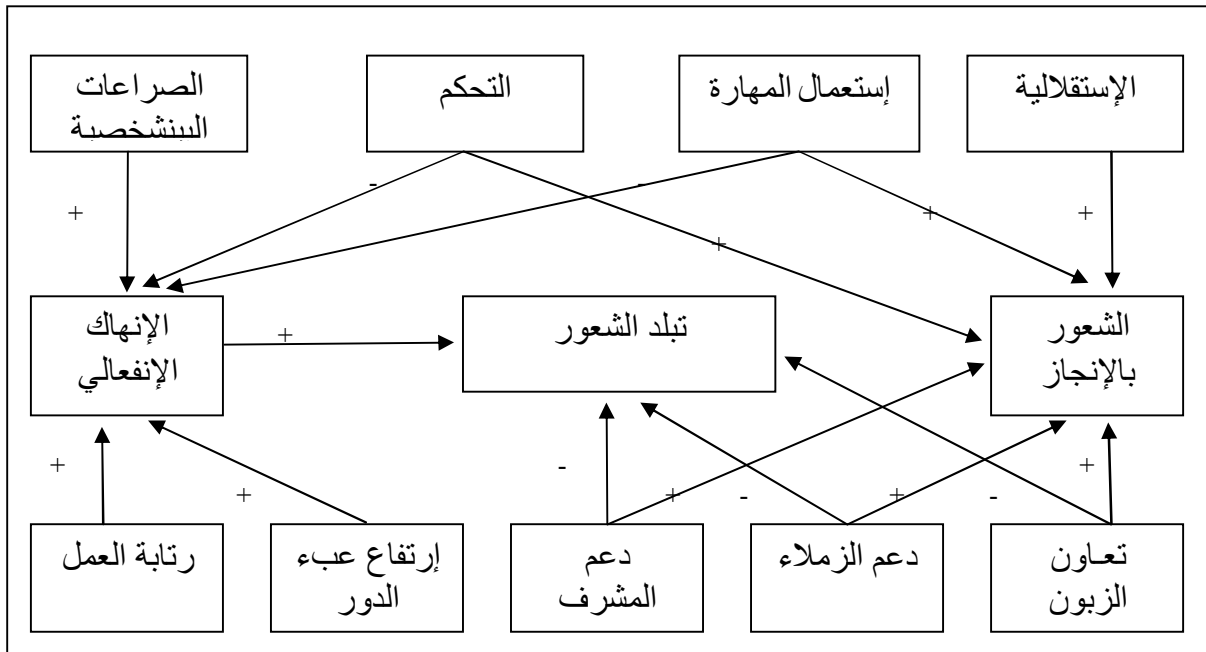
وقد كان مركز إهتمام **Leiter (1993)** منذ البداية يخص الإنهاك الإنفعالي بحيث يعرفه على أنه عبارة عن رد فعل لضغوط العمل، كما يعتبر أيضا الإنهاك الإنفعالي كوسيط لأثار الضغوط على عدة مخرجات مثل اللأنسنة ، الإلتزام المهني ، الولاء التنظيمي و الغيابات، لذلك فإن اللأنسنة أو تبدل الشعور يعتبر هو العرض الخاص بالإحترق النفسي.

كما يفترض هذا النموذج أيضا بأن الشعور بالإنجاز المهني يتطور بصفة مستقلة عن الإنهاك الإنفعالي، حيث أن الإرتباط الذي يوجد بينها يمكن إرجاعه للعلاقة التي يتقاسمها مع متغيرات أخرى.

تتمثل الضغوط التنظيمية (المتطلبات) لهذا النموذج في: إرتفاع عبء الدور، الصراعات في العلاقات الشخصية والرتابة (Dull routine). يكون تأثير هذه الضغوط على تبدل الشعور بطريقة غير مباشرة عبر الإنهاك الإنفعالي. كما يؤدي توفر الموارد المساندة مثل الدعم الموجود في أماكن العمل والتعاون من طرف الزبائن إلى تخفيض أثر الإنهاك الإنفعالي على تبدل الشعور وفي نفس الوقت إرتفاع الشعور بالإنجاز المهني.

ويستمد **Leiter** هذه العلاقات من سلسلة من الدراسات والبحوث ونظرية المحافظة على الموارد (The Conservation of Resource theory)، هذه الأخيرة تشير إلى أن الأفراد يكونون أكثر تأثرا للمتطلبات بالمقارنة مع نقص الموارد؛ لذلك فإن

المتطلبات (الضغوط) ترفع من الإرغامات التي يعبر عنها على شكل إنهاك إنفعالي، في حين أن متغيرات الموارد (الدعم من قبل المنظمة والتعاون من طرف العملاء) تؤدي إلى خفض الحاجة إلى إستعمال إستراتيجيات المواجهة الدفاعية (Defensive Coping) مثل تبدل الشعور، كما تؤدي الموارد أيضا إلى رفع الشعور بالإنجاز المهني. (عبد الحميد عشوي: 2008)



الشكل رقم (4): نموذج ليتر للإحترق النفسي (Leiter, 1993)

مما سبق يتضح بأن ظاهرة الإحترق النفسي إستحوذت على إهتمام العديد من الدراسات والبحوث، كما فسرت بعدة نماذج وتفسيرات، حتى وإن اختلفت فإنها تبقى مكملة ومدعمة لبعضها البعض. كما أنها تشترك في نقاط أهمها أن الإحترق النفسي عبارة عن سيرورة تتطور عبر الزمن، تنشأ نتيجة لضغوط العمل المستمرة، و يساعد على ظهوره و زيادة تفاقمه كل من بيئة العمل و شخصية الفرد.

4- أعراض الإحترق النفسي:

متلازمة الإحترق النفسي عبارة عن صورة مرضية معقدة جداً، تلحق الأذى الشديد لسنوات طويلة بحياة المعنيين ونوعية حياتهم، إذ توجد قوائم طويلة من الأعراض و الشكاوي، ولا يمكن القول أن واحدة من هذه القوائم تدعي الكمال بذاتها، إذ أن الصورة المرضية معقدة جداً والأعراض الموصوفة يمكن ملاحظتها في أمراض وإضطرابات أخرى كثيرة، ومن ثم فإن هذه الأعراض يمكن أن تكون دلالة عن صور أمراض أخرى، وعندما يتم في البداية إستبعاد كل الأسباب الممكنة و الأعراض التفريقية يمكن أن يتم الشك بوجود متلازمة الإحترق النفسي كالآتي:

(1)- الأعراض الرئيسية:

- إنحطاط شديد مع إنخفاض للنشاطات المعتادة بحوالي 50 % لمدة لا تقل عن ستة أشهر.
- إستبعاد كل الأمراض التي يمكن أن تقود إلى النقطة الأولى.

(2)-_الأعراض غير النوعية : وهي الأعراض الغير خاصة بمتلازمة الإحترق النفسي وحدها :

- إنهاك شديد عند بدل الجهد، لم يكن يظهر في السابق.
- ضعف في العضلات.
- ألم عضلي.
- آلام في المفاصل.
- إلتهاب في البلعوم.
- حرارة أو برودة.
- حساسية العقد الليمفاوية.
- إضطرابات نوم، أرق أو حاجة شديدة للنوم.

- شكاوي عصبية نفسية: خوف من الضوء، فقدان مجال الرؤية، نسيان، ضعف في

التركيز والتفكير، قابلية للإثارة، حالات تشتت وضياع،....إلخ

- تشنجات معوية. (سامر جميل رضوان : 2007)

كما قد يتجلى تناذر الإحترق النفسي في مجموعة أعراض تختلف من فرد لآخر،

كما أنها تشمل أعراض متنوعة وعديدة، وقد حاول كل من الباحثان **Gilliland**

& James (1997) جمعها في الجدول الموالي، والذي يعتبره غير شامل و ملم بكل

الأعراض، غير أنه من المستطاع جداً للملاحظ المتيقظ التعرف على العلامات

وتحديد التغيرات التي طرأت على المهني في ظل غياب أو حضور هذه الأعراض

المشتملة على عناصر سلوكية، جسدية، وعلائقية إلى جانب عناصر أخرى باتجاهات

وأفكار الفرد .

الأعراض السلوكية	الأعراض الجسدية	الأعراض العلائقية	الأعراض الموقفية
<ul style="list-style-type: none"> - انخفاض في كمية و فاعلية العمل . - الإفراط في إستعمال الكحول و الموارد المخدرة. - التغيب أو التأخر عن العمل - زيادة سلوك الخطر. - إزدیاد المداواة. - مراقبة الساعة. - الشكوى و التذمر. - تغيير العمل أو مغادرته. - العجز على مواجهة أدنى المشاكل. - نقص الإبداع. - فقدان اللذة. - فقدان التحكم - الخوف من العمل. - التأرجح بين الإفراط في التجند أو الإنسحاب. - إستجابة آلية. - زيادة القابلية لحوادث العمل. - الإنقطاع عن الإنتماء الديني. - محاولة الإنتحار. 	<ul style="list-style-type: none"> - تعب مزمن. - زكام أو إصابات جرثومية. - إصابة الأعضاء الضعيفة. - عدم التنسيق. - صداع. - قرحة معدية. - أرق، كوابيس، نوم مفرط. - إضطرابات معدية-وعائية. - لازمات الوجه. - توتر عضلي. - إدمان الكحول أو المخدرات. - زيادة تناول التبغ و القهوة. - سوء التغذية أو الإفراط فيها. - حركية زائدة. - زيادة في الوزن أو نقصه بصفة مفاجئة. - ضعف دموي مرتفع، ربو، مرض السكري..الخ. - أضرار ناجمة عن سلوك الخطر. - زيادة التوتر ما قبل الحيض. 	<ul style="list-style-type: none"> - الإنسحاب من الأسرة . - عدم النضج في التفاعلات - إخفاء المفكرة. - الريبة تجاه الآخرين. - التقليل من أهمية الغير. - عدم فصل المهنة عن الحياة الإجتماعية. - الوحدة. - فقدان المصادقية. - فقدان القدرة على الحديث حتى مع الزبائن. - علاقات لا شخصية. - التجول من التفتح و التقبل إلى الإنطواء و الإنكار. - العجز عن مواجهة أدنى المشاكل العلائقية. - زيادة التغيير عن السخط و الشك و عدم الثقة. 	<ul style="list-style-type: none"> - الإكتئاب . - الشعور بالفراغ . - المرور من القدرة على فعل كل شيء إلى عدم الكفاءة. - جنون العظمة والقهرية و الهجاس. - عدم الرأفة والتعاطف. - الشعور بالذنب و الإنزعاج (الضجر). - العجز. - الأحاسيس و الأفكار المرعبة و المشلة. - النمطية. - الاشخصية. - التشاؤم. - مزاج سيء خصوصا تجاه الزبائن. - عدم الثقة في الإدارة و المراقبين و زملاء العمل. - مواقف إنتقادية مفرطة تجاه المؤسسة و زملاء العمل. - الإحساس بعدم الكفاية و الدونية. - تأرجح سريع للمزاج. - فقدان الثقة و المعنى و الغرض.

الجدول رقم (1): أعراض الإحتراق النفسي

(Gilliland & James : 1997)

5- مراحل الاحتراق النفسي:

يمثل الإحتراق النفسي مشكلة نفسية ذاتية وتجربة سلبية يعاني منها الفرد عبر سلسلة من الحلقات المتدرجة التي تبدأ بالضغوط النفسية والشد والتوتر، وتتعاظم آثارها مع مرور الوقت. إلا أن الفرد لا يصل إلى حالة الإحتراق النفسي بشكل مفاجئ بل هي نتيجة لسياق بطيء، إذ يأخذ الإحتراق النفسي مساراً يتطور عبر مراحل مختلفة ومنتابعة يصفها Cherniss (1980) كالاتي:

- 1- مرحلة أولية مع تجند مفرط من أجل تحقيق الأهداف، نفي الحاجات الشخصية، الحد من الإتصال الإجتماعي، و أخيراً إنهاك و تعب دائمين.
- 2- مرحلة تجند منخفض يصحبه فقدان للأحاسيس الإيجابية تجاه الآخر واللجوء للمواد المؤثرة على السلوك كالمهدئات، إضافة إلى فقدان المشاعر الإيجابية تجاه العمل و الزملاء، إلى جانب الإحساس بالإستغلال.
- 3- مرحلة ردود الأفعال الإنفعالية مع عدائية، وإلقاء اللوم على الآخرين وعلى النظام.
- 4- مرحلة إنحطاط تتسم بإنخفاض في القدرات المعرفية، من صعوبة في التركيز وإضطراب الذاكرة، يصاحبها عجز في إعطاء تعليمات واضحة، مع فقدان الإبداع وتنفيذ للخدمة بالمعنى الضيق.
- 5- مرحلة فقر في الإنفعالية تتضمن إضطراب في الحياة الإجتماعية التي تتجم عنها عزلة، و كذا الفكرية المرفوقة بالضجر.
- 6- مرحلة ردود الأفعال النفسجسدية.
- 7- مرحلة فقدان لمعنى العمل مما يؤدي على الإدمان أو الإنتحار.

(Cherniss:1980)

بينما يرى الباحثان **Brodsky و Edelwich (1982)** أن المصاب بالإحترق النفسي يمر عبر 4 مراحل كالآتي :

(1) - **مرحلة الحماس**: يلتحق الممرض بمنصب عمله بأمال عالية وتطلعات وإنتظارات غير واقعية و تظهر قدراته المهنية ساطعة وبراقة.

(2) - **مرحلة الركود**: يحدث الركود حينها يشعر الممرض أن الحاجيات المادية والمهنية و الشخصية لم تشبع، و يستدل على هذه المرحلة بملاحظة ترقية من هم اقل منه كفاءة إلى مناصب إلحاح الأسرة على إشباع المتطلبات المادية المتزايدة وغياب الحوافز الداخلية للأداء الجيد للمهمة .

(3) - **مرحلة الإحباط**: غياب التعزيز الداخلي والخارجي يدفع بالممرض إلى مرحلة الإحباط التي تشير إلى أن الممرض في حالة توتر وإضطراب، وفي مثل هذه الحالات يتساءل الممرض عن أهميته وفعاليتته وعن دور جهوده المبذولة في مواجهة مختلف العراقيل المتزايدة .

(4) - **مرحلة البلادة**: تعد البلادة إنهاكاً، وهي تشير إلى لامبالاة مزمنة أمام الوضع الراهن، يصل الممرض في هذه المرحلة إلى حالة قصوى من عدم التوازن والجمود أو الركود و في هذه الحالات غالباً ما يصبح العلاج النفسي أمراً ضرورياً.

(Gilliland & James : 1997)

كما يشير **Everly (1985)** بأن الممرض لا يصل إلى حالة الإحترق النفسي بشكل مفاجئ و إنما عبر ثلاث مراحل هي:

(1) - **مرحلة الإستثارة** : وهي ناتجة عن الضغوط النفسية أو الشد العصبي الذي يعايشه الممرض في عمله و ترتبط بالأعراض الآتية: سرعة الإنفعال، القلق الدائم، فترات من الضغط الدم العالي، الأرق، إصطكاك الأسنان أثناء النوم، النسيان، الصعوبة في التركيز، الصداع ، ضربات القلب الغير ريثمية.

(2) - **مرحلة الحفاظ على الطاقة:** و تشمل هذه المرحلة إستجابات سلوكية مثل: التأخر عن الدوام، تأخير الأمور، الحاجة لأكثر من يومين لعطلة نهاية الأسبوع، تأخر في إنجاز المهام، زيادة إستهلاك الكحول أو المشروبات المخدرة، اللامبالاة والإنسحاب الإجتماعي، السخرية والشك والشعور بالتعب عند الإستيقاظ صباحا.

(3) - **مرحلة الإستنزاف أو الإنهاك:** ترتبط هذه المرحلة بمشكلات جسدية و نفسية كإضطرابات المعدة، التعب الجسمي المزمن، الإجهاد الذهني المستمر، الصداع الدائم، الرغبة في إنسحاب نهائي من المجتمع مع الرغبة في هجر الأصدقاء و ربما العائلة.

و تؤكد **Everly (1984)** بأن ظهور عرضين في كل مرحلة هو كاف لأخذها كمؤشر على أن الممرض يمر بالمرحلة المعينة من مراحل الإحتراق النفسي، إذ أنه ليس من الضروري تواجد جميع أعراض المرحلة للحكم بوجود حالة إحتراق نفسي.

وفي نفس السياق، تشير أعمال كل من **Golembiewski** و **Munzenrider** (1985) إلى 3 مراحل متتابعة للإحتراق النفسي هي كالتالي:

(1) - **المرحلة الأولى:** تعبر عن حماس أولي راجع إلى المتطلبات الكثيرة في المهن العلائقية المتسمة بشدة المثالية، و يلي هذا الحماس إحباط تدريجي راجع إلى عدم كفاية الموارد المتوفرة لتلك الطلبات.

و هذا التفاوت بين الطلبات والموارد، ينتج عنه ضغط نفسي يترجم بتعب إنفعالي وقلق إزاء وضعيات العمل.

(2) - **المرحلة الثانية:** إذا ما إستمر التفاوت بين الطلبات والموارد فإن القلق قد يقود الممرض تدريجيا نحو ردود أفعال المواجهة العدوانية وبعدها يتبنى الممرض السلوك التهكمي نحو الممرض أو الزملاء.

3- المرحلة الثالثة: تتحلّى هذه المرحلة في الإبتعاد و الإنسحاب الإنفعالي بالتدرّج إلى غاية الوصول إلى حالة لامبالاة معممة أينما يكون الممرض قد أتلف كلية ولم يتبق منه سوى الرماد. (Guillevic: 1991)

أما Herbert Freudenberger (1986)

في كتابه : " women's Burnout " قسم ظهور الإحتراق النفسي إلى 12 مرحلة مستنداً إلى الأعراض التي يعانيتها المحترق نفسياً سواء كان ذكراً أو أنثى:

المرحلة الأولى: (La compulsion de se révéler) تتسم هذه المرحلة بالإنزيمات قهرية بالنجاح، إضافة إلى الشعور بالعزلة و التوقعات العالية للذات .

المرحلة الثانية: (L'intensité) الممرض لا يود تفويض المهام أو المسؤوليات للآخرين لأنه يعتقد بأنه بذلك يفقد التحكم: و هذا ليس راجع إلى عدم ثقته بالآخرين وإنما لأنه يعتقد بأن الآخرين لا يهتمون بالتفاصيل مثله ، و هذا ما يجعله يقوم بالعمل بمفرده دون إقتسام المسؤولية مع الغير .

المرحلة الثالثة: (Déprivation subtile) تتلخص هذه المرحلة في عدم الإهتمام بالحاجات الشخصية و عدم الرغبة في تلبيتها.

المرحلة الرابعة: (Le rejet des conflits et des besoins) الممرض يصبح واع بصراعاته الداخلية و بالإختلال الذي مس سلوكه و إنفعالاته فيبدأ بالقلق على حالته الصحية و بتغذيته و كذا نقص الطاقة الحيوية لديه: إضافة إلى ظهور أعراض تشبه أعراض الأنفلونزا (grippe) إلا أن الممرض لا يأخذ هذه الأعراض على محمل الجد و يفضل إستدخال إنفعالاته بغرض ألا يظهر بها أمام المحيطين به. و في هذا المستوى يظهر تغيير في السلوك الممرض .

المرحلة الخامسة: (Déformation des valeurs) الممرض الذي كان يواجه صراعاته يبدأ بالتماس صعوبة في التمييز بين الأمر الأساسي و الغير أساسي. و يؤجل القيام بالأمور الأساسية و يراعي إنتباهه بصورة خاصة للأمور الغير أساسية. بالإضافة إلى أنه ينعزل عن المحيطين به و يفقد توجيهه للوقت.

المرحلة السادسة: (L'augmentation du déni) و يدرك الإنكار كسمة أساسية دالة على الإحترق النفسي، إذ أن الفرد يوظف ميكانيزمات دفاعية تعمل على الإدراكات الصدمية للواقع .

المرحلة السابعة: (Le désengagement) ينفصل الفرد عن المحيط ولا يرغب بالتواجد مع الآخرين بل يفضل الإنعزال عنهم.

المرحلة الثامنة: ظهور تغييرات ظاهرة و ملاحظة، فالفرد يتسم بالسلبية تجاه نفسه و تجاه الآخرين. و يشعر بالدونية، كما أنه يصبح غير مرن ومرتاب بالإضافة إلى أن سلوكه يظهر للمحيطين به بشدة إضطرابه.

المرحلة التاسعة: (La Dépersonnalisation) يعاني الفرد من اللأأنسنة أي تراجع شعوره وإحساسه إلى درجة شعوره بعدم معرفة ذاته وإبتعاده عن الواقع الذي يفقده إتصاله بجسمه و بحاجياته.

المرحلة العاشرة: (Le vide) يشعر الفرد بعد فاعليته منهك، فيبحث عن شيء يملأ شعوره بالفراغ، فقد يشرع بالإنقطاع عن عاداته الغذائية أو تعاطي المواد الكحولية أو المخدرة.

المرحلة الحادية عشر: (La dépression) يصبح الفرد غير مبال ويفتقد إلى الدافعية و الحماس، للقيام بأي شيء، كما قد يفكر في تنفيذ خطة إنتحارية.

المرحلة الثانية عشر: (L'épuisement total) يظهر في هذا المستوى الأخير خطورة على الصحة الجسدية للفرد إذ أن الجهاز المناعي إضافة إلى الأجهزة الأخرى البيولوجية يصيبه الإختلال والإضطراب من جراء الانهك.

أما **Gervais (1991)** فقد أورد **12** مرحلة من مراحل الإحتراق النفسي كمايلي:

المرحلة الأولى: يمتلك الممرض في هذه المرحلة إمكانيات وقدرات تسمح له بضبط سلوكه و حل صراعاته و مواجهة المواقف المشحونة إنفعاليا .

المرحلة الثانية: تعبر عن إستجابة الفرد الذي ما صار قادراً على حل صراعاته، مما يقود إلى إرتفاع مستوى الضغط النفسي الذي يؤدي به إلى البحث عن حلول تكفل له إرتياح بإستخدام ميكانيزمات دفاعية تسمح له بالتكيف مؤقتا. إلا أن هذا لا يحل المشكل كما أن الضغط النفسي يشتد أكثر مما كان سابقا.

المرحلة الثالثة: الممرض يصبح غير قادر على مواجهة الضغط النفسي والتحكم فيه ففي هذه المرحلة يبدأ الإحتراق النفسي بالبروز من خلال مؤشرات عدم التكيف (عدوانية، فقدان التحكم...) التي تصبح جلية واضحة.

المرحلة الرابعة: في هذه المرحلة الممرض أصبح غير قادر على إرضاء وإشباع حاجاته، فيشعر تدريجيا بأنه مجتاح و قلق وغير قادر على المواجهة. كما عدة أعراض دالة على الإحتراق النفسي.

المرحلة الأخيرة: تتسم بحدة الإحتراق النفسي الشديد من ناحية النفسية والجسدية للممرض. (**Gervais : 1991**)

في حين يرى **Lubau (1995)** أن الإحترق النفسي يحدث بشكل تدريجي عبر المراحل التالية:

- 1- الشعور بالإحباط المصحوب بطاقة وإلتزام عاليين في البداية، وقد يطور الشخص بعض الإتجاهات السلبية نحو العمل في هذه المرحلة.
- 2- سيطرة الشعور بالوهم على النواحي التالية: توهم الشخص نفذ الصبر والتعب، و التقييم السلبي لذاته، وسهولة الاستسلام للإحباط.
- 3- إنخفاض الطاقة والإلتزام بالعمل و خاصة عند التعرض للضغوط وتداخلات الخارجية في العمل، وفي هذه المرحلة يعاني الشخص من نقص في الشهية وسلوكيات إنسحابية مثل تناول الكحول الذي يتحول إلى إدمان.
- 4- فقدان الحماس و السخرية من زملاء العمل، حيث يشعر الشخص بأن عمله بلا هدف أو معنى إذا قورن بمشاكل حياته، الأخرى فيصبح العمل في أدنى سلم أولوياته.
- 5- اليأس والإستسلام، حيث يشعر الشخص في هذه الحالة بالأعراض التالية: شعور هائل بالفشل والتشاؤم والشك بالنفس، والفراغ، وفي هذه المرحلة أيضا يرغب الشخص بالهروب من العمل وينتج عن هذه الأعراض تأثيرات جسمية وإنفعالية تتطور إلى عجز مزمن.

وعموما يمر الإحترق بمراحل متتالية من الشعور بالتعب والإجهاد واليأس والإحباط ومن ثم النظرة السلبية المتشائمة تجاه العمل الوظيفي، وبالتالي يؤدي إلى الدافعية والتحفيز وضعف الإرتقاء والتطور المهني، مما يؤثر سلبيا على نقص الشعور بالإنجاز وكرهية العمل والرغبة في ترك المهنة.

وحتى وإن اختلف الباحثون في تقسيم مراحل الإحترق النفسي إلا أنهم يؤكدون كلهم على أنه لا يمكن إكتشاف نقطة بداية وحدث الإحترق النفسي الذي يتسم بالتبات فيما يتعلق بالتغيرات السلبية التي تم ذكرها. إلا أن متلازمة الإحترق النفسي تصبح جلية حينما ينهك الفرد إلى درجة تدفع به للتفكير في الإقلاع عن العمل، مع بروز إضطرابات نفسية - جسدية معتبرة.

6- أسباب الاحتراق النفسي عند الممرض:

إن البحث عن أسباب الاحتراق النفسي لا يختلف عن البحث في أسباب الضغوط المهنية وذلك من منطلق تشابه الظروف والخلفية التي ينمو فيها كل منهما علماً بأن شعور الفرد بالضغوط المهنية أو الضغوط النفسية في مجال العمل لا يعنى بالضرورة إصابته بالاحتراق النفسي ولكن إصابة الفرد بالاحتراق النفسي هو حتماً نتيجة لمعاناته من الضغوط النفسية الناجمة عن ظروف العمل وهناك شبه اتفاق بين الباحثين في ظاهرة الاحتراق النفسي وحول الأسباب المؤدية إلى هذه الحالة فقد تؤدي الضغوط الداخلية و الخارجية التي يتعرض لها الممرض إلى إستنزاف جسمي وإنفعالي، من أهم مظاهره فقدان الإهتمام بالمرضى و تبلد المشاعر، ونقص الدافعية والأداء النمطي للعمل، و مقاومة التغيير إضافة إلى فقدان الإبتكارية.

كما يؤدي إفتقاد الممرض إلى الدعم الإجتماعي ومهارات التكيف لمستوى الأحداث إلى إحتمال الإصابة بالاحتراق النفسي، و تتعدد مصادر الضغوط المسببة للاحتراق النفسي عند الممرض بين سلوك المرضى ومرافقيهم وعلاقة الممرض بالمشرف وعلاقته بزملائه، والصراعات المهنية، وعلاقة الممرض بالإدارة، والأعباء الإدارية وضيق الوقت وعبء العمل وغياب التفاهم بين الممرض والإدارة و ظروف العمل الغير ملائمة.

ومن بين العوامل المسببة لإحباط الممرض وإحتراقه النفسي تدخل مرافقي المرضى في عمل الممرض، فكثير من المرافقين يجادلون الممرضين في عملهم، و يخطئونهم و يشككون في قدراتهم و كفاءاتهم، مما يهز ثقة الممرض في نفسه.

(سامر جميل رضوان : 2007)

كما أن إنخفاض المكانة الإجتماعية للممرض يعد أحد العوامل المسببة للإحترق النفسي للممرض، أضف إلى ذلك أن التمريض مهنة لا يحظى ممارستها بالتقدير المادي المناسب، بشكل كامل بما يصيبه بالإحباط و ضعف الدافعية. (خضر : 1998)

حدد Leiter مجموعة عوامل تنظيمية مؤسسية تؤدي الى إحداث الاحترق النفسي لدى الموظفين والعاملين في بعض المؤسسات والهيئات على النحو التالي:

- **ضغط العمل:** يشعر الموظف بأن لديه أعباء كثيرة مناطة به، وعليه تحقيقها في مدة قصيرة جدا ومن خلال مصادر محدودة وشحيحة. وكثير من المؤسسات سعت في العقود الماضية الى الترشيد من خلال الاستغناء عن أعداد كبيرة من الموظفين، مع زيادة الأعباء الوظيفية على الأشخاص الباقين في العمل، ومطالبتهم بتحسين أدائهم وزيادة انتاجيتهم.

- **محدودية صلاحيات العمل:** إن احد المؤشرات التي تؤدي الاحترق النفسي هو عدم وجود صلاحيات لاتخاذ قرارات لحل مشكلات العمل وتنتأى هذه الوضعية من خلال وجود سياسات وأنظمة صارمة لاتعطي مساحة من حرية التصرف واتخاذ الاجراء المناسب من قبل الموظف.

- **قلة التعزيز الايجابي:** عندما يبذل الموظف جهدا كبيرا في العمل وما يستلزم ذلك من ساعات اضافية وأعمال ابداعية دون مقابل مادي أو معنوي يكون ذلك مؤشرا آخر عن المعاناة والاحترق الذي يعيشه الموظف.

- **انعدام الاجتماعية:** يحتاج الموظف احيانا الى مشاركة الآخرين في بعض المهوم والأفراح والتفيس، لكن بعض الأعمال تتطلب فصلا فيزيقيا في المكان وعزلة اجتماعية عن الآخرين، حيث يكون التعامل أكثر مع الأجهزة والحاسبات وداخل المختبرات والمكاتب المغلقة.

- **عدم الانصاف والعدل:** يتم احيانا تحميل الموظف مسؤوليات لا يكون في مقدوره تحملها. وعند إخلاله بها يتم محاسبته.وقد يكون القصور في أداء العمل ليس تقاعسا من الموظف، ولكن بسبب رداءة الأجهزة وتواضع امكانياتها ومحدودية برامجها، اضافة الى امكانية عدم وجود كفاءات فنية مقتدرة لأداء الواجبات المطلوبة.

- **صراع القيم:** يكون الموظف احيانا امام خيارات صعبة، فقد يتطلب منه العمل القيام بشيء ما والاضطلاع بدور ما ولا يكون ذلك متوافقا مع قيمه ومبادئه. فمثلا قد يضطر عامل المبيعات أن يكذب من أجل أن يمرر منتجا على عميل، او غير ذلك من الظروف والملابسات.

في حين إستعرض **علي عسكر (2000)** جملة من العوامل المهنية المسببة للإحتراق النفسي نذكر منها:

(1)- صراع و تعارض الدور (Rôle conflict): يحدث صراع الدور أو الأدوار عندما يكون هناك أكثر من مطلب على الممرض، الإستجابة لأحدهما تصعب عليه الإستجابة للآخر.

(2)- غموض الدور (Rôle ambiguity): يتعلق غموض الدور بغياب الوضوح لحلول المسؤوليات المهنية المطلوبة من الممرض، فقد تبين بأن غموض الدور يرتبط إرتباطا و وثيقا بإنخفاض مستوى الرضا الوظيفي، وتكرار التعبير عن الرغبة في ترك العمل، و التوتر في مكان العمل وإنخفاض مستوى الثقة بالنفس لدى الممرض.

(3)- طبيعة العمل (Nature of the job): من الطبيعي أن تكون الوظائف التي تشمل مسؤولية تقديم لمن هم في حاجة إليها ومحاولة الحفاظ على حياة الناس أكثر مساهمة في إحداث الضغوط النفسية مقارنة بالوظائف المكتبية.

4- زيادة الحمل العبد الوظيفي (Overload): يمثل العبد الوظيفي لدى الممرض و إزدیاد المهام المطلوبة منه سواء من حيث الكمية أو المستوى المهارة، و غالبا ما تؤدي زيادة العبد الوظيفي إلى مشكلات جسيمة وعقلية والتي بدورها تؤثر سلبا على الأداء.

5- الدوام و المناوبة (work shift): يرتبط هذا العنصر بالعمل في أوقات غير تقليدية، فالمناوبة تؤثر سلبا على عادات النوم لدى الممرض وكذا علاقاته الإجتماعية، حيث ترتبط بحالات الشعور بالتعب و النوم المتقطع.

6- المسؤولية على الآخرين (Responsability for others): تحمل المسؤولية في طياتها درجة من الضغط النفسي، و يزيد العبد إذا ما كانت المسؤولية على حياة أو صحة وسلامة الناس، مقارنة بالمسؤولية عن الأجهزة أو الأدوات.

7- البيئة المادية (Physical environment): تشمل البيئة المادية لعمل الممرض عناصر كالحرارة، الإضاءة، التهوية، الضوضاء، وتصميم مكان العمل. (علي عسكر: 2000)

و بالإضافة إلى هذه العوامل المهنية، تعد العوامل الفردية من إيثار وحب التضحية بالنفس و تجاوز حدود الذات وصعوبة التفويض كلها عوامل من شأنها التسبب في إحتراق نفسي للممرض سواء أكان الوسط المهني هو الذي يتطلب الكثير أو أن الممرض هو الذي يضع أهدافا لا طاقة له بها، فإن النتيجة واحدة هي الإحتراق النفسي الذي يحل تدريجيا بمؤشراتته وموكبه من الأعراض.

كما توصلت العديد من الدراسات حول العوامل المسببة للإحتراق النفسي، من بينها

دراسة كل من : (Maslach (1982)- Carroll et White (1982) -

Grouse (1984)- Pines et Aronson (1988)- Golembiewski et Al (1992)- Brown et Brady (1993)- Koeske et Kirk (1993)-

Lee et Ashforth (1993)- Powell (1994) إلى النتائج التالية:

- يمكن لكل عوامل الضغط وإستمرارها في الزمن أن تولد الإحتراق النفسي.
- يعد الإحتراق النفسي حالة نفسية بيولوجية.
- قد تظهر أعراض الإحتراق النفسي أحيانا بسرعة مفاجئة، لكن غالبا ما يستمر ذلك عبر الزمن.
- يختلف الإحتراق النفسي من فرد لآخر في شدته و في مدة دوامه.
- قد يحدث الإحتراق النفسي والآثار السلبية المترتبة عنه لأكثر من مرة لدى الفرد.
- يصيب الإحتراق النفسي فئة الشباب بنسبة أكبر مما يصيب كبار السن.
- يتمثل الرجال والنساء في تجربتهم مع الإحتراق النفسي .
- يحدث الإحتراق النفسي غالبا عبر مراحل تدريجية.
- لا يعد الإحتراق النفسي مرضا ولا يمكن تفسيره بالإستناد للنموذج الطبي.
- كلما زادت شدة الإحتراق النفسي كلما تدهورت الصحة الجسمية والعقلية.
- الإستقلالية في العمل والسند الإجتماعي يعدان من أهم عوامل الوقاية والتخفيف من الإحتراق النفسي.
- الإحتراق النفسي سلاح ذو حدين، قد يؤدي في بعض الحالات إلى النمو والتقدم المهني كما من شأنه أن يؤدي إلى اليأس. (Gilliland & James: 1997)

7- أبعاد الإحترق النفسي :

يعتبر التعريف الذي قدمته **Maslach et Jackson (1981)** التعريف الأكثر تداولاً للإحترق النفسي بالإستناد إلى أبعاده الثلاثة المختلفة والتي سوف يتم إستعراضها فيما يلي :

البعد الأول : الإنهاك الإنفعالي (L'épuisement émotionnel) :

يتعلق الإنهاك الإنفعالي بإستنفاد الموارد الإنفعالية لدى الفرد، ويختلف الإنهاك الإنفعالي عن الإنهاك الجسدي أو التعب الذهني بحيث انه مؤشر من مؤشرات عجز الفرد على مواجهة المتطلبات الإنفعالية للعمل نظرا لعدم كفاية الموارد الفردية في تلبية متطلبات المهنة. (Pezet : 2003)

ويعتبر الإنهاك الإنفعالي البعد المركزي للإحترق النفسي، لكنه بعد غير كاف وجوده لوحده في وصف أعراض الظاهرة . فقد أوردت **Maslach** بأن الإنهاك الإنفعالي ليس بتجربة عابرة و إنما تجربة تدفع بالفرد إلى أخذ مسافة إنفعالية ومعرفة تبعده عن العمل الذي يزاوله.

ويعد **Schutte et Al (2000)** الإنهاك الإنفعالي كسمة لتناذر الإحترق النفسي والذي يشير إلى إستنزاف الموارد الإنفعالية للفرد. (Schutte et Al: 2000)

وكنتيجة لذلك شعور الفرد بإستنفاد الموارد الإنفعالية وإفتقاده لمصادر التزويد بالطاقة يؤدي به إلى إتخاذ مسافة بينه وبين من هم في حاجة إلى خدماته. (Stanon & Iso Ahola ;1998)

البعد الثاني : تبدل المشاعر أو اللأئسنة (La dépersonnalisation ou la

(Déhumanisation

يشير تبدل المشاعر إلى محاولة ترك مسافة بين العامل والعملاء، بحيث أن تلبية متطلباتهم يصبح أكثر سهولة إذا ما تم إعتبارهم كأشياء أي عناصر إنسانية في ميدان العمل. (نصر يوسف مقابلة : 1996) .

و يعبر تبدل المشاعر عن تطور المواقف السلبية تجاه الآخرين من خلال مظاهر اللامبالاة، الباردة، البرودة، وأخذ مسافة تجاه الأفراد محل المساعدة، كما يدل على عدم الموازنة في التوفيق بين المتطلبات الإنفعالية للعمل وقدرات الفرد وإمكانيته، بالرغم من أن الأحاسيس الإنسانية تعد جوهر هذه المتطلبات.(Pezet: 2003) و ينطوي تبدل المشاعر على إتجاهات سلبية حيادية منفصلة ومفرطة تجاه الآخرين مصحوبة ببناء الفرد لإعتقادات وضيعة عن العملاء تتجم عنها تطوير لمشاعر السخرية، الإهمال، القسوة وعدم الإحترام. (Taris et Al :1999)

البعد الثالث:الشعور بالنقص في الإنجاز المهني:

(La diminution de l'accomplissement personnel ou travail)

يعتبر الشعور بالنقص في الإنجاز المهني أو الفعالية المهنية، عن عدم القدرة على البذل النفسي وعدم الشعور بفعالية الجهد المبذول، وبالتالي خفض الطاقة المسخرة لإنجاز العمل وحل المشكلات الوظيفية التي يتلقاها الممرض في محيط عمله، إضافة إلى ميله إلى تقييم نفسه بصورة سلبية تُرجح شعوره بإنعدام الفاعلية أمام المستفيدين من خدماته. (شهاب عبد الرحمن : 2001)

فغالبا ما يعود الشعور بالنقص في الإنجاز المهني إلى تقييم الفرد لذاته بصورة سلبية على أنه ليس في المستوى المطلوب لأداء مهامه المهنية بالكفاءة المنشودة. (Pezet : 2003)

وبالتالي يعبر الإحترق النفسي حسب **Maslach et Jackson (1981)** عن تناذر

يشتمل على ثلاثة أبعاد متمثلة في:

- الإنهاك الإنفعالي.

- تبدل المشاعر أو اللأنسنة.

- الشعور بالنقص في الإنجاز المهني.

و فيما يتعلق بتطور هذه الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي لدى فئة الممرضين فقد توصلت **Leiter و Maslach (1998)** إلى تحديد العلاقة بين الأبعاد الثلاثة للإحترق النفسي للعاملين بمهنة التمريض عبر المراحل التالية :

1- ضغوط التفاعل تؤدي إلى إرتفاع الشعور بالإنهاك الإنفعالي لدى الممرضين.

2- المستويات المرتفعة للإنهاك الإنفعالي أدت بالممرضين إلى تبدل المشاعر، خصوصا عند الممرضين الذي يفتقدون إلى الدعم من طرف زملائهم.

3- إستمرار إزمان الشعور بتبدل المشاعر لدى الممرضين يؤدي بهم إلى الشعور

بالنقص في الإنجاز المهني. (عبد الحميد عشوي: 2008)

8- الإحترق النفسي والضغط النفسي :

يعد الإحترق النفسي شعور عام بالإجهاد و مستوى عال من الإرهاق يتعرض له الفرد نتيجة الضغوط الكثيرة في عمله. (هيجان عبد الرحمن : 1998)
فالإحترق النفسي مجموعة من ردود الأفعال مترتبة عن وضعيات مطولة من الضغط المهني أي أن الإحترق النفسي ليس بضغط حاد الشدة و إنما تكرر لضغط مزمن في بيئة العمل. (Pines & Aronson : 1988)

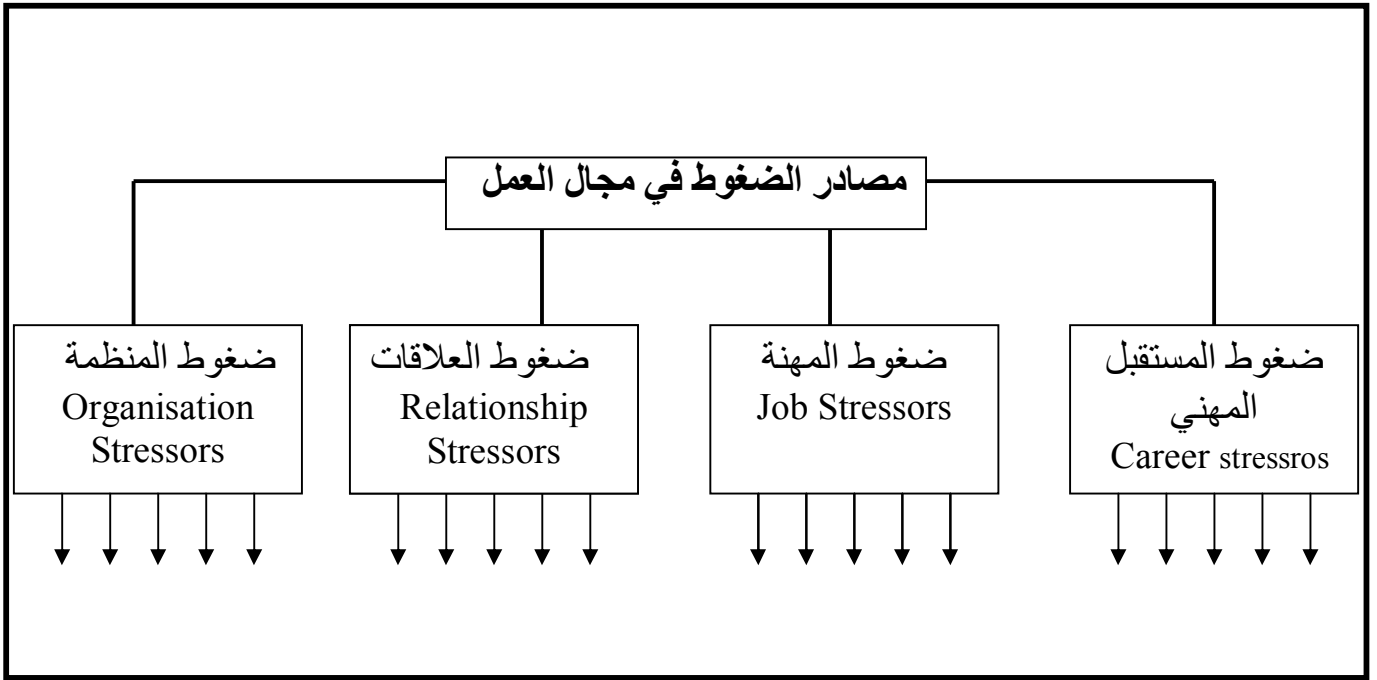
غير أن الإحترق النفسي لا يعني بأن الفرد يعيش حالة ضغط مهنية فقط، إذ يحدث الضغط كلما توفرت حالة عدم التوازن بين متطلبات المحيط وقدرات الفرد الإستجابية، فالإحترق النفسي يحدث إذا ما إفتقر الفرد لعوامل التخفيف من شدة الموقف الضاغط، و في مثل هذه الحالات يصاب الفرد في كل أبعاد حياته و يتضح هذا من خلال زملة من أعراض الإحترق النفسي. (Gilliland & James : 1997)

وبالتالي فالتعرض المزمن لضغط مهني شديد و متكرر يعمل على تكديس الضغط عند الفرد وينتج عن ذلك إنهاك موارده وطاقته وقدراته. (Freudenberger :1974)
ومن هذا المنطلق يعتبر الضغط المستمر والشديد في محيط العمل بمثابة أولى مقدمات الإحترق النفسي، هذا الأخير يعبر عن مجموعة من ردود أفعال مترتبة عن وضعيات مستمرة من الضغط المهني. (فوزية سعيد حسن : 2003)

وتبعا لهذا المفهوم وضح Cherniss (1980) العلاقة بين الإحترق النفسي والضغط النفسي بإعتبار الإحترق النفسي مجموعة من المراحل أين يقوم فيها العامل الذي كان سابقا ملتزما، بالتخلي عن التزامه تجاه عمله إستجابة للضغوط التي يشعر بها. (Cherniss: 1980)

فقد توصلت دراسة Roger (1984) إلى أن ضغوط العمل ونقص الإستقلالية و الإعتراف من الأسباب أساسية للتعرض للإحترق النفسي، و هي النتيجة التي أكدت عليها بحوث كل من Muchinsky (1987) و Burke (1988)

ونظرا لإرتباط الإحترق النفسي بضغوط العمل المتميزة بالإستمرار والتكرار يعتبر **جمعة السيد يوسف (2004)** أن المصدر الرئيسي لظاهرة الإحترق النفسي لا يرجع للفرد بقدر ما يرجع إلى بيئة العمل المتسمة بالمستويات المرتفعة من الضغوط والتي لخصها في الشكل الموالي:



الشكل رقم(5): مصادر ضغوط العمل (جمعة سيد يوسف: 2004)

وفي نفس السياق يرى **Folkman و Lazarus (1984)** أن الضغوط المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقة و مرهقة و تتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد، أي أنها تنشأ من عدم التوازن بين مطالب العمل و قدرة الفرد على الإستجابة لها. بينما الإحترق النفسي يمثل المرحلة النهائية في عجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل، بحيث تظهر أعراض جسدية و إنفعالية و دافعية و سلوكية مختلفة. **(Lazarus et Folkman : 1984)**

وقد أشار العديد من الباحثين أمثال: (1987) Kyriacou – (1988) Mc.Bride إلى أن الإحترق النفسي يعد إنفعالية سلبية ترتبط بشكل وثيق مع تعرض الفرد المستمر والدائم لمواقف ضاغطة تجعل من الفرد يفقد قدرته على التعامل معها أو مع ضغوط نفسية أخرى إضافية.

وبالرغم من العلاقة الرابطة بين الإحترق النفسي والضغط النفسي إلا أنهما مفهومان متمايزان أحدهما عن الآخر، فالإحترق النفسي يتسم بظهور إتجاهات ومشاعر سلبية تجاه العملاء والعمل بحد ذاته و أخذ مسافة بين العامل والعملاء، وهذا ما لا نجده بالضرورة في حالات التعرض للضغط النفسي في محيط العمل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى الإحترق النفسي يعتبر كخاصية للأفراد الذين يبذلون كل ما بوسعهم في العمل منذ بداية مزاولته على غرار الأفراد المتعرضين للضغط النفسي في محيط العمل والذين لا يحملون هذه الخاصية. (Homborgh & al : 1997)

وقد رأى الكثير من الباحثين ان هناك علاقة متبادلة ووثيقة بين المصطلحين على الرغم من عدم تطابقهما فقد ذكر فاربر ان الضغوط النفسية يمكن ان تكون ايجابية او سلبية وبالمقابل فان الاحترق النفسي يكون دائما وابدأ سلبياً كذلك يرى فاربر أن الاحترق النفسي في أحوال كثيرة لا يكون نتيجة للضغوط النفسية المحضة أي لمجرد حدوث الضغوط النفسية وإنما يكون نتيجة للضغوط النفسية التي لا تحظى بالاهتمام ولا تجد المساندة الضرورية على الوجه الذي يؤدي الى تلطيف آثارها والحد من مضاعفاتها. (هارون توفيق الرشيدى:1999)

9- الإحترق النفسي و الإكتئاب :

تتداخل الكثير من أعراض الإكتئاب مع أعراض الإحترق النفسي كإضطرابات المزاج، إضطرابات النوم و الشهية، إنخفاض الطاقة، إنخفاض تقدير الذات، لكن هذه الإضطرابات لا تمثل الإكتئاب الكلي كالإنطواء والظروف الحادة التي تهدد الحياة الإجتماعية والمهنية، أو نوع من المعاناة التي تتطلب الدخول إلى المستشفى.

(سامر جميل رضوان : 2007)

فالإحترق النفسي مرتبط أشد الإرتباط بالميدان المهني حيث يتمثل في صعوبة الحصول على الموارد والمصادر الكافية لمواجهة متطلبات العمل أما الإكتئاب فمصدره إيثولوجي متعدد الجوانب ومركب من تجارب متعددة للفقدان والخسارة والعزوف والإنفصال والميل إلى التقييم السلبي للذات والمستقبل. (Demarouti et al : 2001)

فالإكتئاب يرتبط أشد الإرتباط بالمواقف الضاغطة الداخلية والخارجية التي تخلق نوعا من فقدان تقدير الذات إلى جانب العديد من الفقدانات. (حسين فايد: 2000)

كما أن الإحترق النفسي يشترك مع مقياس الإكتئاب لـ Beck خصوصا في البنود المتعلقة بالسلبية وصعوبة مباشرة الأفعال. فالإنهاك الإنفعالي يشبه تعب الإكتئاب، وتبدل الشعور يوافق الإنطواء حول الذات في حالات الإكتئاب، أما نقص الشعور بالإنجاز الشخصي فيوافق الشعور بعدم القدرة وفقدان الأمل وإنخفاض الفعالية التي نجدها بكثرة في حالات الإكتئاب.

بالإضافة إلى أن المعاناة الجسمية والشكاوي الجسدية حاضرة في كل من الإحترق النفسي والإكتئاب الذين يصاحبان بإضطرابات صحية جسمية (مشاكل قلبية، إضطرابات الجهاز الهضمي، الآلام المفصلية) والتي تزداد شدتها بإرتفاع حدة الإنفعالية السلبية التي نجدها في كل من الإحترق النفسي والإكتئاب.

(Zellars et al : 1999)

و قد قدم عديد من الباحثين أمثال: **Mc Crae & John (1992)** و **Zellars, Perreure & Hochwarter(2000)** تفسيراً للعلاقة القائمة بين الإحترق النفسي و الإكتئاب على أساس الارتباط المشترك ببعض العوامل المسببة كالضغط النفسي المزمن، العصابية و الإنفعالية السلبية، و لتي تعد كعوامل تنبؤ بتطور الأعراض الإكتئابية و الإحترق النفسي.

وإطالما إهتمت دراسات عديدة من بينها دراسة كل من: **(2006) Sanderson & Andrews ، Raitasalo & Maaniemi** بالعلاقة الوطيدة بين الإحترق النفسي و الإكتئاب الذي يعد من أبرز الإضطرابات الإنفعالية التي يتم وصفها عند التطرق إلى الإحترق النفسي. **(Ahola : 2007)**

وحسب تحليل نتائج 18 دراسة تم فيها قياس الإكتئاب و الإحترق النفسي في نفس الوقت، توصل **Mcknight & Glass (1995)** إلى أن الأعراض الإكتئابية و الإحترق النفسي لها مصادر إيثولوجية (مرضية) مشتركة، كما أن تطورهما يتم بتفاعل شديد، إذ أن الإكتئاب و الإحترق النفسي يرتبطان إمبريقياً مع أنهما يختلفان من حيث المفهوم، إلا أنهما يتضمنان جملة من الميكانيزمات المعرفية و الإنفعالية المشتركة (الإنفعالية السلبية، الإنهاك، الإنطواء حول النفس، الشعور بعدم فعالية الذات) كما أن العلاقة القائمة بينهما قد تعود إلى المحددات الظرفية و الإستعدادات المشتركة. **(Rasclé & Schweitzer: 2006)**

و فيما يلي نستعرض جدولاً يبين الفروق بين أعراض كل من الإكتئاب والإحترق النفسي كما يوضحها Demarouti (2004):

الجدول رقم (2): الفروق بين أعراض الإكتئاب والإحترق النفسي

الإكتئاب	الإحترق النفسي
- مزاج مكتئب (حزين يائس)	- عدوانية و غضب
- غياب المتعة و السرور	- ضعف المتعة و السرور
- فقدان الوزن	- فقدان أو زيادة الوزن بشكل طفيف
- المخاوف شديدة	- المخاوف قليلة
- مشاكل النوم (الإستيقاظ المبكر)	- مشاكل النوم (صعوبة الدخول في مرحلة النوم)
- أفكار إنتحارية	- قلة التفكير بالإنتحار
- اللاقرار	- اللاقرار
- الإسناد السببي : المرض	- الإسناد السببي: العمل
- إكتئاب عام في كل المجالات	- إكتئاب في العمل فقط
- مستوى الحيوية ضعيف	- مستوى الحيوية متوسط

(Demarouti : 2004)

فالإحترق النفسي إذن يكون في الميدان المهني نظيراً لما يمثله الإكتئاب في مجال الحياة بشكل عام من حيث أنه يعمل على الإضرار الكلي براحة الفرد.
(Schaufeli et Bakker : 2004)

وعلى الرغم من التداخل بين أعراض الإكتئاب والإحترق النفسي إلا أنهما مفهومين متميزين و يتضمنان أعراضاً متباينة. غير أنه بقدر التمايز الذي يشير إليه العديد من الكتاب بين كل من مصطلح الضغط النفسي والإحترق، هناك كتاب آخرون يصرون على التقارب الذي يمكن أن يصل إلى درجة الخلط بين المفهومين .

Freudenberger (1964) في البداية وصف الإحترق بأن الشخص المصاب بهذه الحالة يبدو و كأنه يعاني من حالة الإكتئاب، إلا أنه تدارك ذلك سنة 1980 حيث أكد أن حالة الإحترق النفسي تختلف كلياً عن اضطراب الإكتئاب، فهي عادة ما تكون محدودة في أحد ميادين الحياة، وهو الميدان المهني (و ذلك نظر لأن مؤشراتهما وأعراضهما تختلفي و لا تظهر على الفرد عندما يكون خارج ميدان العمل)، إضافة إلى عدم شعور الفرد بمشاعر الذنب والتي عادة ما تكون مرافقة لإضطراب الإكتئاب وإنما نلاحظ شعوره بالغضب والسخط، إلا أنه أمكن التعقيب على نقطتين مهمتين حول ما جاء به **Freudenberger**:

الأولى : هي أن مجمل الملاحظات التي أشار إليها **Freudenberger** تكون مقبولة في حالة ما إذا كان الإحترق النفسي في بدايته، لكن وبمرور الوقت هذا التناذر سيواصل سيرورته نحو التطور إلى أن يصل إلى شكله النهائي الذي سيؤثر عندها على كل ميادين حياة الفرد ويكون ذلك بظهور أعراض جد مشابهة لأعراض الإكتئاب (العزلة، اللامبالاة، اضطراب النوم، إنخفاض التقدير الذات، مع محاولات إنتحارية عند بعض الحالات).

ثانياً: فيما يخص غياب مشاعر الذات ، فإنه لا يمكن التركيز كثيراً على هذا المعيار، فغيابه لا يعبر بالضرورة عن إمكانية إستبعاد الإصابة بإضطراب الإكتئاب، هذا لأنه لا يعبر عن معيار أساسي في تشخيص حالة الإكتئاب و بالتالي التميز بين كل منها، إذ فيما يخص حالة الإنهاك المهني نجد أنها تحمل في محتوى أعراضها بعض المؤشرات الإكتئابية إضافة إلى إمكانية ظهور بعض المؤشرات التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية، هذه الأخرى يمكن ملاحظتها في حالات الإكتئاب، هذا التشابه من شأنه أن يوجهنا إلى وضع تشخيص لحالة إكتئاب مقنع أو اضطراب الإكتئاب .

إضافة إلى أن بعض السلالم المخصصة لقياس والتقييم الإحتراق النفسي تحتوي على بعض البنود التي تنتمي إلى مقاييس الإكتئاب ولهذه الأسباب لم يتم تصنيف الإحتراق النفسي كهوية عيادية. بالرغم مما يحمله من مجموعة الخصائص والمؤشرات العيادية المميزة له إلا أنه يمكن التفرقة بينهما فيما يلي:

(1) الإحتراق النفسي يظهر نتيجة ضغط انفعالي من ظروف و عوامل مهنية خارجية أما الإكتئاب فله أصول داخلية بدرجة أولى إضافة عوامل خارجية مفجرة لظهوره .
(2) الإحتراق النفسي يتطور بشكل تدريجي و لا يتميز بتبدلات المزاج كما هو حال الإكتئاب .

(3) التظاهرات المعرفية السلبية للإحتراق النفسي تكون عموماً محدودة بمجال العمل بينما حالة الإكتئاب فهناك نوع من الكف للنشاط والتفكير يمتد تأثيره على الحياة المهنية و الشخصية.

(4) تعد محاولة الفرد الإبتعاد عن العمل كأخذ عطلات مرضية مخففاً من شدة الإحتراق النفسي إلا أن الأمر لا ينطبق مع اضطراب الإكتئاب حيث لا تفيد العطل و فترات الراحة من التقليل من حدته.

(5) تناول الشخص للأدوية النفسية والعلاجات الدوائية من شأنه تخفيف حالة الإكتئاب على عكس حالة الإحتراق النفسي التي غالباً ما تكون الأدوية قليلة الفعالية.
(Chanlin –Chanteau, 2006)

10- الإحتراق النفسي والإضطرابات الجسمية :

يشير مفهوم الإحتراق النفسي إلى حالة من الإنهاك العقل و الإنفعالي الجسمي التي تعتري الفرد نتيجة لتعرضه المستمر للضغط (Hewen et al :2003)،و بما أن الإحتراق النفسي ينشأ عن الضغوط النفسية، فمن غير المدهش، أن يكون مرتبطاً بالتغيرات في الوظائف الفيزيولوجية والعصبية الصماوية. فقد لاحظ (1999) Pruessner et al بأن الأشخاص الذين يعانون من الإحتراق النفسي يظهرون إرتفاعاً في مستويات الكورتيزول بعد الإستيقاظ صباحاً. (Pruessner et al : 1999) فيتم إفراز القشريات الكظرية المتمثلة في الكورتيزول بطريقة متواصلة مما يجعل نسبة الكورتيزول في الدم واللحاح مرتفعة جداً. (Dantzer & Goodall : 1994) إضافة إلى ذلك فقد تبين إرتباط الإحتراق النفسي في ظهور التلاصق بين الكريات الدموية البيضاء وبالتغيرات العكسية في المناعة. (Lerman et al :1999) ففي دراسة عرضية حول إضعاف إستجابات الجهاز المناعي أجريت على الأطباء، توصلت نتائج كل من الباحثين: Bardieri, Rovesti Vivoli, Bargellini, (2000) إلى أن أولئك الذين يعانون من الإحتراق النفسي تتخفص لديهم نسبة اللوكوسيتات (Leucocytes) مقارنة مع أولئك الذين لا يعانون من الإحتراق النفسي. (Boudarene :2005)

كما تبين من خلال الدراسة العرضية لـ Yoshida & Ogino (1999) بأن درجة الإحتراق النفسي المرتفعة تترافق بإنخفاض النشاط للخلايا للمفاوية السامة (القاتلة NK). (Schweitzer :2006)

ويعد إرتفاع مستوى الكورتيزول و إنخفاض الدفاعات المناعية عند الأفراد الذين يعانون من الإحتراق النفسي عاملاً مساعداً على تعرضهم لمختلف الأمراض الجرثومية والفيروسية وهذا ما أكدت عليه دراسات كل من schapira Berliner & (2005) و Shirom (1989).

ولا تقف الآثار الجسمية والإضطرابات الناجمة عن الإحتراق النفسي، عند هذا الحد وإنما تتعكس أيضا على إحداث تغيرات في وظائف الأعضاء، إذ أن بقاء المستوى المرتفع للإستتارة الفيزيولوجية مرتفعة حتى بعد العمل يتسبب بمرور الوقت في حدوث الأرق، التعب المزمن وإرتفاع إحتمال التعرض لإصابة القلب والأوعية الدموية عند المهنيين الذين يعانون من الإحتراق النفسي .

(Rascale & Schweitzer :2006)

فقد توصل **Appels & Mulder (1989)** إلى أن الإنهاك الإنفعالي يرتبط بوتيرة إضطرابات النوم و بعض أمراض القلب و الأوعية الدموية (إرتفاع عدد دقات القلب و الإنسداد الشرياني) .

كما توصل **Bhagat et al (1995)** إلى أن الإنهاك الإنفعالي مرتبط بشكل كبير بظهور الأمراض في مختلف المهن، بحيث يضاعف الإنهاك الإنفعالي بمرتين خطر التعرض لسكتة قلبية خلال السنوات الأربع الموالية بغض النظر عن عوامل التعرض الكلاسيكية .

ونبأت نتائج القياس الأولى للإحتراق النفسي في دراسة طويلة لكل من **Kushnir & Shirom (2002)** بإرتفاع نسبة الكولسترول، ثلاثي الغليسريد و نسبة حمض البول في الدم إضافة إلى تذبذب في المخطط الكهربائي للقلب.

و في دراسة طويلة لمدة خمس سنوات قام بها: **Melamed, Shirom &Froom (2003)** توصلوا إلى أن خطر تطور داء السكري الغير مرتبط بحقن الأنسولين خلال المتابعة بنسبة 1.83 عند العمال اللذين كانت نتائج قياسهم الأولى للإحتراق النفسي مرتفعة. **(Van de weerd& al :2003)**

وقد ورد عن **سامر جميل رضوان (2007)** بأن الإحتراق النفسي يشتمل على إضطرابات جسمية عديدة شبيهة بإحساس الإنسان قبل الإصابة بالأنفلونزا، إذ تضم الإضطرابات الجسمية التالية: صداع و ألم في الأعضاء، إرتفاع طفيف في الحرارة، التعب أثناء النهار، نوم سيء في الليل، ألم في اللوزتين، آلام في الغدد، و تشير هذه

الحالة إلى العمل المكثف جدا لجهاز المناعة التي يقوم بها الجسد، إلا أن هذه الإضطرابات الجسدية تعد كحالة دائمة دون أن تظهر الأنفلونزا.(سامر رضوان: 2007)

ومن جهته **طه فرج عبد العظيم (2006)** أكد على أن الإحتراق النفسي يعمل على زيادة عملية إفراز كمية من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب و إرتفاع الضغط الدموي و زيادة نسبة السكر في الدم وإضطراب الأوعية الدموية إضافة إلى زيادة عملية التمثيل الغذائي في الجسم مما يضاعف الشعور بالإرهاق، كما أن إرتفاع مستوى الكولسترول في الدم يؤدي إلى زيادة إحتمال تصلب الشرايين والأوعية القلبية عند الأفراد الذين يعانون من إحتراق نفسي.
(طه فرج عبد العظيم: 2006)

وقد أوضح كل من **Parker & Kulik (1995)** بأن الإحتراق النفسي غالبا ما يؤثر على الصحة الجسمية للفرد الذي قد يعاني من الشعور بالغثيان وإضطرابات المعدة والأمعاء والآلام المتفرقة على مستوى المفاصل والظهر، إضافة إلى الإرهاق والتعب المفاجئ المصحوب بضعف العضلات والآلام العضلية والصداع وألم الرأس.(Parker & Kulik:1995)

فقد بين **Jones (1975)** في دراسته للصحة الجسمية عند الممرضين أن العدد الإجمالي للممرضين الذين أعلنوا عن مرضهم و هم يعانون من الإحتراق النفسي أكثر من أولئك الذين لا يعانون من إحتراق نفسي. (Caplan et Jones :1975)

وعموماً يترافق الإحتراق النفسي بانخفاض في النشاط المناعي مما يجعل صاحبه مستهدفاً للعديد من الأمراض الجسدية الجرثومية منها و الفيروسية، كما يؤثر على العديد من الأجهزة العضوية للجسم و فيما يلي نماذج لبعض الأمراض والمشكلات الجسمية المرتبطة بالضغط كما يلي:

- **الجهاز القلبي:** ويشمل النوبات القلبية، ضغط الدم المرتفع، الذبحة الصدرية، تسارع ضربات القلب.
- **الجهاز الهضمي:** يضم قرح الفم، الإسهال، الإمساك، القولون.
- **الجهاز التنفسي:** الربو، صعوبات التنفس، الإغماء.
- **الجهاز العظمي و الهيكلية:** تيبس العضلات، ألم الرقبة، التهاب المفاصل، ألم الظهر، الصداع المرتبط بالتوتر، إصطكاك الأسنان.
- **الجهاز البولي:** الإستثارة والرغبة الزائدة في التبول.
- **الجلد:** الإكزيما و الصدفية.
- **الشعر:** تساقط الشعر و الصلع. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

مما سبق يتضح مدى تنوع وتعدد الأمراض والمشكلات الجسمية التي قد تنشأ نتيجة إصابة الفرد بالإحتراق النفسي، مما يحتم وضع إستراتيجيات للتكفل وتسطير برامج وقائية وأخرى علاجية للحد منها أو التخفيض من آثارها على الصحة الجسمية للفرد.

11- الإحتراق النفسي و السلوك الخطر:

من خلال الأبحاث الأولى لـ **Maslach (1982)** تبين أن المهنيين الذين يعانون من الإحتراق النفسي لديهم سلوكيات خطيرة (التدخين، تعاطي الكحول والمخدرات، إضطرابات سلوكيات التغذية) بالمقارنة مع المهنيين الذين لا يعانون من الإحتراق النفسي، إذ يتعاطى الأفراد المحترقين نفسياً المواد المنبهة كالشاي والقهوة والسجائر، والمواد المهدئة كالمسكنات والمنومات، والمواد الممنوعة، إضافة إلى إضطراب سلوكهم الغذائي المتمثل في إرتفاع الشهية أو فقدان للشهية. (**Maslach : 1982**). كما أن إساءة التعامل مع المواد : كالإفراط في شرب الكحول وتعاطي المخدرات يعد أحد السلوكيات الخطرة التي تقدم مثالا آخر على الأسلوب الذي يستخدمه الفرد المحترق نفسياً . (**Greenberg & Grunberg :1995**)

فأبحاث كل من: (**Seeman et al (1988)** و (**Mensch, Kandel(1988)** دلت بأن الحالات التي يساء فيها التعامل مع المواد، قد ترجع بشكل أكبر إلى الإحساس العام بالضعف و الغربة، ونقص الإلتزام، أكثر من كونها سببا للخصائص المحددة للمهنة. (**Mensch & Kandel : 1988**) ويغلب لإستهلاك هذه المواد أن يتم بداية من أجل تخفيف الألم الجسدي والإضطرابات النفسية كالقلق وعدم الإستقرار نتيجة العمل وضغط الإنجاز وظروف الحياة، وضغط الوقت، والإرهاقات الإنفعالية والعزلة. (**سامر جميل رضوان : 2007**). فالأفراد الذين يتسمون بزيادة وإرتفاع الوجدانية السلبية يعبرون عن معاناتهم وانزعاجهم وعدم رضاهم عبر المواقف المختلفة والعديدة. (**Brett et al :1990**) وهم أكثر قابلية للإفراط في شرب الكحول وتعاطي المخدرات والقيام بالمحاولات الانتحارية أو حتى الإنتحار. (**Francis et al :1986**) وفي هذا الصدد أثبتت دراسات كل من **Gorter ،Eykman (2000)** ،**Geiner ،Fisher & Ragland (2003)** بأن الإحتراق النفسي المرتفع الشدة مرتبط أشد الإرتباط بالإدمان على الكحول عند عدة مجموعات مهنية (المرضى،

الأطباء، الشرطيين و عمال المصالح الإجتماعية). كما بينت دراسات أخرى لـ **Kleiber, Enzmann & Gusy (1998)** بأن إرتفاع مستوى اللاأُسنة و نقص الشعور بالإنجاز المهني يرتبطان بالإستهلاك المفرط للمواد الكحولية والمخدرات والأدوية المنومة أو المسكنة. (Rasclé & Schweitzer :2006)

وبينت الأبحاث التي قام بها **Pilotel (1999)** إرتباط ظاهرة تعاطي المواد والإدمان على الكحول والمخدرات عند عمال الصحة، بظهور آفة الإنتحار نتيجة للشروط البيئية الضاغطة . (Pilotel : 1999). فقد توصل بسويسرا **Bovier et al (2002)** في دراسته لموضوع الإنتحار عند عمال الصحة إلى أن 69% من المفحوصين يصرحون بأنهم سمعوا عن حالات قامت بالإنتحار أو المحاولة الإنتحارية، كما أن 28% من بينهم أشاروا إلى أنهم عايشوا إنتحار فيما سبق، في حين أن 5% منهم مازالت تراودهم أفكار إنتحارية.

كما أظهرت معطيات الديوان الفيدرالي للإحصاء ما بين سنة 1979 و 1988 أن إحتمال حدوث المحاولة الإنتحارية لدى عمال الصحة يتضاعف بـ 6 مرات أكثر بالمقارنة مع المهن الأخرى. إذ يعد الإنتحار محاولة للهروب من حالة الضغط والقلق و المشاعر المؤلمة من إحساس بالفراغ وإنعدام الجدوى واللا معنى في الحياة. (عبد المنعم الحنفي : 1992) فالفرد يلغي كل الحلول التي قد تنقص من توتره كتغيير العمل، بل تركز أفكاره حول الإنتحار، إلى أن يأخذ في الإستقرار و يصبح الإنتحار الموضوع الرئيسي الذي يفكر به.

ويعتبر **Laurent (2000)** أن عدم إهتمام الفرد بمظهره، وزيادة إهتمامه بالمواضيع الخاصة بالموت والإفراط في تناول الكحول والمخدرات أو الأدوية المنومة أو المسكنة. بمثابة رسائل وعلامات تنبؤ برغبة في القيام بعمل إنتحاري. (2000 **Laurent :** فالإحتراق النفسي قد يساهم بقسط كبير في ظهور سلوكيات الخطر لدى العامل على إختلاف أشكالها وأنواعها: التدخين، تعاطي المواد المخدرة، تناول الأدوية المنومة أو المسكنة، الإدمان على الكحول، الإنتحار. (Greenberg et Grunberg : 1995)

12- الإحتراق النفسي ومهنة التمريض :

طرحت ظاهرة الإحتراق النفسي في بادئ الأمر عند مهن المساعدة والتي تتضمن الممرضين، عمال الرعاية الإجتماعية، الأطباء، المعلمين،....إلخ. (نصر يوسف مقابلة : 1996). إذ أن هذه المهن يكون فيها المنح والعطاء أكثر من الأخذ، لأنها مهن تقدم مساعدة، عون، علاج، نصيحة ، معرفة، دعم للآخرين فيبذل الأفراد العاملين في هذه الميادين نوع من العلاقة مع الآخر، وهذه العلاقة تكون قسم مهم إن لم نقل أهم شيء في عمله من بحيث يمكن إعتبارها مركز نشاطهم المهني، ولطبيعة العمل في حد ذاته فإنهم معرضون دائما لحالات من الطوارئ والشدائد المعتمدة. (Pezet , 2003)

ففي مهن المساعدة يمكن الحديث عن الإحتراق النفسي عندما لا يستطيع الأفراد مواجهة إرغامات العمل الإنفعالية المقابلة للبذل العائقي مع المستفيدين من الخدمة، وعلى العموم فإن التراث العلمي يضع في مقدمة المهن الأكثر تعرضا للإحتراق النفسي عمال الصحة، و كل المهن التي تتضمن نوع من المساعدة أو الإحتكاك مع الجمهور، بحيث تشكل مظهرا مهما من طبيعة العمل المنجز (Borritz et al :2005)

و يشير كل من (Schinn, Rosario (1984) - Maslach (1979) (1984) و Morch & Chestnut بأن هناك مؤشرات ثلاثة يستبدل بها على وجود ظاهرة الإحتراق النفسي لدى الممرض وهي الإجهاد الإنفعالي والتقليل من شأن العملاء والإحساس بتدني مستوي الأشخاص في العمل، إذ يظهر الممرضون إتجاهات ساخرة، و مشاعر قاسية تجاه الأشخاص الذين يقدمون لهم الخدمات، كما أنهم يحملون نظرة سلبية تجاه العملاء إذ ما قورنوا بزملائهم الآخرين، ويحرصون على وضع مسافة كبيرة بينهم وبين العملاء الذين يتعاملون معهم.

(Maslach, 1979, Schinn, Rosario, 1984, Morch & Chestnut, 1984)

و يعد الأثر الذي يتركه الإحترق النفسي لدى الممرض متعدد الجوانب، فهو يرتبط بالتغيب عن العمل دون أعذار، وبتغيير العمل بإستمرار، وأخذ فترات طويلة من الراحة أثناء العمل، وحتى وعندما يرجع الممرض الذي يعاني إحترقا نفسيا إلى المنزل غالبا ما يشعر بالتوتر و يتعرض لمشاحنات أكثر مع أفراد العائلة، كما أنهم أكثر ميلا للإصابة بالأرق في شرب الكحول وتعاطي المخدرات، وأكثر عرضة لتطوير الإضطرابات السيكوسوماتية. لذلك يشكل الإحترق النفسي عبئا على كل من المؤسسة الإستشفائية والممرض. (kulik et al : 1993)

فالممرضون غالبا ما يدركون أنهم يقدمون أكثر مما يحصلون عليه من مرضاهم ، وقد تؤدي حالة عدم التوازن إلى تفاقم حالة الإحترق النفسي لديهم. (Buunk & Schaufelli : 1993)

فالوقت الطويل الذي يتم قضاءه مع العملاء، والتغذية الرجعية البسيطة، والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح، وصراع الدور، وغموض الدور، جميعها من العوامل المهنية التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الإحترق النفسي عند فئة الممرضين. (Maslach : 1979) خصوصا عندما يتوقع من الممرضين التعاطف مع المرضى و الإهتمام بهم بكل عطف وتقديم الرعاية، والتعامل مع الأحاسيس العاطفية (الألم، الفزع، المعاناة،...).

كما أن الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل بالمستشفى من ضرورة التحرك بسرعة، والسلوك القلق الذي يظهره الممرضون تساهم جميعا في الإحترق النفسي للممرض. (Parker & Kulik : 1995)

لاسيما وأن الممرض يقوم بخدمات عديدة في آن واحد إذ يقوم بمراقبة ومقابلة المرضى، و يقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، و يشرح لهم سبل إتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره ، و يراقب التقدم الذي يحرزه المرضى، كما يساعدهم

ويلعب دورا مهم في إستيعاب مرضهم ومسبباته وطرق تشخيصه وعلاجه ويقدم الإرشادات الضرورية للمساعدة على تقبل المرض. (وسام درويش : 2008)

ولهذا تصنف مهنة التمريض ضمن مهن المساعدة الإجتماعية التي غالبا ما يعاني أصحابها من ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الإحتراق النفسي الذي يظهر على شكل: فقدان الممرض للإهتمام بعمله ومرضاه، إذ ينتابه شعور بالتشاؤم وتبدل المشاعر و اللامبالاة، نفاذ الصبر والإهمال وقلة الدافعية والحماس، بالإضافة إلى فقدان القدرة على الإبداع والإبتكار في مجال التمريض، وكثرة التغيّبات المتكررة والغير المبررة. (Gil & al : 2006)

ففي دراسة قام بها (2001) Greenglass، (2001) Burke et Fiksenbaum على 1363 ممرضا وممرضة بكندا، تبين بأن زيادة عبء العمل المرتبطة بعمل الممرضين في المستشفى تزيد من حدة الإحتراق النفسي بأبعاده الثلاثة إضافة إلى الشكاوي النفسجسمية. (Greenglass: 2001)

وعلى العموم تعد مهنة التمريض إحدى المهن الأكثر تعرضا للإحتراق النفسي بحيث أوضح (1998) Schaufeli & Enzmann العدد الهائل من المقالات والمنشورات والكتب التي تناولت موضوع الإحتراق النفسي كظاهرة سلبية يعاني منها الممرضون، ضمت 33.8% منها الإحتراق النفسي في ميدان الصحة.

(Schaufeli & Enzmann : 1998)

13- إدارة الإحترق النفسي :

يعبر الاحترق النفسي عن استنزاف للطاقة النفسية المخزنة لدى الفرد، مما يؤدي به إلى اضطراب الاتزان النفسي، والذي يظهر نتيجة للضغوط النفسية الشديدة التي تسببها أعباء العمل ومتطلباته مما تتعكس آثاره سلبا بشكل مباشر على العمال والمؤسسة التي يعمل بها الفرد، ولا يمكن التخلص من هذه الحالة إلا من خلال التعامل المباشر مع العوامل البيئية التي سببها، وليس من خلال التركيز على دور الفرد في مساهمة تلك المواقف فقط. (محمد طوالبه : 1999)

توجد عدة نماذج استخدمت في خفض ضغوط العمل وإدارة الإحترق النفسي والحد من تفاقم الأعراض على الفرد و فيما يلي عرض لبعض النماذج المستخدمة في إدارة الإحترق النفسي والتعامل معه بتضافر جهود كل من الفرد العامل والمؤسسة التي يعمل بها.

13-1- نموذج Gordon (1993) :

لقد وضع Gordon (1993) برنامجا للتعامل مع الضغوط والحد من الإحترق النفسي على مستوى المنظمة مستخدما في ذلك الإستراتيجيات التالية:

1-1- إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل :

من خلال هذه الإستراتيجية يمكن إدارة الإحترق النفسي على مستوى الفرد عن طريق:

- التكيف الإدراكي : حيث يستطيع الفرد تعلم التكيف مع الضغوط من خلال إدراكه للضغوط التي تسبب له مواقف ضاغطة في العمل .

- إدارة الوقت : ينبغي على الأفراد العاملين التدريب على إدارة الوقت بطريقة فعالة تعتمد على التخطيط والتنظيم الجيد ووضع أولويات للمهام وتحديد الوقت الكافي لأداء كل مهمة.

- الدعم و المساعدة من أقران العمل: لاشك بأن حصول الأفراد العاملين على المساعدة من أقرانهم في العمل أو من الرؤساء يعتبر مصدرا قويا وحافزا على مواجهة المواقف الضاغطة في بيئة العمل.

- تغيير الوظائف: من خلال إتاحة الحرية للأفراد العاملين بالانتقال إلى مهام تتناسب مع التوقعات الخاصة بهم و مع قدراتهم وإمكانياتهم.

كما يمكن إدارة الإحترق النفسي على مستوى المنظمة من خلال إستراتيجية المواجهة المتمركزة على حل المشكل وذلك عن طريق ما يلي:

- إعادة تصميم الوظيفة: بهدف التخلص من غموض الدور وعبء العمل وصراع الدور والظروف البيئية للعمل.

- الإنتقاء: يتم الإنتقاء عن طريق تقويم إمكانيات و قدرات الفرد حتى يتم إختيار المهام التي تتناسب معها بحيث لا تمثل عبئا عليه في المستقبل .

- التدريب: و يعتبر ذا أهمية خاصة للقضاء على المصادر الرئيسية المسببة للضغوط و ينبغي أن يشمل هذا توضيح الدور وتحديد واجبات الوظيفة وتفعيل العلاقات البينشخصية بين العاملين في المنظمة التي يعملون بها.

- بناء فرق عمل : يتم بناء فرق عمل داخل المنظمة بحيث يسود بيئة العمل روح الفريق في ظل مناخ يشجع على التفاعل و التعاون الإيجابي.

2-1- إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال :

يمكن إدارة الإحترق النفسي للفرد من خلال إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال و ذلك عن طريق ما يلي:

- الاسترخاء: حيث يساعد الإسترخاء على خفض توتر العضلات ومعدل ضربات القلب و التنفس و ضغط الدم.

- **التأمل العقلي:** و ينتج عن ذلك التأمل انخفاض معدل ضربات القلب واستهلاك الأوكسيجين وضغط الدم.

- **التمارين الرياضية:** القيام بتمارين جسمية والأنشطة الرياضية تفيد في التخلص من توتر العضلات و تخفض الإستثارة الفيزيولوجية بالإضافة إلى أنها تصرف فكر الفرد على التفكير في الأحداث الضاغطة .

تستطيع المنظمة هي الأخرى المساهمة في إدارة الإحتراق النفسي من خلال خفض الحالات الإنفعالية السلبية للأفراد العاملين بها، وذلك من خلال :

- **التواصل المفتوح:** حيث يزداد مستوى شدة الضغوط في التعامل في ظل إنغلاق الأفراد على أنفسهم و عدم تعاونهم مع أقرانهم في العمل في حين أن قنوات التواصل المفتوحة بين الأفراد في المنظمة تؤدي إلى تحسين أدائهم .

- **برامج مساعدة الموظف:** تسعى بعض المنظمات إلى وضع برامج مساعدة الموظف تعتمد على تقديم الخدمات الإرشادية والتوجيهية التي تعمل تدعيمهم وجدانيا و تحفزهم على الأداء وتقديم المساعدة والخدمات لهم من أجل القضاء على المشكلات الأخرى الغير مرتبطة بالعمل كالمشكلات السرية والصحية.

- **برامج الرعاية الصحية:** حيث تتيح المنظمات للأفراد العاملين بها الحصول على أي إجازات للتفاهة والإسترخاء بهدف التخلص من التوترات والقلق الناجم عن ضغوط العمل. (Gordon : 1993)

13-2- نموذج Black و Steers (1994):

يستند البرنامج الذي وضعه Steers و Black (1994) على إستراتيجيات خاصة بالفرد و المنظمة أيضا، و فيما يلي يتم عرض ذلك:

2-1- إستراتيجيات خفض الضغوط على مستوى الفرد :

- تنمية الوعي الذاتي: يمكن للأفراد أن يزيدوا من الوعي بكيفية معرفتهم للعمل، والإطلاع على حقوقهم و واجباتهم وتنبؤ بالمشكلات الناجمة عن ضغوط العمل والوعي بمشاعرهم و إنفعالاتهم و كيفية التحكم و السيطرة عليها.
- تنمية الإهتمامات الخارجية: يشارك الأفراد في الأنشطة البديلة والتي تصرفهم عن الشعور بضغوط العمل في البيئة المنظمة وبالتالي محاولة الإندماج فيها.
- ترك المنظمة: عندما يستعصي على الفرد تحسين موقفه وسلوكه في محيط العمل لابد من إتاحة الفرصة له لترك المنظمة أو المؤسسة وإيجاد بديل عن عمله في مكان آخر.
- التقييم المعرفي: تتكاثف الضغوط في العمل من عملية التقييم المعرفي السلبي و تفسير وإدراك الأحداث التي تتمحور في محيط العمل، وبالتالي لا بد من إعادة التقييم بطريقة إيجابية.

2- إستراتيجيات خفض الضغوط على مستوى المنظمة :

- توجد أساليب عدة تتصدى بها المنظمة للضغوط محاولة التكيف معها، و هي كالآتي:
- الإنتقاء: بحيث ينتقي المشرف الأفراد تبعاً لقدراتهم و إمكاناتهم بحيث تتناسب مع الوظائف و المهام المخولة إليهم .
- التدريب: يمكن تقليل ضغوط العمل من خلال إجراءات التدريب على المهارات المتعلقة بالوظيفة حيث يتعلم الأفراد حيث يؤون عملهم بشكل جيد و أكثر فعالية و أقل ضغطاً .
- إعادة تصميم الوظيفة: يقوم المشرف بتغيير و تعديل جوانب من الوظيفة أو طريقة التي يؤدي بها الأفراد تلك الوظيفة بحيث تصبح توقعات كل دور تتطلبه الوظيفة واضحة و يصبح الفرد قادراً على إدراكها .

- البرامج الإرشادية: و تتم بدعم من المشرف والمديرين للأفراد العاملين نفسيا وإجتماعيا بحيث يتم تقديم النصائح والتوجيهات والخدمات العلاجية والإرشادية المناسبة لهم.
- المشاركة: حيث تتاح للأفراد العاملين فرصة المشاركة بشكل فعال في عملية صنع القرارات داخل بيئة العمل مما يساهم في الاندماج في العمل.
- تماسك الجماعة: كلما زاد الإرتباط بين أفراد الجماعة وبين جماعات العمل إزداد مستوى عملية التواصل الفعال والإيجابي بين الأفراد، وبالتالي ينخفض غموض الدور وصراع الدور في المنظمة.
- برامج النقاهة والمرح: ويتمثل في قيام بعض المنظمات بعمل برامج للنقاهة الصحية والترفيه والمرح بحيث يساعد ذلك الأفراد العاملين على تعلم واكتساب القدرة على تعديل أنماط سلوكهم . (Steers et Black : 1994)

13-3- نموذج Humphries (1995):

يشير نموذج Humphries (1995) إلى أنه مهما كان الإهتمام بخفض الضغوط فإن الوقاية خير من العلاج ولذلك ينبغي العمل على تقليل مستوى الضغوط النفسية داخل بيئة من خلال ما يلي:

- تحديد الأولويات: من خلال توضيح الأعمال والمهام التي يؤديها الفرد في العمل ودورها في إشباع الإحتياجات الخاصة به.
 - إدارة الوقت: بتوزيع الوقت على المهام بحيث يتناسب مقدار الوقت مع ما يؤديه الفرد من أدوار في العمل.
 - تفويض السلطة: حيث يساعد تفويض المدير لبعض من سلطاته الآخرين على تحفيز الأفراد العاملين على أداء أدوارهم بطريقة فعالة.
- ويستطيع مدير المنظمة تحفيز المرؤوسين على التكيف مع الضغوط من خلال ممارسة الإسترخاء والفصل بين العمل والحياة العائلية وممارسة التمارين البدنية للتخفيف من

شدة القلق وممارسة الهوايات بعد العمل والتغلب على المشكلات السرية وإيجاد حلول لها لأن هذا ينعكس على أداء الفرد في العمل. (Humphriens : 1995)

4-13 نموذج Furz & Gale (1996) :

يعتمد نموذج Furz & Gale (1996) على الوقاية من الضغوط من خلال إكساب الأفراد القدرة على تحديد الطرق التي يتعاملون بها مع المواقف الضاغطة وإتاحة قدرة كاف من الوقت، وقد تم وضع العديد من الخطوات تساعد على الإستجابة للضغوط ومنها:

- **التأكد من طبيعة الموقف:** بحيث يتمكن الأفراد من رؤية مدى حجم المشكلة التي يعانون منها في محيط العمل.

- تحديد رد فعل الأفراد: من خلال فتح قنوات الإتصال حول مشاعر الأفراد تجاه عبء العمل و المسؤولية وإدارة الذات والتعديل التوقعات الخاصة بالدور الذي يؤذونه.

- **طرح الأفكار:** لا شك أن إتاحة الفرصة أمام الأفراد العاملين للتعبير عن أفكارهم حول المواقف الضاغطة التي تؤثر على أدائهم المهني يؤدي إلى تحسين قدرتهم على التكيف و التوافق بشكل إيجابي مع هذه المواقف.

و من ثم فلا بد من تعديلها وإستبدالها بأفكار أكثر عقلانية وإيجابية حتى يتم خفض الآثار السلبية الإنفعالية والسلوكية الناجمة عن الضغوط.

- **إيجاد بيئة عمل صحية:** تسهم بدور فعال في الضغوط في البيئة العمل، وتعمل على توفير مناخ نفسي صحي يحفز على تحسين الأداء.

- **التنمية المهنية للعاملين:** من خلال وضع برامج تدريب على إدارة الضغط وتسهيل فرص التنمية التي تساعد على تحديد نقاط القوة والضعف لدى إدارة المدرسة و الأفراد العاملين بها ووضع برامج إرشادية حول كيفية التكيف والتوافق مع الضغوط. (Furz & Gale : 1996)

13-5- نموذج Fincham & Rhods (1996) :

قدم Fincham & Rhods (1996) نموذجا شاملا لإستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية في العمل بهدف تجنب الوصول إلى الإحترق النفسي، وذلك من خلال ما يلي :

- إستراتيجية الموجهة المتمركزة حول التقييم: حيث يحاول الفرد مواجهة الأحداث و المشكلات التي يواجهه في العمل تحليلها منطقيا و تقييمها من منظور إيجابي.

- إستراتيجية الموجهة المتمركزة حول المشكلة: حيث يتعامل الأفراد مع المشكلات والمواقف الضاغطة التي تسبب لهم الشعور بالضغط من خلال إستخدام مصادر المساندة الإجتماعية المتاحة لديهم في العمل، حيث أنها تقدم لهم النصح والعون والتزود بالمعلومات والحب والدفء التي تساعدهم على كيفية التعامل مع المواقف الضاغطة بهدف تعديل المعارف والسلوكيات المرتبطة بمصدر الضغط.

- إستراتيجية الموجهة المتمركزة حول الإنفعال: تركز هذه الإستراتيجية على التعامل مع الآثار الإنفعالية للضغوط ممن خلال التنظيم الإنفعالي والإهتمام بمشاعر وإنفعالات الأفراد المرتبطة بالموقف الضاغط والعمل على خفض هذه المشاعر والإنفعالات .

وقد توصل Fincham & Rhods (1996) من خلال هذه الإستراتيجيات إلى تحديد مجموعة من الأساليب التي تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط وهي العمل على حل المشكل، و منع و صد الضغوط من التفاقم والتخلص من المشاعر الإنفعالات السلبية الناجمة عن الضغوط ، وإتخاذ بعض الإجراءات والتدابير الوقائية، و الإستعداد و الإعداد لمواجهة ضغوط العمل، إضافة إلى توفير الدعم والمساندة الإجتماعية.

(Fincham & Rhods : 1996)

13-6- نموذج Wood et al (2001):

يستند نموذج Wood et al (2001) على تحديد ضواغط العمل المؤدية إلى الإحترق النفسي الذي ينعكس على أداء الفرد المنظمة من خلال ما يلي:

- تفويض السلطة و المشاركة: حيث يتم إتاحة الفرصة للأفراد العاملين للمشاركة في عملية إتخاذ القرارات داخل المنظمة .

- إعادة تصميم الوظيفة: من خلال خلق وظائف ثرية تجعل من العمل أكثر جدبا للأفراد العاملين بحيث تتناسب مع قدراتهم، وتتضح فيها توقعات الأدوار المتعلقة بها.

- وضع الأهداف: بحيث يضمن مدير المنظمة فهم كل عامل لتوقعات وظيفته، وأن هناك هدف ينبغي أن يسعى للوصول إليه و تحقيقه إذا ما يرغب في تحسين أدائه للعمل.

- التواصل: حيث ينبغي أن يكون هناك تواصل إيجابي من خلال قنوات إتصال مفتوحة و واضحة تساعد الأفراد على التواصل فيما بينهم وكذا التواصل بين غدارة المنظمة والأفراد العاملين بها.

- الإنتقاء و التدريب: من خلال التأكيد على ملائمة الوظيفة و مدى مناسبتها للفرد الذي يزاولها و تدريب على الأدوار و التوقعات وتحسين مهاراته بإستمرار حتى تصبح لديه القدرة على أداء هذه الأدوار بفعالية. (Wood et al :2001)

13-7- نموذج Hellriegel et al (2001) :

يستند نموذج Hellriegel et al (2001) إلى ضرورة أن يتضمن أي برنامج لخفض الضغوط لبعض الأساليب و الوسائل التي تساعد على إحتواء مثل هذه الضغوط و التخلص من زملة الإحترق النفسي، و قد إستند نموذجه على ما يلي:

- **الوسائل الفردية:** و تتضمن حملة من الأنشطة والسلوكات الهادفة إلى القضاء على المصادر الضغط و جعل الأفراد أكثر قدرة على التوافق معها، وتتضمن هذه المسائل التعرف على الضواغط التي تؤثر على حياة الفرد وبالتالي تصرفاته حيالها، وهناك بعض الأمور التي تساعد الفرد على ذلك ومنها التخطيط الجيد لإدارة الوقت والتمرينات الرياضية وتبني فلسفة إيجابية تجاه الحياة والتوازن بين الحياة العملية والحياة الشخصية.

- **الوسائل التنظيمية:** و يتم التقليل من الضغوط النفسية من خلال تحديد ضواغط العمل و تعديل سلوكيات الأفراد في ضوء إدراكا تهم ومساعدتهم على التوافق مع آثار هذه الضغوط بشكل فعال، كما ينبغي أن يتم تحسين البيئة المادية للعمل وإعادة تصميم الوظيفة للتخلص من ضغوط العمل وتخفيف عبء العمل وإعادة الهندسية الإدارية للعمليات وإحداث تغييرات في مواقيت العمل وإستخدام الإدارة بالأهداف والإدارة بالمشاركة.

13-8- نموذج Nelson (2003) :

يرى Nelson (2003) بأن هناك طرق و أساليب عديدة و مختلفة تهدف إلى التقليل من الآثار السلبية للضغوط النفسية والحيلولة دون تأثيرها بالسلب على أداء الفرد والمنظمة وفيما يلي عرض لهذه الطرق:

8-1- إدارة الضغوط على مستوى المنظمة : و تعتمد على الخطوات الآتية :

- إعادة تصميم الوظيفة: يجب إعادة تصميم الوظيفة بالشكل الذي يجعلها ذات معنى وأهمية، ويتحقق ذلك من خلال ضمان أن الوظيفة تتضمن العديد من الأنشطة والمهام، كما تتيح مقداراً مناسباً من الأداء.

- وضع الأهداف: يمكن تحقيق التكيف مع الضغوط من خلال وضع الأهداف وتحديد الأنشطة التي تزيد من مستوى الدافعية لإنجاز العمل، وتتوقف فاعلية وضع الأهداف على مدى مشاركة العاملين فيها.

- تحديد الدور: فمن الضروري إتاحة الفرص للأفراد العاملين لتعديل أدوارهم في العمل بحيث يتناسب مع ميولاتهم المهنية وتوقعات هذا الدور.

- المساندة الإجتماعية: تساعد العلاقات الإجتماعية الجيدة في بيئة العمل بين الجماعة على سهولة التكيف مع الضغوط العمل والحيلولة دون تفاقمهما.

8-2- إدارة الضغوط على مستوى الفرد : و تستند في جوهرها على إكساب الأفراد المهارة والقدرة على مواجهة الضغوط التي تعترضهم من خلال التدريب المستمر، وجودة إدارة الوقت والتنمية المهنية للأفراد العاملين بالمنظمة وفتح قنوات الإتصال بين جماعات العمل. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

خلاصة الفصل :

يعبر الاحتراق النفسي عن حالة نفسية تصيب الفرد بالارهاق و التعب نتيجة وجود متطلبات و أعباء اضافية يشعر معها الفرد بأنه غير قادر على التكيف معها مما ينعكس سلبا عليه وعلى من يتعامل معهم، بل يمتد ذلك إلى التقليل من مستوى الخدمة المقدمة. فالاحتراق النفسي عبارة عن ظهور أعراض ضعف فيزيولوجية ونفسية للعمال مرتبطة بكيفية التعايش مع أوضاع العمل، في البداية تكون الأعراض غير واضحة المعالم، و قد لا يدركها العامل نفسه، إذ تفسر غالبا على أنها استجابة عادية لتراكم الضغط النفسي، غير أن استمرار هذه الأعراض يتسبب في الاحتراق النفسي للعامل، الذي يظهر معاناة تكتسح مختلف جوانب حياته النفسية، الجسمية، الانفعالية، الاجتماعية، و المعرفية .

و يتكون مفهوم الاحتراق النفسي من ثلاث مكونات، تتمثل في الإنهاك العقلي والإنفعالي والجسمي والتي تنشأ نتيجة التعرض المستمر للضغوط.

الفصل الثاني
الضغط النفسي
وإستراتيجيات
التعامل

المبحث الأول الضغط النفسي

تمهيد :

تعد الضغوط من أهم سمات العصر الراهن، الذي يشهد تطورات وتغيرات سريعة في جميع مجالات الحياة حتى أصبحت الضغوط تشكل جزءا من حياة الإنسان نظرا لكثرة التحديات التي يواجهها في هذا العصر ولذلك، فهي تكاد تنتشر في مختلف البيئات والمجتمعات وخاصة في بيئة الأعمال التي تتطلب من القائمين عليها التفاعل المباشر مع الناس مثل: الأطباء، الممرضين، المعلمين، المديرين و الشرطيين .

وتعتبر الضغوط النفسية وضغوط العمل من أكثر الظواهر النفسية والاجتماعية تعقيدا، فبالرغم من الكتابات الكثيرة حول هذا الموضوع و المقالات العديدة والكتب في المجال الطب وعلم النفس، غير انه يصعب إيجاد تعريف محدد للمفهوم، لاسيما وأن فهم ضغوط العمل لا يتم دون فهم طبيعة الفرد وردود أفعاله تجاه المؤثرات التي يتعرض إليها في حياته اليومية و المهنية.

إذ يعد الضغط النفسي أحد المواضيع العلمية التي شغلت إهتمام العديد من البحثة والأطباء نظرا لتعدد مسبباته وكثرة مضاعفاته الخطيرة لاسيما وأن الضغط النفسي يتناول جوانب بيولوجية و نفسية واجتماعية ومهنية وإقتصادية.

1- تعريف مفهوم الضغط النفسي :

شاع في التراث السيكولوجي تعاريف عديدة للضغط النفسي، إلا أن مصطلح الضغط النفسي لا يزال غامضا رغم شيوع المفهوم، نظرا لوجود إختلافات في تعريفه، وإختلافات في المصطلحات البديلة للضغوط النفسية المستخدمة في المواقف المختلفة، ففي هذا الصدد يشير **Lazarus (1966)** إلى أن عددا من علماء النفس قد استخدموا مفهوم الضغط النفسي كمرادف لمعان مختلفة، مثل: القلق، الصراع، الإحباط أو لبعض الإنفعالات مثل: الغضب والخوف، واعتبرها البعض الآخر خبرات مؤلمة تؤثر في مزاج الفرد.

فلم يتفق العلماء لتعدد وجهات نظرهم على تعريف يمكن أن يعكس الناحية الكمية والكيفية للضغط. نظرا لكون مفهوم الضغط النفسي مفهوم معقد ذو أبعاد اجتماعية واقتصادية وسياسية ومهنية وأبعاد ذاتية جسمية، عقلية، معرفية و نفسية من شأنها أن تكون منشئة للضغوط وفي نفس الوقت منبئة بأن الفرد تحت تأثير ضغط ما.

برغم الكتابات التاريخية المتعلقة ببداية الاهتمام بموضوع دراسة الضغط النفسي إلا أن معظم المصادر تجمع على أن موضوع الضغوط النفسية في العصر الحديث يرتبط بدراسة **Hans Selye (1956)** الأب المؤسس لبحوث الضغوط ، فهو أول من استخدم مصطلح الضغط في المجال البيولوجي، ليشير إلى حالة من التمزق و البلي داخل الجسد، إذ يعرفه بأنه الإستجابة غير النوعية للجسم لأي مطلب دافع، كما أنه الطريقة اللاإرادية التي يستجيب بها الجسد بإستعداداته العقلية والبدنية لأي مطلب يقع عليه. (Schwob : 1999)

في حين يشير كل من **Lazarus et Folkman (1984)** إلى أن الضغط النفسي علاقة خاصة بين الفرد و البيئة و التي يقيّمها الفرد على أنها شاقة و مرهقة أو أنها تفوق مصادره للتعامل معها وتعرض صحته للخطر.

(Lazarus et Folkman : 1984)

فالفرد أثناء إحتكاكه بالعالم الخارجي يتعرض لضغوط مفروضة يجب عليه تجاوزها والتكيف معها، ومن هذا المنطلق يعتبر **Cox (1990)** أن الضغط ينشأ كنتيجة لأي صراع بين المطالب الملقاة على الفرد وقدراته على التعامل معها حيث يفكر الفرد في المطلب ويفكر في قدراته، وأن إختلال التوازن بين الطرفين هو السبب في ظهور الضغط، و أن هذا الضغط ينتج من تفاعل الفرد مع بيئته سواء أكانت هذه البيئة داخلية أم خارجية، ويبرز عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد وقدراته على تلبية هذه الحاجات. **(Cox : 1991)**

وإن كانت بعض التعريفات تعتبر الضغط النفسي كحدث خارج عن إرادة الفرد و سيطرته ويفرض عليه حاجات معينة، فإن البعض الآخر يرى بأن الضغط هو إستجابة الفرد للأحداث التي تواجهه، فقد عرف **Gordon (1993)** الضغوط بأنها الإستجابات النفسية والإنفعالية والفيزيولوجية للجسم تجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد، وهذه التغيرات تقوم بإعداد و تأهيل الفرد للتوافق مع الضواغط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها.

(Gordon : 1993)

و في نفس السياق يعتبر **Steers et Black (1994)** الضغوط كرد فعل بدني وإنفعالي تجاه المواقف التهديدية في البيئة، بحيث كلما نقصت قدرات وإمكانات الفرد على التوافق مع متطلبات بيئته فإنه يشعر بالضغط، ويكون غير قادر على الإستجابة مع المثيرات البيئية. **(Steers et Black : 1994)**

و أورد **جمعة سيد يوسف (2000)** بأن الضغط حالة تحدث عندما يواجه الفرد أحداثا يدركها على أنها تهدد وجوده النفسي والجسمي، و يكون غير متأكد من قدراته على التعامل مع هذه الأحداث، ويشمل الضغط الأحداث البيئية التي تدرك على أنها مهددة و إستجابات الشخص لها. (**جمعة سيد يوسف : 2000**)

وفي مقاربة تحليلية لمختلف تعريفات الضغط النفسي، والتي تبدو متكاملة فيما بينها وغير متناقضة تدرس الموضوع من جوانب مختلفة، فقد أشار البعض إلى أن الضغط عبارة عن مثير، فيما عرفه آخرون بوصفه إستجابة، في حين حدده آخرون على أنه تفاعل بين مثير و إستجابة، وهناك رأي رابع يجمع بين مختلف وجهات النظر السابقة، بينما حاول فريق خامس إزالة الإلتباس من خلال التمييز بين مفهوم الضغط النفسي، ومصدره، و رد الفعل عليه.

وعلى ضوء ما تقدم يمكن تعريف الضغط النفسي بأنه مجموعة الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة تفاعله مع البيئة و لا تكفي استجاباته العادية لمواجهتها مما يخل بتوازنه النفسي والاجتماعي.

2- تعريف مفهوم الضغط المهني :

يعد الضغط المهني أحد أشكال الضغط التي يتعرض لها الفرد في بيئة العمل، فبالرغم من الكتابات الكثيرة في هذا الموضوع، إلا أنه لم يتم التوصل إلى تعريف محدد لمفهوم الضغط المهني. و يرجع السبب في ذلك أساسا لارتباط مفهوم الضغط المهني بعدة علوم أخرى فهو يمثل أحد الاهتمامات المشتركة بين الباحثين في كل من المجالات الطبية و النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية و الادارية.

حيث يعتبر **Folkman و Lazarus (1984)** أن الضغوط المهنية تحدث عندما تكون مطالب العمل شاقة ومرهقة، وتتجاوز مصادر التوافق لدى الفرد. أي أنها تنشأ من عدم التوازن بين مطالب العمل وقدرة العامل على الإستجابة لها، وأن الإحترق النفسي يمثل المرحلة النهائية في عجز الفرد عن التكيف مع مطالب العمل، وأن هذا الإحترق يظهر في عدة أعراض جسمية وإنفعالية ودافعية وسلوكية مختلفة. (1984 : **Lazarus et Folkman**)

في حين يعرف **محسن الخضيرى (1991)** الضغط المهني بأنه كل ما له تأثير مادي أو معنوي ويأخذ أشكالا مؤثرة على السلوك متخذ القرار، ويعيق توازنه النفسي و العاطفي ويؤدي إلى إحداث توتر عصبي أو قلق نفسي يجعله غير قادر على إتخاذ القرار بشكل جيد . (محسن الخضيرى: 1991)

و ورد عن **Killy (1994)** بأن الضغط المهني تجربة ذاتية يدركها الفرد نتيجة لعوامل أو مسببات متعلقة أو البيئة التي يعمل فيها بما في ذلك المنظمة حيث يترتب عن هذه العوامل أثار أو نتائج جسمية أو نفسية أو سلوكية على الفرد وتؤثر بدورها على أدائه للعمل. (Killy : 1994)

و يعرف **عزت عبد الحميد (1996)** الضغط المهني بأنه إدراك الفرد بأن متطلبات العمل تفوق قدراته و إمكاناته نتيجة الأعباء الزائدة للعمل وغياب المعلومات الواضحة عن الدور الذي يجب أن يقوم به الفرد بالإضافة إلى مواجهته للمطالب المتناقضة من جانب رؤسائه. (عزت عبد الحميد: 1996)

و من جهته **سيد عبد العال (2002)** يعرف الضغط المهني بأنه مجموعة التغيرات الفيزيولوجية والجسمية والنفسية التي يعانيتها العامل كرد فعل من المثيرات المؤثر عليه في بيئة العمل والتي لم يعد العامل قادرا على تحملها أو الوفاء بمتطلباتها. (سيد عبد العال : 2002)

و في هذا الصدد يرى **طه فرج عبد العظيم (2006)** بأن الضغط المهني يعبر عن كافة أنماط السلوك الإنفعالي التي تدل على بلوغ حالة الإجهاد الجسدي والنفسي كتعبير عن عدم التوافق مع متطلبات مواقف إنجاز العمل والمهام بالمستوى الذي تعود الفرد عليه لكثرة الأعباء والمهام وتعددتها وتراكمها. (طه عبد العظيم : 2006)

مما سبق من تعريفات للضغط المهني يتضح تتمحورها في ثلاث مداخل رئيسية من حيث:

- 1- المسببات إذ تعد ضغوط العمل عبارة عن مؤثرات تتوفر داخل العمل وينتج عنها سلوك معين للفرد كرد فعل للمثيرات على الحالة النفسية والجسدية للعامل.
- 2- حالة أو وضع الفرد العامل النفسي والجسدي عند التعرض لعدد من المسببات التي تحدث داخل بيئة العمل.
- 3- النتائج إذ أن ضغوط العمل هي مجموعة من السلوكيات تنتج عن الحالة النفسية والجسمية كرد فعل للمثيرات التي يواجهها العامل داخل بيئة العمل.

وبالتالي فالضغط المهني يجسد العوامل و الظروف التي ينتج عنها شعور العامل بعدم الراحة والاستقرار مما يؤدي إلى اضطراب ناتج عن عدم القدرة على التغلب والتكيف مع كثرة واستمرار متطلبات العمل على درجة أكبر من القدرة الذاتية للأفراد لأن يقوموا بها وتفوق إمكاناتهم الخاصة على التأقلم والتعامل معها، وتؤدي إلى إحداث تغييرات في داخلهم وتسبب لهم الانزعاج والضيق والتوتر والألم وتدفعهم إلى الانحراف عن أدائهم الطبيعي، فلا يستطيعون أداء العمل المطلوب منهم وتحمل مسؤولياته على الوجه الأكمل فيشعرون بالضغط.

3- أشكال الضغط النفسي :

تبعاً لإختلاف المواقف الضاغطة فإن الضغط النفسي يظهر بأشكال عدة لكن هذا لا يعني بأن الضغط مرتبط دوماً بالمظاهر السلبية لوجود مستويات إيجابية له وأخرى محايدة بحيث يتخذ شكلاً من الأشكال الآتية :

- **الضغط الإيجابي:** قد يعمل الضغط كحافز يساعد الفرد على المواجهة والتصدي للتحديات اليومية بكل تحدي وإلحاح، بحيث تزود الضغوط الإيجابية الفرد بالطاقة التي يحتاجها حتى يكون أكثر إبداعاً وإنجازاً في أدائه، وأكثر قدرة على إتخاذ القرارات وحل المشكلات. و لكن إذا زاد الضغط فوق طاقة تحمل الفرد فقد يؤدي ذلك به إلى الإحترق وسوء التوافق النفسي وظهور الأعراض المرضية.

(أحمد مطيع الشخانة: 2010)

- **الضغط السلبي:** تؤثر الضغوط السلبية على أداء الفرد الأكاديمي والمهني، وتعيقه عن الإنجاز والإبداع، وتؤدي إلى سوء التوافق والقلق والإكتئاب، والإحساس بالإحباط والعدوان على الآخرين وتظهر آثار هذه الضغوط في مظاهر سلوكية عدة مثل: التغيب عن العمل وكثرة الأخطاء والحوادث وعدم الرضا الوظيفي والأداء المنخفض وإنتشار اللامبالاة و الفوضى وشعور الأفراد بعدم الولاء للمنظمة.

- **الضغط المحايد:** ليس الضغط ضاراً أو سيئاً على الدوام، بل إن قدر منه في كثير من الأحيان يكون نافعاً ومفيداً للفرد، و يعد المستوى المحايد للضغط دافعاً للإرتقاء في العمل والأداء بشكل أفضل بحيث يخلق نوعاً من الرضا والثقة بالنفس. (سمير شيخاني : 2003)

ومحك التمييز بين الضغط السلبي والضغط الإيجابي يتحدد بنوع الضغوط التي يواجهها الفرد وطريقة إدراكه وتفسيره للموقف الضاغط ونوع الأساليب أو الإستراتيجيات التي يستخدمها في التعامل مع الموقف الضاغط.

فليست كل الأحداث والخبرات السلبية وحدها بالضرورة هي المسببة للضغوط، فمن الممكن أن تكون هناك أحداث إيجابية وقد تنتج عنها ضغط سلبي، وبالإضافة إلى هذا فإن الضغوط تختلف في شدتها والمدة التي تستغرقها، وبذلك يمكن تصنيف الضغوط وفقا لمدها إلى:

- **الضغوط المؤقتة:** هي عبارة عن ضغوط تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تنتهي، وهي في أغلبها سوية إلا إذا ما تجاوزت قدرة الفرد وإمكاناته على تحملها، فإنها عندئذ تتسبب في ظهور الأعراض المرضية .

- **الضغوط المزمنة:** هي ضغوط تحيط بالفرد لفترة طويلة، وتعد ضغوطا سلبية تجعل الفرد يجند كل ما لديه من طاقة وإمكانيات لمواجهةها، ويرتبط حدوث الضغوط المستمرة دائما بظهور المشكلات الجسمية والنفسية لدى الفرد الواقع تحت وطأة الضغط المزمن الذي يضعف من مقاومته.

- و إذا كانت الضغوط تعد أمرا حتميا لا يمكن تجنبه في الحياة وأن الخلو التام من الضغوط يعني الموت فإن شدة الضغوط تختلف بين الأفراد حسب الموقف وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط وفقا لشدتها إلى:

- **ضغوط مرتفعة الشدة:** عندما تكون الضغوط شديدة المستوى ، فإنها تعوق الفرد عن الأداء ، ومن ثم يتأثر سلبا تبعا لذلك وتؤدي به أيضا إلى الإرتباك والتردد في إتخاذ القرارات المناسبة، ونقص التفاعل الإجتماعي مع الآخرين والتعرض للإضطرابات

النفسية و الجسمية والإختلالات الوظيفية المعرفية ، حيث يشعر الفرد بالقلق و اليأس وفقدان الدافعية الكافية لتحسين الأداء.

- **ضغوط منخفضة الشدة:** حينما تكون الضغوط منخفضة لدى الفرد يقل الأداء ويحدث الملل و يقل التركيز وتتخفف الدافعية للعمل والإنجاز.

- **ضغوط معتدلة الشدة:** تعد الضغوط المعتدلة في مستواها هي الأمثل بالنسبة للفرد، حيث يكون الأداء الفرد في ظلها وعلى مستوى عال من الجودة لأنها تساعد الفرد على الأداء والإنجاز وزيادة الكفاءة والإتقان. (أحمد مطيع الشخاتبة:2010)

كما يمكن تصنيف الضغوط وفقا لمصدرها إلى ما يلي:

- **الضغوط الناتجة عن البيئة المادية:** هي تلك الضغوط التي يتعرض إليها الفرد نتيجة توفر ظروف مادية غير ملائمة، كضعف الإضاءة، الضوضاء....إلخ.

- **الضغوط الناتجة عن البيئة الاجتماعية:** هي الضغوط الناتجة عن التفاعلات ما الاجتماعية ما بين الأفراد داخل مواقع العمل مثل الصراعات بين الأفراد والجماعات و الخلافات مع المسؤول.

- **الضغوط الناتجة عن النظام الشخصي:** تتمثل في الضغوط التي تنتج عن وجود فروق فردية ما بين العمال مثل الاختلاف في الجنس أو العرق أو الديانة...إلخ.

(فاروق عبده:2005)

مما تقدم ذكره يتضح بأن لضغوط العمل أنواع متعددة بتعدد المعايير التي تم الرجوع إليها في التصنيف فبعض هذه التصنيفات تصنفها على أساس مستواها السلبي والايجابي، في حين بصنفها البعض الآخر تبعا لمدتها أو شدتها أو مصدرها.

4- عناصر الضغوط :

يرى Szillagyi & Wallace (1987) أن خبرة الضغوط النفسية لدى الفرد في مجال العمل تنشأ عنها حالة عدم إتران نفسي أو فيزيولوجي أو إجتماعي وتتحدد هذه الحالة من خلال ثلاث عناصر للضغوط النفسية في مجال العمل وهي:

الأول : عنصر المثير: ويمثل القوى المسببة للضغط والتي تقضي إلى الشعور بالضغط النفسي وقد تأتي من البيئة أو المنظمة العمل أو الفرد ذاته.

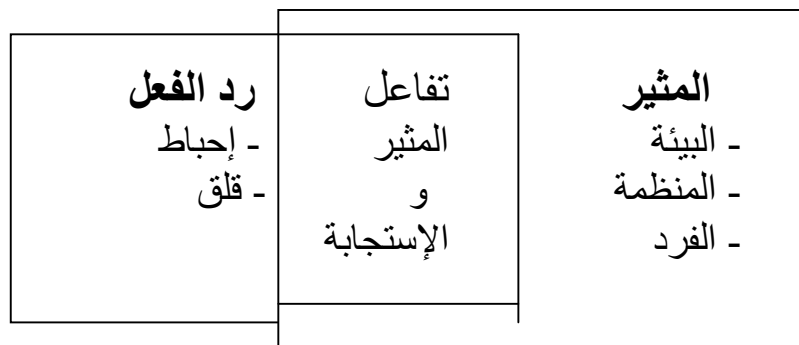
الثاني : عنصر الإستجابة: و يتضمن عامل الإستجابة ردود فعل نفسية، أو جسمية أو سلوكية تجاه الموقف الضاغط وهناك على الأقل إستجابان للضغط تلاحظان كثيرا هما:

- الإحباط الذي يحدث لوجود عائق بين السلوك والهدف الموجه له.

- القلق (الحصر النفسي) وهو يمثل الإحساس بعدم الإستعداد للإستجابة بصورة ملائمة في بعض المواقف.

الثالث : عنصر التفاعل: من العوامل المثيرة للضغط و الإستجابة له وهذا التفاعل مركب من تفاعل عوامل البيئة والعوامل التنظيمية بالمؤسسة والمشاعر الشخصية وما يترتب عليها من إستجابات و إنفعالات.

يبرز الشكل رقم (6) عناصر الضغوط:



الشكل رقم (6): عناصر الضغوط

(محمود فتحي عكاشة : 1999)

5- تناولات الضغط النفسي - المهني :

بغرض الإلمام بموضوع الضغط المهني تتم الاستعانة ببعض النماذج التوضيحية والتي نستعرضها فيما يلي:

5-1 - نموذج ميتشيغان :

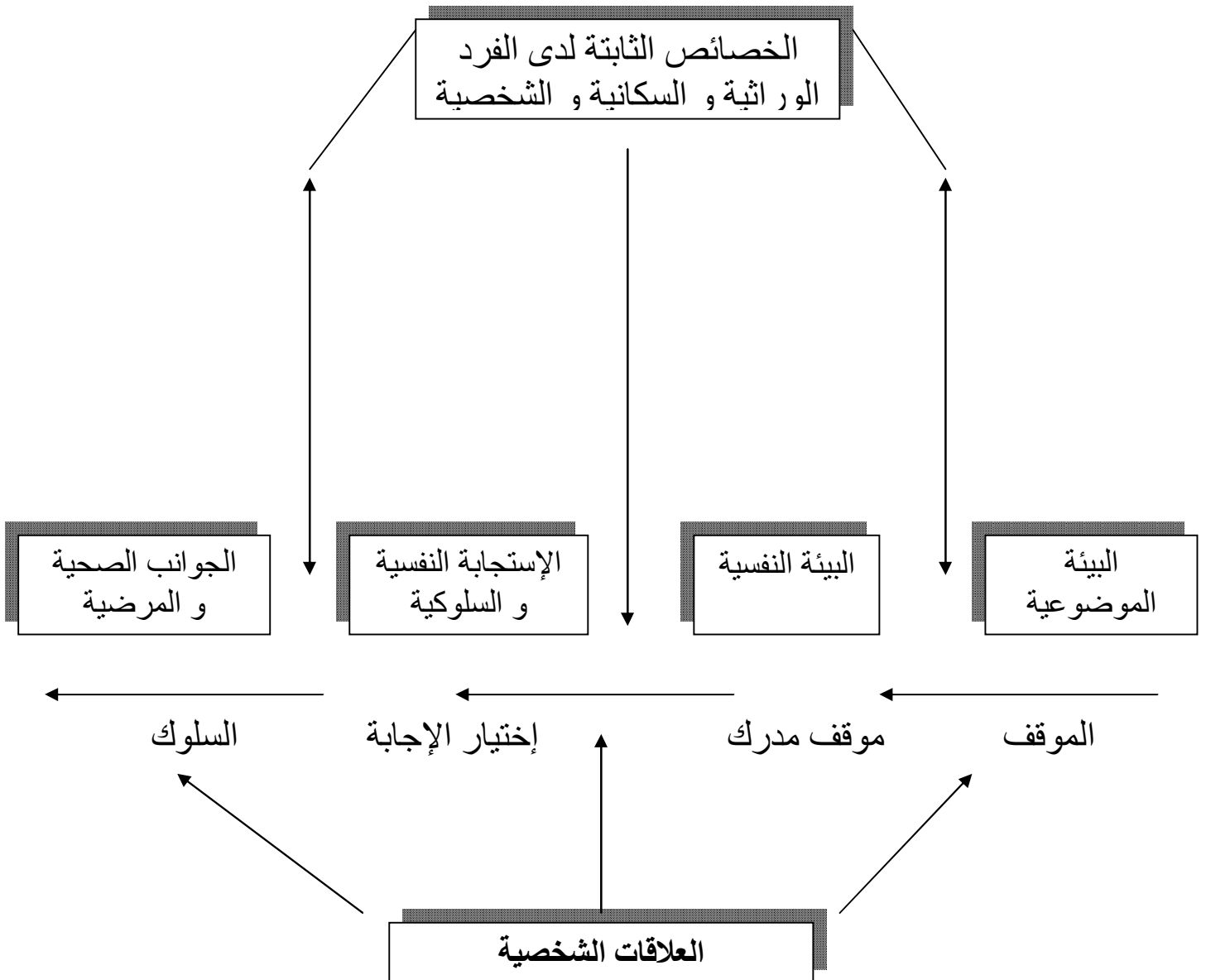
سمي هذا النموذج نسبة لجامعة ميتشيغان و سمي أيضا بالنموذج الاجتماعي البيئي يمثلته كلا من الباحثين **Katz et Kahn (1989)** اللذين يؤكدان وجود عوامل تؤثر على درجة تعرض الفرد للضغط وإستجابته له، هذه العوامل تتضمن نوعين متمثلان في:

- **البيئة الموضوعية** وما تحتويه من عوامل متعلقة ببيئة العمل المادية مثل المكتب و الإضاءة و التهوية.
- **أما البيئة النفسية** ويقصد بها تعرض الفرد للإضطرابات النفسية مثل القلق، الإكتئاب، إضطرابات النوم والشخصية والتي تؤدي في النهاية إلى سوء التسيير وإتخاذ القرار على مستوى الفرد والمنظمة ككل .

ويتوقف تأثير هذه العوامل على درجة الضغط لدى الأفراد يتوقف على مدى إدراكهم لها والذي يتأثر بدوره بالفروق الفردية التي مصدرها طبيعة الإستجابات النفسية والسلوكية لدى الأفراد بحيث تؤثر على الأسلوب الذي يستجيب به الأفراد نحو هذه المؤثرات البيئية، وكذلك الجوانب الصحية والمرضية المرتبطة بالناحية الجسمية والنفسية لهم؛ إضافة إلى الخصائص الثابتة لدى الفرد الوراثية والسكانية والشخصية وأخيرا العلاقات التي يعيشها الأفراد في محيط العمل، حيث من الممكن أن تغير هذه العوامل يؤثر على إستجابات الأفراد نحو المثيرات التي يتعرضون لها داخل بيئة العمل. (**Beehr : 1995**)

وفيما يلي الشكل رقم (7) يوضح نموذج ميتشيغان لضغط العمل:

نموذج ميتشيغان لضغط العمل



الشكل رقم (7) : نموذج ميتشيغان لضغط العمل
نقلا عن : Beehr (1995)

5-2- نموذج المواءمة بين الفرد و البيئة :

إقترح هذا النموذج كل من الباحثين **Cobb et Rogers French (1984)** لقد قدما تفسيراً موضوعياً لخصائص الفرد و بيئته ، فأشارا إلى نوعين من عدم التوافق بين الفرد و البيئة ، من المتوقع أن يؤثر سلباً على صحة و رضا الموظفين :

النوع الأول : تمثل في عدم تطابق حاجات الفرد وتفضيلاته مع مكافئة المنظمة وما تقدمه من مزايا.

و النوع الثاني : يعني به عدم التطابق بين مهارات الفرد و قدراته و مكافآت المنظمة وشروط الوظيفة ، قد يؤدي إلى حدوث الضغط لدى الفرد في العمل.

(Harrison :1985)

غير أن التوافق بين الفرد وبيئته ليس مطلقاً في جميع الحالات إنما هو مرتبط بشروط محددة مثل طبيعة العمل والكيفية التي ينجز بها والوقت المخصص للإنجاز، وبعضها مرتبط بالفرد وخصائصه الشخصية أو الصحية.

إذ يرى **French (1984)** أن الضغط المهني ينتج عن فقدان الإنسجام بين قدرات الفرد ومتطلبات مهمته من جهة، ومن جهة أخرى عدم الإنسجام بين حاجات الفرد وبين ما يحققه له المحيط ، وبصيغة أخرى الضغط المهني حسب هذا النموذج تجسيد لنقص التوافق بين الفرد و محيطه، وينتج عن ذلك مشاكل فيزيولوجية ونفسية وتنظيمية عديدة. **(Fontaine et al :1996)**

3-5 نموذج الضغوط المهنية ماكجراث:

يمثل هذا النموذج **McGrath (1976)** الذي يرى أنه يتم إدراك الموقف من قبل الفرد كما هو الحال في نموذج ميتشيغان غير أن النقطة التي يؤكد عليها هذا النموذج هي تقييم الموقف في عملية الإدراك مقارنة بالنموذج الإجتماعي البيئي لدراسة الضغط.

هذا التقييم من قبل الفرد للموقف قد يؤدي به إلى القيام باستجابة محددة تجاه هذا الموقف؛ فالنموذج الإجتماعي البيئي يركز بدرجة أكبر على أنواع التوترات التي يتعرض لها الفرد نتيجة لضغط العمل أما نموذج الضغوط المهنية المسمى أيضا نموذج عملية إتخاذ القرار يتجاهل هذه التوترات ويرتكز على شرح السلوك الإجتماعي الذي يقوم به الفرد في مقر العمل وخاصة أداء المهمة.

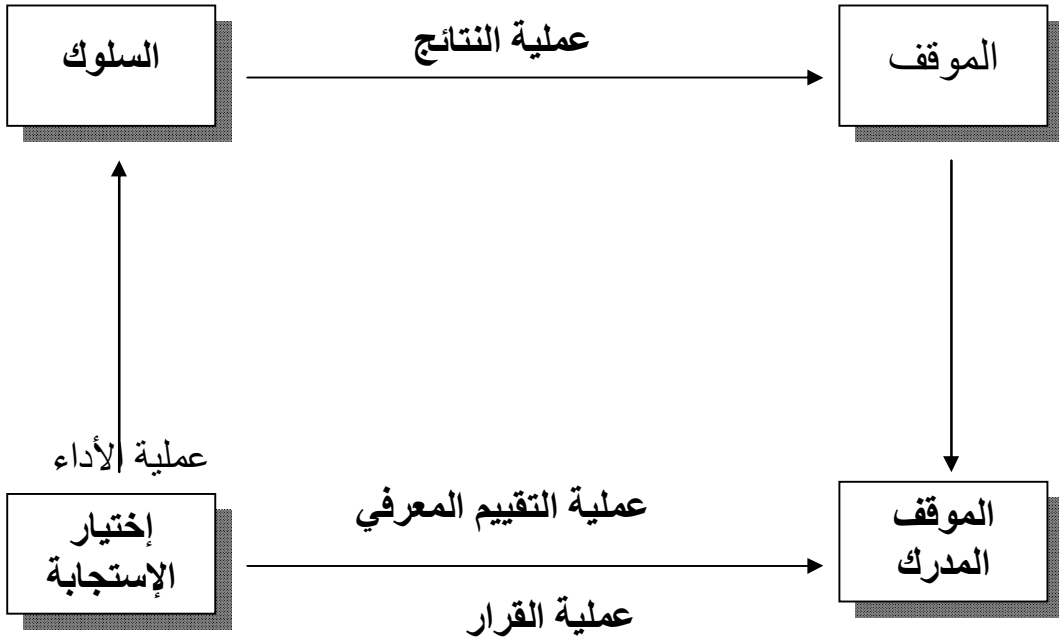
(عبد الرحيم علي المير: 1995)

إذ يعتبر **McGrath(1970)** الضغط كحالة تتسم بأنها ذات طابع وقتي و تتضمن عدم القدرة على الإستجابة الملائمة لمطالب مدركة بتكلفة معقولة وتكون هذه الحالة مصحوبة بتوقع حدوث نتائج سلبية للإستجابة غير الملائمة.(علي حسن: 1998)

فحسب **McGrath** فإن تأثير الأفكار التي يحملها الفرد حول شعوره بالضغط الذي يعده كحالة عدم إتزان بين متطلبات الوضعية التي يعيشها وبين إمكانياته للإستجابة في أوضاع يكون عدم الإستجابة فيها ذو عواقب مهمة.

و هذا ما سيوضحه الشكل رقم (8) الذي يتناول نموذج ماكجراث الخاص بإختيار إستجابة للضغوط المهنية:

نموذج ماكجراث
إختيار إستجابة للضغط



الشكل رقم (8) : نموذج ماكجراث الخاص بإختيار إستجابة للضغوط المهنية

(Ma rtin et al : 1994)

5-4- نموذج عدم التأكد :

يمثل هذا النموذج كلا من الباحثين **Beehr et Bhagat (1984)**؛ وتم إستعمال مصطلح التأكد في مجال علم النفس الصناعي و التنظيمي وفي نظريات التنظيم مما جعل منه مفهوماً أو كمتغير لدراسة ضغط المهني.

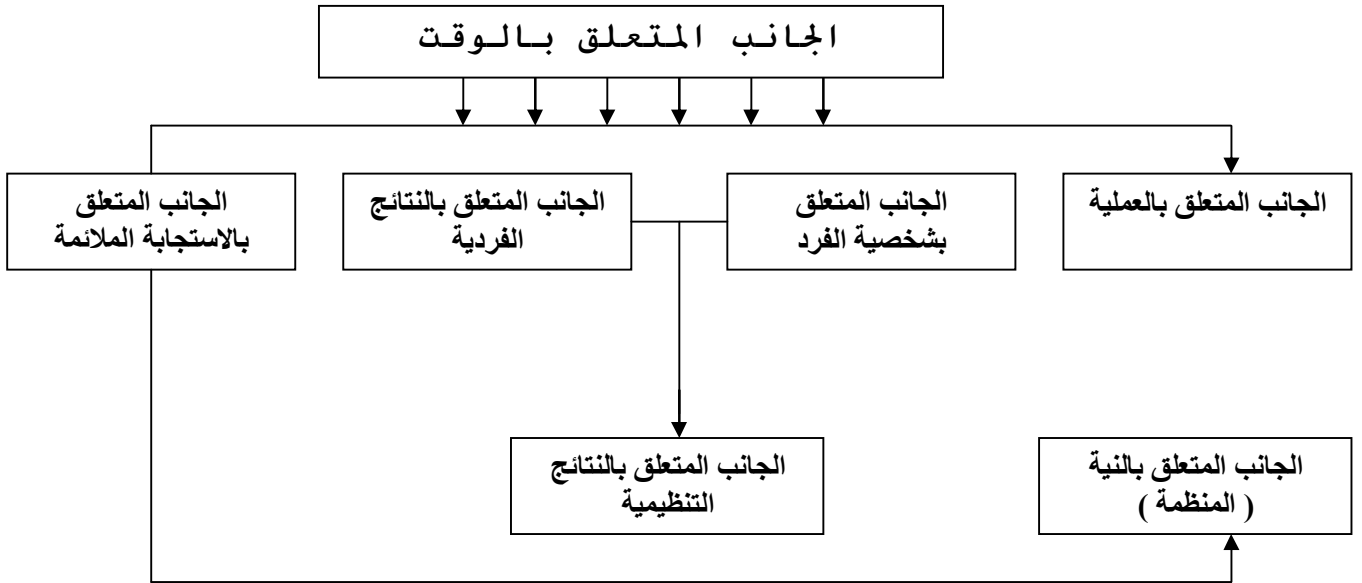
إن عدم التأكد يرتبط بقدرة الفرد في المنظمة على تحقيق أهدافها، أي يحدث الضغط للأفراد بسبب أهدافا يريدون تحقيقها وإنجازها، و أي شيء يعرقل تحقيقها قد يعد سببا من أسباب حدوث الضغط لدى الفرد في العمل، لهذا فإن هذا النموذج، و الذي هو مستمد من نظرية التوقع والدوافع، يفسر ضغط العمل على أساس الطريقة التي يمكن بها تحقيق الأهداف. (هيجان عبد الرحمن : 1993)

إن نموذج عدم التأكد يتفق كثيرا مع نموذج الضغوط المهنية والذي سبق ذكره في نقطة تقييم الموقف ثم القيام بسلوك ملائم؛ على أن نموذج عدم التأكد يختلف عن نموذج الضغوط المهنية في كونه يؤكد على أن الأفراد يميلون إلى المبادرة في سلوكياتهم، كإستجابة للمواقف الضاغطة بدلا من أن تكون إستجاباتهم مجرد ردود أفعال. (هيجان عبد الرحمن : 1993)

5-5- نموذج ضغوط العمل:

اقترح Beehr et Newman (1987) نموذجاً يعتبر أدق وأشمل من غيره، إذ يفترض أن الضغط المهني ينشأ نتيجة تفاعل بين مصدرين رئيسيين، هما الفرد و بيئة العمل، حيث أن التفاعل بين هذين المصدرين في زمن محدد قد يؤدي إلى أن تترك هذه الضغوط أثارها على الفرد وبيئة عمله، مما يدفع بكليهما إلى تبني الإستجابة الملائمة للضغط.

قد تم التركيز في هذا النموذج على العناصر الجوهرية للضغط المهني كما تم تبيان العلاقة بين مسببات الضغط المهني والجانب البيئي كما يستدل عليه الشكل رقم (9):



الشكل رقم (9): نموذج توضيحي للضغط المهني لبهر و نيومان

(Beehr: 1995)

5-6- نموذج Simon Moors :

قدم الباحث **Simon Moors** من المعهد البلجيكي للبحث حول ظروف العمل سنة 1994 نموذجاً لتفسير ضغوط العمل يرتكز على بعدين هما:

- متطلبات العمل مثل قيود الانتاج، قيود الوقت...إلخ
- المؤهلات التي يتمتع بها الفرد مثل القدرات الفكرية و الجسدية و الخبرات...إلخ.

بحيث أنه عندما يشعر الفرد بأن المؤهلات التي يمتلكها لا تغطي متطلبات العمل وأنها غير كافية للقيام بالمهام المسندة إليه، ففي هذه الحالة يشعر الفرد بأن مكانته في المؤسسة مهددة إما بالطرد أو فقدان الثقة والتقدير والاحترام من طرف الرئيس والزملاء وهو يولد فيه شعوراً بالضغط.

وتجدر الإشارة إلى أن نموذج **Simon Moors** يعتبر أن متطلبات العمل ومؤهلات الفرد تتغير عبر الزمن، حيث أن الفرد يمكن أن ينتقل من حالة عدم التوازن بين متطلبات العمل ومؤهلاته إلى حالة التوازن حينما لا تتجاوز متطلبات العمل مؤهلاته.

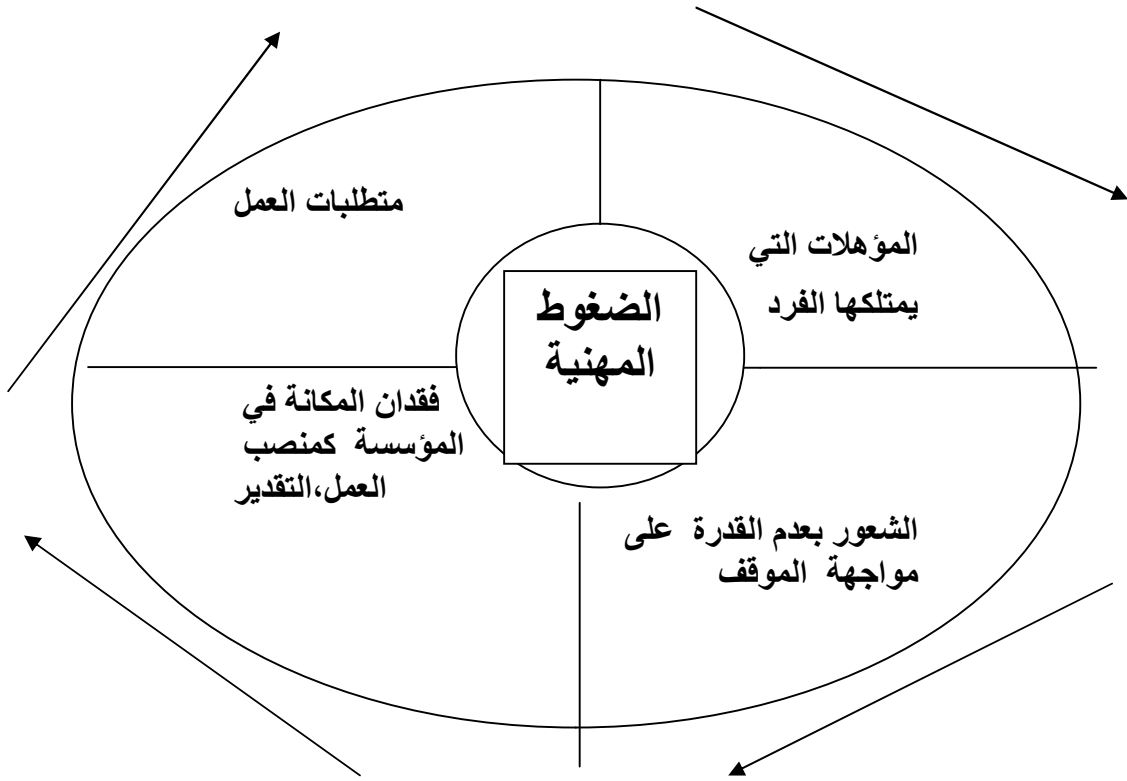
إذ تنشأ ضغوط العمل بتوفر شرطين أساسيين هما:

1- أن يكون الفرد في وضعية لاتوازن، أي أن المؤهلات التي يمتلكها لا تغطي متطلبات العمل.

2- أن يشعر الفرد بأن وضعية اللاتوازن التي يكون فيها تهدد مكانته داخل المؤسسة.

(شفيق شاطر: 2010)

و الشكل الموالي يوضح نموذج Simon Moors في تفسير ضغوط العمل:



الشكل رقم (10) : نموذج Simon Moors في تفسير ضغوط العمل
(شفيق شاطر: 2010)

5-7- الضغط كتفاعل بين الفرد ومحيطه:

هذا النوع من التصور أتى به Lazarus et Folkman 1984 فهما يعتبران بأن "الضغط هو تفاعل بين الفرد والمحيط والذي عن طريقه يقيم الفرد الموقف كمضرب لقدراته وباستطاعته وضع ذاته في خطر" فإدراك الموقف والمعنى الذي يعطيه الفرد (خطر، فقدان...) هو الذي يجعل الموقف ضاغط أم لا. فحسب هذا التصور يجب تمييز الخصوصيات الموضوعية للمحيط (الضغوط) من خصوصيات المحيط المدركة كمهددة للفرد (ضغط مدرك) في الحقيقة اذا كان الضغط هو استجابة الفرد لتغير المحيط حسب تصور selye فلقد لوحظ بأن هذه الاستجابة ليست هي نفسها لجميع الأفراد. ففي الوقت الذي يتأثر بعض الأفراد ببعض الحوادث (مرض، حادث، بطالة....) لا يكثر البعض الآخر لهذا البتة. ذلك ما دفع الى الاهتمام بالعوامل الفردية التي تجعل الفرد يستسلم أمام ضغوط العمل.

و حسب Lazarus & Folkman (1984) فإن ظاهرة الضغط تحدث عبر خمس مراحل أساسية كالتالي: مرحلة الحدث الضاغط، مرحلة التقييم الأولي، مرحلة التقييم الثانوي، مرحلة المواجهة، مرحلة نتائج المواجهة.

من خلال دراسة النماذج المفسرة لضغوط العمل يتبين لنا إختلاف وجهات نظر أصحابها و تفسيراتهم للضغوط، ويرجع ذلك إلى إختلاف البعد الذي بني عليه تحليلهم من جهة، ومن جهة أخرى إلى عدم وجود تعريف واحد متفق عليه لضغوط العمل يكون منطلق تفسيرها. و بالرغم من وجود هذا الاختلاف إلا أنه يمكن القول بأن كل النماذج خلصت إلى نتيجة واحدة تتمثل في أن ضغوط العمل تنشأ أساسا لما يواجهه الفرد من مواقف تحول بينه و بين تحقيق أهدافه الشخصية أو التنظيمية.

6- أعراض الضغط النفسي - المهني :

يمثل الضغط نوع من التأثير النفسي أو المادي على الفرد في موقف يجعله في حالة عدم توازن نفسي أو إنفعالي أو فيزيولوجي أو معرفي أو أدائي أو إجتماعي ومع إستمرار مسببات الضغط تظهر أعراض على مستويات عديدة. و فيما يلي عرض لأبرز أعراض الضغط :

6-1- الأعراض الجسدية : و هي تشمل الأعراض التالية:

- التعرق المفرط.
- التوتر الشديد.
- الإرهاق المفاجئ.
- الصداع بأنواعه.
- ألم في العضلات خصوصا الرقبة و الكتف.
- عدم إنتظام النوم (النوم الزائد ، الحاجة إلى النوم) .
- الإمساك أو الإسهال.
- آلام المعدة و عسر الهضم.
- آلام الظهر.
- القرحة.
- ضيق تنفسي.
- التغيير في الشهية.
- عدم إنتظام ضربات القلب.
- آلام المفاصل.
- الإحساس بالبرودة أو الحرارة.
- إصطكاك الأسنان.
- الآلام الجبهية.

6-2- الأعراض النفسية : تشمل الأعراض الآتية :

- إحساسات بالضيق و الكآبة.
- سرعة الإنفعال.
- تقلب المزاج.
- فقدان الإهتمام.
- فرط التهيج.
- سرعة الغضب.
- الرغبة في البكاء.
- عدم الرضى في الحياة.
- إنخفاض يقدير الذات.
- الإحباط و إنشغال البال.
- الشعور بالتوتر و القلق و اليأس.
- الشعور بالملل و نقص الدافعية. (علي عسكر : 2000)

6-3- الأعراض المعرفية : و تتمثل في الأعراض الموائية :

- النسيان.
- صعوبة التركيز.
- صعوبة إتخاذ القرارات.
- إضطراب التفكير.
- ضعف الذاكرة أو صعوبة إسترجاع الأحداث.
- التفكير السلبي تجاه العمل و إنخفاض الدافعية المهنية.
- إقتناع شخصي بعدم التحكم في ظروف العمل.

6-4- الأعراض العلائقية : تتجلى فيما يلي:

- عدم الثقة بالآخرين.
- توتر العلاقات مع الآخرين.

- عدم التعاطف مع مشكلات و حاجات الآخرين.
- لوم الآخرين.
- نسيان المواعيد أو إلغاؤها قبل موعدها المحدد.
- السخرية و التهكم من الآخرين.
- برودة التفاعل مع الآخرين و صعوبات في الإتصال. (Braham1994)

6-5- الأعراض السلوكية : تتضمن ما يلي:

- إرتجالية التصرف.
- التلعثم في الحديث.
- صعوبة الجلوس لفترة من الزمن مع كثرة التحرك.
- التهجم اللفظي الغير اللائق.
- الإنسحابية.
- زيادة في التدخين أو البدء بالتدخين.
- زيادة تعاطي الكحول أو الإدمان.
- إفراط في تناول الأدوية المسكنة أو المنبهة.
- اللجوء إلى النوم كوسيلة للهروب.
- تكرار زيارة الطبيب لشكاوي طححية متفرقة وغير محددة.
- عدم الميل إلى بدل مجهود جسدي.
- كثرة الغياب عن العمل.

و قد لا تظهر أعراض الضغط الخاصة بالعمل كلها دفعة واحدة في وقت واحد ولا عند جميع الأفراد، بل هناك أعراض تظهر عند الفرد الواحد الذي يعمل في ظروف محيطية تنظيمية مماثلة لفرد آخر لا تظهر لديه أعراض ضغط العمل نظرا لوجود الفروق الفردية وخاصة كيفية إدراك الفرد للضغط وكيفية إستجابته له، إذ لكل فرد إمكانياته وقدرته الخاصة ومن تم إدراكه المميز للمواقف الحياتية والمهنية ككل. (طه فرج عبد العظيم: 2006)

7- مراحل حدوث الضغط النفسي :

لقد تعددت وجهات نظر العلماء و الباحثين حول مراحل حدوث الضغط النفسي تبعا لإختلاف إنتماءاتهم الفكرية و النظرية ووجهة نظر كل منهم لمفهوم الضغط النفسي. وفيما يلي سوف نتطرق إلى مراحل الضغط النفسي حسب وجهة نظر الباحث **Selye** (1956) Hans الذي إفتتح مفهوم أعراض التكيف العامة (General adaptation syndrome – GAS) مبينا بأن ردود الفعل إزاء الضغط النفسي تمر بثلاثة مراحل كالآتي :

- المرحلة الأولى : مرحلة التبيه :

تمثل مرحلة رد الفعل الأولي تجاه ضغوط العمل والتي تتجسد في التفاعلات الجسمية والنفسية الداخلية والتي يترتب عنها توتر الأعصاب وإرتفاع ضغط الدم وإزدياد معدل التنفس ويحدث الشد العضلي. فيكون الجسم في هذه المرحلة في حالة تأهب للدفاع والتكيف مع الحدث الضاغط. وكلما زادت حالة الإجهاد أو الضغط إنتقل الفرد إلى درجة عالية من الشعور بالقلق والتوتر والإرهاق مما يشير إلى مقاومة الفرد للضغط وهي المرحلة الثانية من مراحل ضغوط العمل.

- المرحلة الثانية : مرحلة المقاومة :

تبدأ هذه المرحلة مع تزايد ضغوط العمل وإرتفاع مستوى القلق وعادة ما يترتب على هذه المقاومة عديد من الظواهر السلبية منها إصدار قرارات متعددة وعاجلة و حدوث مصادمات أو نزاعات قوية، وظهور عديد من المواقف والمتغيرات التي تخرج عن السيطرة الفرد والمنظمة بصورة قد تؤدي على إنهيار المقاومة وظهور مجموعة أخرى من المشكلات السلبية ومن ثم تفشل المقاومة ويدخل الفرد في المرحلة الثالثة. (1994)

(Schweitzer & Dantzer :

- المرحلة الثالثة : مرحلة الإنهاك :

تظهر هذه المرحلة مع إنهيار المقاومة وفشل العضوية في التخلص من التهديد، حيث إستنفدت جميع مصادرها الفيزيولوجية خلال محاولاتها للتكيف مع الحدث. ويؤدي إستمرار الإستجابات الدفاعية إلى أمراض التكيف مثل الإضطرابات السيكوسوماتية و الإجهاد الذي يليه الإحتراق. و إذا إستمر الضغط بدون مواجهة فإن ذلك قد يؤدي إلى الوفاة.

و يوضح الشكل رقم (11) تلك المراحل و الأعراض الخاصة بضغط العمل.

* الإقتناع بحتمية التأقلم من إستمرارية المستوى الطبيعي للمقاومة	* التأكد من إستمرارية عوامل ضغوط العمل	* عدم التأكد عوامل ضغوط العمل
* تأقلم الجسم مع عوامل الضغط * إستنزاف الطاقة * التكيف اللاإرادي * أمراض عديدة مرتبطة بالضغط النفسي	* بدء عملية المقاومة عن المستوى الطبيعي * بدء مرحلة التكيف و التعايش	* بدء عملية المقاومة بمعدل متناقض * تزايد المقاومة مع نهاية المرحلة
المرحلة الثالثة (الإنهاك)	المرحلة الثانية (المقاومة)	المرحلة الأولى (الإنذار)

الشكل رقم (11): المراحل الثلاث لزملة التكيف العام عند Selye
(جمعة سيد يوسف: 2004)

و من وجهة نظر كل من **Fontaine & Salah (1992)** فإن الضغط النفسي يحدث وفقاً لخمس مراحل متتالية كالآتي:

- **المرحلة الأولى: مرحلة الإنذار:**

وتبدأ هذه المرحلة بالإنذار لوجود حدث ضاغط شديد يؤثر على نشاطات الفرد.

- **المرحلة الثانية: مرحلة التقييم:**

في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم طبيعة ومميزات الموقف المثير للضغط تبعاً لخصائصه الفردية، وما يمثله الضغط من خطر أو تهديد أو تحد بحيث تتباين تقييمات الفرد للحدث الضاغط من خلال تضخيمه أو تصغيره.

- **المرحلة الثالثة: مرحلة البحث عن إستراتيجية توافق:**

تتضمن هذه الإستراتيجيات مجموعة معقدة من السيرورات النفسية التي يستعملها الفرد بهدف التخفيف من حدة الضغط النفسي والتعامل مع الموقف عن طريق البحث عن المعلومات والتجنب مثلاً.

- **المرحلة الرابعة: مرحلة إستجابات الضغط :**

تظهر إستجابات الضغط على المستوى الفيزيولوجي من خلال فرط الإفراز المعدي وتسارع ضربات القلب إستتارة الجهاز العصبي وغيرها من الإستجابات الفيزيولوجية. بالإضافة إلى ظهور إستجابات حركية كفرط النشأة الحركي والعصبية والتهيج. كما تبرز الإستجابات المعرفية من شكاوي وإحساس بالضيق والعجز إضطراب التفكير. وتعد هذه الإستجابات كمؤشر لظهور القلق والحزن والآلام الجسدية والصعوبات المهنية والعلائقية.

- **المرحلة الخامسة: إستجابات الضغط على الصحة:**

يعتبر الضغط المزمن عامل خطر و مفجر لظهور اضطرابات جسدية وإختلالات صحية تظهر في شكل إضطرابات القلب، إضطرابات معدية، إضطرابات عصبية، إضطرابات تنفسية... إلخ. إضافة إلى ظهور الإضطرابات النفسية المختلفة من قلق

و توتر و إكتئاب... إلخ. (Salah & Fontaine:1992)

و حسب Lazarus & Folkman (1984) فإن ظاهرة الضغط تحدث عبر خمس مراحل أساسية كالتالي:

- المرحلة الأولى: مرحلة الحدث الضاغط:

يواجه الإنسان في حياته اليومية مواقف أو أحداث ضاغطة تتطلب جهداً من أجل مواجهتها والتغلب عليها، وقد تتطوي عن هذه المواقف والأحداث الضاغطة صعوبات صحية إذا لم يتم مواجهتها بشكل مناسب.

- المرحلة الثانية: مرحلة التقييم الأولى:

يقوم الفرد في هذه المرحلة بمحاولة التعرف على الحدث الضاغط و تحديد مستوى التهديد الذي يحمله تجاه الفرد، ويتم تفسير الحدث على أنه إيجابي أو سلبي من خلال توظيف الفرد لخبراته الشخصية وأسلوبه المعرفي.

- المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم الثانوي:

تتضمن عملية التقييم الثانوي إجراء تقييم للإمكانات و المصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث الضاغط، وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى والتهديد التحدي الذي ينشأ عن الحدث.

- المرحلة الرابعة: مرحلة المواجهة:

يلجأ الفرد في هذه المرحلة إلى إستعمال إستراتيجيات معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط وفقاً لإستراتيجيات ذات طبيعة إنفعالية أو سلوكية.

- المرحلة الخامسة: مرحلة نتائج المواجهة:

يتحدد في هذه المرحلة مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الإنفعالي المعرفي والفيزيولوجي والسلوكي، و تتوقف إستجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في إستعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليه.

(Lazarus & Folkman:1984)

8- مصادر ضغوط بيئة العمل :

تعد مصادر ضغوط العمل عديدة يرجع بعضها إلى المصادر التنظيمية وطبيعة العمل، ويتمثل ذلك في متطلبات العمل الزائدة التي تجعل الفرد غير قادر على القيام بأعباء العمل أو متطلبات وغموض الدور وعبء الدور وصراع الدور وعدم الإستقرار الوظيفي ودم الترقى المهني والإحباط الوظيفي وظروف العمل السيئة وتوتر العلاقات في العمل الإختلاف المهني وتعدد المسؤولية وعدم وضوحها، والمستقبل الوظيفي والإفتقار إلى المشاركة في إتخاذ القرارات وعدم وضوح الأهداف في البيئة العمل وغياب المساندة الإجتماعية. (Schweitzer : 2002)

وقد ترجع ضغوط العمل إلى خصائص ونمط شخصية الفرد العامل وقدرته وإمكاناته على القيام بعمله وتحقيق التوافق المهني، وكذلك أحداث الحياة التي يتعرض لها والمشكلات الأسرية التي يعانيتها.

كما ترتبط مصادر الضغط بالبيئة المادية للعمل و يتمثل ذلك في عوامل الإضاءة درجة الحرارة والضوضاء، وتلوث الهواء والمخاطر التي قد يتعرض لها الفرد العامل و تؤثر على أمنه و سلامته، ومدى صلاحية المباني وتجهيزاتها المختلفة لراحة العاملين، وغيرها من المسببات المادية لضغوط العمل. وفيما يلي نستعرض بشكل مفصل مجموعة من مصادر ضغوط العمل كالآتي:

8-1- علاقات و خصائص الدور :

لكل فرد داخل المنظمة دور معين يتم تحديده من خلال توقعات الآخرين كالرؤساء المرؤوسين والرفاق، وقد يشكا هذا الدور مصدرا رئيسيا لضغط العمل لدى الفرد. فالدور عبارة عن توقعات معينة يتوقعها الرؤساء والرفاق والمرؤوسين من الفرد يحكم مركزه الوظيفي، وهذا الدور لا يتم تحديده على أساس شخصي وإنما تتعلق التوقعات بتصرفات سلوكية مرتبطة بالوظيفة.

و عموما يواجه الأفراد نوعين رئيسيين من ضغوط الدور في العمل و هما: صراع الدور الناجم عن تعارض التوقعات المرتبطة بالمهام الوظيفية أو بنتيجة تعرض الفرد لمطالب ملحة من مجموعة مختلفة من العمل، هذا إلى جانب غموض الدور الذي يحدث نتيجة لعدم فهم الأفراد العاملين لما هو متوقع منهم. و قد توجد صعوبة في تحديد أبعاد الدور و بالتالي تنشأ عن علاقات الدور مسببات لضغوط العمل هي:

8-1-1- صراع الدور:

ينتج صراع الدور عن وجود توقعات متعارضة بين متطلبات الدور، فعندها يتعرض الفرد لموقف يفرض عليه متطلبات متعارضة فإنه يعاني من صراع الدور، فقد تتطلب وظيفة الفرد العمل لساعات طويلة، و قد يتعارض ذلك مع دوره كزوج.

ويوجد نوعان من صراع الدور: أحدهما ناتج عن إستجابات متناقضة و مختلفة في القرارات والقواعد السائدة في العمل والآخر هو صراع داخل الدور ويحدث عندما يكون للأفراد توقعات مختلفة حول الأدوار. فصراع الدور يدل على التعارض بين الواجبات والممارسات و لمسؤوليات، و الإستجابة لأحدهما تصعب الإستجابة على الآخر. (عبد الرحمن الطيريري : 1993)

و يتخذ هذا الصراع عدة أشكال هي كالآتي:

أ- تعارض أولويات مطالب العمل:

في كثير من الأحيان يجد بعض الموظفين أنفسهم وخاصة موظفي الإدارة الوسطى في مأزق نتيجة حاجتهم إلى إنجاز الأعمال التي تملئها عليهم أدوارهم اليومية الأعمال التي يكلفهم بها رؤسائهم، ويتوقعون لها الإنجاز الفوري، وكذلك فإن المديرين قد يجدون أنفسهم في موضع محرج نتيجة لتعارض مطالب الإدارة العليا مع مطالب

الإدارة الإشرافية أو التنفيذية. (Baron et Greenberg : 1990)

ب- تعارض حاجات الفرد مع متطلبات المنظمة :

يحدث التعارض بين حاجات الفرد ومتطلبات المنظمة حينما يكون الفرد ذا شخصية ناضجة و يسعى لتحقيق الذات والإستقلال في الوقت نفسه الذي ترى فيه المنظمة أنه

ينبغي على الأفراد الإعتماد عليها من خلال التخصص الدقيق في العمل ووحدات التحكم و السيطرة، وتطبيق الصيغ والإجراءات الرسمية بدقة في معاملاتها في الوقت الذي يفصل الفرد فيه إتباع صيغ غير رسمية في العمل.

(طه فرج عبد العظيم : 2006)

ج- تعارض مطالب الزملاء مع تعليمات المنظمة :

يحدث هذا الموقف بالنسبة للموظف الجديد الذي قد يجد نفسه حائرا بين الإلتزام بتعليمات وتوجيهات الإدارة التي يعمل بها والتي تتطلب منه الإلتزام الدقيق بمهامه ومسؤولياته الموضحة في الوصف الوظيفي لعمله، و بين تنفيذ رغبات الزملاء في تقديم المساعدة لقسم آخر والتي تعني الخروج عن مهامه وواجباته، ومثل هذه المشكلة تحدث دوما في بيئات العمل، إذ أن الموظفين القدامى غالبا ما يقومون بأداء كثير من الأعمال التي لا تتطلبها وظيفتهم في التنظيم الإداري إلا أنهم يعتبرونهم نوعا من المساعدة بين الأفراد في العمل، في حين أن الموظف الجديد قد يشعر بالخوف و التردد في أداء هذه الأعمال، ولاسيما إذا كانت تتعارض مع توجيهات رئيسه المباشر. (جعفر أبو القاسم : 1992)

د- التعارض بين قيم الفرد و قيم المنظمة :

يعتبر تعارض القيم مشكلة عند وجود تعارض بين الفرد مع قيم المنظمات و بالتالي عن تحقيق أهدافها التي تسعى إليها وعلى سبيل المثال: يجد الأفراد العاملين في البنوك صعوبة في القيام بواجباتهم في البنك في الوقت الذي لديهم قناعة تامة بأن العمل في البنك غير جائز بسبب أنه يقوم على المعاملات الربوية المحرمة. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

8-1-2- غموض الدور و تعدده :

يقصد بغموض الدور نقص المعلومات اللازمة التي يحتاجها الأفراد في أداء دورهم في المنظمة أو جهلهم بالمهام التي يفترض أن يقوموا بها أو بحدود صلاحيتهم وسلطاتهم ومسؤوليتهم، أو قلة المعلومات الخاصة بأهداف وقواعد وسياسات المؤسسة التي يعملون بها مما يجعلهم غير قادرين على الإندماج في العمل، وبالتالي الشعور بالضغط خوفا من إرتكاب أخطاء تعرضهم للمساءلة، وهكذا ينتج غموض الدور عن

عدم وجود معلومات أو معرفة غير كافية لأداء العمل، و ربما يرجع هذا الغموض إلى التدريب غير الكافي والإتصالات الضعيفة. (هيجان عبد الرحمن : 1998)

وعدم فهم الفرد لما هو متوقع منه أو إختلاف تصور الفرد لما هو متوقع أن يفعله عدم قدرته على فهم عملية تقويم أدائه، ويعني غموض الدور عند الدور عند الممرض، عدم وضوح الرؤيا للممرض بمسؤولياته و واجباته وحقوقه وكيفية الحصول عليها. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

و تؤكد دراسات عديدة من بينها دراسة **Beehr (1995)** إلى أن الضغط الناتج عن غموض الدور ينشأ عند إفتقاد الموظف (الممرض) للتغذية الرجعية **back Feed** والتي تبين له نتائج أدائه وما يترتب عليها، أو عندما تتركز التغذية الرجعية على السلبيات و الأخطاء دون الإشارة إلى الإيجابيات. (**Beehr : 1995**)

و عموما يمكن إرجاع مصادر العمل المرتبطة بغموض الدور إلى أربعة أسباب رئيسية هي:

- 1- نقص المعلومات الواردة من الرئيس المشرف للموظف عن الدور المطلوب للعمل.
- 2- تقديم معلومات غير دقيقة من الرئيس أو الرفاق للموظف.
- 3- عدم توضيح الرئيس المشرف للموظف أو أسلوب الأداء الذين يتم عن طريقهما دوره المتوقع منه ليقوم بتنفيذه.
- 4- غموض النتائج المترتبة عن الدور المتوقع عن الموظف مما يؤدي إلى فشله في تحقيق أهداف الدور أو تجاوزها.

8-1-3- عبء الدور :

و يتمثل هذا العبء في الزيادة أو النقصان، فزيادة العبء الدور تعني قام الفرد بمهام لا يستطيع إنجازها في الوقت المتاح، أو أن هذه المهام تتطلب مهارات عالية لا يملكها الفرد، و تنقسم زيادة عبء الدور إلى نوعين:

- **عبء كمي:** يحدث عندما يسند إلى الفرد مهام كثيرة يجب عليه إنجازها في وقت غير كاف، لاسيما إذا كانت هناك مواعيد مسبقة لإنجاز الأعمال، ومثال ذلك أن يكون للممرض كثير من الأعمال التي تتطلب منه الإنجاز في الوقت محدد.

(لطفي راشد: 1992)

- **عبء نوعي أو كيفي:** يحدث عندما يشعر الفرد بأن المهارات المطلوبة لإنجاز مستوى أداء و عمل معين اكبر من قدراته، أي أن الفرد يفتقد إلى القدرة اللازمة لأداء العمل بكفاءة. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

أما إنخفاض عبء العمل فيقصد به أن الفرد لديه عمل قليل أو أن عمله غير كاف لاستيعاب طاقته و قدراته و إهتماماته، فالعامل الذي يستخدم قدرة واحدة من قدراته يكون عرضة للشعور بالملل والرتابة، و بالتالي يفتقر الفرد إلى الشعور بالأهمية أو التحدي أو الإثارة في عمله، كما يؤدي إنخفاض عبء الدور إلى إنخفاض شعور الفرد بتقدير ذاته و زيادة الشكوى الوصيبة و الغياب والعزلة.

8-1-4- عبء العمل: يأخذ عبء العمل صورتين أساسيتين هما:

- **زيادة عبء العمل:** و يحدث عندما تزيد التوقعات و المطالب الخاصة بالوظيفة عن قدرة الفرد، و تعتبر زيادة كمية العمل أحد المؤشرات في الضغوط المهنية، حيث تتمثل في زيادة المهام المطلوب إنجازها أو تعددها في وقت قصير أو عدم تناسب قدرة الفرد مع المهام و عدم تناسب مؤهلاته مع طبيعة العمل. وكل ذلك يؤدي إلى نشأة بعض الضغوط التي تؤثر على الأداء.

- **إنخفاض عبء العمل:** حيث يتطلب في هذه الحالة مستوى منخفض جدا من المهارة نتيجة البطء في سرعة العمل و صغر حجم العمل، وهو ما يطلق عليه البعض تفاهة العمل. (Caplan & Jones : 1975)

8-1-5- طبيعة الوظيفة :

تعد الوظيفة مصدرا من مصادر الضغوط في العمل، وذلك لما تتصف به هذه الوظيفة من صفات تميزها عن غيرها من الوظائف الأخرى، سواء أكان ذلك متعلق بالفئة التي تصنف منها هذه الوظيفة أو المكانة التي تتيحها لشاغلها، ويعد الإختلاف بين الأهمية والمكانة الحيوية سببا رئيسيا من أسباب الضغوط لدى الأفراد في العمل. (علي عسكر : 2003)

و يشير Davidson(2001) إلى أن إهتمامات المهنية تعتبر مصدر للضغط تشمل على عدم الأمن الوظيفي ونقص فرص التنمية للترقى الوظيفي والانتقال المفاجئ من مكان العمل. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

8-1-6- العلاقات الشخصية في العمل :

تؤدي العلاقات الشخصية بين الفرد ورفاقه في العمل إلى ضغوط نفسية وإجتماعية في حالة فقدان الثقة و الإحترام المتبادل بينهم و بينه، و قد تمثل العلاقات البيئشخصية مصدرا للضغوط عندما يقع على الفرد ضغوط من الجماعة التي يعمل معها، و ينجم عنها صراعات بينهم، وتشتمل العلاقات في العمل مصدرا رئيسيا للضغوط إذا كانت تسودها الخلافات والصراعات و التنافس، أو نقص التعاون أو عدم كفاية الدعم الإجتماعي بين الأفراد، أو إذا كانت طبيعة العمل تفوق إمكانية تفاعل الفرد مع رفاقه في العمل. (Repetti : 1993)

8-1-7- العمليات التنظيمية:

تشير العمليات التنظيمية إلى الممارسات الإدارية التي تستهدف توجيه و تنسيق جهود الأفراد نحو تحقيق المنظمة، وفي حالة ممارسة هذه العمليات بشيء من العشوائية والتعسف فإنها تمثل مصدرا من مصادر الضغوط في المستشفى نشير هنا على تلك العمليات المتعلقة بالإشراف والإتصال والنمو الوظيفي وتقويم الأداء وفيما يلي عرض لها:

أ- **طبيعة الإشراف:** يلعب الأسلوب الإشرافي الذي يتعبه المشرفون في قيادتهم للأفراد العاملين دورا هامة في الصورة التي يؤدون بها، فإذا ما كانت نظرة المشرفون إيجابية نحو موظفيهم فإن ذلك يؤدي إلى رفع الروح المعنوية لديهم و رضاهم عن العمل، أما إذا كانت سلبية فإنها تؤدي إلى ضغوط في العمل.

(Koleck et al : 2000)

ب- **تقييم الأداء:** و يقصد به مدى وجود نظام فعال لتقييم أداء العاملين بالمؤسسة (المنظمة) حيث أن عدم وجود معايير منطقية يقتنع بها العاملون من الممكن أن يكون مصدرا من مصادر ضغوط العمل إذا لم يتم وفق أسس عملية تلبي حاجات الفرد والمنظمة في آن واحد، ويؤدي ذلك إلى عدم تأدية العمال لعملهم وفقا لما تقتضيه واجباتهم الوظيفية لأنهم لن يتحصلوا في النهاية على حقههم المناسب من التقدير المادي والأدبي، فيسود اعتقاد أن الجميع سواسية و أن من يعمل بتساوي مع من لا يعمل مما يوجد حالة من الإحباط تجعل هؤلاء العاملين عرضة للعديد من الأمراض النفسية والجسدية. (Schweitzer : 2003)

ج- **المشاركة :** تشير المشاركة إلى المدى الذي يتم فيه الاعتراف بأداء الأفراد العاملين من قبل غدارة المستشفى، حيث يتم إتاحة الفرص لهم للمشاركة في عملية صنع القرار. أما في حالة عدم مشاركة هؤلاء العاملين فيما يتم داخل المستشفى فإنه يؤدي إلى الإحباط والقلق وبالتالي يمثل ذلك ضغط على إدارة المستشفى لكثرة التغيبات والأداء الرديء وعدم الرضا الوظيفي. (Brooks:1999)

د- **المسؤولية:** تشكل المسؤولية مصدرا آخر يرتبط بضغوط الدور التنظيمين ونلمس نوعين من المسؤولية، إحداها موجهة نحو الأفراد والأخرى موجهة نحو الأشياء، وتعتبر المسؤولية في العمل أحد مسببات الضغوط الوظيفية لدى الممرض فأحيانا يكون مسؤولا حتى على حياة مرضاهم ومستقبلهم الصحي. (Schweitzer: 2002)

و- **إِتخاذ القرار** : تعد عملية إِتخاذ القرارات بما تتضمنه من أبعاد متعلقة بالمدير أو الأفراد العاملين سببا من أسباب ضغوط العمل خصوصا إذا ما كانت هذه القرارات قائمة على المركزية الشديدة و عدم مشاركة الموظفين أو نقص المعلومات الضرورية لإِتخاذ القرارات أو الإستعجال أو البطء في عملية إِتخاذ القرار أو نقص المهارات الضرورية و المخاطرة في إِتخاذ القرارات في الوقت المناسب.

هذه كلها تعتبر أمورا مخرطة بعملية إِتخاذ القرارات، ومن ثم مصدرا من مصادر ضغوط العمل الإستشفائي. (عبد الحكم أحمد الخزامي: 1998)

ي- **الإِتصال** : يقصد بالإِتصال السلوك الذي يتعلق بأسلوب نقل المعلومات بين أفراد المنظمة والتي غالبا ما ينظر لها بوصفها مهارة ينبغي توافرها في جميع المديرين ويشكل الإِتصال الواضح المبني على الثقة المتبادلة بين الطرفين عاملا هاما في التخفيف من حدة الضغوط في بيئات العمل مما يترتب عليه من زيادة كفاءة الإِتصال في المؤسسة، وإيجاد جو تعاوني يوثق علاقة الأفراد بمرؤوسيهـم ورفاقهم في العمل، ولكن في حالة إنخفاض هذه الثقة المتبادلة بين المدير والمرضىـن فإنها تؤثر سلبا على كفاءة الإِتصال بينهما والتي بدورها تخلق حالة ضغوط لدى الطرفين.

(محسن أحمد الخضيرى : 1991)

8-1-8- الهيكل و المناخ التنظيمي :

المناخ التنظيمي هو محصلة الظروف و المتغيرات و الأجواء الداخلية للمنظمة كما يعيها أفرادها، وكما يفسرونها عبر عملياتهم الإدراكية لكي يستخلصوا منها مواقفهم وإتجاهاتهم والمسارات التي تحدد سلوكهم و أداءهم ودرجة إنتمائهم وولائهم للمنظمة.

يعتبر الهيكل التنظيمي في المستشفى مصدرا من مصادر الضغوط إذا كان الهيكل السائد البيروقراطي ذو النطاق الإشرافي اللضيـق والذي على مركزية القرار، حيث يعمل هذا الهيكل الجوانب الإنسانية، ويؤدي ذلك بدوره إلى فقد الشعور بالولاء

التنظيمي وفقدان الإثراء الوظيفي وعدم المشاركة في صنع القرارات وعدم إدراك المهارات اللازمة لتحسين كفاءة الخدمات الإستشفائية.

وقد حدد Southerland و Cooper (2000) الضغوط المصاحبة للهيكل والمناخ التنظيمي في طبيعة السياسات والهيكل التنظيمي وثقافة المستشفى ومناخها والقيود السلوكية والقواعد السائدة في المستشفى وعدم الولاء التنظيمي. (2000: Cooper)

8-1-9- بيئة العمل المادية :

يقصد بيئة العمل المادية كل الظروف للعمل كمستوى الإضاءة و درجة الحرارة، التهوية الأمان الوظيفي، والخدمات المساندة، ووسائل الصحة والسلامة من إحتمال التعرض لأية مخاطر(عدوى، إصابة بمرض.....) أو أمراض مهنية، وغيرها من العوامل التي يكون تأثيرها مباشر على المرضى ومستوى أدائهم وحبهم لعملهم أو النفور منه. (محمد نجيب الصبوة : 1997)

فكل عمل يحمل ظروفًا فيزيوتقنية مختلفة تؤثر بالإيجاب أو بالسلب على إتجاهات الأفراد العاملين نحو العمل، و على الرغم من إختلاف تعرض الممرضين لهذه المصادر فإنها تمثل نوعًا من الضغط في البيئة العمل. (Rascle: 2003)

8-1-10- الترقى الوظيفي :

يتطلع كل ممرض على الترقى في السلم الوظيفي لإكتساب خبرات جديدة تشبع طموحاته المادية و المعنوية. إلا أنه برغم من أهمية الترقى الوظيفي فإنه قد يكون سببًا للضغوط خاصة إذا كانت فرصة الترقى محدودة أو عندما يكون نظام الأجر والحوافز فيها أدنى من نظائرها في المؤسسات الأخرى، مما يؤدي على الملل من العمل وعدم الحماس في الإنجاز وضعف الأداء وضعف الولاء للمؤسسة الإستشفائية، أو يجعلهم يبحثون عن عمل آخر يحققون فيه ذواتهم ويكفل لهم مقابل مناسب لما يقدمه من جهد وخدمات.

فلا شك أن إحساس الفرد بأن فرصة ترقيته في مجال عمله ضعيفة أو تحكمها معايير أخرى غير معيار الكفاءة يعد المصادر الهامة لضعف العمل. (Weightman : 1999)

8-1-11- جماعات العمل :

قد تمثل جماعات العمل مصدرا من مصادر الضغوط في عمل الممرضين، و يرجع ذلك لنقص التماسك الجماعي، حيث يفتقد الممرض إلى دعم الجماعة، فقد يؤدي إنكار بعضهم لمجهودات أحد أفراد الجماعة على وجود نوع من الإحباط والقلق والخوف. كما يعد نقص الدعم الاجتماعي حيث يتأثر الأفراد العاملون بشكل كبير بدعم أعضاء الجماعة بحيث تسود روح الجماعة ويغيب الصراع داخل الفرد أو بين الممرض وجماعة العمل، إذ أن الصراع بين أفراد الجماعة نتيجة الرغبة في الحصول على ميزات خاصة يؤدي على التعرض لضغط نفسي. (Buunk et al: 1993)

8-2- المصادر المجتمعية :

توجد العديد من المتغيرات التي تؤثر على الممرض وتسبب الضغوط له، ويتمثل ذلك فيما يلي:

8-2-1 - المتغيرات الاقتصادية: ومن أمثلتها عدم التكافؤ بين راتب الممرض ونفقاته الأسرية والشخصية مما يعرضه إلى تدني المستوى المعيشي وصعوبة التخطيط المالي.

8-2-2 - المتغيرات التكنولوجية: قد تؤدي بعض المتغيرات التكنولوجية إلى تشكيل ضغط في عمل الممرض فنظرا للتطور العلمي والتكنولوجي وتحديث الأجهزة والوسائل و المعدات في المستشفيات، فعلى الممرض مواكبة هذه التطلعات مما قد يتسبب له في ضغوط مهنية.

8-2-3 - المتغيرات الاجتماعية: يمكن أن تسبب بعض المتغيرات الاجتماعية ضغوطا عن التغيرات في القيم و المواقف والعادات. (Schweitzer : 2002)

8-3- مصادر الضغوط المتعلقة بالفرد:

تلعب الخصائص الفردية دورا هاما في تحديد نوعية الإستجابة و ردود الفعل نحو مسببات الضغط و كذا مستوى المعاناة، فالحديث عن مصادر الضغوط المهنية لا يمكن أن يتم بمعزل عن فهم الفرد ذاته و ردود أفعاله تجاه المؤثرات التي يتعرض لها في حياته، سواء أكان ذلك في نطاق العمل أو خارجه. فالتكوين الشخصي للفرد وطبيعة الأحداث التي يتعرض عليها مصدرا هاما لضغوط العمل التي تقع عليه.

(Khan et cooper: 1993)

فالممرضون الذين يعتقدون عدم قدرتهم على التحكم في المطالب الواقعة عليهم في ميدان التمريض، هم الذين يتسمون بالقلق و بالتالي فهم أكثر عرضة للضغط النفسي. (جعفر أبو قاسم أحمد : 1991)

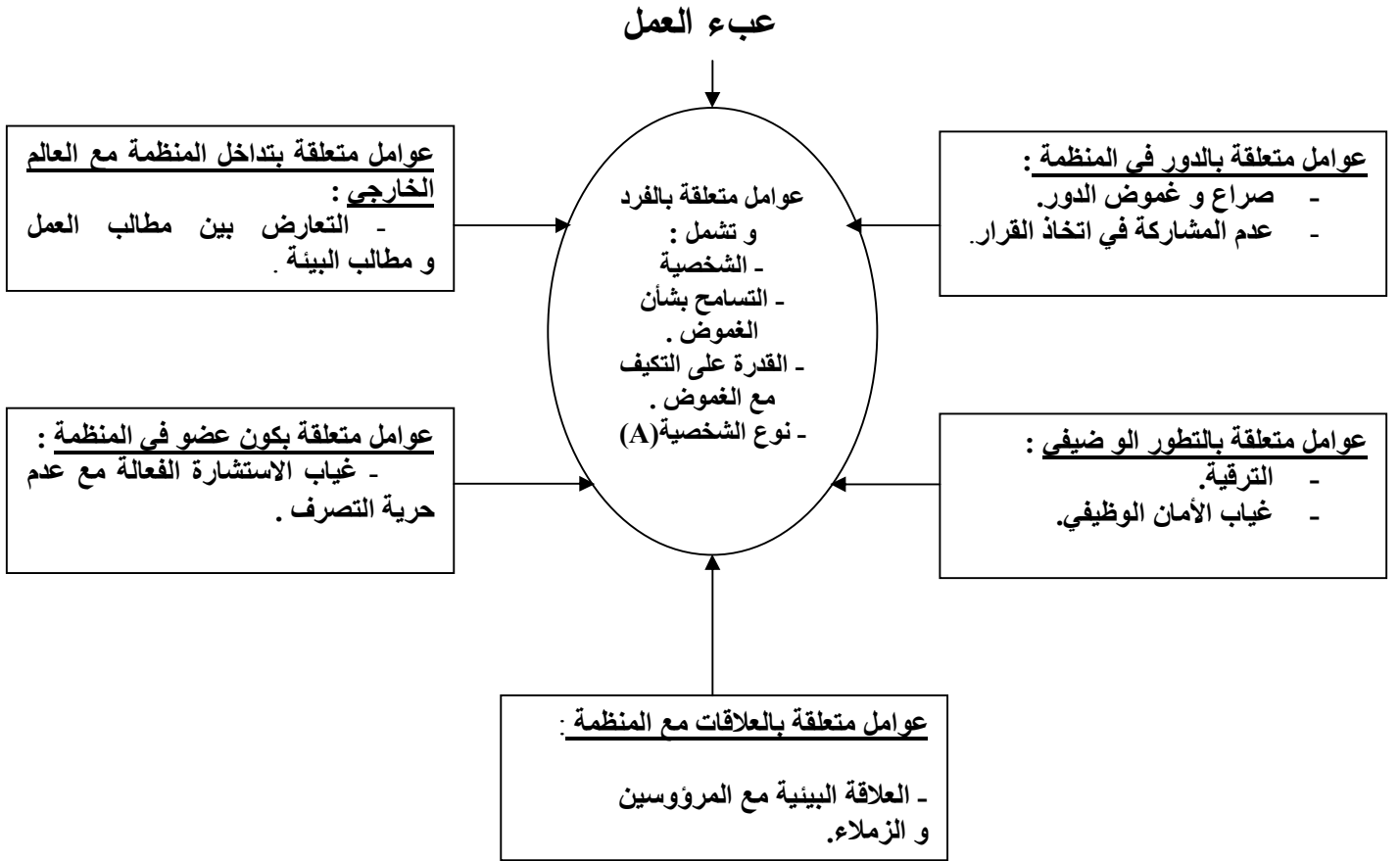
يتضمن الشكل الآتي مختلف مصادر الضغط المهني التي تم التطرق إليها فيما

سبق.

مصادر الضغط المهني

عوامل متعلقة بالعمل ذاته

عبء العمل



شكل رقم (12): مصادر الضغط المهني لدى كوبر

(جمعة سيد يوسف: 2004)

9- الآثار الناتجة عن ضغوط العمل :

لا شك في أن جميع الآثار المترتبة عن ضغط العمل ليست بالضرورة سلبية أو ضارة، بل هناك آثار إيجابية لها قد تدفع الممرض نحو الإنجاز و التفوق و تكوين حافز على العمل وتحقيق أهدافه، وتتمثل الآثار الإيجابية للضغوط في مهنة التمريض في التعاون وتضافر الجهود في تقديم خدمات إستشفائية جيدة إضافة إلى تكاثف الرغبة في العمل وزيادة الدافعية وتعميق الرضا الوظيفي والشعور بالإنجاز وإنخفاض الغياب والتأخير ومعدل دوران العمل والمشاركة في حل المشكلات.

أما فيما يخص الآثار السلبية الناجمة عن ضغوط العمل في مهنة التمريض فهي متعددة، وفيما يلي عرض لبعض الآثار السلبية من خلال ظهورها على المستويات التالية:

9-1-1- على مستوى العمل : تتمثل مجموعة الآثار السلبية الناشئة عن العمل في جوانب مختلفة هي:

9-1-1- الغياب والتأخر عن العمل :

حيث تؤدي ضغوط العمل إلى إنخفاض مستوى الولاء ومستوى الروح المعنوية لدى الممرضين وتزداد حالات الغياب والتأخر عن العمل رغبة في الهروب من ضغوط العمل نتيجة لعدم القدرة على التكيف مع بيئة العمل.

9-1-2- الإحجام والتوقف عن العمل :

تترتب عن ضغوط مهنة التمريض تكاليف باهظة على مستوى الفرد و التنظيم، وبالتالي تزداد عملية ضياع الفرص وسوء العلاقات إلى الأفراد مهامهم الوظيفية، وإحجامهم عن العمل.

9-1-3- ترك العمل :

حيث يزداد الإنسحاب من العمل، وقد يلجأ المستشفى إلى التخلص من بعض العناصر غير المفيدة بإتاحة الفرصة لأشخاص آخرين جدد يتسمون بالحيوية والنشاط. غير أن المغالاة في المهنة العملية يكون لها آثار سلبية عن سلوك الممرضين.

9-1-4- التظلمات والشكاوي :

يزداد معدل شكاوي المرضى ومرافقيهم من الخدمات التي يقدمها لهم الممرضون، وذلك حرصاً منهم على ضمان مستوى عالي من الخدمة الإستشفائية.

9-1-5- ضعف الإتصالات :

يؤثر المستوى المرتفع من ضغوط العمل على نمط الإتصال بين أفراد الهيئة الإستشفائية، فكلما إزداد غموض وصراع الدور الذي يؤديه الممرض إزداد معدل ضغوط العمل في المستشفى مما يضعف الإتصال بين مختلف عناصره.

9-1-6- إتخاذ القرارات الخاطئة :

يؤدي إنسداد قنوات الإتصال بين الأفراد العاملين إلى عدم إتخاذ القرارات المرتبطة بالعملية العلاجية داخل المستشفى، فلا شك أن تعرض الفرد للضغوط تجعله في حالة عدم إتزان نفسي، فلا يستطيع أن يجد حلاً لمشكلاته، وبالتالي يتخذ القرارات بصورة غير سلمية مما يعيق أهدافه.

9-1-7- العلاقات السيئة :

يتسبب الجو الغير صحي للضغوط في البيئة العمل إلى توليد عدم الثقة وتوتر العلاقات و ظهور عناصر الكراهية و عدم الإرتياح بين الممرض والمشرف وكذا بين الممرض والمريض.(محمود فتحي عكاشة : 1999)

9-2-2- على مستوى الممرض :

تتعرض التأثيرات السلبية لضغوط عمل الممرض على المؤسسة الإستشفائية حيث تكثر الغيابات ويسود التوتر في العلاقات مما يؤدي إلى تدهور الأداء، كما أن المستشفى الذي لا يراعي حقوق العاملين ولا يعمل على نموهم و تطورهم، ولا يوفر لهم الحوافز والتشجيع فغن ذلك يعرضهم للإضطرابات والإحترق النفسي، ويمكن حمل الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط على مستوى الفرد فيما يلي:

9-2-1- الآثار النفسية :

ترتبط المستويات المرتفعة لضغوط العمل بالغضب والقلق والإكتئاب والعصبية وزيادة الإستثارة والتوتر والملل، والتغير في الحالة المزاجية والحالات الإنفعالية الأخرى وخاصة الملائمة لأداء الوظيفة، وإنخفاض تقدير الذات والعجز عن التركيز وصنع القرار وعدم الإشباع الوظيفي .

9-2-2- الآثار الجسمية (الفيزيولوجية) :

تشمل الآثار الجسمية للضغوط إرتفاع ضغط الدم و إزدياد معدل ضربات القلب و التعرق، الصداع و زيادة معدلات الكولسترول في الدم، وربما يكون المرض الأكثر خطورة والأكثر إرتباط بالضغوط هو مرض الشريان التاجي. كما إرتبطت العديد من المشكلات الصحية بالضغوط مثل القرحة المعدية وآلام الظهر وإضطرابات المعدة والأمعاء وإضطرابات النوم.(أحمد مطيع الشخاخبة 2010)

9-2-3- الآثار السلوكية :

من بين الآثار السلوكية التي تترتب عن إحساس الفرد بتزايد الضغوط عليه، حدوث بعض التغيرات و التحولات في عاداته و أنماط سلوكه المعتادة، مثل تناول الطعام و عادات النوم و غيرها، و عادة ما تكون هذه التغيرات نحو الأسوأ و ذات آثار سلبية ضارة سواء على المدى القصير أو المدى البعيد، كما قد تبرز بعض الآثار

السلوكية السلبية متمثلة في العصبية كالكلام السريع، والوقاحة تجاه الآخرين، وممارسة سلوكيات العدوان والعنف في مكان العمل، وتدهور مستوى الأداء الفرد.

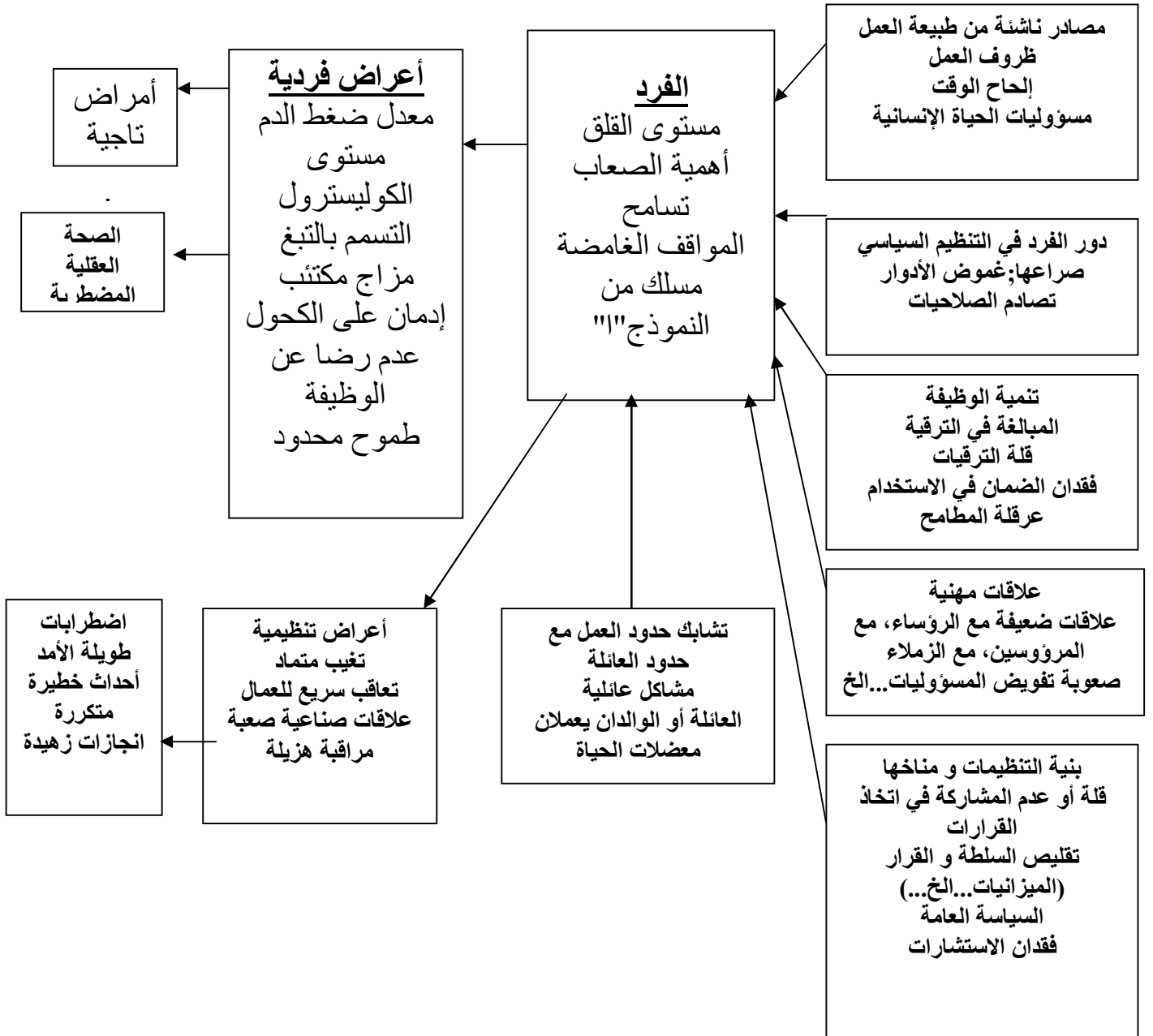
9-2-4- الآثار الاجتماعية (العلائقية) :

تؤثر ضغوط العمل على الجوانب الاجتماعية للفرد كالعلاقات في المنزل والعلاقات في العمل والعلاقات في المجتمع بصفة عامة، ويبدو ذلك واضحا في الصراعات والخلافات الزوجية وما ينتج عنها من تصدع في الكيان الأسري، وطلاق وتوتر في العلاقات الاجتماعية مع الزملاء والمشرفين في محيط العمل ومع الأصدقاء، مما يؤدي إلى العزوف والإنسحاب من الحياة الاجتماعية والشعور بالوحدة النفسية.

9-2-5- الآثار المعرفية :

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد، ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر هذه الآثار على شكل نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة وتدهور الذاكرة وعدم القدرة على إتخاذ القرارات و التقييم المعرفي الصحيح للمواقف وضعف القدرة على حل المشكلات ومعالجة المعلومات، وقد يظهر أيضا إضطراب التفكير حيث يصبح التفكير النمطي الجامد هو السائد لدى الممرض بدلا من التفكير الإبتكاري. (أحمد مطيع الشخانية 2010)

والجدير بالذكر هو أن هذه الآثار لا تظهر جملة بشكل واضح، كما أن ظهورها يختلف من ممرض لآخر، و مما لا شك فيه أن إستمرار تعرض الفرد لفترة طويلة للضغوط مع تكرار حدوثها قد يتسبب في تعرض الممرض إلى الإحترق النفسي كما هو موضح في الشكل رقم (13):

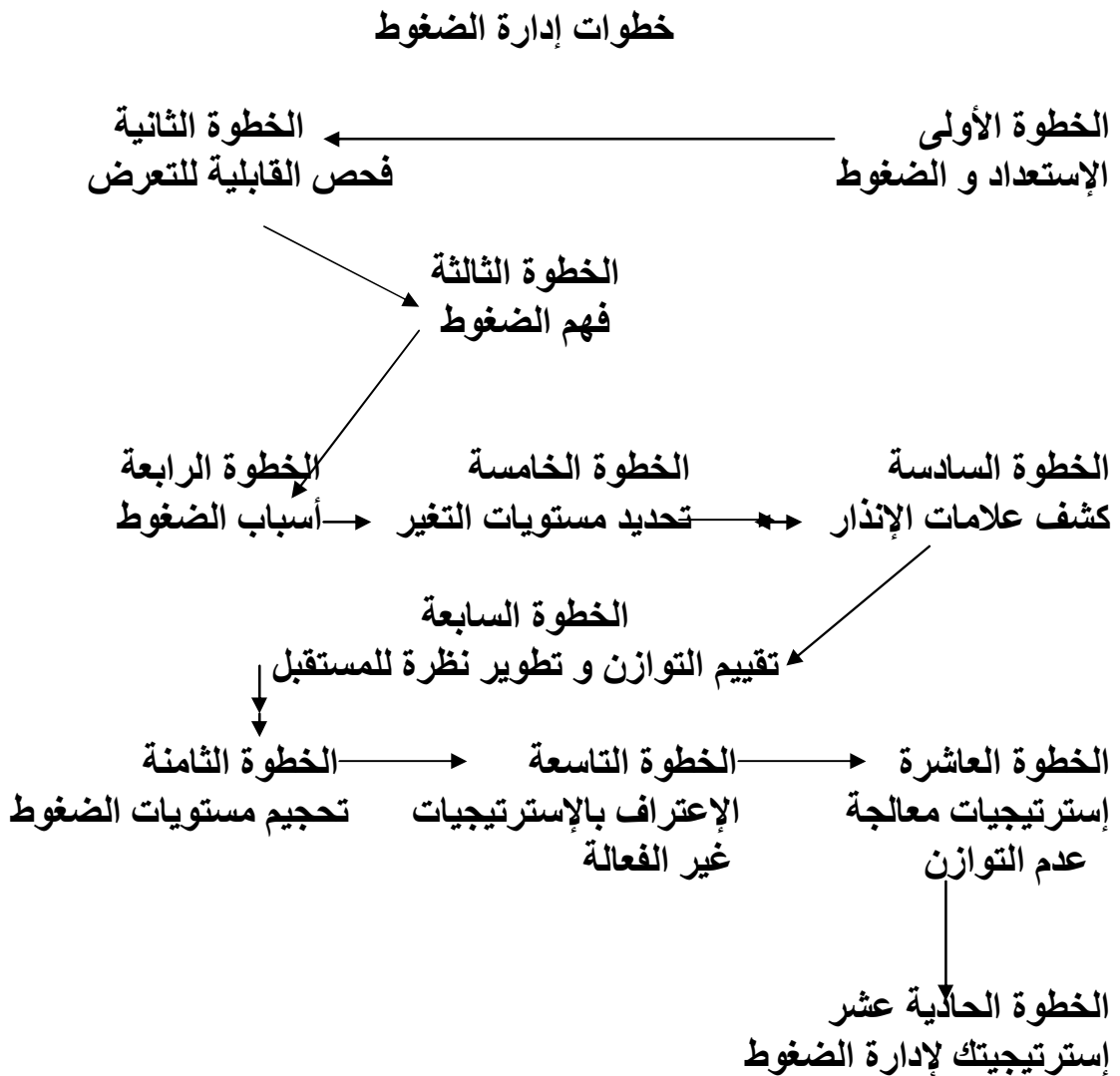


الشكل رقم (13): نموذج الاحتراق النفسي

(جان بنجامان ستورا: 1997)

10- خطوات إدارة الضغوط المهنية :

تشمل إدارة الضغوط المهنية أساليب أو إستراتيجيات أو برامج تقدم بأشكال مختلفة وبوسائل متعددة للأفراد المضغوطين فعلا أو المعرضين للضغوط ، ومن ثم فهي تقتضي أن يتدرب هؤلاء الأفراد على كيفية إستخدامها للتخلص من الآثار السلبية للضغوط. ويخلص الشكل التالي المراحل التي يجب أن تمر بها عملية إدارة الضغوط:



الشكل رقم (14): خطوات إدارة الضغوط
(عبد الستار إبراهيم : 1994)

10-1- الخطوة الأولى : الإستعداد و الضغوط :

يعتمد الإجراء الذي يتخذه الفرد تجاه الموقف الضاغط بشكل جزئي على إستعدادته الشخصية، فقد يقوم بتطوير مستويات مرتفعة من الإثارة في حياته، أو قد يفضل ظروفًا هادئة ومحايدة. فالفرد بحاجة على إستبصار ذاتي جيد لتحديد توازنه وهذه الخطوة هي التي تمد الفرد بالإستبصار المطلوب.

10-2- الخطوة الثانية : فحص التعرض للضغوط :

يعد تطوير أساليب مقاومة الضغوط أمرا مهما، و لكي يكون الفرد قادرا على مقاومة الآثار المتراكمة للضغوط السلبية فهو بحاجة إلى فرصة لتفحص درجة تعرضه للضغط. إذ تتطلب الإدارة الناجحة للضغوط القيام بأشكال من التوافق للأسلوب العام في الحياة. وهناك العديد من العوامل التي تجعل الفرد أقل أو أكثر قابلية للتعرض وهي التي تؤثر على الصحة الجسمية والنفسية، و هي متفاعلة في تأثيرها على الفرد وتشمل: الوجبات الصحية وعدم التدخين أو شرب الخمر، والتمارين الرياضية، والصحة الإنفعالية، والإسترخاء والإستمتاع والتوازن بين مطالب البيت والعمل وفهم الذات وتقبلها.

10-3- الخطوة الثالثة : فهم الضغوط :

يؤدي فهم العوامل السابقة إلى فهم الضغوط، و بإنهاء هذه الخطوة يفهم الفرد ما يحدث لجسمه وعقله عندما يتعرض لمواقف مهددة متزايدة كما أنه يصبح واعيا بالطبيعة التفاعلية بين الذات والبيئة، وأهمية إدراك الموقف في تحديد الإستجابة له.

10-4- الخطوة الرابعة : تشخيص أسباب الضغوط :

تتمثل الخطوة الرابعة في فحص أسباب وعوامل الضغوط المهنية سواء المتعلقة بالفرد أو المنظمة.

10-5- الخطة الخامسة : تحديد مستوى التغيير في الحياة :

الضغوط هي نتيجة علاقة معقدة بين الفرد وبين البيئة التي يعيش فيها و خلل دورة الحياة يواجه الفرد سلسلة من التغييرات قد تكون في بعض الأحيان خارج السيطرة و برغم من ذلك ينبغي التعامل معها و إدارتها، وكلما زاد عدد التغييرات التي ينبغي التعامل معها وإدارتها، وكلما زاد العدد التغييرات التي ينبغي على الفرد مواجهتها كلما كان تعرضه للمعاناة من الضغوط متزايدا.

يعد الهدف من هذه الخطوة الكشف عن العلامات المنذرة بحدوث الضغوط، فإن الفرد يكون قد تخلص من عقبة رئيسية في إدارة الضغوط وترجع أهمية الكشف السريع للضغوط المتزايدة لسببين:

أولهما، خفض احتمال ظهور الآثار المهددة و من ثم إنخفاض تأثيراتها السلبية على الفرد و ثانيهما أن الأفراد يمكنهم الشفاء بشكل أسرع إذا كانت الضغوط التي تعرضوا لها قد إستمرت لفترة قصيرة، لأن الضغوط المزمنة تحتاج لفترة زمنية طويلة حتى يتحقق الشفاء، أو لأنها تترك إصابة واضحة.

10-6- الخطة السابعة : تقييم التوازن و تطوير النظرة للمستقبل :

بعد الإنتهاء من عملية التشخيص في الخطوات السابقة ينبغي على الفرد أن يكون لديه فكرة مناسبة عن العوامل التي تسهم في الضغوط ويحتاج لقضاء بعض الوقت في تأمل ما حصل عليه من بيانات ومعلومات. وماهو موقفه في الوقت الراهن، وماهي إمكاناته ومصادره التي سيستخدمها في مواجهة الضغوط، وعندئذ يصبح من المهم النظر إلى المستقبل و إحتياجات الفرد فيه وهو ما سيساعده على إختيار أكثر الإستراتيجيات ملائمة لإدارة الضغوط. (جمعة سيد يوسف : 2000)

10-7- الخطة الثامنة : تحجيم مستوى الضغوط :

تتطلب الإدارة الناجحة للضغوط تنظيم الإستفادة من الموقف الذي يمر به الفرد، وهذا يعني الحصول على أفضل نتائج ممكنة في مجموعة معينة من الظروف،

يحتاج الفرد إلى مواصلة التوازن بين الإمكانيات و المتطلبات حتى يتمكن من إنجاز هذا الهدف.

10-8- الخطوة التاسعة : الاعتراف بالإستراتيجيات غير الفعالة للمواجهة :

يمثل الإعتراف بهذه الإستراتيجيات الغير فعالة للمواجهة التخلي عنها وبناء الإستراتيجيات الأكثر فعالية وهي الإستراتيجيات الموصوفة في الخطوتين العاشرة والحادية عشرة.

10-9- الخطوة العاشرة : إستراتيجيات معالجة عدم التوازن :

تتمثل هذه الخطوة في إستخدام الإستراتيجيات الفعالة لإستعادة الإتران.

10-10- الخطوة الحادية عشرة : إستراتيجيات إدارة الضغوط :

تصنف أساليب إدارة الضغوط المهنية وفقا لمحورين رئيسيين:

1- إدارة الضغوط على مستوى الفرد في مقابل إدارة الضغوط على مستوى المنظمة (المؤسسة).

2- الأساليب الإرشادية العامة في مقابل الأساليب المتخصصة إدارة الضغوط. و يعد هذان المحوران غير مستقلين تماما بل يمكن الجمع بينهما في تصنيف واحد. (جمعة سيد يوسف : 2000)

وبغرض مواجهة ضغوط العمل قام عديد من الباحثين المختصين في ميدان الضغط المهني بتقديم مقترحات للتخفيف من الضغوط المهنية أمثال: **Kham, 1981 MC** و **Gregor, 1967** واشتملت هذه المقترحات على مراعاة الأمور التالية:

1- ضرورة التقليل من مصادر ضغوط العمل الفيزيائية مثل: الضجيج و الإضاءة الشديدة و الإكتظاظ والتطرق في درجات الحرارة.

2- بذل الجهود اللازمة لتخفيف المفاجآت والغموض في المهام المتوقع إنجازها، وفي معايير تقييم الأداء، لأن معاناة العاملين تقل عندما يدركون ما هو مطلوب منهم، ومستوى الأداء المطلوب .

3- مشاركة العاملين في القرارات المتعلقة بالجوانب التي تؤثر في حياتهم المهنية، فعدد من المؤسسات أعطت العاملين بعض الصلاحيات للتحكم ببعض الجوانب المتعلقة بعملهم، بما في ذلك ساعات العمل، والترتيب الذي يتبعونه في أداء المهام مما يؤدي إلى زيادة الإنتاج، وتدني مستوى الغياب والتباطؤ في إنجاز المهام. كما ان استخدام مجموعة العمل الأولية، وإعتبارها المرجع لإتخاذ القرارات بدلا من الإستناد إلى سلطة مركزة في المؤسسة، يمكن أن يعمل على تخفيف الضغط. (Kham :1981)

4- قد يساهم جعل العمل ممتعا ما أمكن، في تخفيف الضغط، فالعمال الذين كانوا يعملون سابقا في جميع الأشياء، و كانت مهمتهم تجميع الأجزاء الصغيرة من المنتج، ثم تدريبهم ثانية لإداء مهام عدة – أو حتى لتجميع كامل لقطع المنتج. و كان لبرامج التوسع أو الإثراء هذه أثر في زيادة الإنتاجية وتحسينها وتقليل عدم الرضا الوظيفي.

5- تزويد العاملين بالفرص لإنشاء علاقات إجتماعية سليمة أو تطويرها، يمكن أن يعمل على تخفيف الضغط، كما قد يشكل عنصر وقاية من الآثار التي تتجم عنه. (Moos : 1985)

كما أن توفير البيئة الإجتماعية والفرص الترويحية في الإستراحة، ووقت الغذاء، وبعد الإنتهاء من العمل خارج أوقات الدوام، يمكن أن يساهم في تحسين العلاقات الإجتماعية.

و يساعد توفير الإمكانيات وإتساع مدى الفئات التي تشملها الخدمات المقدمة لتصل إلى أسر العاملين بحيث يتمكنون من الإستفادة منها في أوقات ما بعد الدوام. و في العطل الأسبوعية، على التقريب بين المؤسسة و أسر العاملين وذلك بسبب الدور الذي تلعبه المساندة الأسرية في وقاية العاملين من آثار ما يتعرضون له من ضغوط مهنية.

6- مكافأة العاملين على أدائهم الجيد، بدلا من التركيز فقط على عقابهم بسبب رداءة أدائهم، يساهم في رفع الروح المعنوية، ويزود بالحوافز التي تشجع العاملين على تقديم أداء أفضل في المستقبل.

7- على الأشخاص الذين يحتلون مواقع المسؤولية والإشراف في المؤسسة أن يمتنعوا إلى المؤشرات التي تنذر بحدوث الضغط، وذلك قبل أن يتسبب الضغط في حدوث أضرار خطيرة، فعلى المشرفين مثلا الإنتباه إلى الآثار السلبية للملل وفتور الشعور، والعدوانية بين العاملين، لأن هذه الإستجابات الإنفعالية غالبا ما تسبب ردود أفعال أخرى إزاء الضغط تكون أكثر حدة مثل: إعتلال الصحة، وتكرار الغياب عن العمل بدون عذر، و في المقابل، فإن الغياب المتكرر بدون أعذار أو التأخر قد يدل على بعض جوانب العمل التي تتطلب إعادة التصميم أو التوسع. (Revicki & May : 1985)

المبحث الثاني

إسئرا ائجيات

الاعامل

تمهيد:

بالرغم من أن الإحترق النفسي يرجع في غالب الاحيان إلى المشاكل المهنية وخاصة المتعلقة بالضغط المهني، فإن مصادره ترتبط في حقيقة الأمر بتزاج مجموعة من العوامل ذات طبيعة مختلفة: مميزات للعمل (ضغوط العمل)، وخصائص فردية (المميزات السوسيوود يمغرافية) الإستعدادات وعوامل التعرض. كما تتعلق أيضا بكيفية معالجة تلك الوضعية في حينها من خلال تقييم إمكانيات التعامل أو مواجهة الحدث الضاغط عن طريق إستخدام إستراتيجيات المواجهة التي يوظفها الأفراد في تعاملهم مع الضغط النفسي.

تعتبر إستراتيجيات المواجهة إحدى السيرورات التبادلية التي تلعب دور رئيسيا بين الأحداث الضاغطة و الصحة التي ترافقها .

وفي هذا المبحث سنحاول التعرض إلى مفهوم إستراتيجيات المواجهة ومختلف التناولات النظرية المتحدثة بشأنها وخصائص المواجهة ومختلف العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة، العلاقة بين التعامل مع الضغط النفسي المرتكز حول الانفعال والمرتكز حول المشكل مستدلين بفعالية التعامل مع الضغط النفسي ونتائجه.

1- تعريف مفهوم إستراتيجيات المواجهة :

شاع في التراث السيكولوجي تعريف عدة لمفهوم المواجهة، تباينت هذه التعاريف باختلاف العلماء و تعدد وجهات نظرهم و اهتماماتهم البحثية، ففي حين يعتبر Haan (1982) المواجهة بأنها الإستجابة التي تصدر عن الفرد إزاء الأحداث الضاغطة و التي تكون خارجية أكثر منها داخلية. يقصد Ray et al (1982) بالواجهة الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة من جراء حدث ضاغط حقيقي أو خيالي. (Paulhan & Bourgeois: 1995)

و يشير Lazarus et Folkman (1984) بأن المواجهة هي الجهود السلوكية والمعرفية بإستمرار، التي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، حيث تم تقديرها من جانب الفرد على أنها ترهق موارده و تتجاوز مصادره وإمكاناته، وتعرض هذه الجهود المعرفية والسلوكية إلى تغير تبعاً لتقييمات وإعادة تقييمات دائمة للعلاقة (فرد / محيط) والتي تتغير هي الأخرى بإستمرار. (Lazarus et Folkman : 1984)

كما يرى Cox (1985) بأن المواجهة هي صورة من سلوك حل المشكلة تتضمن مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها و مع الخبرات الإنفعالية الناتجة عنها. (1991 Cox :

ويعرف Dantchev (1989) المواجهة كمجموع المجهودات المعرفية والسلوكية لمواجهة و تحمل المتطلبات الداخلية و الخارجية التي تهدد أو تفوق طاقة الفرد. (1994 Schweitzer et Dantzer :

و **Everly (1989)** من جهته يرى بأنه يمكن الحديث عن مواجهة الضغوط من ناحيتين مختلفتين، الأولى وهي الناحية المعرفية وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف و تقليل معدل إستجابة الضغط، والثانية ناحية فيزيولوجية وتعني محاولة إعادة الإتران لدى الكائن الحي. (**Everly : 1989**)

وعلى نطاق آخر يعتبر كل من **Endler و Parker (1990)** المواجهة كعامل مصدر (**Buffer Factor**) يتوسط العلاقة بين الضواغط و نتيجة الضغوط أو بين مقدمات الأحداث الضاغطة والنتائج الناجمة عنها. (**Endler & Parker : 1990**)

و يعرف **Frydenberg و Lewis (1991)** المواجهة بأنها مجموعة الأفعال المعرفية و الوجدانية التي يقوم بها الفرد في الإستجابة للمواقف الضاغطة، وذلك بهدف إستعادة الإتران للفرد أو محو الإضطراب و التوتر لديه بمعنى محو المثير أو الموقف الضاغط والتكيف معه. (**Frydenberg & Lewis : 1991**)

و في نفس السياق يعتبر **Thoits (1995)** المواجهة كمجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والإجتماعية المكتسبة والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط، ويمكن للمواجهة أن تكون فعالة أو غير فعالة، وهي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة تقييم الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتوافق مع الحدث. (**Thoits : 1995**)

و يضيف **Callan(1993)** بأن المواجهة في بيئة العمل هي جهود يبذلها الفرد للحصول على معلومات تزيد من قدراته على التنبؤ بالموقف وتساعد على إدراك الضغط في التعامل مع المشكلات التي تحدث في المستقبل.

و في هذا الصدد يرى **Marais (1997)** بأن المواجهة هي جهود يقوم بها الفرد لإدارة أو تعديل الحدث الضاغط مثل تغيير منظمة بيئة العمل عن طريق تحسين نوعية العمل و تحسين مستوى الإنتاجية. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

و يعد **Ferreri(2002)** المواجهة كطريقة يفكر بها الفرد و يسلكها لإيجاد حلول للجوانب السلبية لمواقف ما ضاغط في العمل. (**Ferreri et al : 2002**) وفقا لإستراتيجيات معرفية أو سلوكية هادفة للتحكم في التظاهرات الفيزيولوجية ولفسوية الناجمة عن الضغط النفسي. (**Servant et Parquet : 1995**)

بالإستناد إلى ما تقدم من تعاريف يمكن تعريف المواجهة بأنها الطرق و الأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد مع التعامل مع المواقف الضاغطة والصعوبات التي تواجهه في حياته والتي تشمل تهديدا وتحديا لشخصية الفرد، وذلك محاولة منه لتجنب إمكانية حدوث اضطرابات في الوظائف الإجتماعية والإنفعالية والجسمية عقب التعرض للمواقف الضاغطة.

2- المدخل النظرية للمواجهة :

المدخل النظرية للمواجهة عديدة، يأتي في مقدمتها مدخل التحليل النفسي، فهو يعد النظرية الأولى عن المواجهة حيث ركز الإهتمام على إستخدام ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية لدى الشخص، و المدخل الثاني إرتبط بأعمال لازاروس و تلاميذه. بالإضافة إلى **(1989) Taylor و (1977) Meichenbaum و Moos** وهو مدخل الشخصية يركز على خصائص الشخصية كمتغير هام في عملية المواجهة، و يركز المدخل الأخير الذي يمثله **Obrein و Delongis (1996)** وغيرهم، على دور كل من الخصائص الموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد والمتغيرات الشخصية لدى الفرد في تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الموقف. وفيما يلي سوف نستعرض هذه المدخل الثلاث بالتفصيل :

2-1- المدخل السيكودينامي :

لقد تناول **Freud (1933)** مفهوم ميكانيزمات الدفاع و العمليات اللاشعورية التي يستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات و القلق، و رأى بأن هذه الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد لحماية نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة. **(طه فرج عبد العظيم : 2006)** و من أمثلة هذه الميكانيزمات الدفاعية الكبت والتبرير والتجنب والإسقاط والنكوص وغيرها من الميكانيزمات المعدلة لإدراك الفرد للأحداث ومقللة من شدة الشعور بالضيق و المشقة لديه. **(مصطفى عشوي : 1999)**

تعتبر نظرية التحليل النفسي المواجهة كعملية نفسية داخلية تتبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية التي يستخدمها الفرد لخفض القلق والصراعات النفسية، و أن الأساليب العصابية والوساوس القهرية والبارانويا هي بمثابة

أساليب ثابتة من المواجهة يستخدمها الفرد في مواجهة الخبرات الضاغطة.
(Cramer: 2000)

و في نفس السياق يشير **Vaillant (1971)** إلى أن الميكانيزمات الدفاع النفسية هي إستراتيجيات عقلية تعمل على خفض الحالات الإنفعالية السلبية لدى الفرد، وذلك من خلال تحريف الواقع. (Vaillant : 1971)

و في هذا الصدد يقارن **Cramer (2000)** بين الميكانيزمات الدفاع في التحليل النفسي وعملية المواجهة، حيث يذكر أن الميكانيزمات الدفاع تكون لاشعورية وإستخدامها يختلف باختلاف الأفراد كما أنها ترتبط بالمرض النفسي، بينما عملية المواجهة تكون شعورية ويتم تحديدها حسب الموقف وترتبط بالسوية، فهي مرنة وليست ثابتة تتغير من وقف لآخر ومن فرد لآخر، كما أنها تختلف تبعاً لمطالب البيئة والموقف الذي يواجهه الفرد وكذا كيفية تقييم الأفراد معرفياً للموقف وكيفية التعامل معه. (Cramer : 2000)

و يضيف **Vaillant (1994)** بأن مدخل دفاعات الأنا في تعريف المواجهة لم يعد مهيمناً لعدة أسباب منها:

- الإختلاف في تسمية ميكانيزمات الدفاع المختلفة أدى إلى حدوث غموض وإرتباك بين العلماء بخصوصها.

- نقص الأدلة الأمبريقية التي تؤكد على صدق مدخل دفاعات الأنا، فمعظم الأدبيات المرتبطة بمجال دفاعات الأنا تتكون من دراسة الحالة.

- تتجاهل دفاعات الأنا دور إستراتيجيات المواجهة المعرفية و السلوكية والشعورية التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الخبرات والمواقف الضاغطة. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

وجهة نظر أخرى تنبثق من نظرية الدفاعات و تعتبر التعامل مع الضغط النفسي كسمة شخصية أي أن بعض المميزات الثابتة للشخصية كقمع الإحساسات، والتحمل، تهيء للفرد التعامل مع الضغط بطرق معينة، وحسب هذه الفرضية الفرد يسلك نفس الطرق مهما تغير الحدث الضاغط. غير أنه توجد دراسات وأبحاث عديدة تبين بأن مقياس السمات هو ضعيف التنبؤ بطريقة التعامل مع الضغط. لعدة أسباب من بينها:

* الطبيعة المتعددة الأبعاد: للتعامل مع الضغط إذ يفسر **Moos et Tsu (1977)** أن الفرد يتعامل مع مختلف مصادر الضغط كحالات (العنف، المرض، الإرهاب...إلخ) إذ يواجه ضغوطات مختلفة وفي نفس الوقت يحاول الحفاظ على الاتزان الانفعالي والصورة الايجابية للذات، ومراعاة العلاقات الجيدة مع أفراد العائلة و المجتمع، وكل هذه الأبعاد تتطلب استعمال طرق مختلفة في التعامل وهذا ما لا يمكن التنبؤ به عن طريق مقياس أحادي البعد، كما هو الحال بالنسبة للمقاييس الخاصة بسمات الشخصية. (**Schweitzer et Dantzer : 1994**)

* فالطبع المتغير ميزة تغير سيوررات التعامل مع الضغط دلت عليها دراسة **Pearlin et Schooler (1978)** من خلال أن الفرد في وضعية الضغط العالي على إثر حادث غير مراقب (مرض خطير، مواجهة الموت) يستعمل سيوررة تعاملية انفعالية، في حين أنه عندما يحاول الفرد تغيير وضعية ضغط عادي أو متوسط (فقدان منصب عمل مثلا) فإنه يستعمل سيوررة تعاملية سلوكية تركز على حل المشكل. (**Paulhan et Bourgeois: 1995**)

و إلى جانب هذا يرى **Folkman و Lazarus (1984)** أيضا أن هناك مشكلة جوهرية أخرى في التعريف السيكودينامي للمواجهة، بحيث أن الميكانيزمات الدفاع تركز على أسلوب المواجهة من حيث هو سمة، وهي ذات قيمة ضئيلة في تنبؤ بسلوك المواجهة الفعلي لدى الفرد، فالنظرية التحليلية تنظر إلى المواجهة بوصفها سمة،

والحقيقة أن المواجهة عملية معقدة و ذات مستويات وأبعاد متعددة و مختلفة، ففي غير ثابتة بل مرنة، وتتغير من وقف لآخر.

فقد يتعرض الشخص لحدث ضاغط واحد، و مع هذا تختلف إستراتيجيات المواجهة لديه حيال ذلك الحدث عبر مرور الوقت. (Schweitzer et Dantzer :1994)

وعليه يتعدى مفهوم المواجهة عند Lazarus et Folkman (1984) سمات الشخصية إلى مجموعة متجانسة من القدرات المعرفية و السلوكيات و القدرات النفسية التي تتفاعل فيما بينها، وتشكل أنماط تكيفية إزاء الأزمات الخارجية والداخلية التي تتعرض لها الفرد. (Lazarus& Folkman : 1984)

2-2- المدخل التفاعلي:

يعد ظهور المدخل التفاعلي كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي ظل يدرس المواجهة في سياق المرض النفسي ليحل محله، فبالنسبة لهذا المدخل المواجهة عملية صحية و طبيعية تمكن الفرد من حل مشاكله، باعتبار ميكانيزمات التكيف مع البيئة تزداد لدى الفرد كلما كانت عقلانية و شعورية بدلا من أن تكون لاشعورية ولاإرادية. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

و إرتبط المدخل التفاعلي بأعمال ودراسات كل من :

(1977) Meichenbaum, (1977) Moos

(1984) Lazarus et Folkman والتي أكدت على أن المواجهة عملية أكثر من كونها سمة أو إستعداد لدى الفرد، كما رفض هذا المدخل وصف الضغوط على أنها شيء يحدث بطريقة المثير والإستجابة، بل يرى أن إستجابة الضغوط تظهر كتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه.

(Paulhan et Bourgeois: 1995)

فالضغط حسب هذه النظرية لا يتوقف على الحدث و لا على الفرد وإنما يخضع للتفاعل الموجود بين الفرد والمحيط و تكون عموما استجابات التوتر والقلق بعد تقييم الوضعية على أنها تفوق إمكانيات الفرد وتهدد أمنه، وهذا النوع من الاستجابات ناتج عن اختلاف التوازن بين متطلبات الوضعية وقدرات الفرد اللازمة للتصدي لها.

إذ يرى Lazarus و Folkman (1988) بأنه هناك عاملان مؤثران على العلاقة بين الفرد و المحيط وهما التقييم المعرفي للوضعية (L'évaluation) والمقاومة (Le coping) :

2-1- التقييم المعرفي: تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما أساسيا في هذا المجال وترتبط بشكل كبير بالواجهة، إذ أن التقييم المعرفي لوضعية ضاغطة سياق معرفي، يستطيع الفرد من خلال تقدير وضعيته بأنها مهددة، وماهي طبيعة الواجهة للتعامل مع الوضع. (Lazarus & Folkman : 1984)

و قد ميز Lazarus و Folkman (1978) بين 3 أنواع من التقييم المعرفي هي كالاتي:

2-1-1- التقييم الأولي: في عملية التقييم الأولي يقيم الفرد الموقف من حيث هو ضاغط أولا. فتقييم الضغط الكامن في الوضعية (طبيعة العامل الضاغط، مدته، شدته، تكراره.) تشارك بصورة مختلفة في نوعية و قوة الإنفعال. (G raziani et al : 1998)

كما يذكر **Lazarus(1984)** بأن التقييم الأولي يأخذ 5 أشكالاً للعلاقة (فرد / محيط) هي كالاتي:

- 1- أن هذه العلاقة التبادلية تكون إما ملائمة أو غير ملائمة لمصالح و أمن و إستقرار الفرد.
- 2- أن هذا النوع من التعامل (فرد/محيط) قد يسبب ضرر يتطلب التحدي والتحسين.
- 3- أن التقييم الأولي يكون لوضعية ضاغطة تأخذ شكل تهديد لمستقبل الفرد.
- 4- تمثل تحدي الفرد للوضعيات الخطرة المتأزمة.
- 5- ينبئ بنتائج إيجابية. (**Lazarus & Folkman: 1984**)

بهذا تختلف تقييمات التهديد أو التحدي عن بعضها في العنصر المعرفي (الحكم مع مراعاة قوة الضرر أو الخسارة مقابل الاستفادة أو السيطرة) والعنصر الانفعالي (انفعالات سلبية مقابل انفعالات ايجابية) و قد يتم تقييم حدث كمهدد وكباعت للتحدي في نفس الوقت، إذ يمكن تقييم الحصول على ترقية في العمل كفرصة للحصول على فوائد عديدة في الخبرة، المهارات، المسؤولية، التقدير، المكافأة وتستلزم في نفس الوقت خطر عدم إنجاز المهمة كما كان متوقعا أو كما كان مطلوبا مثلا.

(**Lazarus RS, et Folkman, SF : 1984**)

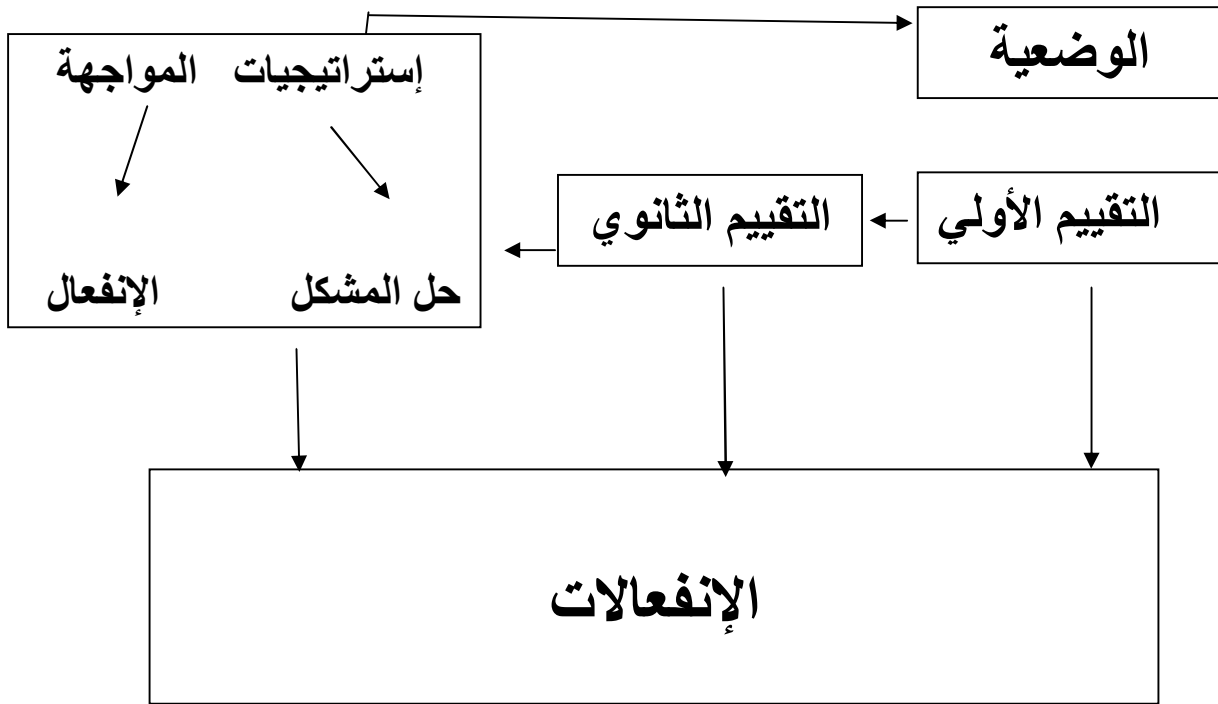
فإذا تم تقييم الحدث على أنه ضاغط عندئذ يستخدم الفرد التقييم الثانوي.

2-1-2- التقييم الثانوي : يعتبر التقييم الثانوي كمعالجة للسؤال: ماذا يمكنني فعله؟ إذ يتساءل الفرد من خلال التقييم الثانوي عما يمكن فعله لتعويض الخسارة أو التنبه أو الوقاية من التهديد والإستفادة مما حدث ليقرر كيفية تعامله سواء بتغيير الوضعية أو التقبل أو التجنب أو البحث عن أكبر قدرة من المعلومات أو البحث عن السند الإجتماعي أو السلوك الإنفعالي . (**Schweitzer: 2002**)

إذ يسمح التقييم الثانوي بتحديد نوع إستراتيجيات المواجهة التي يمكن إستخدامها لإدارة متطلبات العامل الضاغط، كما يوجه هذا التقييم إختيار الفرد لإستراتيجيات

المواجهة حيث يتميز بعضها بخفض الضغط الإنفعالي بدون تغيير في المشكل و تدعى إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول الإنفعال، في حين يهدف النوع الآخر من الإستراتيجيات إلى محاولة تغيير و حل المشكل بالتأثير مباشرة عن الإنفعال من خلال إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل. (Lazarus et Folkman : 1984)

و فيما يلي يوضح الشكل رقم (15) عمليتي التقييم الأولي و الثانوي:



الشكل رقم (15): حلقة سيرورة عمليتي التقييم الأولي و الثانوي لـ Graziani (Graziani et al :1998 P 101)

2-1-3- إعادة التقييم:

هي العملية التي خلالها يعيد الفرد تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط، حيث يطور من أساليب مواجهته له ويغير هذه الأساليب تبعاً لإدراكه لمدى جدوى هذه الأساليب أو نتيجة لحصول الفرد على معلومات جديدة. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

فإعادة التقييم يعد التغيير الجذري الذي ينتج عن جهود الفرد كعملية تكيفية لتغيير الوضعية و الأفكار الخاصة بالموقف، و يكون التغيير لكل ما حدث و لكل ما قد يحدث مستقبلاً أي سيرورة التفاعل الداخلي مع الأخذ بعين الاعتبار التغذية الرجعية. (Dantchev : 1989)

ويؤكد هذا المدخل على أهمية العلاقة المتبادلة بين الشخص والبيئة وأن عملية التقييم الأولى والثانوي تؤثر بشكل فعال في تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد حيال المواقف الضاغطة .

و يشير **Ashford (1988)** إلى أن الأفراد الذين يحملون إعادة تقييم سلبي لقدرات وإمكانات المواجهة لديهم نقص في الضبط أو التحكم الإنفعالي، إذ يدركون أنفسهم على أنهم عاجزين وليس لديهم قدرة التحكم في الموقف الضاغط. (Ashford : 1998)

يصنف الموقف الضاغط ومواجهته وفقاً لثلاث إستجابات للتعامل مع المشاكل و هي كالاتي:

1- القدرة على حل المشكلات الإجتماعية والتي من خلالها يفسر الفرد الموقف منطقياً و يتعامل مع المشكلة، والأفراد الذين لديهم نقص في القدرة على حل المشكلة لا يحلون الموقف بشكل صحيح، ومن ثم لا يستخدمون المصادر المتاحة لديهم بشكل أفضل.

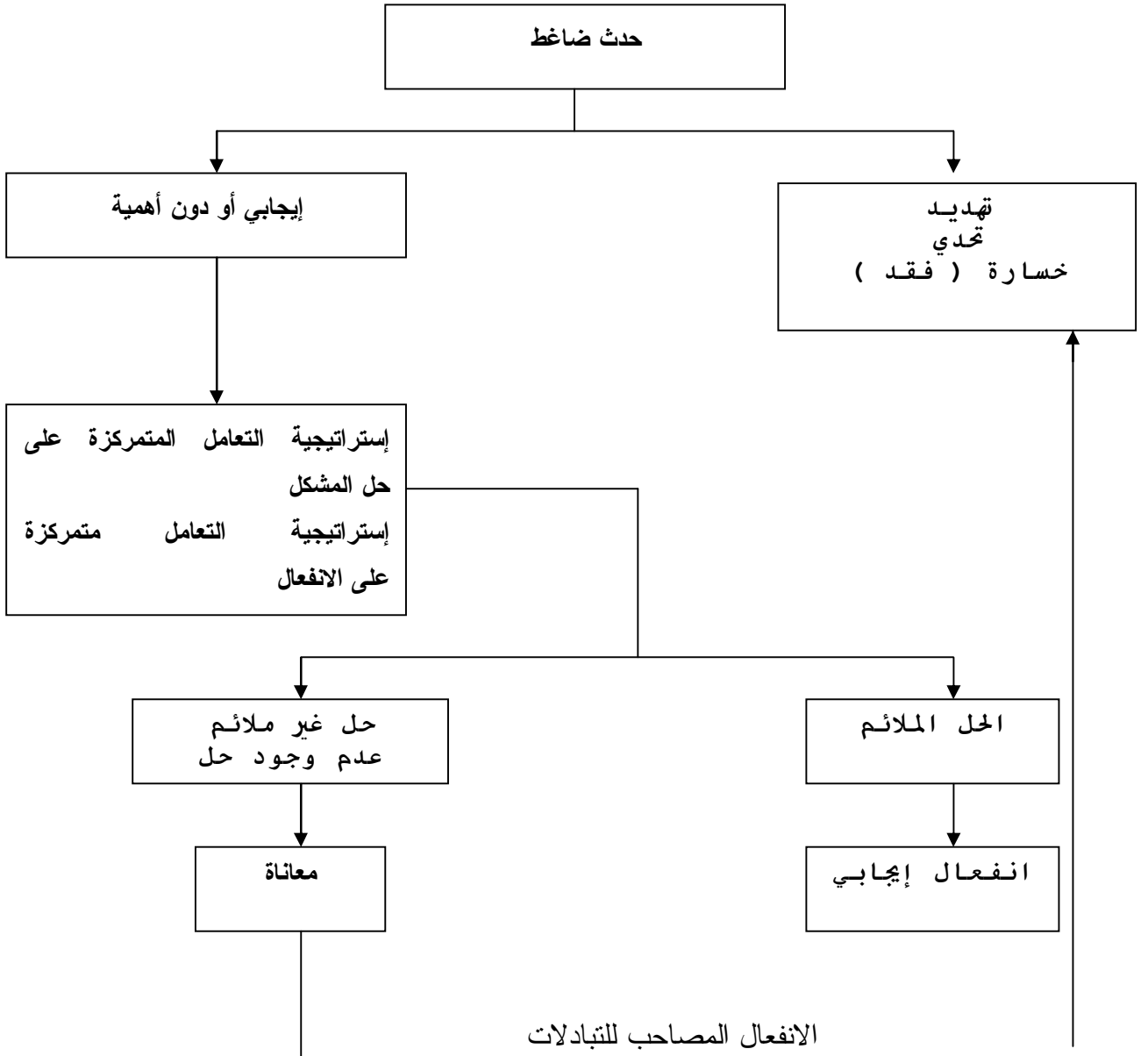
2- القدرة اللفظية والتي من خلالها يتحدث الفرد بوضوح و يتعامل بفعالية مع الأفراد الآخرين في البيئة.

3- الكفاءة الإجتماعية، فالأفراد الذين تكون لديهم كفاءة إجتماعية يستطيعون الحصول على المساعدة من المحيطين بهم، فهم يزودون الفرد بمصادر تساعد على تعديل الضغوط. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

فطبقا لنموذج Lazarus و Folkman (1988) عن المواجهة يقوم الفرد في البداية بتقييم الموقف ثم يقوم بتقييم مصادره الشخصية و قدراته على التعامل، ثم بعد ذلك يستخدم إستراتيجية المواجهة حيث يوجد تفاعل بين الحدث الضاغط و الفرد ذاته، وتبدأ العملية مرة أخرى، فعملية المواجهة تتضمن تقييمات متعددة و إعادة تقييم. فالمواجهة بهذا المعنى محاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغطة بغض النظر عن فاعليتها. (Folkman& Lazarus : 1988)

و قد أشار Lazarus (1999) إلى عدم وجود إجماع عالمي على أن هناك إستراتيجيات مواجهة فعالة لدى الفرد وأخرى غير فعالة، وإنما نجاح المواجهة يعتمد على مستوى التناغم بين إستراتيجية المواجهة المفضلة لدى الفرد و بين الظروف والعوامل الموقفية. (Folkman et Moskowitz : 2000)

و فيما يلي يوضح الشكل رقم (16) السيرورات المتعلقة بالتفاعلات الضاغطة حسب لازاروس و فولكمان:



الشكل رقم(16): حلقة السيرورات المتعلقة بالتفاعلات الضاغطة حسب لازاروس وفولكمان. (Graziani, Swendrew, 2004, p49)

2-3- مدخل التقارب بين الشخصية و المواجهة:

أدت البحوث التي قام بها **Folkman** و **Lazarus** إلى ظهور مدخل جديد يركز على التقارب بين عوامل الشخصية والسياق الموقفى و بين المواجهة، فقد اغفلت المداخل السابقة دور العوامل الموقفية في تحديد سلوك المواجهة عند الأفراد و من ثم ظهر هذا المدخل ليؤكد من خلال البحوث التي قام بها كل من

Obrien Delongis & (1996) وغيرهم على أهمية كل من عوامل الموقفية والعوامل الشخصية في تفسير قدر كبير من التباين والتفاوت في سلوك المواجهة لدى الفرد . (طه فرج عبد العظيم : 2006)

بحيث أن الخصائص الشخصية كالمعتقدات والأهداف من شأنها أن تؤثر على إدراك الفرد الحسى للوضعية و في إختياره لأساليب المواجهة التي يستعملها.

إذ يعتبر **Delongis** بأن تنظيم الشخصية و إستعداداتها يؤثر على تبني طريقة للإستجابة لمختلف المواقف ومواجهة الضغوط.(**Western :2000**)

و يركز هذا المدخل على دور كل من خصائص الموقف الضاغط الذي يتعرض له الفرد و المتغيرات الشخصية لدى الفرد في تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الموقف، كما يقوم هذا المدخل على إفتراض مؤداه أن الناس الذين يتعرضون بشكل متكرر للمواقف الضاغطة ويكونون غير قادرين على

التحكم والسيطرة على هذه المواقف يعانون من العجز، ومن ثم يصبحون سلبيين بشكل متزايد في جهود المواجهة التي يقومون بها للتعامل مع المواقف الضاغطة.

(Schweitzer : 2002)

و على هذا يختلف هذا المدخل عن كل من المدخلين السابقين و هما مدخل التحليل النفسي ومدخل الشخصية اللذان يفترضان أن التكيف مع المواقف الضاغطة يكون دالة لخصائص شخصية الفرد في تجاهل لدور المطالب الموقفية و البيئية وتأثيرها على سلوك المواجهة. (طه فرج عبد العظيم: 2006)

من سياق ما سبق، يمكن القول بأن كل مدخل من المداخل المذكورة أبدت وجهة نظر تختلف الواحدة عن الأخرى فيما يتعلق بمفهوم المواجهة الذي يظم مجموعة غير متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية والقدرات النفسية، والتي تعتبر كعنصر ديناميكي تكيفي مقابل الإلتزامات الداخلية والخارجية، وبذلك فهي تعتبر أكثر من إستجابة بسيطة لوضعية الضغط، بل وتهدف كذلك إلى تغيير الوضعية المهددة و رد الإعتبار للذات.

3- نوعي استراتيجيات المواجهة:

اهتمت العديد من البحوث التي قام بها: **Pearlin & Schooler (1978)** _
Wong & (1984) Folkman & Lazarus _**Billing & Moos (1981)** _
Stone & al_ (1984) Reker (1991) بجدد أنماط المواجهة وفقا لنمطين من
الاستراتيجيات: إحداهما استراتيجيات مواجهة متمركزة حول حل المشكل، والثانية
استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال. (**Graziani : 2005**)

و فيما يلي يتم عرض هذين النوعين من الاستراتيجيات:

3-1- استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل:

يشير **Folkman & Lazarus (1984)** إلى أن استراتيجيات المواجهة
المتمركزة حول حل المشكل هي مجموعة الجهود المستعملة لتعريف وتحديد المشكلة
والبحث عن المعلومات، ووضع مخططات عمل، وخلق حلول بديلة للمشكلة والاختيار
بين البدائل بغرض تنفيذ البديل المناسب (**Dantchev : 1989**)
وقد يكون البعض من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل موجهة
نحو الذات مثل: تنمية واكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل مستوى الطموح لدى الفرد
أو تعلم مهارة جديدة، أما البعض الآخر من الاستراتيجيات فيكون موجهة نحو البيئة
مثل: البحث عن الدعم الاجتماعي.
وعليه تتجه جهود الفرد حسب **Folkman & Lazarus (1984)** إلى تغيير
الموقف مباشرة بغرض تعديل أو إستبعاد مصدر الضغط والتعامل مع الآثار الملموسة
للمشكلة من خلال:

1- التعرف على المشكل و تحديده.

2- البحث عن الحلول المناسبة.

3- تقييم هذه الحلول.

4- اختيار الحل المناسب.

5- التنفيذ.

6- تقييم النتائج.

وتتمثل هذه الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل في ما يلي :

3-2-1- البحث عن حل المشكل:

يضع الفرد خطة عمل و يتبعها بهدف الوصول إلى الحل المرغوب فيه و ذلك بأن يقبل الحل الذي يوصله إلى الراحة النفسية و بالتالي يخرج من هذه المواجهة أكثر قوة.

3-2-2- البحث عن الدعم الاجتماعي:

يقوم الفرد بمحاولة جمع معلومات كثيرة تخص الوضعية كما يبحث عن دعم معنوي أو مادي من الأفراد المحيطين به من أجل فهم أعمق للمشكل.

(Sarason & al : 1997)

فالاستراتيجيات المركزة على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة، وتضم المقاومة المركزة على المشكل استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة أو اختيار إمكانياته وقدراته على حل المشكل المطروح. (Graziani et al : 2005)

3-2- إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال :

تتعلق إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال بالإستجابات الإنفعالية وتهدف إلى تنظيم الإنفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجه الفرد من خلال إستخدام عدة إستراتيجيات فرعية مثل التجنب والإنكار والتقليل من الشأن وإعادة التقييم الإيجابي :

3-2-1- التجنب:

التجنب هي الاستراتيجية الأكثر إستعمالاً و تتمثل في تحويل الانتباه عن مصدر الضغط وتتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي فمثلا الأشخاص يتجهون نحو الكحول أو المخدرات للتقليل من حدة الانفعال أو إخفاء المزاج السيء. إلا أن هذا النمط لا يتميز فقط بتحويل الانتباه عن مصدر الضغط أو ردة فعل الشخص أمام الضغط ولكن أيضا صورة الذات الانفعالية قوية « Image de soi émotionnelle robuste ». (لطفى عبد الباسط ابراهيم: 1987)

3-2-2- إتهام الذات:

يبقى الفرد من خلال هذه الاستراتيجية جامداً أمام كل محاولات التغيير أو التأثير في الموقف الضاغط، فهي تتضمن نوع من التقبل للوضعية إضافة إلى ذلك فإن الفرد يعمد إلى لوم نفسه ويتهمها بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه. (حسن مصطفى عبد المعطي: 1994)

3-2-3- إعادة التقييم الايجابي:

يحاول الفرد أن يظهر قويا أمام الوضعية معتبرا إياها عاملا يساعده في التغيير إلى الأحسن أو أن الفرد يعمل على تركيز مجهوداته على الجانب الايجابي في الوضعية الذي قد يساعده على التغلب على التوتر أي الخروج أكثر قوة من التفاعل الضاغط. (Graziani et Al : 1998)

4- خصائص المواجهة:

للمواجهة خصائص عديدة و سيتم عرضها فيما يلي:

- المواجهة عملية و ليست سمة، بمعنى أن العلاقة بين الفرد والبيئة علاقة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر يتأثر بالآخر، و كل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد و التي تحدث نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط.

(Scheuch & Schroeder : 1990)

- تتحدد المواجهة من خلال نتائجها وليس من خلال الإفتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية، وهذا يعني أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير

فعالة بناء على نتائجها. (Laux & Werber : 1990)

- تختلف المواجهة عن السلوك التوافقي التلقائي، فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها مواجهة، فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفاً لديه فإن إستجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه، و لكن إذا كان الموقف جديداً فإن إستجابات الفرد لا تكون تلقائية.

- عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

- ترتبط المواجهة بتقدير و تقييم كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف، فإذا بين التقييم أن هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على المشكل، في حين

إذا أسفر التقييم بأنه لا يوجد شيء يمكن القيام به تسيطر المواجهة المتمركزة حول الإنفعال.

- عندما يكون الموقف الضاغط من النوع التابث كالعامل والصحة والعائلة يظهر أن للرجال و النساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.

- تتغير إستراتيجية المواجهة منذ المرحلة الأولى للموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة.

- تعد سلوكات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الإنفعالية، حيث ترتبط بعض إستراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية، في حين ترتبط إستراتيجيات أخرى بنتائج سلبية.

- تعبر المواجهة عن جهود تستخدم في إدارة المطالب البيئية، بحيث أن المواجهة تتكون من أي شيء يستطيع أن يفعله الفرد أو يفكر فيه لإدارة الموقف الضاغط بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد.

- إدارة الضغوط تتضمن التقليل من الضواغط أو تجنبها أو تحملها أو تقبلها وكذلك

أيضا التمكن من السيطرة على البيئة. (Lazarus : 1993)

5- العوامل المؤثرة في استخدام إستراتيجيات المواجهة :

تتأثر الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة بمتغيرات وسطية مختلفة ففي خلال العقود تعددت و جهات نظر العلماء حول إستراتيجيات المواجهة للضغوط، فبعض يرى أن العوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لإستراتيجيات المواجهة، في حين يرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم في التنبؤ بإستخدام إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف الضاغطة. وتتضمن العوامل المتعلقة بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية ومركز الضبط وفعالية الذات النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتسهم إلى حد بعيد في تحديد إستراتيجيات المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد والجدة بمعنى أن الفرد قد يكون قد سبق وأن واجه هذا النوع من الضغوط في الماضي أم أنها جديدة وكذلك قدرة وقابلية الفرد على التنبؤ بحدوث الموقف بمعنى وجود علامات تدل على الحدث الضاغط، فضلا عن المدة التي يستغرقها، ودرجة التهديد والضرر والتحدي التي يدركها الفرد في هذا الموقف الضاغط.

وفيما يلي نتناول المتغيرات الشخصية والمتغيرات الموقفية التي تسهم بدور فعال في تحديد وإختبار إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء المواقف الضاغطة.

أولاً: المتغيرات الشخصية:

قد تساهم سمات الشخصية بدور فعال في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط، و يمكن توضيح ذلك على النحو التالي:

1- مركز الضبط:

يشير مفهوم مركز الضبط أو التحكم إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهة الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط و السيطرة في بيئته.

فعندما يعزو الفرد إنجازاته وأعماله وما يحدث له من النتائج سلبية أو إيجابية إلى الحظ و الصدفة أو قوة الآخرين فإن هذا الفرد يندرج ضمن فئة ذوي المركز الضبط الخارجي، في حين أن الفرد يعزو إنجازاته وإخفاقاته إلى جهوده وقدرته الشخصية فإنه يندرج ضمن ذوي مركز الضبط الداخلي. (Taylor et al :1991)

و في هذا الصدد، أشار **Lazarus (1984)** أنه يمكن ملاحظة إستجابات مواجهة الفرد وفقا لأربعة مستويات للضبط و هي:

- 1- **ضبط خارجي للحدث:** موقف فعال لضبط الوضعية، و البحث عن سند إجتماعي.
- 2- **ضبط داخلي:** ضبط الإنفعالات و الأفكار.
- 3- **غياب الضبط:** تجنب، تهرب و تعاطي المواد الإدمانية و الكحول.
- 4- **تقييم الوضعية:** مسؤولية الفرد في ظهور وضعية الضغط، و مسؤولية الآخرين و سوء الحظ أو الصدفة.

يعد مركز الضبط أحد متغيرات الشخصية التي تسهم بدور فعال في تحديد كيفية الإستجابة للمواقف الضاغطة، فإدراك الفرد بأنه قادر على التحكم بحياته المهنية، و في المهام الحياتية العامة قد يشكل مصدر حماية يقيه من إتباع نهج خطير في حياة يؤدي إلى قيامه بسلوكيات تعرضه للمخاطر الصحية. (Wichrama et al : 1995)

ويعتبر مركز الضبط مؤشرا قويا على سلوك المواجهة، وفي هذا الصدد يشير **Lazarus & Folkman (1984)** إلى أن القدرة على التحكم في الحدث أو الموقف الضاغط تشكل و تحدد أسلوب المواجهة لدى الفرد، فالأفراد حين يدركون الحدث على أنه قابل للتغير فانهم يكونون أكثر إستخداما لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، في حين أن إستراتيجيات المتمركزة حول الإنفعال تستخدم إذا ما لم توجد خيارات مدركة لدى الأفراد، فإذا أدرك الفرد الحدث على أنه غير قابل للتغير فإنه يميل إلى إستخدام أساليب المواجهة الإحجامية مثل الإبتعاد عن مواجهة الموقف، ويكون ذلك مبنيا على إفتراض أن الأفراد في المواقف التي لا يستطيعون التحكم

والسيطرة عليها يعانون كثيرا من العجز و عدم الكفاءة في مواجهتها، ولذلك فإن مجهوداتهم في المواجهة تكون سلبية بشكل متزايد.(Lazarus & Folkman 1984)

و لقد كشفت نتائج دراسة **Rees & Cooper (1992)** حول ضغوط العمل: أن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة من الضبط المدرك يستخدمون إستراتيجيات مواجهة فعالة مثل السعي نحو المساندة الإجتماعية، ويستخدمون إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المهمة، ويتمتعون بمستوى مرتفع من الصحة النفسية والجسمية والرضا عن العمل، وتكون لديهم علاقات إجتماعية واسعة مع الآخرين، ومن ثم يكونون أكثر قدرة على حل المشكلات، كما أنهم يميلون إلى تقييم الإيجابي لقدراتهم وإمكاناتهم الداخلية، وذلك مقارنة مع ذوي الضبط الخارجي الذين يكونون أقل ثقة بالنفس ولديهم تقييم منخفض لقدراتهم وإمكاناتهم الداخلية في التعامل مع المواقف الضاغطة التي تعترض حياتهم. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

وفي نفس السياق توصلت أعمال كل من: **Delongis (1986)** و **Lazarus et Folkman (1986)** و **Compas et Forsythe (1987)** إلى أن تقدير الحدث من حيث أنه قابل للضبط يلجأ الأفراد إلى إستعمال المواجهة الفعالة عوض التجنب، فالنتائج النفسية للضغط تتأثر بمدى التناسب بين التقديرات لقابلية ضبط الحدث وإختيار نوع المواجهة. (Valentiner et al : 1994)

كما بينت نتائج دراسات **Terry و Conway (1992)** و أعمال **Vitaliano et al (1990)** بأن المواجهة المتمركزة حول المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل للتحكم بينما تكون الإستجابات التي تركز على الإنفعال توافقية في المواقف ذات قابلية ضبط ضعيفة. (Terry : 1994)

وهذا ما يشير إلى إمكانية إعتبار مركز الضبط الداخلي و الخارجي بمثابة أساس يعتمد عليه في دراسة الفروق الفردية بين الأفراد في أساليب مواجهة المواقف الضاغطة، حيث كشفت نتائج دراسة **Brosschor (1994)** أن الأفراد ذوي مركز

الضبط الداخلي يستخدمون إستراتيجيات مواجهة فعالة مثل حل المشكلات والتعبير عن الغضب، في حين أن الأفراد ذوي مركز الضبط الخارجي يستخدمون إستراتيجيات مواجهة سلبية مثل التجنب. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

2- تقدير الذات :

يؤثر تقدير الذات على الصحة النفسية للفرد، وعلى مستوى الإنجاز والتوافق مع مطالب البيئة و العلاقة مع الآخرين و التوافق النفسي .

فكلما ارتفع مستوى تقدير الذات إنخفض الشعور بالضغط و تخف الآثار التي يخلفها الضغط على الحالة الصحية. (Whisman & Kwon : 1993)

فإنخفاض الشعور بالضغط يحدد بجزء منه بتقدير الذات ، ففي دراسة قام بها كل من Ellis & Lees (1990) حول الضغوط وإستراتيجيات المواجهة عند الممرضين، أسفرت نتائجها بأن الممرضين الذين إمتازوا بتقدير عال للذات ومستوى منخفض للقلق إستمروا في مزاولة مهنة التمريض، وهم أكثر إستعمالاً لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل مقارنة بالممرضين الذين غادروا مهنة، حيث إمتازت هذه الفئة الأخيرة بتقدير منخفض للذات ومستويات عالية من القلق و يقدرون البيئة بصورة سلبية، بينما يلجأ ذوي التقدير العالي للذات لإستعمال أكثر للمواجهة المتمركزة على المشكل من الأفراد منخفضي تقدير الذات، الذين يميلون أكثر لإستعمال الإستراتيجيات التجنبية. (Godbey & Courage : 1994)

و على هذا يعد تقدير الذات مؤشراً هاماً في تحديد نوع إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع المواقف الضاغطة. إذ أن الإستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد تجاه المواقف التي يتعرض لها في حياته تعتمد بقسط كبير على تقدير الذات لديه، فإدراك و رؤية الذات بطريقة إيجابية تمثل مصدراً نفسياً هاماً في مواجهة الضغوطات. (لطفى عبد الباسط : 1994)

إذ يشير **Holahan & Moos (1990)** إلى أن تقدير الذات المرتفع و الثقة بالنفس و الميل إلى تبسيط الأمور يسمح للفرد بالتعامل مع الأحداث المسببة للضغط بفعالية أكبر كما تقلل من إحتمالية حدوث المعاناة النفسية نتيجة التعرض للأحداث الضاغطة. (**Holahan & Moos : 1990**)

كما أظهرت دراسة **Larson & Reeder (1983)** أن الأفراد الذين يرون أنفسهم غير قادرين على حل المشكلة والمواقف التي تعتر بهم تكون لديهم اعتقادات غير عقلانية حول أنفسهم و حول الآخرين و حول الأحداث والمواقف التي يتعرضون لها في البيئة، إذ هناك علاقة بين القدرة على حل المشكلة والتقييم المعرفي للذات، فالأفراد ذوو التقييم المعرفي الايجابي للذات تكون لديهم القدرة على حل المشاكل غالباً ما يميلون إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل مقارنة مع الأفراد الذين يحملون تقديراً واطناً للذات. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

3- الصلابة النفسية :

يعتبر مفهوم الصلابة النفسية أحد خصائص الشخصية التي تعمل كعامل هام في مقاومة ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة. (**Dominique : 2007**)
فقد قامت **Kobasa (1979)** بدراسة إستهدفت معرفة تطور الأمراض لدى بعض الأفراد، بسبب نمط الحياة الضاغط الذي كانوا يتعرضون إليه، و عدم تطوره لدى بعضهم الآخر. فوجدت بأن أولئك الذين تعرضوا إلى ضغوط شديدة، و لكنهم يتمتعون بالصحة الجيدة، لديهم نمط شخصية متعدد المظاهر (Multifaced Personality) أطلقت عليه النمط الصلب (Hardiness). (**Kobasa & Puccetti : 1983**)

و على هذا فمفهوم الصلابة يشير إلى أن الفرد يمتلك مجموعة من السمات تساعد على مواجهة الضغوط، إذ تمثل الصلابة النفسية مصدراً من المصادر الشخصية التي يستند عليها الفرد في مواجهة الآثار النفسية والجسمية الناجمة عن الضغوط والتخفيف من هذه الآثار، كما أنها تلعب دوراً هاماً في عملية التقييم المعرفي للموقف، وفي عملية المواجهة. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

و تتكون الصلابة النفسية حسب **Kobasa** من ثلاثة مكونات:

أوله: الإحساس بالالتزام أو وجود القابلية لدى الفرد للإنخراط بما يمكن أن يواجهه من مواقف.

و المكون الثاني: هو الاعتقاد بتوفر القدرة على الضبط و هو الإحساس بأن الشخص مسؤول عما يواجهه من أحداث في حياته، وأن لديه القدرة على التأثير في ظروف بيئته.

أما المكون الثالث: فهو التحدي والإستعداد لتقبل التغيير، ومواجهة أنشطة جديدة تتيح الفرصة للنمو. (Florian et al : 1995)

يعد الشعور بالالتزام، والقدرة على ضبط الأمور، والإستعداد لقبول التحدي، خصائص تجعل الأفراد يقيمون أحداث الحياة التي يمكن أن تكون ضاغطة، بطريقة أفضل من أولئك الأشخاص الذين لا يتميزون بالصلابة، ولذلك فهم يتخذون إجراءات أكثر مباشرة لمعرفة المزيد عن هذه الأحداث ودمجها في مجريات حياتهم وللتعلم منها ما يمكن أن يستفيدوا في المستقبل. (Kobasa & Puccetti : 1983)

و في هذا السياق أوضح أعمال **Kobasa (1982)** و **Maddi (1982)** وجود إرتباط إيجابي دال بين الصلابة وأشكال المواجهة التوافقية نظرا إلى أن الصلابة تمثل عاملا نفسيا أثناء التعرض للضغط. (Holahan & Moos : 1987)

كما يظهر الأفراد الذين يتسمون بالصلابة حسب **Williams (1992)** كفاءة في إستخدام إستراتيجيات التعامل الفعالة النشطة مثل: إستراتيجيات التعامل حول المتمركزة حول المشكلة والبحث عن المساندة الإجتماعية، وهم أقل ميلا للتعامل عن طريق التجنب. (Williams, Wiebe & Smith : 1992)

و من ثم فإن الطرق المهمة التي يتبعها الأشخاص الذين يتميزون بالصلابة المواجهة الضغوط تعتمد على تحويل الأحداث إلى أحداث تسبب ضغط أقل، إضافة إلى استخدام إستراتيجيات تعامل ناجحة في مواجهة الضغوط. (Funk : 1992)

و في هذا الصدد يشير Frydenberg (1977) و Taylor (1996) إلى أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على مقاييس الصلابة النفسية يقدرون المواقف الضاغطة بطريقة مرضية، و يستخدمون إستراتيجيات مواجهة أكثر فاعلية مقارنة بالأفراد الذين يحصلون على درجات منخفضة في الصلابة النفسية.

(Frydenberg & Lewis : 1991)

4- فعالية الذات:

تعتبر فعالية الذات من العوامل التي تساعد الأفراد على مواجهة الضغوط التي تعترضهم و يشير مفهوم فعالية الذات حسب Bandura (2005) إلى إعتقاد الفرد بأنه يمتلك القدرة على التعامل والسيطرة بفعالية على المواقف والأحداث التي يتعرض لها، إذ يظهر مفهوم الفرد لفعالية الذاتية من خلال تقييمه المعرفي لقدراته وكذا الخبرات التي تساعده على التغلب عن الضغوط التي تواجهه، فالأفراد ذوو المستويات العالية من فعالية الذات يعتبرون أنفسهم قادرين على التعامل مع المواقف الضاغطة والصعبة بنجاح و التي قد تعمل على إثارة الإرتباك والتهديد والتخويف لدى الأفراد الآخرين. (Bandura : 2005)

و هذا يشير إلى أن المواجهة الناتجة عن الضغوط لا تتطلب مهارات نوعية فحسب، إنما تتطلب إعتقاد الفرد على التحكم في أحداث الحياة الضاغطة، وبأنه سيواجهها بشكل مناسب، فكلما كانت فعالية الذات مرتفعة لدى الفرد فإنه يشعر بالكفاءة والرغبة في مواجهة التحديات والظروف الضاغطة التي تواجهه والتغلب عليها. (طه عبد العظيم : 2006)

و في هذا الصدد أشار كل من **Lazarus et Folkman (1984)** بأن إعتقادات الفرد لفعالية الذاتية تعد إحدى الخصائص الشخصية المؤثرة في تقدير وإستجابة المواجهة اللاحقة. (**Lazarus, Folkman : 1984**).

و قد أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها **Jerusalem & Schwezer (1992)** بأن فعالية الذات تعد مؤشرا هاما في التقييم المعرفي للمواقف التي يتعرض لها الفرد، وأن الأفراد ذوي فعالية الذات المنخفضة يعانون فشلا في التعامل مع الضغوط، وذلك مقارنة بالأفراد ذوي فعالية الذات المرتفعة. كما أن إرتفاع مستوى فعالية الذات يساعد الفرد على التعبير عن إنفعالاته ومشاعره بطريقة إيجابية فضلا عن زيادة الإستفادة من المساندة الإجتماعية من خلال الأسرة و الأصدقاء.

ففي هذا الشأن أوضح **Terry (1994)** أن الأفراد الذين يتميزون بمستوى عال من فعالية الذات يكونون أكثر إستخداما لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة حيث إنها تؤدي إلى الرفع من قدراتهم على التحكم في الموقف والشعور بالتمكن والإقتدار، وهذا ما يزيد من مصادر المواجهة لديهم ويزيد من قابليتهم للتعرض والتأثر بالأحداث الضاغطة مستقبلا. (**Terry: 1994**)

و يشير **Bandura (2005)** إلى أن الأفراد ذوي الفعالية العالية للذات يعتقدون بأنهم قادرين على السيطرة على بيئتهم المحيطة، على عكس الأفراد الذين يفتقرون إلى فعالية الذات العالية والمتسمين بالعجز والتشاؤم ونقص في الثقة فيما يتعلق بمقدرتهم على ممارسة التحكم والسيطرة على بيئتهم . (**Bandura:2005**)

كما وضح **Mc Crae (1984)** بأن وجود مستوى منخفض لفعالية الذات تجاه المواقف يعد منبئاً بإستعمال إستراتيجيات متمركزة حول الإنفعال عند ما يولد الحدث إدراكا

بالتهديد وعدم القدرة على الضبط، فالفرد في هذا الوضع لا يثق بكفاءته وقدراته على
المواجهة فيوظف إستراتيجيات مثل توبيخ الذات وتأنيبها. (Terry:1994)

5- نمط الشخصية (أ):

لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة متشابهة و إنما يختلفون و يتميزون
في إستجابتهم تبعاً لنمط الشخصية، فلكل سمات وأساليب سلوكية ثابتة تؤثر على تعامله
مع المواقف الضاغطة.

فقد أشار كل من **Friedman & Rosenman (1974)** إلى أن نمط السلوك (أ)
يبرز لدى الأفراد ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة، و أن الأفراد الذين ينتمون
إلى هذا النمط من السلوك يحملون سمات وخصائص أساسية مثل العدوان والعنف
والقابلية للإستثارة والإحساس بضغط الوقت وعدم التحلي بالصبر والنشاط المتعجل
ودرجة عالية من الطموح والثقة بالنفس والمثابرة وبذل الجهد وروح المنافسة ومحاولة
إنجاز أكثر من عمل في نفس الوقف، وهذا ما يجعل هؤلاء الأفراد أكثر شعوراً
بالضغط حيث تظهر عندهم أعراض الضغوط الجسمية والنفسية بدرجات مرتفعة .
(طه فرج عبد العظيم : 2006)

و بهذا المعنى لا يعتبر نمط السلوك (أ) سمة شخصية في حد ذاته، و لكنه أسلوب
سلوكي و إنفعالي مبالغ فيه، فهو يعكس أسلوباً سلوكياً منه إستجابة للضغط وتعتبر
الحاجة إلى التحكم في البيئة المحيطة بالفرد هي محور نمط السلوك (أ) إذ أن المنافسة
و التعجل في تنفيذ المهام و العدوانية و غيرها من الخصائص التي يتسم بها أفراد نمط
السلوك (أ) تعكس الرغبة لديهم في أنفسهم و في البيئة.

و قد أكدت العديد من الدراسات على العلاقة بين سمات الشخصية وأساليب مواجهة
الضغوط من بينها دراسة **Carver et al (1989)** حيث وضح بأن الأفراد ذوي نمط
الشخصية (أ) ينزعون إلى مراقبة وضبط بيئتهم، وبناء على ذلك فهم يستخدمون
إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل من خلال إستخدام أساليب أكثر فاعلية
في مواجهة المواقف الضاغطة تساعدهم على السيطرة والتحكم في المواقف الضاغطة

وما ينجم من إنفعالات ومشاعر سلبية. (Terry:1994)

6- العصابية :

تعد العصابية إحدى العوامل المؤثرة في تحديد إستراتيجيات المواجهة المستعملة، إذ يشير **Bolger (1990)** إلى أن أبعاد و سمات الشخصية ترتبط بأساليب مواجهة الأفراد للضغوط، فالأفراد العصابين يستخدمون إستراتيجيات المواجهة أقل فعالية ناضجة مثل الإنسحاب و التجنب لوم الذات. (Bolger: 1990)

كما أكدت دراسة **MC Crae & Costa (1986)** على أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة في القلق السمة يستخدمون إستراتيجيات المواجهة الإحجامية، كما أن العصابية ترتبط بإستعمال أكبر للإنسحاب والتفكير الخيالي والسلبية وتوبيخ الذات، في حين أن الإنبساطية ترتبط بالتصرفات العقلانية والتفكير الإيجابي والبحث عن بدائل. (Terry : 1994)

و تؤكد العديد من الدراسات على العلاقة بين أسلوب الشخصية والسمات وبين إستراتيجيات المواجهة، من بينها دراسة **Endler و Parker (1990)** التي إستهدفت التعرف على العلاقة بين العصابية وأساليب مواجهة الضغوط، إذ وضع **Endler و Parker (1990)** بأن العصابية ترتبط بأساليب المواجهة التي ترتكز على الإنفعال لدى كل من الجنسين، كما ترتبط العصابية بأساليب المواجهة الإحجامية. (Endler & Parker: 1990)

وفي هذا الصدد، كشفت نتائج الدراسة التي قام بها **Bolger (1990)** عن وجود علاقة بين أساليب المواجهة والعصابية، وأن الأفراد ذوي المستوى المرتفع من العصابية تكون لديهم إستراتيجيات المواجهة غير فعالة للضغوط مقارنة مع الآخرين. وأن الأفراد الذين تكون درجاتهم منخفضة في العصابية يكونون أكثر قدرة على التعامل مع المواقف الضاغطة دون الشعور بالقلق أو الإنزعاج. (Bolger : 1990)

فالأفراد ذوي العصابية المرتفعة يميلون إلى استخدام سلوكيات مواجهة تزيد من الشعور بالضيق و المشقة النفسية لديهم، إذ أن العصابية ترتبط سلبيا بأساليب المواجهة الفعالة مثل التخطيط والسعي نحو المساندة الإجتماعية وإعادة التفكير الإيجابي للموقف الضاغط، وأنها ترتبط إيجابيا بالإبتعاد والهروب والتجنب كأساليب مواجهة غير فعالة للمواقف الضاغطة. (Terry : 1994)

كما أوضح **Kempen & al (1997)** بأن الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية على سمة العصابية يظهرون ميلا كبيرا لإستخدام إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال، وعلى النقيض من ذلك فهم أقل إستخداما لإستراتيجيات المتمركزة حول المشكل مقارنة بذوي المستوى الضعيف من العصابية.

(Kempen & al : 1997)

ثانيا: العوامل الموقفية: إضافة إلى سمات الشخصية التي تعد طرفا هاما في الإستجابة عبر المواقف، فإن للعوامل الموقفية دورا في تحديد إستراتيجيات المواجهة كآلاتي:

1- طبيعة الموقف و خصائصه:

تعد الإستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط غير ثابتة بل نوعية وموقفية يختارها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط وفقا للتقييم المعرفي لمصدر الضغط والموارد المادية والشخصية والإجتماعية المتاحة للفرد. (Dominique :2007)

و بهذا قد يستخدم الفرد أساليب المواجهة التي تركز على الإنفعال في أحد المواقف، وقد يستعمل أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة في مواقف أخرى، إذ أن مواجهة الضغوط تختلف لدى الأفراد تبعا لنوع وطبيعة الحدث الضاغط.

فإذا شعر الفرد أن لديه القدرة على التحكم و لتغلب على المواقف الضاغطة، فإنه يميل إلى مواجهتها وتخفيض شعوره بالضغط، أما إذا شعر الفرد بعدم القدرة على مواجهة الأحداث الضاغطة فإنه لا يواجهها بشكل فعال، ويزداد بالتالي شعوره

بالضغط. (Graziani :2005)

و في هذا الصدد يؤكد **Lazarus & Folkman (1984)** بأن إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل يستخدمها الفرد حينما يكون قادرا على التحكم و السيطرة على الموقف أو أن الموقف يكون عرضة للتغيير، أما المواقف التي يدركها الفرد على أنها غير قابلة على الإنفعال في التعامل معها. (**Lazarus & Folkman : 1984**)

و قد بين **Taylor & al (1991)** بأن شعور الفرد بالقدرة على التحكم في الحدث الضاغط له دور مهم في المساعدة بفعالية مع الضغوط بالتخفيف من المعاناة النفسية وردود الفعل الفيزيولوجية الناجمة عن التعرض للضغوط. (**Taylor & al : 1991**) و أيضا كلما كانت المواقف الضاغطة تتسم بدرجة مرتفعة من الشدة فإنها تؤدي إلى ظهور إنفعالات سلبية مثل الخوف والقلق، وهذه الإنفعالات تتعارض مع القدرة الفرد على حل المشكلة مما يعمل على إستشارة أشكال مواجهة أكثر سلبية لدى الفرد لأن الموقف الضاغط الذي يتصف بالشدة يفوق قدرة الفرد على التعامل معه. (**طه فرج عبد العظيم : 2006**)، لاسيما وأن الأحداث الضاغطة التي تمثل تحديا للفرد تستثير لديه أساليب مواجهة مختلفة عن الأحداث التي تتسم بخبرات التهديد والفقْدان. كما أن توقيت أو مدة حدوث الحدث الضاغط من حيث هي قصيرة أو طويلة تؤثر على طبيعة المواجهة لأن إستجابات المواجهة تتغير بمرور الوقت.

(**Schweitzer : 2002**)

2- المساندة الإجتماعية من الآخرين :

تعد المساندة الاجتماعية من المتغيرات الموقفية التي تسهم بدور فعال في تحديد أساليب المواجهة و التخفيف من الآثار السلبية المترتبة عن الأحداث الضاغطة، إذ يشير **Lazarus & Folkman (1984)** إلى أن المساندة الإجتماعية تعد مصدرا هاما للأفراد في أوقات الضغوط، فهي تساعد على التعامل مع الضغط النفسي والتنبؤ بأساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد، فأسلوب حل المشكلة وإعادة التقييم الإيجابي للموقف ترتبط بشكل قوي بالمساندة الإجتماعية، في حين أن أسلوب الإبتعاد عن

المشكلة وتحديها لا يرتبط بالمساندة الإجتماعية لأن الفرد ليس بحاجة إلى مساندة الإجتماعية. (Lazarus & Folkman :1984)

و يؤكد **Rietschlin (1998)** بأن الحصول على المعلومات والدعم من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والإهتمام والإحترام والتقدير ويشكلون جزء من علاقاته الإجتماعية مثل: الوالدين، شريك الحياة، الأقرباء الآخرين، الأصدقاء... إلخ . يجعل الفرد يشعر بضغط يتعامل مع بنجاح أكبر. (Rietschlin : 1998)

و تتخذ المساندة الإجتماعية كما يقترح **Schwartz et al (1991)** أشكالاً متعددة:

- **المساندة التقييمية** : مساعدة الفرد على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط و من خلال تبادل التقييمات يقرر الفرد مقدار التهديد الذي بسببه الحدث الضاغط و يستطيع الإستفادة من المقترحات .

- **المساندة المادية**: تتضمن الخدمات والمساندة المالية والبضائع والإمكانات المادية اللازمة .

- **المساندة المعلوماتية**: تزود الأسرة والأصدقاء الفرد بالمعلومات المتعلقة بالأحداث الضاغطة.

- **المساندة الوجدانية**: يعد الدفاع والرعاية التي يزود بها الفرد من طرف الآخرين عاملاً مساعداً على مواجهة الضغوط بثقة أكبر. (Schwartz et al : 1991)

و تتوقف المساندة الإجتماعية على مدى إعتقاد الفرد في كفاءة الآخرين ومدى عمق العلاقة بين الفرد والآخرين المحيطين به والهامين في حياته، إذ أن المستوى المرتفع من المساندة الإجتماعية سواء من الأسرة أو الأصدقاء يرتبط بإستراتيجيات مواجهة فعالة كحل المشكل، وأنه كلما كان مستوى المساندة الإجتماعية منخفضاً فإن ذلك يرتبط بإستراتيجيات مواجهة غير فعالة مثل التجنب والإنسحاب. (طه فرج عبد العظيم :

2006)

وقد أكدت هذا نتائج دراسة **Moos & Billings (1982)** بإعتبار أن مصادر المساعدة الإجتماعية تعمل على التخفيف من التأثيرات السلبية الناتجة عن الأحداث الضاغطة و حماية الفرد من الضيق و المشقة النفسية.

وعلى النقيض من ذلك، يزيد غياب المساعدة الإجتماعية من الشعور بالقلق والإكتئاب لدى الفرد. (**Holahan & Moos : 1978**)، فالمساعدة الإجتماعية تعمل كمصد للضغوط وتساعد على التخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن الأحداث الضاغطة على كل من المستوى النفسي والجسمي، فهي تزيد من شعور الفرد بالأمن النفسي عند مواجهة مواقف خطيرة ومهددة ويدرك أنه غير قادر على مواجهتها وأنه بحاجة إلى العون والدعم من المحيطين به. (**Terry: 1994**)

ثالثا : المتغيرات الديمغرافية :

إلى جانب العوامل الشخصية والعوامل الموقفية، تلعب العوامل الديمغرافية مثل النوع و العمر والمستوى الإقتصادي والإجتماعي والثقافي للأفراد دورا هاما في تحديد إستراتيجية الواجهة التي يستخدمها الفرد تجاه الأحداث الضاغطة كالتالي:

1- العمر:

يؤثر العمر الزمني في أساليب الواجهة للأحداث الضاغطة، إذ تتغير إستراتيجيات الواجهة التي يستخدمها الفرد مع التقدم في العمر و مع زيادة مستوى النمو المعرفي للفرد، و في هذا الصدد يشير **Comas & al (1993)** في دراساته إلى أن الإستراتيجيات تختلف باختلاف الأعمار الزمنية، لوجود علاقة إيجابية بين إستراتيجيات الواجهة التي تركز على الإنفعال و بين العمر، و أن هذه الإستراتيجية يزداد إستخدامها مع الضغوط الأكاديمية والبيئشخصية. (**Compas & al : 1993**)

و يؤكد **Hoffman & al (1992)** بأن إستراتيجيات المواجهة تختلف باختلاف الأعمار وتصبح أكثر نضجا كلما تقدم الفرد في العمر، فالأطفال الصغار غالبا ما يستخدمون المواجهة المتمركزة حول الإنفعال، في مقابل الراشدين الذين يستخدمون إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة، و يرجع **Hoffmann & al (1992)** هذا إلى أن الضواغط التي يواجهها الأطفال غالبا ما تكون خارج نطاق سيطرتهم و تحطمهم، كما تتأثر بمستوى النمو المعرفي الإجتماعي للطفل وقدراته المعرفية. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

كما تختلف إستراتيجيات مواجهة بين الراشدين والمسنين، إذ يستخدم المسنون إعادة التفسير المعرفي للأحداث والتأكيد على الجوانب الإيجابية للحدث، في حين يميل الراشدون إلى استخدام إستراتيجيات مواجهة تكون عدوانية، كما يميلون إلى الإزاحة والإسقاط وغيرها من الأساليب الدفاعية اللاشعورية في مواجهة المواقف والتحديات التي تعترضهم في البيئة. (رضوان سامر جميل: 2008)

2) - المستوى الإقتصادي و الإجتماعي و الثقافي :

يختلف سلوك المواجهة من فرد لآخر تبعا لإختلاف المستوى الإقتصادي والثقافي، فالأفراد ذوو الثقافات المختلفة يستجيبون للضغوط بشكل مغاير ويستخدمون إستراتيجيات مواجهة مختلفة في التعامل مع الأحداث الضاغطة.

(عبد الرحمن الطريري : 1994)

كما أن المستوى الإقتصادي والإجتماعي يلعب دورا هاما في تحديد نوع إستراتيجيات مواجهة التي يستخدمها الفرد، إذ يشير طه فرج عبد العظيم (2006) إلى أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذات مستوى منخفض من التعليم الرسمي أو النظامي يميلون إلى تعاطي المخدرات والعقاقير كأسلوب مواجهة المواقف الضاغطة، في حين أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذات مستوى إقتصادي و إجتماعي مرتفع

يميلون إلى استخدام إستراتيجيات مواجهة السلوكية والمعرفية الفعالة و يكونون أقل استخداماً لإستراتيجيات المواجهة القائمة على التجنب أو الإحجام. (طه فرج عبد العظيم : 2006)

و في هذا الصدد يشير **Billings & Moos (1981)** إلى أن المستوى الإقتصادي والإجتماعي والتعليمي المنخفض يرتبط بإستراتيجيات المواجهة التي تركز على التجنب. (**Billings & Moos : 1981**)

(3)-_النوع:

أوضحت دراسات عديدة وجود فروق بين الجنسين في استخدام إستراتيجيات المواجهة، من بينها دراسة **Stone & Neale (1984)** التي إهتمت بالتعرف على أساليب المواجهة التي يستخدمها كل من الجنسين في مواجهة للمشاكل اليومية، و أوضحت الدراسة أن الرجل يقوم بأفعال مباشرة لمواجهة المشاكل، في حين تستخدم المرأة إستراتيجيات سلبية تتضمن التشتت والتفيس والسعي نحو الحصول على الدعم الإجتماعي. (**Stone & Neale : 1984**)

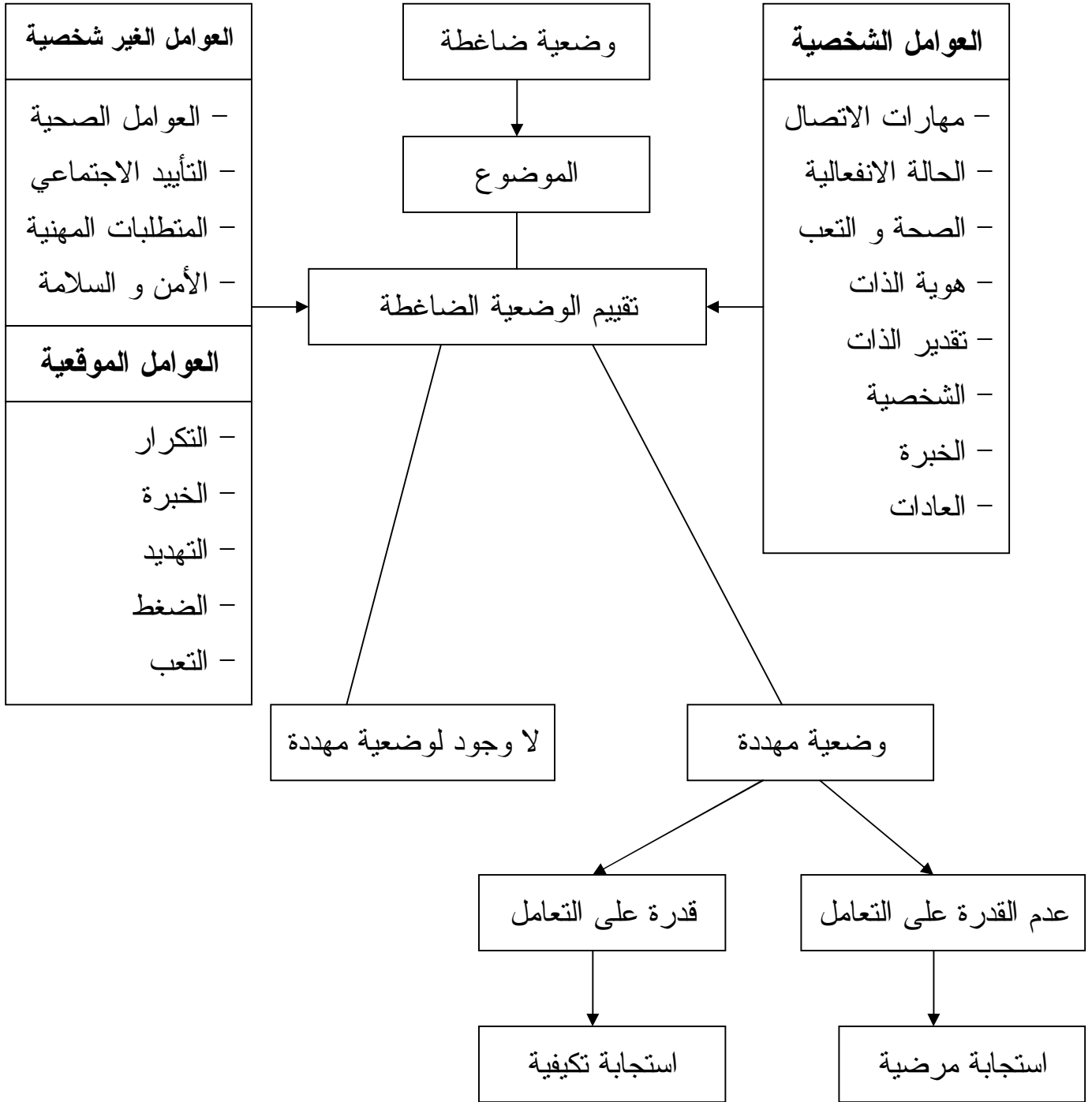
كما كشفت الدراسة التي قام بها **Thoits (1995)** أن الإناث أكثر تعبيراً عن مشاعرهن بحرية و يحاولن السعي نحو المساندة الإجتماعية وتقبل الموقف، في حين أن الذكور يميلون إلى التفكير في الموقف. (**Thoits : 1995**)

و يشير ذلك إلى استخدام المرأة للمساندة الإجتماعية كإستراتيجية مواجهة وقائية وإجرائية في التعامل من خلال توظيف شبكة العلاقات الإجتماعية المتاحة لتفي المعلومات المفيدة والنصائح ومناقشة المشاكل والحصول على النصائح ومشاركة وجدانية تساعد على التعامل مع المواقف الضاغطة.

و في هذا الصدد أوضحت دراسة **Pearlin & Schooler (1978)** أن الرجال يستخدمون إستراتيجية حل المشكلة في مواجهة المواقف والأحداث، و أن النساء يسعين

إلى المساندة الإجتماعية عند مواجهة المشكلات، و يرجع **Pearlin & Schooler (1978)** الفروق بين الجنسين في المواجهة البيولوجية والتوقعات الإجتماعية المرتبطة بكل من الجنسين، إضافة على إختلاف أدوار كل جنس وعملية التنشئة الإجتماعية. (**Pearlin & Schooler : 1978**)

وقد قدم **Lazarus (1970)** مخططا يوضح كيفية تعامل الفرد مع وضعية ضاغطة يتضح من خلاله أن ما يعتبر وضعية مهددة لفرد قد لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد وكمه الحاجة التي تهدد الفرد، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة. (فاروق عثمان: 2001)



الشكل رقم (17): التعامل مع وضعية ضاغطة حسب Lazarus (1970)

6- العلاقة بين التعامل مع الضغط النفسي المركز حول حل المشكل

و المركز حول الانفعال:

تتضمن الجهود المتمركزة حول حل المشكل (Problem Solving efforts) القيام بمحاولات تهدف إلى القيام بعمل شيء إزاء الظروف الضاغطة التي تشكل مصدر أذى، أو تهديد أو تحد للفرد. أما التعامل المتمركز حول الانفعال (Emotion Focused Coping). فيتضمن الجهود الموجهة لتنظيم الانفعالات التي تنشأ عن التعرض للحدث الضاغط. (Pearlin & Schooler : 1978) وفي بعض الأحيان، تعمل الجهود الموجهة نحو حل المشكل، والجهود الموجهة لتنظيم الانفعال معا مع بعضهما البعض بالتكامل.

إذ يمكن لشكلي التعامل مع الضغط النفسي (المركزة على الانفعال والمركزة على حل المشكل) أن يسهلا عمل بعضهما البعض، كما يمكن أن يعيق كل منهما عمل الآخر وقد بين **Miller (1980)** هذا التفاعل من خلال المثال التالي والمتعلق بمعاونة امرأة من القلق والتوتر الشديدين كلما صعدت خشبة المسرح لتقديم عرضها، وقصد التغلب على شعور بالقلق تلجأ إلى التنفس بعمق و تعمل على تهدئة نفسها شيئا فشيئا، و باستخدامها لهذه الإجراءات تنتقل إلى استخدام أشكال التعامل المركزة على المشكل كإمعان النظر جيدا في محتويات العرض، واسترجاعها في ذاكرتها ثانية، ثم عرضها وهي الشيء الذي يسهل عليها الخروج من وضعية ضاغطة. (Miller : 1980)

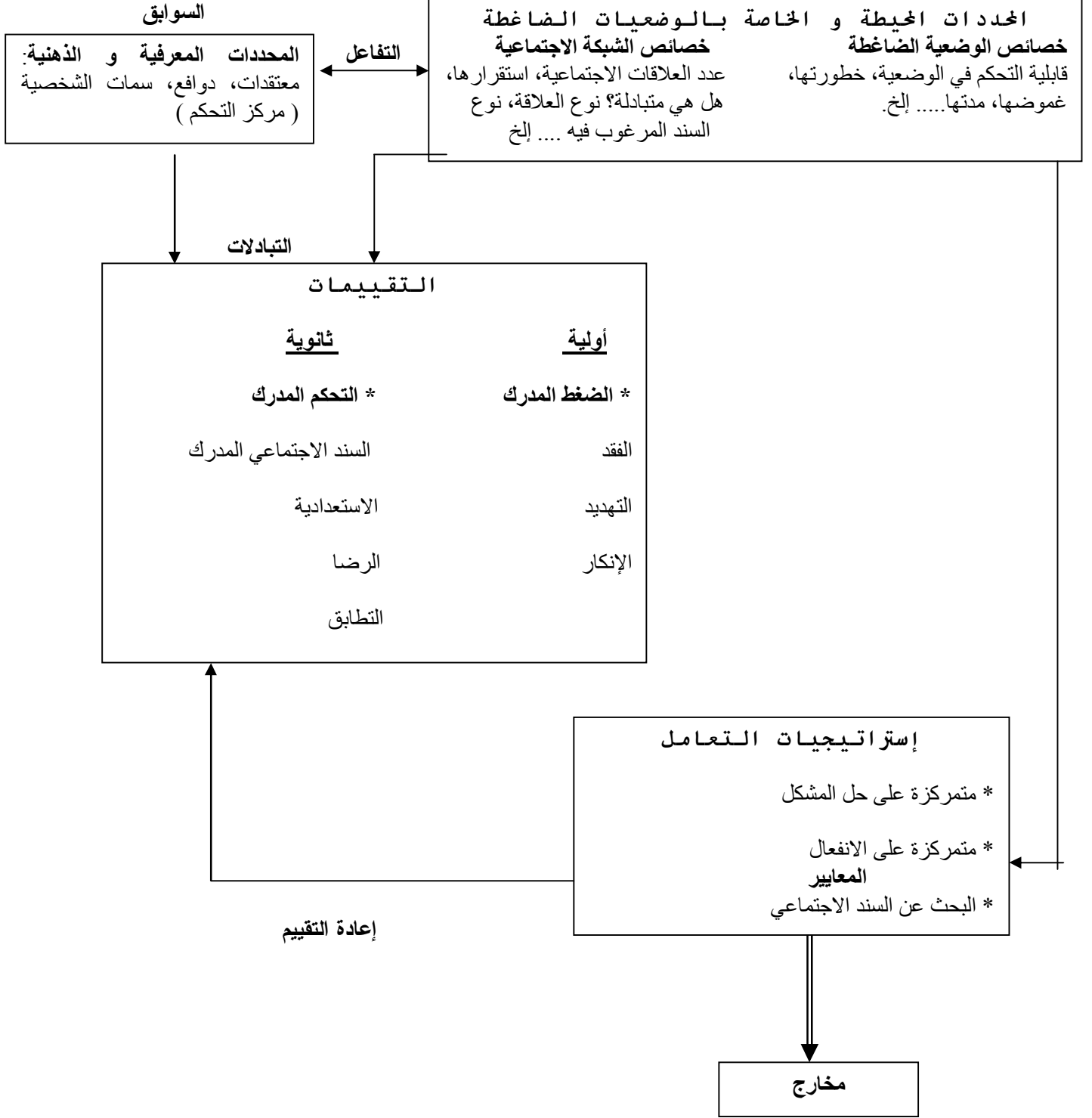
و في نفس المجال وقصد توضيح العلاقة المتبادلة بين التعامل مع الضغط النفسي المركز على المشكل والاستراتيجيات المركزة على الانفعال والتي تسهل فيها كل منهما عمل الأخرى يضرب **Mechanic (1962)** مثلا آخر حول طالب يعاني من مستوى عال من القلق والتوتر حينما يكون بصدد إجراء امتحان مصيري، وكيف أن هذه الدرجة من القلق العالي تبدأ بالتلاشي والانخفاض التدريجي، بمجرد اهتمام الطالب و

انتباهه لينصب لإجراء الامتحان. و يتضح لنا من خلال هذا المثال كيف أن الانتقال من استعمال الاستراتيجيات المركزة على الانفعال إلى الاستراتيجيات المركز على المشكل وحله في التخفيض من حدة التوتر الانفعالي.

و لتبيان كيف لنوعي التعامل أن يعرقل كل منهما الآخر قدم **Breznitz (1971)** مثالا يتعلق بالشخص الذي يكون حديث العهد بتشخيص مرض يعاني منه، إذ يتجه هذا الشخص نحو جمع المعلومات وتقييمها مصراً على ذلك ويساهم اكتسابه لتلك المعلومات المتعلقة بمرضه في ازدياد نسبة الشك لديه بخصوص خطورة حالته، ويضخمها كما يرفع من درجة القلق لديه و يزيد من حدة التوتر الانفعالي مما يلجأ إلى ميكانيزمات معينة كالتجنب. (**Marechal : 1994**)

وبصفة عامة الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال هما متكاملتان ومكملتان لبعضهما، بحيث أن الفرد الواحد يستعمل استراتيجية ما بدرجة كبيرة من الأخرى، وتعمل هذه الاستراتيجيات على التأثير في المشكل سلباً أو ايجاباً. وتفاعل الاستراتيجيات يهدف دائماً الفرد من خلاله الوصول إلى حالة من التكيف حتى وإن استعان بالهروب من الوضعية لعدم القدرة على التأثير فيها. وهذا كله دون أن ننسى دور الضغط هذا الأخير له دور في تحقيق الاستراتيجيات للتوافق والتكيف وبالتالي الوصول إلى الراحة النفسية والجسدية، باستعمال كل أنواع المواجهة الممكنة بصفة تفاعلية تبعا للمشكل وخصائصه، فلا توجد استراتيجيات أفضل من أخرى وإنما تفاعلها هو الذي يحدد عملها المتكامل. (**Ovide : 1996**)

وفيما يلي يوضح الشكل رقم (18) العمل المتكامل لإستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي:



الشكل رقم (18): إستراتيجيات التعامل
(Bruchon – Schwitzer: 2002)

7- فعالية التعامل مع الضغط النفسي:

يلجأ بعض الأفراد في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة التي تشكل لهم تهديدا إلى نمط التعامل المتمركز حول الانفعال، في حين يقوم آخرون بإستخدام نمط التعامل المتمركز حول المشكل، وذلك عن طريق جمع المعلومات أو القيام بعمل مباشر. وليس بالضرورة أن يكون كل من النمطين أكثر فعالية في إدارة الضغط، إذ يبدو لكل منهما حسناته وعيوبه وذلك اعتمادا على الموقف الذي تم توظيف النمط فيه، فاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل قد تكون أكثر نجاحا من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال في التعامل مع الأحداث الضاغطة، إذا استطاع الفرد أن يركز على المعلومات الموجودة في الموقف بدلا من التركيز على انفعالاته. (Suls & Fletcher : 1985)

كما يعد طول فترة التعرض للضغط، محددًا لنوعية الاستراتيجيات المستعملة وكذا فعاليتها في مواجهة الضغط النفسي. فالأفراد الذين يتعاملون مع الضغط عن طريق التقليل من أهمية الموقف، أو تجنب الأحداث المهددة، يظهرون نوعا من التعامل الفعال مع التهديدات قصيرة المدى. (Wong & Kaloupek : 1968)

في حين إذا تكرر حدوث التهديد أو استمر على مدى الزمن، فإن الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لن تكون مجدية، لأن الأفراد الذين يلجؤون إلى استخدام الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال في تعاملهم مع الضغط قد لا يبذلون الكثير من الجهد المعرفي الانفعالي لاستباق وإدارة ما يمكن التعرض إليه من مشاكل على المدى البعيد. (Suls & Fletcher : 1985)

و بالمقابل، الأفراد الذين يتعاملون مع الأحداث المهددة من خلال استخدام الاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل قد يبذلون جهدا كبيرا من الناحية المعرفية و الانفعالية للتعامل مع التهديد الطويل الأمد. لذلك فهم يدفعون على المدى القصير الثمن من القلق و ردود الفعل الفيزيولوجية. (Smith & Ruiz & Uchino : 2000)

وتتمثل فعالية التعامل مع الضغط النفسي في وظيفتين أساسيتين هما:

1- ضبط مشاعر الحزن و المعاناة و الضرر، وهو دور الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

2- معالجة المشكل مصدر المعاناة و الضرر، وهو دور الاستراتيجيات المركزة على حل المشكل.

وفي هذا الصدد يعتبر **Laborit (1979)** التحكم في الحدث و الوضعية الضاغطة فعالا إذا ترجمت النتيجة بانخفاض الاضطرابات البيولوجية والفيزيولوجية والسلوكية. إذ تشير مجمل الأبحاث التي أُقيمت في هذا الميدان من طرف كل من: **Rivolio (1989)**، **Dimatteo (1991)** إلى أن معايير فعالية التعامل مع الضغط النفسي يجب أن تقدر بطرق متعددة الأبعاد: فالاستراتيجيات المستخدمة ملائمة إذا سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف من تأثير العدا على الراحة الجسدية والنفسية. ولكن السؤال المطروح هو أي من الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل أو المتمركزة حول الانفعال الأكثر فعالية لتغيير العلاقة ضغط- أزمة؟

(Paulhan et Bourgeois: 1995)

تتمثل فعالية التعامل مع الضغط النفسي في جانبين رئيسيين هما:

7-1- الأزمة الانفعالية:

كانت دراسة فعالية التعامل مع الضغط النفسي بالنسبة للأزمة الانفعالية موضع العديد من الأبحاث، و المعايير الأساسية المقيمة هي: القلق والاكتئاب، فأعمال **Schmidt (1988)** على مرضى مقيمين بالمستشفى من أجل عملية جراحية أوضحت أن المرضى الذين يستعملون استراتيجيات نشطة (بحث عن معلومات حول كيفية إجراء العملية، مضاعفاتها، والمشاركة أثناء التداوي) هم أقل قلقا ويظهرون مضاعفات أقل بعد العملية مقارنة مع المرضى الذين يستعملون استراتيجيات غير نشطة (سلوك استسلامي، كف). **(Schweitzer et Dantzer: 1994)**

كذلك فإن فعالية التعامل مع الضغط النفسي تتوقف على خصوصيات الوضعية الضاغطة مثل المدة، التحكم في الحدث الضاغط إذا يكون التجنب أكثر فعالية في المدة القصيرة (من 0-3 أيام بعد الحدث الضاغط) وتكون الاستراتيجيات نشطة على المدى الطويل (ابتداءً من أسبوعين بعد الحدث الضاغط).

وحسب **Lazarus et Folkman** الاستراتيجيات النشطة لا تكون فعالة إلا إذا كان الفرد متحكماً في الحدث، غير أنه في حالة عدم القدرة على التحكم في الحدث، الاستراتيجيات غير النشطة (كالتجنب مثلاً) تكون أكثر استعمالاً مثلما هو الحال في الأمراض المستعصية الشفاء. فمختلف الأبحاث لـ **Green- Morris et Pettingle (1979)** و **Dean et Surtees (1989)** أظهرت أن الإنكار أو إعادة التقييم الإيجابي هي استراتيجيات التي تسهل التكيف الجيد عند هؤلاء المرضى. (**Paulhan, et Bourgois : 1995 p56**)

و في الواقع لا توجد استراتيجيات فعالة بذاتها مستقلة عن المميزات الشخصية والإدراك المعرفي للفرد وخصوصاً المواقف الضاغطة.

7-2- الصحة الجسمية:

دراسة فعالية التعامل مع الضغط النفسي على حالة الصحة الجسدية تبدو صعبة التقييم فحسب **Lazarus** و **Folkman** يمكن للاستراتيجيات المستعملة في التعامل مع الضغط النفسي التأثير على الصحة الجسمية بثلاث طرق:

أولاً: بإمكانها التأثير على التكرار، الشدة ومدة الاستجابات الفيزيولوجية (نبضات القلب، ضغط الدم، التوتر العضلي) والاستجابات العصبية الكيميائية المرتبطة بوضعيات الضغط (كاتيكولامين، كورتيزول) في الحالات التالية:

- عدم استطاعة الفرد تدارك أو تحسين الشروط المحيطة الضاغطة لعدم فعالية أو مناسبة الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل.
- الفشل في تنظيم الضغط الانفعالي أمام حدث غير متحكم فيه، ويتعلق الأمر بعدم فعالية الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال.

• اتخاذ الفرد أسلوب حياة أو أسلوب مقاومة يشكل خطر في حد ذاته و أحسن مثال على ذلك هو نمط (أ) (type A) الذي يتصف بالعدوانية، عدم الصبر، إدراك الأحداث الضاغطة كتحديات.

ثانياً: يمكن للتعامل مع الضغط أن يضر مباشرة و سلباً على الصحة و ذلك بارتفاع خطر الوفيات و الأمراض عند الاستعمال المفرط للمواد السامة كالكحول والتبغ والمخدرات، أو حين تدفع الفرد إلى نشاطات الخطر العالي كالسرعة في السياقة.

ثالثاً: يمكن للاستراتيجيات المركزة حول الانفعال تهديد الصحة الجسمية لأنها تعرقل السلوك التكيفي، كما في حالة الإنكار والتجنب، وهما الاستراتيجيان اللتين قد تخفضان من التوتر الانفعالي لكن قد تجعلان الفرد لا يدرك الأعراض ولا يفحص إلا في وقت متأخر جداً. (Folkman , Lazarus: 1984)

إن مجهودات المواجهة تهدف إلى تحديد الضغط ، حيث تعتبر النظرية الإجتماعية المعرفية أن المواجهة تنتج من تجربة التعلم المباشر من خلال التعلم بملاحظة نماذج إجتماعية و المقارنة الإجتماعية و إن فعالية المهارة الذاتية التي تنشط الشخص خلال مجهودات المواجهة، هي عامل مهم في المواجهة النشيطة، إذ تحتوي عدم فعالية المواجهة على معنى قوي لعدم الفعالية الذاتية التي تتدخل سلباً في مجهودات المواجهة. (Ikhel, 1995)

نستنتج من خلال هذا العرض أن فعالية إستراتيجيات المواجهة ، الـ **Coping** ليست بالضرورة جيدة أو رديئة، فقد تكون فعالية المواجهة بالمسيرة التي تناسب المتطلبات الداخلية والخارجية للوضعية أي بكل الخصائص التي تتعلق بالفرد (التقويم، التحكم، مصادر، المقاومة) و تلك التي تتعلق بالوضعية الضاغطة.

8- علاقة إستراتيجيات المواجهة بالضغط :

يعرف الضغط عموماً بأنه اضطراب في التوازن أو إنقطاع في المسار الطبيعي للعادات والتي تجبر الفرد على أن يبحث أو يصل إلى توازنه الداخلي أو إيجاد توازن جيد باعتبار أن الفرد كائن يفكر ويشعر ويعطي معنى لكل ما يوجد حوله، إذ يبدأ مسار الضغط من خلال إكتشاف الفرد على أن علاقته مع المحيط قد تغيرت ومن أجل معرفة هذا التغيير يجب أن تشمل الوضعية المؤثرة على ثلاث خصائص هي:

- 1 - يدرك الفرد الوضعية على أنها مهددة له و أنها تعبر عن تحدي.
- 2 - يعتبر أن حل هذا التحدي و التهديد الذي يواجهه مهم جداً لراحته.
- 3 - يكون الفرد غير متأكد من أنه يملك القدرات الكافية من أجل مواجهة ذلك الخطر.

كما أن لكل فرد طريقته الخاصة في مواجهة و تسيير الضغط، و بهذه العبارة نحن نشير إلى مجموعة الإستراتيجيات الخاصة التي تكون طريقته المعتادة لمواجهة مختلف المواقف الحياتية الضاغطة لكن قد تصبح هذه التحديات المستعملة غير كافية و غير مجدية في بعض الأحيان لذا يجب على الأفراد أن يطوروا مجموعة جديدة من الإستراتيجيات ليتمكنوا من إستعمالها عند الضرورة و أن يحاولوا تجنب الإستهلاك المبالغ لكل ما يضر بصحة الفرد سواء الجسمية أو النفسية كالكحول أو غيره .

كما تجدر الإشارة إلى أن الضغط هو مسار متطور يتطلب مجهود للتكيف يكون الفرد مستعداً دائماً لتقييمه معنى هذا أن عملية تسيير الضغط لا تعني الإستجابة مرة واحدة فقط للموقف الضاغط بل العكس تعني الإبقاء النشاط على مسار التكيف .

(Cohen & Lazarus, 1979)

و من خلال التقسيم الذي عمد إليه كل من لازاروس و فولكمان عام 1984 لإستراتيجيات المواجهة، توصلنا إلى فئتين كبيرتين، الأولى هي التقنيات المواجهة نحو المشكل ، و الثانية هي التقنيات التي تعتمد على الإنفعالات، و لقد بين

Martelli et Al 1987 أن بعض الأفراد يفضلون الإستراتيجيات المتعلقة بحل المشكل، وآخرون يميلون لإستراتيجيات ذات الطابع الإنفعالي، يستعملون كلا النوعين في مواقف حياتية و بدرجات متفاوتة.

و إذا تكلمنا على الضغط لا يمكن إهمال أهم علاقة تجمع بين العامل الضغط والفرد، وهي مفهوم التقدير المعرفي الذي يعتبر حسب Lazarus, Cagne (1980) أنه من الإستراتيجيات التكيفية إزاء العامل الضاغط والمحددة أساسا من خلال تقديم الفرد لهذا الأخير والنتائج المترتبة عنه. ومن خلال هذا النموذج فإن الإستراتيجيات الأساسية التي تمكن الفرد من الإستجابة للضغط هي كمايلي :

- البحث عن المعلومات فيما يتعلق بخصائص العامل الضاغط.
- إيقاف أو كبح العوامل التي قد تضر بالفرد.
- إعادة مسار نفسي الذي يمكن من تنظيم الإنفعالات أي التنظيم الذاتي للإنفعالات والتنظيم للعلاقة فرد - بيئة .

كما يسير التقدير المعرفي وفق علاقة دائرية تتوسط الضغط الخارجي و المعاش النفسي الذي يترتب عن ذلك الضغط. معنى هذا أن هذه العلاقة الدورانية تتوافق والإدراك الديناميكي للضغط أو بعبارة أخرى " المثير لا يأخذ إلا القيمة التي يعطيها له الفرد "، و إن متغيرات المحيط و الفرد مقابل العامل الضاغط ليست ثابتة، وإنما هي تغير مستمر من حيث المفهوم و التنظيم.

9- نتائج التعامل مع الضغط النفسي :

يمكن تخفيف الضغوط أو إدارتها و إيقاف النتائج العكسية المترتبة عنها عن طريق التوظيف الناجح للإمكانيات الداخلية: مثل إستراتيجيات التعامل، والمصادر الخارجية، من نقود أو مساندة إجتماعية. ولكن لا يجوز النظر إلى التعامل على أنه مجرد مجموعة من العمليات التي تحدث إستجابة للمشاكل التي تنشأ عن مصدر محدد للضغط بل يجب النظر إليه على أنه جهود تسعى إلى تحقيق أهداف معينة، وهذه الأهداف يمكن إعتبارها مهمات التعامل (Tasks of Coping). وتتمركز جهود التعامل في خمس مهمات رئيسية هي :

- 1 - تحقيق الظروف البيئية المؤذية تعزيز احتمالات الشفاء.
- 2 - التحمل أو التكيف مع الأحداث أو الواقع السلبي.
- 3 - الحفاظ على صورة إيجابية عن الذات.
- 4 - الحفاظ على التوازن الإنفعالي.
- 5 - الإستمرار في إقامة العلاقات المشبعة مع الآخرين .

و لتحقيق فعالية في التعامل مع المشاكل، على الفرد أن يقوم أولاً بالتعامل مع المطالب المباشرة التي يفرضها الموقف الضاغط نفسه، ثم عليه أن يحدد أي نتيجة سلبية أو مشكلة مزعجة يسببها الحدث الضاغط.

كما أن على الشخص الذي يتعرض للضغط أن يحاول تقليل المعاناة النفسية التي تنشأ عن الأذى له. سواء أكان مصدر هذه المعاناة هو الأذى القائم، أم ما يمكن أن يترتب عليه من ضغوطات في المستقبل، إذ يتوجب على الفرد أن يحافظ على العلاقات الإجتماعية بوصفها مصدراً لإستمرار المساندة. (Cohen & Lazarus, 1979)

خلاصة الفصل :

تختلف الضغوط النفسية باختلاف معايير شدتها، ومدتها، وعمقها، وإدراكها، وأصلها، وظروف ظهورها وإتجاهها نحو كل من الذات، و نحو المحيط المادي والإجتماعي، والتوجهات الزمنية (الماضي - الحاضر - المستقبل)، وأساليب التعبير عنها في السلوكيات الخارجية.

فقد تتسبب شدة الضغوط المرتفعة والتعرض المتكرر لها إلى ظهور كثير من التأثيرات السلبية لدى الفرد والمؤسسة التي يعمل بها. إذ يمكن للعمل أن يكون مصدرا للضغوط النفسية الناتجة عن مطالب وظروف العمل الغير معتادة والتي تخلق نوعا من عدم التوازن بين إمكانيات وحاجات الفرد وبين طبيعة الوظيفة التي يقوم بها الفرد وحاجات البيئة التي يعمل فيها، إذ يتضمن الضغط النفسي إستجابات إجتماعية وفيزيولوجية ونفسية ومعرفية عديدة.

تعتبر إستراتيجية المواجهة إحدى السيرورات التبادلية التي تلعب دورا مهم بين الأحداث الضاغطة و الصحة النفسية التي تتبعها، كما أن إستراتيجيات المواجهة التي يتم إتخاذها ترتبط بالميزات الفردية (الشخصية) وتلك المتعلقة بالوضعية (المدة، درجة الخطورة، إمكانية مراقبتها، طبيعتها) وتصنف غالبا في فئات جد عامة (إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال)، إذ تتعدد وتختلف إستراتيجيات المواجهة باختلاف كل من المتغيرات الشخصية والديموغرافية وطبيعة الموقف الضاغط وإختلاف البناء المعرفي للفرد و كيفية تفسيره للمواقف الضاغطة، فلا يمكن للفرد الإعتماد على إستراتيجية واحدة في مواجهة المواقف إذ أن إستراتيجية المواجهة التي تكون فعالة لدى فرد معين قد لا تكون فعالة لدى فرد آخر، كما أن الإستراتيجية التي تكون فعالة في موقف ما بالنسبة للفرد، قد لا تكون فعالة في موقف آخر لدى نفس الفرد.

الفصل الثالث

التمر يرض

تمهيد:

تعد مهنة التمريض من أبرز المهن الإجتماعية لما تمثله من فضائل إنسانية وماتحملة من علم وفن ومهارة، وما تقدمه من خدمة إنسانية إذ يتسم ممارستها بالتحلي بالشعور بالواجب وبروح المسؤولية وحسن المعاملة والمحافظة على أسرار المرضى.

تتركز تدخلات الممرض على نوعية القيم الانسانية والخلقية اللازمة والخاصة بالمهنة، وعلى الوسائل التي تنجم عنها، ويهدف تدخل الممرض في هذه الحالة إلى مساعدة المريض للانتباه إلى سياقات طاقته الكامنة والتعرف على طبيعته الفردية والتقرب منها. و يبلغ الممرض أهدافه إذا استعمل معلوماته، ومهاراته وتصرفاته وفقا لطبيعة المريض، وإذا كانت العلاقات الموجودة بينهما مبنية على تبادل التقبل، والفهم والمودة. كما أن لمهنة التمريض تضم مهام و مسؤوليات وقواعد علمية وأساليب فنية ومهارات مكتسبة ومتطلبات أساسية سيتم إستعراضها فيمايلي.

1- تعريف مفهوم التمريض:

يتفق الباحثون في مجال التمريض على أن هذه المهنة تعني تقديم الرعاية المتكاملة للأفراد و الأسر والمجتمعات في الصحة والمرض بهدف تحسين مستوى الصحة والمحافظة عليها من الناحية البدنية، النفسية والاجتماعية، والوقاية من الأمراض ورعاية المرضى و مساعدتهم على إسترداد صحتهم وتأهيلهم للإعتماد على أنفسهم وتقليل نسبة العجز لديهم و تقديم المشاركة الوجدانية للمريض.

أسست **فلورنس نقتينغال** أول مدرسة للتمريض عام 1860 بمستشفى سان توماس بلندن في إنجلترا. وكان مبدأ التمريض آنذاك قائماً على تطبيق القواعد الضرورية للنظافة لتحقيق الراحة البدنية والنفسية للمريض، إلا أن التقنيات العلاجية وكيفية تلقينها لم تكن متطورة ذلك لعدم التمكن من تحديد مفهوم الصحة علمياً. ولهذا السبب حصرت المهارات المهنية للممرض في الملاحظة واحترام استقلالية المريض في مجال العلاج. و تعرف **فلورانس نقتينغال** التمريض بأنه عبارة عن وضع المريض في أفضل الظروف الممكنة حتى تقوم الطبيعة بدورها.

بعد ذلك أصبح تعريف **فرجينيا هندرسون** للتمريض التعريف الرسمي للمجلس العالمي للتمريض و الذي يعتبر التمريض على أنه في المقام الأول مساعدة المرضى و الأصحاء على القيام بالأنشطة التي تساهم في الحفاظ على الصحة وإسترداد العافية. (فوزي ميهوبي: 2008)

فالتمريض بمعناه الواسع، مهنة نبيلة تجسد غاية إنسانية تهدف إلى العناية بالسليم و المريض على حد السواء جسماً ونفسياً واجتماعياً وعاطفياً.

3- مهام و مسؤوليات الممرض :

يعد الممرض مطالب للمشاركة في اتخاذ التدابير العلاجية والتشخيصية الطبية، مما يستلزم عليه التحكم في وصف الأدوية اللازمة واتخاذ الإجراءات العلاجية الملائمة، واتباع حالة المريض ومراقبة تطورها، وذلك من خلال تقديم المعلومات الضرورية واللازمة للأشخاص المعنيين، هذا مع الحالات العادية. أما الحالات الإستعجالية، فعليه تطبيق الإجراءات الاستعجالية التي تتطلبها الحالة الاكلينيكية، وضمن نوعية العلاج واستمراريته مع تفادي الهفوات التي من شأنها أن تعرض حياة المريض للخطر، ثم بعد ذلك، الحرص على المساهمة في إجراء عملية تقييم لذلك العلاج من حيث نوعيته وكميته، وهذا من فائدته أن يجعله يساهم في الحفاظ على الصحة وترقيتها في صالح الأفراد والجماعات عن طريق التدابير والاجراءات الوقائية والتربية الصحية للأفراد.

كما تسند إلى الممرض مسؤوليات أخرى، مرتبطة بالتسيير والتنظيم والإدارة. و تتعلق بإنشاء مخطط زمني تنظم وفقه نشاطات مجموعات صغيرة من الممرضين، آخذا في الحسبان الضغوطات والطاقات الداخلية، بالإضافة إلى تنسيق العمل الجماعي لكل الممرضين، وذلك بتقسيم النشاطات وفقا لحجمها، تبعا لدرجة تفقد العلاج، علاوة على مؤهلات العمال و هذا كله بهدف تحقيق العناية المثلى للمريض.

زيادة على ذلك، تضاف للممرض مسؤولية إنشاء ملفات العلاج والإحصاءات المتعلقة بالمرضى، وكذا العمل جماعيا على بلورة الخيارات العلاجية التي تتلاءم وفلسفة المؤسسة أو التنظيم، والحرص على تحقيقها وتقييم نتائجها. فعليه التحكم في المعارف الحديثة والاطلاع على وسائل العلاج والإعلام والتسيير والتنظيم والتقنيات الجديدة و التأكد من الاستعمال المناسب للوسائل حفاظا على البيئة من جهة، و من جهة أخرى لصيانة الوسائل من التلف. فعليه الحرص الشديد على تحاشي النقائص، باللجوء دوريا إلى الطلبات و عمليات الجرد اللازمة. (نسيمة شتوحي:2003)

و من مهام الممرض أيضا، المشاركة الفعالة في تكوين فريق للمرضيين، بمحاولة إيجاد جو مناسب للعمل الجماعي عن طريق وضع حلول مناسبة للصراعات التي ما تلبث أن تنشئ وسط هذا الفريق، وذلك لمختلف الأسباب ككثرة العمل والإرهاق.

كما يتعهد الممرض بمسؤولية استقبال عمال المصلحة الجدد من مرضيين وطلبة بتولي تأطيرهم و مراقبتهم، إضافة إلى مشاركته في تقييم انجازاتهم وفقا لمستواهم بناء على الأهداف المتوخاة في تكوينهم، ومن هنا يمكنه المشاركة في تحديد المتطلبات الضرورية لتكوين فريق الممرضين الجدد، و لا يتوقف عمله إلا على هذا بل عليه تسيير نشاطات الفريق وتنسيقه ومعاينته، علاوة على بلورة مخطط الإجازات والعطل، وكل هذا عن طريق التفويض.

ويقع على عاتق الممرض انجاز المشاريع وتحقيق الأهداف وإجراء العمليات التنفيذية مع إمكانية تسطير الأولويات، مثل تنظيم البرامج وتعديلها وإحكامها في أي من الأوقات، وهذا لا يكون إلا بتركيز الانتباه إلى عدة أمور متزامنة وغالبا ما تكون متقطعة.

و من جهة أخرى عليه اتخاذ قرارات سريعة ودقيقة وحساسة في نفس الوقت، ويتوجب عليه السرعة في العمل، و هذا كله ببرودة أعصاب وهدوء. فمع كل هذه الضغوطات، يتوجب عليه أن يتردد من طلب يد العون وإقامة علاقات مهنية وحميمة و تنشيط حوار فردي و ترأس لقاءات جماعية و كذا نسج علاقات مع العمال و المسؤولين والتعاون مع طبقات عمالية مختلفة تساعده على تحمل عبء العمل وتعيينه على انجاز الأعمال الفردية فعليه إذن تبني هيئة وتصرفات مهنية ملائمة لوضعيته.

3- إختصاصات التمريض:

تطورت مهنة التمريض بمرور الوقت فأصبح الممرض مساعدا مختصا في العلاج يقوم بدور فعال في الفرقة الصحية والوحدات الوقائية. ويرجع هذا التغيير إلى عدة أسباب أهمها التقدم العلمي والتقني في مجال الطب، وتعدد نشاطات أفراد الفرقة الصحية التي تحتاج إلى تدخل (متعدد الاختصاصات) مركزاً على التعاون والتكامل المهني.

توسعت مهنة التمريض وأنشأت لها المدارس والمعاهد و تفرعت إلى حقول عديدة و إختصاصات وتفرعات متنوعة، تمنح من خلالها مهنة التمريض إمكانيات الترقية في مناصب عليا تقع في المراتب الآتية:

3-1 - ممرض رئيس فرقة:

يشتغل تحت اشراف ومسؤولية المسؤول المباشر، ومكلف بتنظيم وتنسيق ومراقبة عمل الفرقة المعتادة ويسهر على الاستعمال العقلاني للوسائل الموضوعية تحت تصرفه.

3-2 - ممرض مراقب المصالح الصحية:

يعمل تحت مسؤولية الطبيب رئيس المصلحة والمراقب الرئيسي وهو مسؤول عن تنظيم وتقييم عمل موظفي المصلحة التي يشرف عليها كما يسهر على تنفيذ الوصفة الطبية، وينظم الفحص الطبي للمرضى ويحضرهم، ويزود الوحدة بالعتاد المطلوب وكل اللوازم الضرورية لها، مع مراقبة نظام التحديث والنظافة وراحة المرضى، والسهر على نظافة المرافق.

3-3 - ممرض مراقب رئيسي للمصالح:

يشتغل تحت رعاية الطبيب رئيس للمصلحة، مكلف بتنظيم وتوجيه وتنسيق ومراقبة عمل الفرق الشبه الطبية، ويسهر على الاستعمال العقلاني للعتاد وصيانتته

والحفاظ عليه، ويراقب وينظم تأطير التلاميذ شبه الطبيين ويسهر على نوعية العلاجات.

3-4- ممرض منسق للنشاطات شبه الطبية:

ينظم وينسق أعمال المستخدمين الطبيين ويسهر على نوعية أعمالهم الخاصة باستقبال المريض، وعلى ضمان النظافة، ويساهم في دراسة المشاكل المتعلقة بالتكيف مع التقنيات الجديدة وهذا بمشاركة رئيس المصلحة المساهم في عملية التعليم والبحث في مجال العلاجات واحترام أخلاقيات المهنة، كما يسهر على تحسين شروط العمل للمستخدمين ومساعدتهم على إقامة علاقات عمل جيدة بين كل الأطراف المعنية من الإدارة، الأطباء والمستخدمين شبه الطبيين.

و تتعلق أوقات العمل بحجم مصلحة الصحة واختصاصها، حيث يقسم العمل على ثلاث فرق ويمكن تنظيم العمل وتوزيعه على فرقتين تشتغلان بالتناوب.

(دليلة عيطور: 1997)

4- ميادين ترقية الممرض:

يمكن للممرض أن يصبح أستاذا في التكوين شبه الطبي، بعد إجراء مسابقة الدخول في مدرسة إطارات الصحة والنجاح فيها بشرط الخبرة لمدة لا تقل عن ثلاثة سنوات في الميدان.

في هذه المدارس يتلقى الممرض تكوينا نفسيا، بيداغوجيا في شعبة تخصصه، وفي نهاية السنة الثانية يحضر ويناقش الرسالة. بعد الحصول على شهادة أستاذ، يدخل في الإطارات الصحية ويشغل في إحدى مراكز التكوين. يمكن أن يرتقي في هذا المجال ويتقلد المناصب الآتية:

4-1- رئيس قسم:

بالإضافة إلى نشاطات التعليم والتأطير، يكلف رئيس القسم بتنسيق التعليم النظري والتطبيقي للأساتذة كما يقوم بأداء المهام الإدارية والبيداغوجية للقسم ويشترك في تخطيط وتقييم التعليم.

4-2- مدير الدراسات والتربصات:

يشغل تحت سلطة مدير مؤسسة التكوين، والسهر على تطبيق برامج التكوين، بتتبعها وتقييمها وعلى تحسين مستوى الأساتذة وتنفيذ قرارات مجالس المداولة، بتنظيم الامتحانات والمسابقات، وبتحضير الحصيلة والأنشطة البيداغوجية.

4-3- مدير الملحقة:

يكلف بالتسيير الإداري لمؤسسة التكوين، ويقوم بالتنسيق بين مختلف مصالح ومؤسسات التكوين شبه الطبي.

4-4- مدير المؤسسة:

يكلف بالإدارة والسير الحسن للمؤسسة ويسهر على تنفيذ برامج التكوين.

(فوزي ميهوبي: 2008)

5 - طبيعة عمل الممرض:

بعد الحصول على الشهادة الوطنية في التمريض، يمكن للممرض العمل في جميع مصالح الصحة من مستشفيات وعيادات ومصالح الطب المهني والمدرسي أو عند الخواص. يشكل الممرضون الصورة العامة للمؤسسة الصحية، إذ تؤدي الممرضة أو الممرض في النسق الطبي مجموعة من الأدوار الحيوية، المتمثلة فيمايلي:

- التكفل بتقديم خدمات إجتماعية وإنسانية للمرضى بغية علاجهم ومآزرتهم. فعلى الممرض توفير العلاج للأشخاص على اختلاف أعمارهم و ثقافتهم، دون أي تمييز ومع شتى الظروف و في مختلف الأماكن، و عليه أن يثبت قدرته على مراجعة نفسه و إعادة النظر في أعماله بعد كل الجهود التي يبذلها.

- يتوجب على الممرض العناية الكاملة بالمريض الغير قادر على الاعتناء بنفسه، إذ يسهر الممرضون على تنفيذ الوصفة الطبية، وينظمون الفحص الطبي للمرضى، ويزودون الوحدة بالعتاد المطلوب وكل اللوازم الضرورية لها، مع مراقبة نظام التحديث والنظافة.

- تقديم الإرشادات الضرورية لمساعدة المرضى على تقبل المرض والتعامل والتعايش معه. إذ يعتبر الممرض كمصدر للثقة، بحيث يساعد المريض على إسترداد معنوياته التي فقدها بفعل المرض، بالإضافة إلى إستعادة راحته والتخلص من شعوره بالضيق. (شيلي تايلور : 2008)

- يقوم الممرضون بترجمة اللغة الخدمة الصحية التي تقتصر معرفتها على أصحاب المهنة كالأطباء و الممرضين. وكذا الإلمام بمختلف المعارف والمهارات المرتبطة بالمجالات المهنية الخاصة بالتمريض والعلوم شبه الطبية والإنسانية والتي ستمكنه من تحديد المؤشرات وفك الإشارات مع التحليل الدقيق والربط بين عوامل مختلفة.

- يلعب الممرضون دوراً مكملاً للأسرة بالمستشفى من خلال الحفاظ على إستمرارية العلاقات و السلوكات التي إعتادها المريض قبل مرضه و مساعدته على التخلص من مخاوفه وإيتعاده عن أسرته.

- على الممرض أن يتميز بكفاءة فض الصراعات والأزمات ومعالجة الحالات النفسية المترتبة عن وشوك الوفاة ، و كذا الحالات الميؤوس من علاجها، واستمرار في تقديم العلاج المرضى الذين يعانون ممن مرض مزمن، أو الذين أوشكوا على الوفاة أو المتأثرون بنوبات صحية جسدية أو عقلية، أو عقلية، أو مشاكل اجتماعية، والإعتناء بالأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الاتصال، أو الميلون إلى العدوانية والعنف الجسدي أو اللفظي.

- تعد الممرضة كقائدة قادرة على فهم المرضى بأنهم جماعة إجتماعيين وأنهم يحتاجون إلى الحفاظ على العلاقات الإجتماعية .

- إضافة إلى ممارسة التمريض يقوم الممرضون بمهنة المعلم في تعاملهم مع المرضى وعائلاتهم بمساعدتهم على فهم الحالة الصحية الراهنة والاجراءات الصحية الواجب الالتزام بها لاسترداد الصحة أو المحافظة عليها.

- ينبغي على الممرض التحلي بالمهارة والترقب والحدس والثقة في العمل والتخطيط كذلك وخصوصاً قابليته على التفاوض والمشاركة والاستدلال واتخاذ القرارات والتقييم بهدوء وإتزان كاملين.

6- أعباء مهنة التمريض :

تتطلب مهنة التمريض من الممرض المختص مستوى متقدما من الخبرة و العطاء، للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى، وبشارك الممرض الطبيب في تقديم الخدمات، إذ يقوم بمقابلة المرضى، ويقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، و يشرح لهم إتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره، ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى عن كثب خلال زياراتهم المتكررة، بل ويلعب دورا هاما في مساعدتهم على إستيعاب مرضهم ومسبباته، وطرق تشخيصه وعلاجه، ويقدم لهم الإرشادات الضرورية لمساعدتهم في تقبل المرض وكيفية التعامل والتعايش معه مستقبلا. (شيلي تايلور : 2008)

و يؤدي القيام بكل هذه المهام المتعددة إلى شعور أغلبية الممرضون بأنهم مطالبون بالعمل لساعات طويلة وسط ضغط نفسي أكبر خصوصا وأن العمل يتطلب تحمل المسؤولية تجاه الأفراد و ليس المواد. فالعمل يرتكز على قدرة الممرض لانجاز مهام وأعمال كثيرة جدا، تتطلب قوة كبيرة تمكنه من التنقل إلى مختلف الأماكن وبأسرع ما يمكن لإعطاء شتى العلاجات و في وضعيات مختلفة وأغلبها شاقة، ومرات عديدة يتوجب عليه رفع أثقال مختلفة، زيادة عن اضطرابات فترات الراحة، النوم و الغذاء، و القدرة على العمل ضمن فريق دون انقطاع ليل نهار، وعلى إمتداد أيام الأسبوع. (Caplan & Jones : 1975).

كما يتوقع دائما من الممرضين و الممرضات التعاطف مع المرضى والتميز بالميل للعمل و الإهتمام به، والدفء وتقديم الرعاية بكل تقاني و موضوعية. كما يساهم الضغط الناشئ عن بيئة العمل، و ما يفرضه العمل الإستشفائي من ضرورة التحرك و السلوك القلق الذي يظهره العاملون. في حدوث الإحترق النفسي، لاسيما و أن الممرضون يواجهون أحيانا صعوبة في حماية أنفسهم من الألم الذي يشعرون به تجاه مرضاهم و هم يراقبونهم يعانون من الألم ثم يموتون، فالتعامل مع هذه الأحاسيس العاطفية، و يحرصون على أخذ مسافة بينهم و بين المرضى .

ومن بين العوامل المسببة لإحباط الممرض وإحتراقه النفسي تدخل مرافقي المرضى في عمل الممرض، فكثير من المرافقين يجادلون الممرضين في عملهم، ويخطئونهم ويشككون في قدراتهم وكفاءاتهم المهنية، مما يهز ثقة الممرض في نفسه. (Parker & Kulik : 1995). فالمرضى غالبا ما يدركون أنهم يقدمون أكثر مما يحصلون عليه من مرضاهم، وقد تؤدي حالة عدم التوازن إلى تفاقم حالة الإحترق النفسي لديهم. (Buunk & Schaufelli :1993). فالوقت الطويل الذي يتم قضاءه مع العملاء، والتغذية الرجعية البسيطة، والإحساس المتدني بالقدرة على التحكم بالموقف أو النجاح، وصراع الدور، وغموض الدور، جميعها من العوامل المهنية التي تقود إلى تفاقم ظاهرة الإحترق النفسي عند فئة الممرضين (Maslach : 1979) خصوصا عندما يتوقع من الممرضين التعاطف مع المرضى والإهتمام بهم بكل عطف وتقديم الرعاية، والتعامل مع الأحاسيس العاطفية (الألم، الفزع، المعاناة،....)، كما أن الضغط الناشئ عن بيئة العمل وما يفرضه العمل بالمستشفى من ضرورة التحرك بسرعة. (Parker & Kulik : 1995).

لا سيما وأن الممرض يقدم خدمات عديدة في آن واحد إذ يقوم بمراقبة و مقابلة المرضى، و يقدم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، ويشرح لهم سبل إتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره، و يراقب التقدم الذي يحرزه المرضى، كما يساعدهم ويلعب دورا مهم في إستيعاب مرضهم ومسبباته وطرق تشخيصه وعلاجه ويقدم الإرشادات الضرورية للمساعدة على تقبل المرض. (وسام درويش : 2008)

ولهذا يصنف التمريض ضمن مهن المساعدة التي غالبا ما يعاني أصحابها من ضغط نفسي مستمر يصل إلى حد الإحترق النفسي يظهر في فقدان الممرض للإهتمام بعمله ومرضاه، ينتابه شعور بالتشاؤم وتبدل المشاعر واللامبالاة، نفاذ الصبر و الإهمال و قلة الدافعية و الحماس، وفقدان القدرة على الإبداع و الإبتكار في مجال التمريض، وكثرة التغيبات المتكررة والغير المبررة. (Gil & al : 2006)

7- خصائص مهنة التمريض :

يهدف دور الممرض في التمريض إلى تحقيق راحة المريض بواسطة الإصغاء والتوجيه وتقديم النصائح وتدعيمه. لذا يتمثل دور الممرض في مساعدة الفرد على التعرف على قدراته الكامنة ومساعدته في تقبلها وإستعمالها وفقا لطبيعة المعاناة وحسب تصرفاته اليومية بغية تدعيم كماله النفسي البدني والمحافظة عليه. تتميز مهنة التمريض بخصائص عديدة أبرزها ما يلي:

7-1- طبيعة الحراك الوظيفي :

من خصائص العمل في مهنة التمريض نقص أو انعدام الحراك الوظيفي إذا ما قورنت بغيرها من المهن، فالمرضة تظل دائما ممرضة، والمساعدة تظل دائما مساعدة و ذلك لأن لكل منهما درجة معينة تؤهلها لشغلها درجة تعليمها أو نوعية تدريبها منذ البداية و نتيجة ذلك " يوجد تدرج مهني " يثير الكثير من الصراعات، كما توجد قوة كبيرة لا يمكن تخطيها بين ذوي الدرجات العليا في التنظيم الرسمي للمستشفى و هم في نفس الوقت ذوي مكانة إجتماعية مرموقة وهم الصفوة الفنية والإدارية في المستشفى.

7-2- نظرة الأفراد لمهنة التمريض :

يعتقد عدد من الناس بأن أدوار التمريض سواء في المستشفيات أو المراكز الصحية هي أدوار هامشية و غير مهمة مقارنة بما يقوم به الأطباء و الصيادلة و فنيو المختبر، و قد أدى هذا الاعتقاد إلى وجود استعلائية عند البعض، الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى خلل في النسق الطبي.

و هناك مشكلات أخرى يمكن أن يواجهها العاملون في مهنة التمريض نذكر منها:
النظرة الإستعلائية، وعدم الثقة بجهودهم ومعرفتهم الفنية وعدم اعتراف عدد من
الأطباء بالمستوى العلمي والثقافي لهم، وتصورهم أن طبيعة عمل الممرضين تقتصر
على تضميد الجروح وحقن الإبر وتقديم الطعام و الدواء للمريض.

7-3- ازدواجية تبعية الممرضين في المستشفى :

يتبع و يخضع الممرضون والمرضات لرئيسين اثنين مختلفين أحدهما إداري
والآخر طبي، إذ تتعرض الممرضة المشرفة على قسم في المستشفى في عملها إلى
مفارقات فهي لا تخضع لإشراف رئيس واحد تتلقى أوامره و تعليماته و هو رئيسها
الرسمي للمستشفى لكنها في نفس الوقت يجب أن تخضع لأمر الطبيب المشرف على
علاج المرضى المقيمين في القسم الذي تعمل و تشرف على العمل به، باعتباره أكثر
منها خبرة و علما و هو المسؤول الأول عن علاج المرض.

(عبد العزيز علي الغزالي: 1988)

ويعد الممرضين في نظر المرضى و أسرهم و زائريهم من الناحية التقليدية تابعين
للأطباء و هم لقربهم من المرضى يتمتعون بنفوذ ومكانة أقوى من زملائهم العاملين
في المستشفى و المساوين لهم من الناحية الإدارية ومع ذلك فإن هذا الوضع المتميز
لأعضاء هيئة التمريض في ظل السلطة المزدوجة في المستشفى قد يضعهم في مواقف
صعبة، فقد يضطر أحدهم إلى اتخاذ قرار لأداء خدمة ضرورية عاجلة لمريض لا
يحتمل حالته الصحية انتظار تعليمات الطبيب المختص، ولتعدد الأدوار التي يؤديها
العاملين بمهنة التمريض الأمر الذي يخلق لهم إرباكا في عملهم بسبب التبعية
المزدوجة لإدارة المستشفى والطبيب المعالج أوامر قد تتعارض مع بعضها البعض.

4-7 - الصراع في دور الممرض:

يعتبر موقف الممرض مثالا واضحا للخطوط الصراعية للسلطة في المستشفى بين العمال الإداريين والأطباء ، فالممرض مثلا شخص في الوسط، فهو ممثل لإدارة المستشفى في تنفيذ السياسات و القواعد والإجراءات من ناحية كما أنه ممثل للطبيب ومسؤول عن تنفيذ تعليماته لعلاج المرضى من ناحية أخرى، و إذا كان هذان الخطان لا ينفصلان إلا أنهما يضعان الممرض أمام موقف أشبه باللغز وهو إرضاء جماعة الأطباء (المعالجون أنفسهم) وجماعة المرضى و هو ما لا سبيل إلى تحقيقه، يضاف إلى ذلك أدوارهم الاجتماعية الخاصة فقد تكون الممرضة زوجة و أم لأولاد و مسؤولة عنهم وهي تقيم بعيدا عن الوالدين و الأقارب و تضطر أحيانا لأن تتناوب في المستشفى. (عبد العزيز علي الغزالي: 1988)

خلاصة الفصل:

يعد التمريض بمثابة نظام إنساني مدخلاته إنسانية ومخرجاته خدمة تتمثل في رعاية المرضى، فهو عبارة عن معرفة تقنية و أخلاقية وسلوكية تجعل الفرد بعد تكوينه يكتسب كفاءات لممارسة هذه المهنة، بالعناية بالسليم والمريض على حد سواء جسميا و نفسيا و اجتماعيا و عاطفيا. فلمهنة التمريض هدف جوهرى يلبي حاجة جد ضرورية للفرد والمجتمع.

و على الرغم مما تشمله مهنة التمريض من مزايا و مبادئ فاضلة و ما تقدمه من خدمات إنسانية تدور كلها حول المساعدة، وما تجسده من مثل عليا. إلا أنها في الوقت ذاته تعد مهنة شاقة لما تستلزمه من صفات و مزايا نفسية كثيرة كالتحلي بروح التضحية و الشعور بالواجب و حسن المعاملة و حفظ الأسرار. الأمر الذي يجعل من الممرض عرضة للإصابة بالعديد من الإضطرابات النفسية و الجسدية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية البحث

تمهيد:

يتم تسليط الضوء في الدراسة الحالية على ظاهرة الاحتراق النفسي لدى الممرضين نظرا لآثارها السلبية من إنهاك بدني وعقلي وانفعالي نتيجة المتطلبات والأعباء التي تفوق و تتجاوز قدرة الفرد على تحملها.

لهذا الغرض، يعد ضبط الإطار المنهجي من المراحل الأساسية التي تخضع لها الدراسة العلمية، حيث أن قيمة كل بحث تكمن في التحكم السليم في منهجية منسقة ومنظمة.

و من هذا المنطلق ينطوي البحث الحالي على خطوات منهجية محددة، تتكون من مجموعة عناصر مترابطة و متناسقة و متكاملة فيما بينها.

سنتناول في هذا الفصل الإجراءات الميدانية التي تتبعناها إنطلاقا من شيء من التفصيل لوصف منهج البحث وتصميمه، وعرض أدوات البحث وخصائصها السيكمترية، إضافة إلى إجراءات التطبيق الميداني ووصف مكان إجراء البحث والكيفية المتبعة في ذلك، والتطرق إلى العينة وطريقة اختيار أفرادها وخصائصها، وأخيرا وصف مختلف المعالجات الاحصائية المستخدمة من أجل تحليل النتائج.

1- منهج البحث:

تنطلق الرؤية العلمية تجاه أية مشكلة يعانيتها أي مجتمع من واقع المنهج العلمي القائم على الدراسة والتحليل لجميع المتغيرات المرتبطة بالمشكلة من حيث واقعها وأسبابها والعوامل المحددة لها، ولا يجب إطلاق أحكام أو افتراضات أو تخمينات ذاتية حول المشكلة أو المشكلات التي يواجهها المجتمع دون الاستناد الى الوقائع العلمية، يؤكد الباحثون بهذا الخصوص على أهمية منهجية البحث من حيث أن قيمة البحث ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمنهج الذي يتبعه الباحث.

و من هذا المنطلق ولكون مناهج البحث النفسي تختلف باختلاف المواضيع كما تختلف من مجال علمي لآخر، فقد استخدمنا في هذه الدراسة "المنهج الوصفي" وهذا نظراً لملائمته لطبيعة هذه الدراسة، حيث يهتم بتوفير أوصاف دقيقة للظاهرة المراد دراستها عن طريق النتائج وتفسيرها في عبارات واضحة، ومحددة للوصول إلى حقائق دقيقة عن الوضع القائم من أجل تحسينه.

ويعرفه **Fraenkle & Wallen (1993)**: بأنه أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة. (سامي محمد ملحم: 2000)

وبجانب هذه القيمة النظرية للبحوث الوصفية فإن لها قيمة عملية كبيرة، فكل مشكلة نفسية لا يمكن حلها، حلاً سليماً إلا إذا توافرت المعلومات والوقائع (الموضوعية) عن هذه المشكلة و إلا إذا تم تشخيصها والكشف عن حدودها، وأبعادها، والعوامل المتحكم فيها. (رابح تركي: 1984)

2- تصميم البحث:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على "التصميم البعدي" الذي يقوم على أساس فروض معينة مصاغة بهدف اختبارها والتحقق منها عن طريق قياس المتغيرات والعوامل و مضاهاة توزيعها في الحالات التي لا يمكن فيها إخضاع المتغيرات إلى تصميم تجريبي محكم. لذلك أطلق عليه اسم "التجربة البعدية" حيث يكون الحدث المراد دراسته من طرف الباحث قد وجد منذ سنوات و ما عليه سوى جمع المعطيات حوله لمعرفة تأثير متغيرات الظاهرة صدد الدراسة. (عمار بوحوش:1999)

3- الأطر المكانية للبحث:

أجريت الدراسة الحالية في بعض المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة والمتمثلة في المستشفيات التالية:

- مستشفى بن عكنون.
- مستشفى بني مسوس.
- مستشفى القبة.
- مستشفى مصطفى باشا.
- مستشفى باب الواد.
- مستشفى حسين داي.

4- عينة البحث:

تتكون عينة البحث من مجموعة من العاملين بمهنة التمريض ببعض مستشفيات الجزائر العاصمة، إذ تتضمن العينة (300) ممرض وممرضة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية غير احتمالية بدون وضع شروط مسبقة، بحيث بلغ عدد الاستمارات الموزعة من طرف الباحثة (300) إستمارة، إلا أنه تمت استعادة (257) إستمارة منها، و قد تم استغلال (227) إستمارة، أما البقية فقد استبعدت من التحليل والمعالجة لكونها استمارات غير مكتملة و غير مستوفية الاستجابات.

وبعد القيام بتفريغ أجوبة أفراد العينة ظهرت بعض المؤشرات الإحصائية لأفراد العينة من حيث: الجنس، السن، الحالة العائلية و الخبرة المهنية و المستوى الدراسي. سنورد فيما يلي الجداول التي توضح خصائص عينة البحث الحالي، وتتمثل الخصائص في البيانات الاجتماعية والمهنية التالية:

4-1- الجنس:

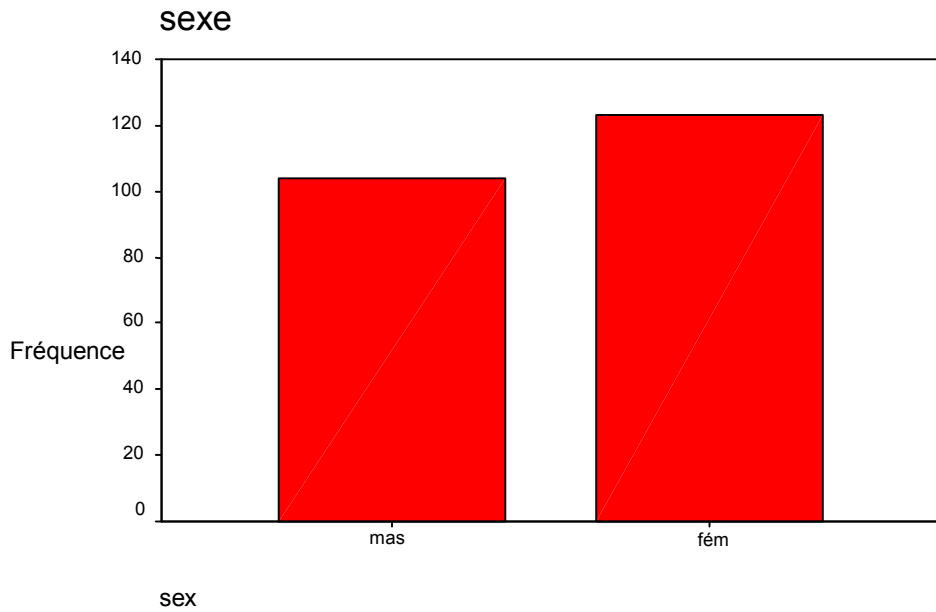
يتوزع أفراد عينة البحث حسب طبيعة جنسهم كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	104	45.8
إناث	123	54.2
المجموع	227	%100

يمثل الجدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب الجنس، حيث بلغ الحجم الكلي للعينة 227 فرداً، منهم 104 ذكر أي 45.8 % ذكور، و123 أنثى أي بنسبة 54.2% إناث. ويلاحظ أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور.

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن الجدول رقم (3) نتقدم بالشكل رقم (19) والذي يمثل رسماً بيانياً (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس:



الشكل رقم (19): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس

4-2- السن:

يتوزع أفراد عينة البحث حسب طبيعة سنهم كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول رقم(4): توزيع أفراد العينة حسب فئات السن.

فئات السن	العدد	النسبة المئوية
29 - 21	52	22.90%
39 - 30	78	34.36%
49- 40	86	37.88%
50 - فما فوق	11	4.84%
المجموع	227	100%

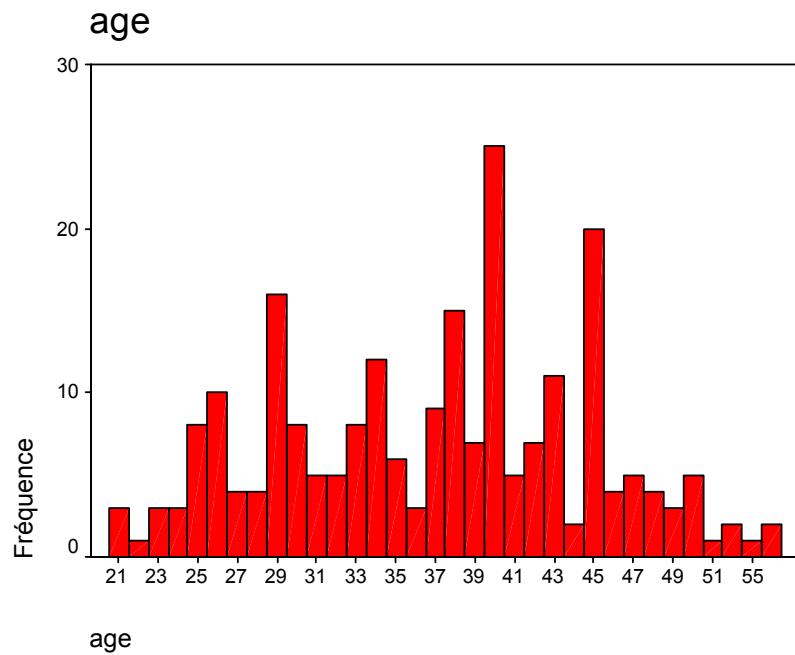
يمثل الجدول رقم (4) توزيع أفراد العينة حسب فئات السن، حيث يقدر عدد أفراد العينة لفئة (21-29 سنة) بـ 52 فرد أي بنسبة 22.90%، بينما فئة (30 - 39 سنة) عدد أفرادها 78 أي بنسبة 34.36% أما فئة (40-49 سنة) فكان عدد أفرادها 86 أي بنسبة 37.88%، في حين أن فئة (50 سنة فأكثر) بعدد أفراد يساوي 11 أي بنسبة 4.84%. ومن هنا نستطيع أن القول أن أغلبية عينة الدراسة من فئة (40 - 49 سنة) بعدد أفراد يساوي 86 أي بنسبة 37.88%.

وتبين نتائج الجدول رقم (5) أن المتوسط الحسابي لسن أفراد عينة الدراسة قدر بـ 37 سنة تقريبا .

الجدول رقم (5): متوسط عمر أفراد العينة

أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	السن الأدنى	السن الأعلى
227	36.94	38	40	7.83	21	56

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن توزيع أفراد العينة حسب السن نتقدم بالشكل رقم (20) والذي يمثل رسما بيانيا (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد العينة حسب السن:



الشكل رقم (20): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب فئات السن

4- الحالة العائلية:

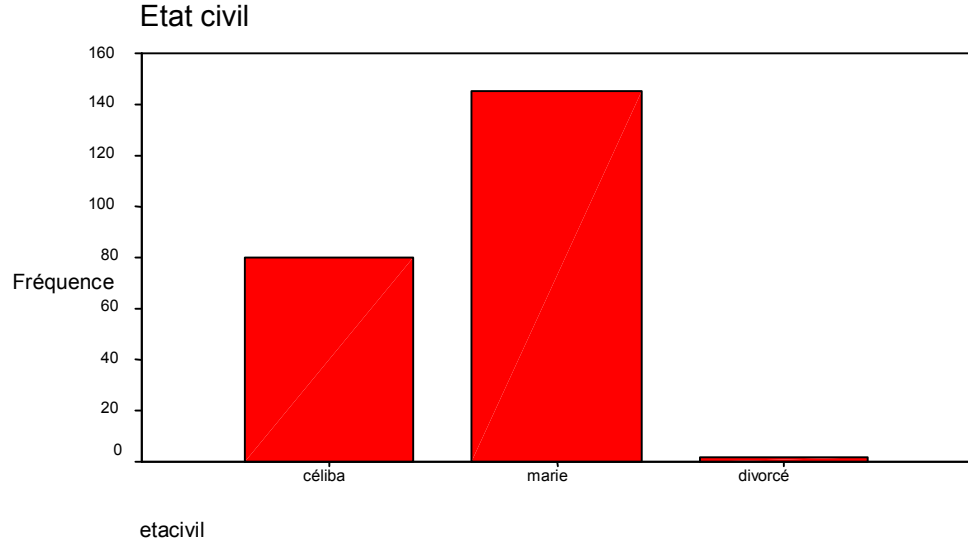
يتوزع أفراد عينة البحث وفقاً لحالتهم العائلية كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (6): توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

الحالة العائلية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	80	35.2 %
متزوج	145	63.9 %
مطلق	2	0.9 %
المجموع	227	100 %

يمثل الجدول رقم (6) توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية، حيث كان عدد المتزوجين مساوياً 145 فرد أي بنسبة 63.9% وهي الأغلبية، ثم تليها فئة العزاب بعدد أفراد مساوياً 80 فرد أي بنسبة 35.2%، أما المطلقون فكان عددهم 2 أفراد أي بنسبة 0.9%. ومن هنا نلاحظ أن أغلبية أفراد الدراسة هم من فئة المتزوجين بنسبة 63.9%.

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن الجدول رقم (6) نتقدم بالشكل رقم (21) والذي يمثل رسماً بيانياً (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية:



الشكل رقم (21): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

5- الخبرة المهنية:

الجدول رقم (7): توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	العدد	النسبة المئوية
1 – 6	79	%34.80
7 – 12	48	%21.14
13 – 18	46	%20.26
19 – 24	38	%16.74
24 فما فوق	16	%7.04
المجموع	227	%100

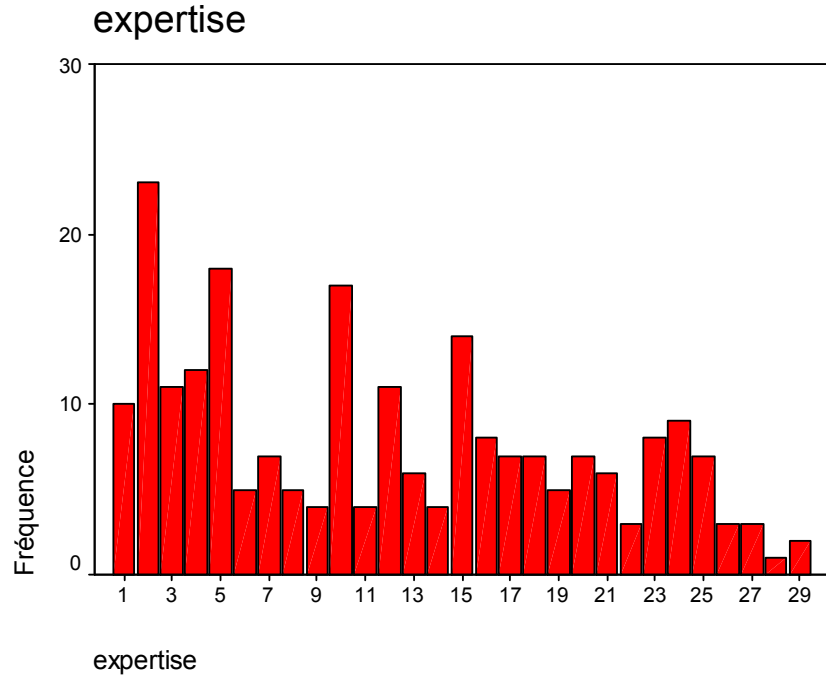
يمثل الجدول رقم (7) توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية. لقد كانت خبرة أغلبية العينة من فئة (1 - 6 سنوات) بـ 79 فرد أي بنسبة 34.80%، وكانت خبرة العينة من فئة (13 - 18 سنة) بـ 46 فرد أي بنسبة 21.14%، أما عدد أفراد فئة (21 سنة فما فوق) فكان 24 فردا أي بنسبة 20.26% في حين أن خبرة العينة من فئة (19 - 24 سنة) بـ 38 فرد أي بنسبة 16.74% أما أقلية أفراد عينة الدراسة بعدد 16 فردا كانت من فئة (25 سنة فما فوق) بنسبة 7.04%. ونلاحظ أن الخبرة المهنية للعينة الدراسة تغلب عليها فئة (1 - 6 سنوات) بـ 34.80%.

وتبين نتائج الجدول رقم (8) أن المتوسط الحسابي للأقدمية المهنية عند أفراد عينة الدراسة قدر بـ 12 سنة تقريبا.

الجدول رقم (8) : متوسط الأقدمية المهنية لأفراد العينة

أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	السن الأدنى	السن الأعلى
227	11.86	11	2	7.96	1	29

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن توزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية نتقدم بالشكل رقم (22) والذي يمثل رسما بيانيا (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية:



الشكل رقم (22): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب الخبرة المهنية

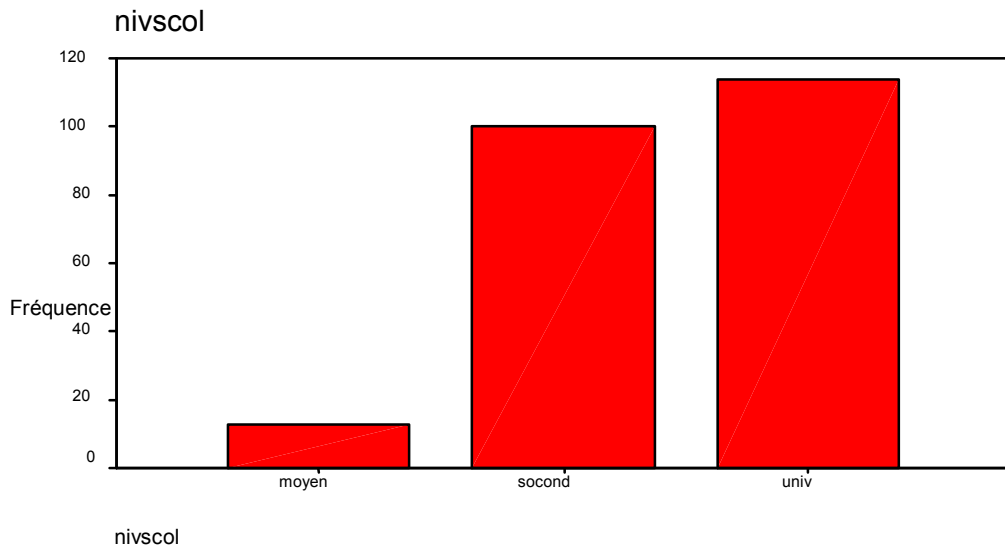
5- المستوى الدراسي:

يتوزع أفراد عينة البحث حسب مستواهم الدراسي كما هو موضح في الجدول الموالي:
الجدول رقم (9): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي

النسبة المئوية	العدد	المستوى الدراسي
5.7	13	متوسط
44.1	100	ثانوي
50.2	114	جامعي
%100	227	المجموع

يمثل الجدول رقم (9) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي حيث كان عدد الأفراد ذوي المستوى المتوسط مساوياً لـ 13 فرد أي بنسبة 5.7% وهي الأقلية، في حين بلغ عدد الأفراد ذوي المستوى الثانوي 100 فرد أي بنسبة 44.1%، أما عدد الأفراد ذوي المستوى الجامعي فكان 114 فرد أي بنسبة 50.2%.

و لإعطاء صورة مجسدة وواضحة عن الجدول رقم(7) نتقدم بالشكل رقم (23) والذي يمثل رسماً بيانياً (طريقة الأعمدة) لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي.



الشكل رقم(23): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي.

6- أدوات البحث :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من وسائل القياس بغرض جمع معلومات و بيانات حول أفراد البحث، و التي تمثلت في إستبيان للسيرة الذاتية بغرض جمع معلومات شخصية و مهنية لأفراد العينة، كما تم إستخدام بطارية من المقاييس تمثلت في المقاييس التالية:

- 1- مقياس إدراك الضغط .
- 2- مقياس الإحترق النفسي .
- 3- مقياس إستراتيجيات المواجهة .
- 4- مقياس الإكتئاب .
- 5- مقياس الأعراض النفسجسدية .

و سيتم فيما يلي عرض و تقديم كل مقياس على حدا من حيث وصفة و تبيان كيفية تصحيحه و مدى صدقة و ثباته.

5-1- إستبيان السيرة الذاتية :

استخدمنا في بحثنا الحالي إستبيان للسيرة الذاتية للمرضيين و الممرضات من أجل الحصول على البيانات الشخصية الإجتماعية المهنية من حيث: الجنس، السن، الحالة العائلية، الخبرة و الأقدمية في المنصب و مواقيت العمل. (أنظر الملحق رقم (1)) حيث سمحت لنا هذه المعلومات بالتعرف على خصائص عينة البحث أيضا.

5-2- مقاييس إدراك الضغط لـ Levenstein et al (1993):

5-2-1- وصف المقياس:

صمم هذا المقياس من طرف Levenstein و آخرون سنة 1993 لقياس مؤشر إدراك الضغط (Perceived stress Index) و يشمل المقياس على 30 عبارة تتوزع وفقا لنوعين من البنود : بنود مباشرة و بنود غير مباشرة. (أنظر الملحق رقم (2))

1- البنود المباشرة: تتضمن البنود المباشرة 22 عبارة، و يستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالرفض. و تتمثل هذه البنود في العبارات رقم:

(2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30)

و تنقط هذه العبارات من [1 إلى 4] من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

2- البنود الغير مباشرة : تضم البنود الغير مباشرة 8 عبارات، و يستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع يجيب المفحوص بالرفض، و تتمثل هذه البنود في العبارات التالية :

(1-7-10-13-17-21-25-29)

و تنقط هذه البنود بصفة معكوسة من [4 إلى 1] من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

5-2-2-2-5- كيفية تنقيط المقياس:

تنقط بنود هذا المقياس وفقا لـ 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي :

- 1- نقطة واحدة ← تقريبا أبدا.
- 2- نقطتين ← أحيانا.
- 3- ثلاث نقاط ← كثيرا.
- 4- أربع نقاط ← عادة.

و يتغير التنقيط حسب نوع البنود (مباشرة أو غير مباشرة)، و تحسب قيمة مؤشر إدراك الضغط في هذه المقياس وفقا للمعادلة التالية:

مجموع القيم الخام - 30

$$\frac{\text{مؤشر إدراك الضغط}}{90} =$$

و يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار من البنود المباشرة و غيرا لمباشرة، و تتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من صفر (0) إلى واحد (1)

و تدل الدرجة (0) على أدنى مستوى ممكن من الضغط
(Lowest Possible level of stress)

أما الدرجة (1) فتدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط
(Highest possible level of stress)

(Levenstein & Pantera: 1993)

(نقلا عن حكيمة آيت حمودة:)

5-2-3- صدق و تباث المقياس :

قام **Levenstien et al (1993)** بالتحقق من صدق الإستبيان من خلال إستخدام الصدق التلازمي (**Concurrent Validity**) الذي يركز على مقارنة إستبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود إرتباط قوي مع مقياس إدراك الضغط لـ **Cohen** و يقدر $r = 0,73$ ، بينما سجل معامل إرتباط يقدر بـ $r = 0,56$ مع مقياس الإكتئاب لـ **Beck**. كما أظهر وجود إرتباط قوي مع " سمة القلق " بحيث $r = 0,75$.

و فيما يخص تباث المقياس فقد تم القيام بقياس التوافق الداخلي (**Internal Consistency**) للإختبار بإستعمال معامل ألفا (**Coefficient Alpha**) فأظهر وجود مستوى تماسك قوي يقدر بـ $0,90$ ، كما أظهر قياس تباث الإستبيان بإستعمال طريقة تطبيق و إعادة تطبيق الإختبار بعد فاصل زمني يقدر بـ 8 أيام وجود معامل تباث مرتفع يقدر بـ $0,82$.

و تشير **Levenstein et al (1993)** إلى أن مقياس الضغط المدرك يعتبر أداة ثمينة تساهم في إثراء البحوث النفسية الجسدية، كما يمكن أن تكون عبارة عن عامل تنبؤي هام لمستقبل الحالة الصحية للأفراد . (**Levenstein et al : 1993**)

5-3- مقياس الإحترق النفسي لـ Maslach (1981) [MBI] :

5-3-1- وصف المقياس :

مقياس الإحترق النفسي هو سلم إقترحه كل من Maslach et Jackson (1981) لمهن القطاع الصحي و مهن المساعدة (الأساتذة، المدرسين، الشرطة) يقيس أعراض الإحترق النفسي و يتكون هذا المقياس من 22 بندا يسمح بعرض المستويات الثلاثة للإحترق النفسي. (أنظر الملحق رقم (3)) و تتمثل هذه المستويات فيمايلي :

1- الإتهاك الانفعالي : يقيس المشاعر الإنفعالية و الإتهاك في العمل و يتضمن البنود التالية : (1-2-3-6-8-13-14-16-20) .

2- تبدل المشاعر : يقيس المشاعر السلبية تجاه الزملاء و المرضى، و يضم البنود الآتية : (5-10-15-22).

3- تدني الشعور بالإنجاز: يقيس الرغبة في النجاح و الإنجاز الشخصي للمرض في عمله و يشمل البنود التالية: (4-7-9-12-17-18-19-21).

و قد تم بناء بنود المقياس على شكل عبارات تسأل عن شعور الفرد نحو مهنته، بحيث يجيب الفرد حسب سلم متدرج من 6 إحتتمالات تتراوح من (1) [حيث يحدث الشعور قليلا في السنة] إلى غاية درجة (6) [حيث يحدث الشعور يوميا].

5-3-2- كيفية تنقيط المقياس :

على الممرض أن يجيب على كل بند بالتعبير عن شدة ردود أفعاله، و للتنقيط استخدمت أرقام تتراوح ما بين 1 و 6 لتدل على درجة هذه الشدة حيث تنقط كالآتي :

- | | |
|---------------|-----------------------------------|
| 1- نقطة واحدة | ← يحدث قليلا في السنة. |
| 2- نقطتين | ← يحدث مرة واحدة في الشهر أو أقل. |
| 3- ثلاث نقاط | ← يحدث بعض الأحيان في الشهر. |
| 4- أربع نقاط | ← يحدث مرة في الأسبوع. |
| 5- خمس نقاط | ← يحدث بعض الأحيان في الأسبوع. |
| 6- ست نقاط | ← يحدث يوميا. |

وفقا لمقياس **Maslach** فإن الأفراد الذين يتحصلون على درجات مرتفعة على كل من الإنهاك الإنفعالي و تبدل المشاعر، و درجات منخفضة على بعد تدني الشعور بالإنجاز، يعانون من ظاهرة الإحتراق النفسي .

و الفرد حسب هذا المقياس لا يصنف على أساس أنه يعاني أو لا يعاني من الإحتراق النفسي، و لكن بصنف على أساس أن درجة الإحتراق عنده تتراوح ما بين مرتفعة أو معتدلة أو منخفضة، مثلما هو موضح في الجدول رقم (10):

الجدول رقم (10): تصنيف أبعاد مقياس Maslach للإحترق النفسي و كيفية تنقيطه

الأبعاد	مرتفع	معتدل	منخفض
الإجهاد الانفعالي	30 فما فوق	29 - 18	17 - 0
تبلد المشاعر	12 فما فوق	11 - 6	5 - 0
تدني الشعور بالإنجاز	33 - 0	39 - 34	40 فما فوق

فمن أجل الحصول على شدة الإحترق النفسي يتم جمع إجابات كل مستوى على حدى و هذا من أجل الوصول إلى درجة و شدة كل بعد من الأبعاد الثلاث ثم وفقا لما هو مبين في الجدول أعلاه يتم إستخلاص شدة الإحترق النفسي بحيث أن:

- الإحترق النفسي المرتفع بالشدة = مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع (30 فما فوق)، و مستوى تبلد المشاعر مرتفع (12 فما فوق)، و مستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع (0 - 30).

- الإحترق النفسي المعتدل الشدة = مستوى الإنهاك الإنفعالي معتدل (19 - 29)، و مستوى تبلد الشعور معتدل (6 - 11)، و مستوى تدني الشعور بالإنجاز معتدل (34 - 39).

- الإحترق النفسي المنخفض الشدة = مستوى الإنهاك الإنفعالي منخفض (0 - 17) ،
و مستوى تبدل المشاعر منخفض (0 - 5) ، و مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض
(40 فما فوق). (Maslach and Jackson : 1981 P 99 – 113)

5-3-3- صدق و ثبات المقياس :

لقد طبق كل من Maslach et Jackson (1986) المقياس على عينة تتكون من
1316 مهني من القطاع الإجتماعي فتحصلت على معاملات تناسق الداخلي
Cromback بالنسبة للسلام التحتية كالآتي :

- الإنهاك الإنفعالي : $\alpha = 0,90$.

- نقص تبدل المشاعر : $\alpha = 0,79$.

- تدني الشعور بالإنجاز : $\alpha = 0,71$.

و قد كانت معاملات التباث عن طريق تطبيق المقياس و إعادة تطبيقه بعد مرور
أسبوعين إلى أربعة أسابيع على المستويات الثلاثة للمقياس كالآتي :

- الإنهاك الإنفعالي : $\alpha = 0,82$.

- تبدل المشاعر : $\alpha = 0,60$.

- تدني الشعور بالإنجاز : $\alpha = 0,80$.

كما كانت معلومات التباث الزمني بالنسبة للمستويات الثلاثة للمقياس على الترتيب
0,61 ، 0,56 ، 0,59 بعد مرور سنة .

و قد طبق Erik Falkum (2000) مقياس الإحترق النفسي على عينة من
الممرضين يتراوح عددهم 1476 ممرض و ممرضة من جنسية أجنبية فكان التناسق
الداخلي جيد يتراوح بين 0,96 و α Cromback = 0,61

أما بالنسبة للصدق التتاسقي فقد أظهر المقياس إرتباطات جيدة مع مقياس الضغط النفسي ($r = 0,54$) و ($r = 0,72$) مع مقياس الإكتئاب .

و يشير الباحث **Pierre Tap (1996)** بأن دراسات عديدة أكدت الصدق الجيد للمقياس و الذي يفوق **0,70** .

كما أن مجموعة الباحثين أمثال **Mickler et Rosen (1994)**،
Reen et al (1991) ، **Golem Bieruski et al (1983)**
تحصلوا على درجات عالية لمعاملات التباث و كانت النتائج كالآتي:

Cromback $\alpha = 0.96$ ، أما المتوسط الحسابي $X = 46,89$ و الإنحراف المعياري
 $Sd = 14,56$

أما النتائج تبعا لكل بعد فقد قدرت كالآتي:

- الإنهاك الإنفعالي : ($\alpha = 0,82$) ، ($X = 18,81$) ، ($Sd = 8,82$) .
- نقص تبلىد المشاعر: ($\alpha = 0,59$) ، ($X = 12,04$) ، ($Sd = 4,92$) .
- تدني الشعور بالإنجاز: ($\alpha = 0,70$) ، ($X = 32,12$) ، ($Sd = 5,37$) .

5-4-4- مقياس الأعراض النفسجسدية لـ Ubriche et Fitzgerald (1990):

5-4-1- وصف المقياس :

صمم هذا المقياس من طرف Ubriche et Fitzgerald (1990) لقياس مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية، و يتكون المقياس من 21 عرضا نفسجسدي. (أنظر الملحق رقم (5))، يجيب عليه المفحوص وفقا لـ سلم متدرج من 5 إحتتمالات تتراوح بين من (1) [حيث لا يشعر] إلى غاية درجة (5) [حيث يشعر دائما] .

5-4-2- كيفية تنقيط المقياس :

على الممرض أن يجيب على كل بند بالتعبير عن مدى إنطباق أو عدم إنطباق العرض النفسجسدي عليه، فللتنقيط إستخدمت أرقام تتراوح بين 1 و 5 لتدل على مستوى حضور الأعراض النفسجسدية حيث تنقط كالاتي :

- 1- نقطة واحدة ← لا أشعر.
- 2- نقطتين ← أشعر نادرا.
- 3- ثلاث نقاط ← أشعر أحيانا.
- 4- أربع نقاط ← أشعر غالبا.
- 5- خمس نقاط ← أشعر دائما.

و بعد جمع الدرجات الكلية لكل البنود، يفسر المجموع الكلي للدرجات كما هو موضح في الجدول رقم (11):

الجدول رقم (11): كيفية تفسير مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية.

الدرجة الكلية	مستوى ظهور الأعراض النفسجسدية
1 - 21	منعدم
22 - 42	منخفض
43 - 63	متوسط
64 - 84	مرتفع (منتشرة نوعا ما)
85 - 105	مرتفع جدا

5-4-3- صدق و ثبات المقياس:

قام الباحث آدم العتيبي (1997) بترجمة مقياس الأعراض النفسجسدية الذي أعده في الأصل كل من **Ubriche** و **Fitgerald (1990)**، و قام بتطبيقه في البيئة الكويتية في دراسة حول " ضغط العمل و علاقته بالإضطرابات السيكوسوماتية لدى موظفي القطاع الحكومي " ، و تبين بأن معامل الصدق بقدر بـ : 0,62 مقارنة مع مقياس آخر لضغط العمل لـ **Steffy et Jones (1988)**.

أما ثبات المقياس فقد تم حسابه على عينة التقنيين، و هذا بتقسيم القياس بين نصفي البنود الزوجية مقابل البنود الفردية، و بلغ معامل الثبات 0,81 و هي نتيجة أكدت على أن المقياس ذو درجة عالية من الثبات.

5-5-مقياس الإكتئاب لـ Beck [B D I] :

5-5-1- وصف المقياس :

هو عبارة عن مقياس وضعه الإكلينيكي الأمريكي **Aron - Beck** بغرض قياس مستوى الإكتئاب لدى العميل. (أنظر الملحق رقم (6))

نشر هذا المقياس لأول مرة سنة 1961 بصورته الأصلية المتكونة من 21 مجموعة من الأعراض، حيث تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من 0 إلى 3 لتعكس هذه الشدة.

و قد تم إختيار هذه الدرجات بعد ملاحظات عيادة منظمة و مكثفة للمظاهر الواضحة للإكتئاب.

يتكون المقياس في صورته الحالية من 13 مجموعة من العبارات، و تعد الصورة المختصرة للمقياس الأصلي، حيث تبنى **Beck** إرتباط هذه الصورة المعدلة بالمقياس الأصلي، بمعامل إرتباط قدره 0,96 و تتمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورته الحالية فيما يلي:

- 1- الحزن.
- 2- التشاؤم.
- 3- الشعور بالفشل.
- 4- عدم الرضا.
- 5- الشعور بالذنب.
- 6- عدم حب الذات.
- 7- إيذاء الذات.
- 8- الإنسحاب الإجتماعي.

9- التردد.

10- تغيير تصور الذات.

11- صعوبة التحمل.

12- التعب.

13- فقدان الشهية.

و هذه هي الصورة التي كيفها (غريب عبد الفتاح غريب: 1985)

كما يتميز هذا المقياس بكونه أعد خصيصا لقياس الإكتئاب عن طريق الحصول على درجات كمية تكمل التقدير الإكينيكي بالإضافة إلى أنه يمكن استخدامه في التشخيص و إختبار مدى فعالية العلاج .

5-5-2- كيفية تنقيط المقياس :

فيما يتعلق بطريقة مقياس Beck للإكتئاب فهي تتم بجمع درجات كل مجموعة من العبارات الثلاثة عشر و التي تتراوح بين (0) كحد أدنى و(39) كحد أقصى للإكتئاب، ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الإكتئاب و هذا بدون تحويلها إلى درجات معيارية، كما هو موضح في الجدول رقم (12) :

الجدول رقم (12) : تقدير درجة الإكتئاب و مدلولها بإستخدام مقياس Beck .

شدة الإكتئاب	درجات الإكتئاب
لا يوجد إكتئاب	0 - 4
إكتئاب معتدل	5 - 7
إكتئاب متوسط	8 - 15
إكتئاب حاد	16 فما فوق

5-5-3- صدق و تباث المقياس :

يتميز مقياس **Beck** للإكتئاب بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد، حيث تجمعت بيانات عديدة حول صدقة و تباثه، فمن أجل قياس تباث المقياس، قام **غريب عبد الفتاح (1985)** بطريقة التجزئة النصفية، بإستغلال بيانات 97 حالة، و تم إيجاد معامل إرتباط يقدر بـ **0,86** بين الفئات الزوجية و الفئات الفردية للمقياس. أما بإستعمال معادلة **Spearman - Brown** إرتفع معامل التباث إلى **0,93**.

و قد قام كل من **Dion & Tessier (1994)** بتطبيق المقياس على عينة مكونة من 123 ممرضة فكان معامل الإتساق الداخلي $\alpha = 0,87$.

أما فيما يخص صدق مقياس الإكتئاب فقد قام **Williams** بالتحقق منه بإستعمال الصدق التلازمي و هذا بقياس مدى إرتباط الدرجات المحصل عليها في مقياس **Beck** بدرجات مقاييس أخرى للإكتئاب و تمثلت في مقياس **Hamilton** للإكتئاب و مقياس السلوك الإكتابي، و توصل إلى معامل إرتباط بين مقياس **Beck** للإكتئاب و مقياس **Hamilton** قدر بـ **0,86** ، و معامل إرتباط بين مقياس **Beck** و مقياس السلوك الإكتابي قدر بـ **0,87** . (**غريب عبد الفتاح غريب : 1985**)

5-6- مقياس إستراتيجيات المواجهة لـ Paulhan et al (1994):

5-6-1- وصف المقياس :

مقياس الـ Coping لـ Paulhan et al (1994) هو عبارة عن تكييف للنسخة المختصرة لـ Vitaliano و أعوانه، و كانت الصورة النهائية للمقياس تحتوي على 29 بنداً من بين 42 بنداً.

و كان الهدف من هذا العمل هو البحث عن مدى فعالية المواجهة في تعديل العلاقة (ضغط - توتر) و توضيح أنواع الإستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية و النفسية، و باستعمال التحليل العاملي تم التوصل إلى بنود الإختبار التي تأخذ بعين الإعتبار المحور العام لإستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي، والتي تضم إستراتيجيات متمركزة حول المشكل و تحتوي على مقياسين تحتيين الأول والثالث، وأخرى إستراتيجيات متمركزة حول الإنفعال و تضم المقاييس التحتية الثاني، الرابع و الخامس. (أنظر الملحق رقم (4)).

و تتضمن هذه المقاييس التحتية بنوداً هي كالتالي :

1- إستراتيجية حل المشكل: تضم 8 بنود و هي:
[1 - 4 - 6 - 13 - 16 - 18 - 24 - 27] .

3- إستراتيجية التجنب: تضم 7 بنود و هي:
[7 - 8 - 11 - 17 - 19 - 22 - 25] .

2- إستراتيجية البحث عن الدعم الإجتماعي: تضم 5 بنود و هي:
[3 - 10 - 15 - 21 - 23] .

4 - إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي: و تحتوي 5 بنود و هي:
[2 - 5 - 9 - 12 - 28].

5- إستراتيجية التأييد الذاتي: و تتمثل في 4 بنود و هي:
[14 - 20 - 26 - 29].

5-6-2- كيفية تنقيط المقياس :

ينقط مقياس الـ Coping لـ Paulhan et al (1994) و فقا لـ سلم متدرج من 1 إلى 4 درجات كالتالي :

- | | | |
|---------------|---|---------------|
| 1- نقطة واحدة | ← | لا |
| 2- نقطتين | ← | على حد ما لا |
| 3- ثلاث نقاط | ← | إلى حد ما نعم |
| 4- أربع نقاط | ← | نعم |

و هو التنقيط المعتمد في جميع البنود ما عدا البند 15 الذي يكون تنقيطه بعكس ما ذكر أعلاه أي من 4 إلى 1. (Paulhan et al : 1994)

تم بالتحليل العاملي مع Rotation varimax سمح بالحصول على الأبعاد التالية والمتعلقة بالعوامل:

- حل المشكل (VT 9.4%).
 - التجنب مع التفكير الايجابي (VT 7.5%).
 - البحث عن الدعم الاجتماعي (VT 6.5%).
 - إعادة التقييم الايجابي (VT 5.9%).
 - التأييد الذاتي (VT 5.7%).
- فهذه النتائج سمحت بتكوين سلم نو مصداقية متكون من 29 بند فقط تقيم 5 أنماط لاستراتيجيات المقاومة .

6- دراسة صدق و ثبات المقاييس في الدراسة الحالية :

تم حساب ثبات بطارية مقاييس البحث الحالي عن طريق إستخدام معادلة ألفا كرونباخ. و قد دلت النتائج على أن معاملات الثبات المحسوبة بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين 0.40 و 0.87 و بالتالي تتسم المقاييس بثبات عال أي أنها تتوفر على الخصائص السيكومترية للثبات كما هو مبين في الجدول رقم (13) :

الجدول رقم (13) : معاملات ثبات مقاييس الدراسة حسب ألفا كرونباخ.

المقياس	عدد البنود	ألفا كرونباخ
إدراك الضغط	30	0.60
الإحترق النفسي	22	0.70
إستراتيجيات المواجهة	حل المشكل	0.63
	الدعم الاجتماعي	0.52
	التجنب	0.69
	إعادة التقييم	0.40
	التأنيب الذاتي	0.53
الإكتئاب	13	0.75
الأعراض النفسجسدية	21	0.87

و بغرض دراسة صدق مقاييس الدراسة الحالية تم تقديم المقاييس لثمانية (8) أساتذة في قسم علم النفس. وذلك بهدف تحكيم المقاييس من حيث الصياغة اللغوية، ومدى انتماء الفقرات لمجالاتها، ومدى وضوح الفقرات، والتعديل المناسب، وأي ملاحظات يراها المحكم ضرورية، ومدى مناسبة الاختبار للمرضين.

" أصبحت هذه الطريقة تطبق حالياً في أمريكا أكثر من غيرها من الطرق نظراً لسهولة استخدامها ولأنها تشمل آراء مجموعة من المختصين حول الموضوع الواحد إضافة إلى تركيزها على صدق المضمون أو المحتوى." (فوزي ميهوبي: 2008)

وقد كانت غالبية الملاحظات إيجابية، وأجمع المحكمون على صلاحيتها في مجال التمريض. و بناء عليه فقد تم الاحتفاظ بالبنود كما هي من حيث العدد والصياغة اللغوية.

كما تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي و الذي يمثل العلاقة بين الصدق والتبث وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

الجدول رقم (14) : معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة

المقياس	عدد البنود	معامل الصدق الذاتي
إدراك الضغط	30	0.77
الإحترق النفسي	22	0.83
إستراتيجيات المواجهة	حل المشكل	0.79
	الدعم الاجتماعي	0.72
	التجنب	0.83
	إعادة التقييم	0.63
	التأنيب الذاتي	0.72
	الإكتئاب	13
الأعراض النفسجسدية	21	0.93

و يتضح من خلال الجدول رقم (14) أن معاملات الصدق الذاتي لمقاييس الدراسة هي عالية جدا تتراوح ما بين 0.63 و 0.93.

7- طريقة إجراء البحث :

تم تطبيق أدوات البحث بطريقة فردية تم من خلالها إضطلاع كل ممرض و ممرضة بالإطار العلمي للدراسة دون التلميح إلى فرضيات البحث ثم تقديم أدوات البحث بعد تقديم التعليمات و شرح محتوى البنود مع التأكيد على سرية المعلومات وبأنها لن تستعمل إلا لأغراض علمية لتفادي الأجوبة الغير موضوعية وخلق جو من الإرتياح لدى المفحوص عند التعبير عن مشاعره الحقيقية .

على أن تسترجع الأجوبة بعد يومين على الأقل نظرا لطبيعة العمل بالتناوب وكذا العمل الليلي بالإضافة إلى أن هذا الإجراء يسمح بالإجابة بعيدا عن التأثير بحديث الزملاء و تعليماتهم حول محتوى المقاييس.

8- أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية :

بغرض تحليل بيانات البحث و التحقق من صحة الفرضيات المقترحة تمت الإستعانة بالحاسب الآلي في معالجته عن طريق البرامج الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) **Statistical Package for social Sciences** و ذلك بالإعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات و النسب المئوية لوصف و ترتيب و تصنيف خصائص العينة .
- استخراج مقاييس النزعة المركزية والتشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل أو اعتدال صفات أفراد العينة وكذا حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع أفراد العينة ومدى انسجامها.
- استعمال معامل الارتباط **Pearson** لمعرفة دلالة العلاقة بين مختلف المتغيرات.
- التأكد من تجانس المجموعات من خلال إختبار (LEVINE) للتجانس.
- استخدام تحليل التباين واستعمال **F** لقياس دلالة الفروق بين متوسطات فئات العينة.
- تحديد المقارنات الدالة المؤثرة والمقارنات الغير الدالة بإستخدام إختبار شيفيه للمقارنات البعدية.

الفصل الخامس

عرض و مناقشة

النتائج

تمهيد:

يهدف هذا الفصل إلى عرض و تحليل و مناقشة مختلف النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث، وذلك بعد تطبيق أدوات البحث والتي تم إستخدامها بغرض الحصول على بيانات ومعلومات تخص مشكلة البحث، و بغية اختبار صحة فرضيات الدراسة الحالية، قمنا بالتحليلات الإحصائية الضرورية التي سيتم عرضها لاحقاً بالتفصيل في هذا الفصل والتي ستسمح لنا باختبار كل فرضية على حدى، والإجابة على التساؤلات المطروحة سلفاً و من ثم مناقشة هذه النتائج على ضوء الأبحاث المستجدة و القائمة في هذا المجال منتهجين في ذلك مجموعة من الخطوات.

1- عرض النتائج:

1-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى:

من أجل إختبار الفرضية الأولى التي تنص على أن الممرضين يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق نفسي، تم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري للأبعاد الثلاثة للاحترق النفسي، كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات الثلاثة لكل بعد (منخفض ، متوسط ، مرتفع)، نتائج إختبار (T) لعينة واحدة لمقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية.

الجدول رقم (15): التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي حسب المستويات (منخفض،متوسط، مرتفع)

الإنحراف المعياري	المتوسط	المجموع		الفئات	أبعاد الإحترق النفسي
		%	ت		
9.25	32.35	6.6	15	مستوى منخفض [≤ 17]	الإنهك الإنفعالي
		35.7	81	مستوى متوسط [29 – 18]	
		57.7	131	مستوى مرتفع [≥ 30]	
4.68	10.93	11.9	27	مستوى منخفض [≤ 5]	تبلد المشاعر
		44.5	101	مستوى متوسط [11 – 6]	
		43.6	99	مستوى مرتفع [≥ 12]	
7.87	34.08	25.6	58	مستوى منخفض [≥ 40]	تدني الشعور بالإنجاز
		30	68	مستوى متوسط [39 – 34]	
		44.5	101	مستوى مرتفع [≤ 33]	

يتضح من خلال الجدول رقم (15) الذي يبين التوزيع التكراري لأبعاد الإحترق النفسي أن أعلى نسبة للإحترق النفسي على بعد الإنهاك الإنفعالي تقع في المستوى المرتفع بنسبة 57.7 % من مجموع أفراد العينة، تليها نسبة 37.70% من الأفراد في المستوى المتوسط على بعد الإنهاك الإنفعالي ، بينما تحصل 6.6 % من الأفراد على مستوى منخفض على بعد الإنهاك الإنفعالي.

مما يدفع إلى القول أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الإنفعالي، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 32.35 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المرتفع (30).

كما يدل الإنحراف المعياري $Sd = 9.25$ على تمركز القيم حول المتوسط، مما يدل على إنسجام أفراد العينة على درجات هذا البعد.

أما فيما يخص نتائج الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر فتقع أعلى نسبة في المستوى المتوسط بـ 44.5 % ، يليها المستوى المرتفع على بعد تبدل المشاعر بنسبة 43.6% ثم المستوى المنخفض على بعد تبدل المشاعر بنسبة 11.9 %.

وتدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة يعانون من مستوى متوسط من الإحترق النفسي على بعد تبدل المشاعر ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 10.93 وهو يفوق الحد الأدنى للمستوى المتوسط (6 - 11) . كما تدل قيمة الإنحراف المعياري $Sd = 4.68$ على تجانس قيم الأفراد على درجات هذا البعد.

كما يتبين من خلال الجدول (15) أن أغلبية أفراد العينة 44.5 % يتمتعون بدرجة مرتفعة من تدني الشعور بالإنجاز، أما نسبة الأفراد الذين يمثلون المستوى المتوسط من تدني الشعور بالإنجاز فكانت 30 %، في حين أن نسبة الأفراد الذين لديهم شعور بتدني الإنجاز منخفض 25.6 % ، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الحسابي 34.04 وهو يقترب من القيمة الحدية للمستوى المتوسط.

كما أن قيمة الانحراف المعياري $Sd = 7.87$ تدل على تركز قيم الأفراد حول المتوسط مما يدل على درجة كبيرة من تجانس درجات الأفراد في بعد الإنجاز المهني. وتدل هذه النتيجة حسب معايير تصنيف مستويات الإحترق النفسي أن أفراد العينة يعانون من الإحترق النفسي على بعد تدني الشعور بالإنجاز، إذ أن مستوى الإحترق النفسي يتماشى سلبا مع مستوى الشعور بالإنجاز، أي كلما ارتفع الشعور بالإنجاز إنخفض مستوى الإحترق النفسي.

نتائج قيم إختبار (T) لعينة واحدة (مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية)

للتأكد من تحقق فرضية البحث الأولى والتي مفادها أن الممرضون يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي قامت الباحثة بحساب إختبار (T) لعينة واحدة بهدف مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة و القيمة الإختبارية وذلك بعد تحويل الدرجات إلى متوسطات .

تهدف هذه العملية الإحصائية إلى إختبار الفرض بإختلاف متوسط التوزيع عن قيمة ثابتة يطلق عليها في برنامج (spss) القيمة الإختبارية (Test value).

الجدول رقم (16) : مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية

الأبعاد	القيمة الإختبارية	المتوسط	الإحتراف المعياري	(T)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الإتهاك الإفعالي	30	32.35	9.25	3.82	226	0.000
تبلد المشاعر	11	10.93	4.68	-0.21	226	0.83
تدني الشعور بالإنجاز	34	34.08	7.87	0.160	226	0.87

مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد الإنهاك الإنفعالي :

إن الدرجة المحددة لشدة هذا البعد هي القيمة 30 الدالة على الإنهاك الانفعالي المرتفع بحيث كلما زادت هذه الدرجة عن هذا الحد زادت شدة الإنهاك الانفعالي، و عليه تمت مقارنة متوسط العينة على بعد الإنهاك الانفعالي بالدرجة 30.

بلغ متوسط العينة على بعد الإنهاك الإنفعالي $X = 32.35$ و بانحراف معياري $Sd = 9.25$ يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالدرجة الإختبارية وهي القيمة 30 بان هناك فرق دال إحصائياً بين الدرجتين حيث بلغت قيمة الإختبار $T = 3.82$ وأن هذا الفرق دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.001$ (أنظر الجدول رقم 15) و عليه هناك فروق جوهرية بين المتوسطين لصالح متوسط العينة (متوسط العينة < القيمة الإختبارية) وبالتالي فإن أفراد العينة يخبرون مستوى مرتفع من الإنهاك الإنفعالي.

مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد تبدل المشاعر :

إن الدرجة المحددة للمستوى المرتفع من تبدل المشاعر هي القيمة 12، بحيث كلما زادت هذه الدرجة عن هذا الحد زادت شدة تبدل المشاعر.

ولكون قيمة متوسط العينة $X = 10.93$ أقل من القيمة العليا للمستوى المتوسط بقليل، تم القيام بمقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية المتمثلة في الدرجة العليا للمستوى المتوسط. يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالدرجة الإختبارية وهي القيمة 11 عدم وجود فرق دال إحصائياً بين الدرجتين حيث بلغت قيمة الإختبار $T = -0.21$ و هذا الفرق غير دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ (أنظر الجدول رقم 15). مما يؤكد بأن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من تبدل المشاعر.

مقارنة دلالة الفرق بالنسبة لبعد تدني الشعور بالإنجاز:

إن الدرجة المحددة للمستوى المرتفع من تدني الشعور بالإنجاز هي القيمة 33، بحيث كلما إنخفضت هذه الدرجة عن هذا الحد زادت شدة تدني الشعور بالإنجاز.

ولكون قيمة متوسط العينة $X = 34.08$ أكبر من القيمة الدنيا للمستوى المتوسط بقليل، تم القيام بمقارنة هذا المتوسط بالقيمة الإختبارية المتمثلة في الدرجة الدنيا للمستوى المتوسط. و يظهر بعد مقارنة هذا المتوسط بالدرجة الإختبارية وهي القيمة 34 عدم وجود فرق دال إحصائياً بين الدرجتين حيث بلغت قيمة الإختبار $T = 0.16$ و هذا الفرق غير دال عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ (أنظر الجدول رقم 15). مما يؤكد بأن أفراد العينة يخبرون مستوى متوسط من تدني الشعور بالإنجاز.

من خلال النتائج التي تم الإشارة إليها أعلاه يتضح بأن أن الممرضون يعانون مستويات مرتفعة من الإنهاك الإنفعالي و مستويات متوسطة من بعدي تبدل المشاعر و تدني الشعور بالانجاز. وبالتالي فإنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الإحترق النفسي على مستوى بعد الإنهاك الإنفعالي، فيما يخبرون درجات متوسطة من الإحترق النفسي على مستوى كل من بعدي تبدل المشاعر و تدني الشعور بالانجاز (مستويات الإحترق النفسي تتماشى عكسيا مع مستوى تدني الشعور بالانجاز، أي كلما زاد تدني الشعور بالانجاز كلما إرتفع مستوى الإحترق النفسي).

و عليه يمكن القول أن الفرضية الأولى التي تنص على أن الممرضين يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق نفسي قد تحققت.

1-2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية :

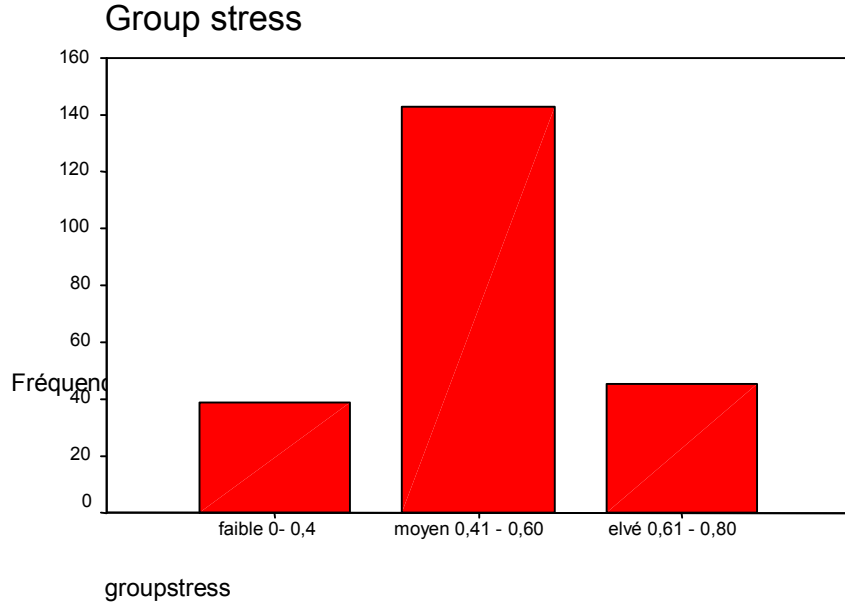
للتأكد من صحة الفرضية الثانية والتي مفادها وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي و أبعاد الإحتراق النفسي لدى الممرضين، تم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لمستويات الضغط النفسي المدرك كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات مثلما هو موضح في الجدول الموالي.

المتغير	الفئات	المجموع		المتوسط	الإنحراف المعياري
		ت	%		
الضغط النفسي المدرك	مستوى منخفض [0.40 – 0]	39	17.18	0.51	0.11
	مستوى متوسط [0.60 – 0.41]	143	63		
	مستوى مرتفع [0.80 – 0.61]	45	19.82		
	مستوى مرتفع جدا [1.00 – 0.81]	0	0		

الجدول رقم (17) : التوزيع التكراري لمستويات الضغط النفسي المدرك

يتضح من خلال الجدول رقم (17) الذي يبين التوزيع التكراري لمستويات الضغط النفسي المدرك أن نسبة 63 % من الممرضين و الممرضات يشعرون بمستوى ضغط نفسي متوسط، ثم تليها نسبة تقدر ب 19.82 % منهم يشعرون بمستوى ضغط نفسي مرتفع، في حين بلغت نسبة الممرضين اللذين يشعرون بمستوى منخفض من الضغط نفسي ب 17.18%. وبالتالي فإن أغلبية أفراد العينة يشعرون بمستوى ضغط نفسي متوسط، بينما نسبة الممرضين اللذين يشعرون بضغط نفسي مرتفع جدا فهي منعدمة.

و فيما يلي يوضح الشكل رقم(24) الاعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الضغط النفسي المدرك.



الشكل رقم(24): الاعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الضغط النفسي المدرك.

تم تحليل نتائج الدراسة الارتباطية باستعمال معامل ارتباط بيرسون Pearson لمعرفة العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط النفسي وأبعاد الاحتراق النفسي. وقد تأكدنا قبل ذلك من أن العلاقات بين المتغيرات هي على شكل دالة خطية. كونه شرط من شروط دراسة علاقة الارتباط بين المتغيرات.

أبعاد الإحترق النفسي	إدراك الضغط النفسي
الإنهاك الانفعالي	$0.36^{**} = r$
تبلد المشاعر	$0.35^{**} = r$
الشعور بالانجاز	$-0.18^{**} = r$

** : دال عند مستوى الدلالة 0,01

الجدول رقم (18) : الارتباط بين إدراك الضغط النفسي وأبعاد الإحترق النفسي

بين الجدول رقم (18) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة 0,01 بين مستوى إدراك الضغط النفسي وأبعاد الإحترق النفسي. وتجدر الإشارة إلى أن الارتباط الدال ما بين مستوى إدراك الضغط النفسي وبعد الإنهاك الانفعالي كان ارتباطا موجبا ($r=0.36$)، ويعني أنه كلما كان مستوى الضغط النفسي المدرك مرتفعا كلما كان مستوى الإنهاك الانفعالي مرتفعا، فهي علاقة موجبة. أما علاقة الضغط النفسي المدرك وبعد تبلد المشاعر والتي تساوي ($r=0.35$)، وتعني أنه كلما كان مستوى الضغط النفسي المدرك مرتفعا كلما كان مستوى تبلد المشاعر مرتفعا. بينما إرتباط مستوى الضغط النفسي المدرك وتدني الشعور بالانجاز فكان ارتباطا سالبا ($r=-0.18$)، ويعني أنه كلما كان مستوى الضغط النفسي المدرك مرتفعا كلما كان مستوى الشعور بالانجاز منخفضا.

ومنه فإن كل العلاقات الارتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي وأبعاد الإحترق النفسي دالة. وبالتالي يمكن القول بأن الفرضية الثالثة التي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي و أبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين قد تحققت.

1-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة :

للتأكد من صحة الفرضية الثالثة والتي مفادها وجود إختلاف في مستويات لاحتراق النفسي للمرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم. تم حساب المتوسطات و الانحرافات المعيارية لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات الأبعاد الثلاثة الاحتراق، مثلما هو مبين في الجدول أدناه:

الجدول رقم(19) : المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات بعد الانهاك الانفعالي

الخطأ المعياري	الإنحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	عدد الأفراد	مستوى الإنهاك الانفعالي	أساليب المواجهة
0.85	3.29	24.80	15	مستوى منخفض	حل المشكلة
0.48	4.39	25.67	81	مستوى متوسط	
0.37	4.24	23.85	131	مستوى مرتفع	
0.28	4.31	24.56	227	المجموع	
1.02	3.97	13.06	15	مستوى منخفض	الدعم الاجتماعي
0.39	3.53	14.32	81	مستوى متوسط	
0.33	3.87	14.34	131	مستوى مرتفع	
0.24	3.75	14.25	227	المجموع	
1.43	5.55	19.13	15	مستوى منخفض	التجنب
0.57	5.14	19.37	81	مستوى متوسط	
0.41	4.72	20.61	131	مستوى مرتفع	
0.32	4.95	20.07	227	المجموع	
0.68	2.64	15.13	15	مستوى منخفض	إعادة التقييم
0.29	2.66	16.08	81	مستوى متوسط	
0.24	2.82	15.10	131	مستوى مرتفع	
0.18	2.78	15.45	227	المجموع	
0.71	2.76	9.26	15	مستوى منخفض	التأنيب الذاتي
0.35	3.16	8.98	81	مستوى متوسط	
0.24	2.74	9.82	131	مستوى مرتفع	
0.19	2.91	9.48	227	المجموع	

يتبين من خلال الاحصاءات الوصفية لمختلف إستراتيجيات المواجهة حسب مستويات بعد الانهاك الانفعالي الملخصة في الجدول رقم (19) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية حل المشكل كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط حيث بلغ 25.67 و بانحراف معياري قدر ب 4.39، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض حيث بلغ 24.80 و بانحراف معياري قدر ب 3.29، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية حل المشكل كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 23.85 و بانحراف معياري قدر ب 4.24.

كما يوضح الجدول رقم (19) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية الدعم الاجتماعي كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 14.34 و بانحراف معياري قدر ب 3.87 ، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط حيث بلغ 14.32 و بانحراف معياري قدر ب 3.53، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية الدعم الاجتماعي كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض حيث بلغ 13.06 و بانحراف معياري قدر ب 3.97 .

و يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية التجنب كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 20.61 و بانحراف معياري قدر ب 4.72، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط حيث بلغ 19.37 و بانحراف معياري قدر ب 5.14، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية التجنب كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض حيث بلغ 19.13 و بانحراف معياري قدر ب 5.55 .

أما أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية إعادة التقييم كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط حيث بلغ 16.08 و بانحراف معياري قدر ب 2.66، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض حيث بلغ

15.13 و بانحراف معياري قدر بـ 2.64، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية إعادة التقييم كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 15.10 و بانحراف معياري قدر بـ 2.82.

في حين أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية التائب الذاتي كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 9.82 و بانحراف معياري قدر بـ 2.74، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض حيث بلغ 9.26 و بانحراف معياري قدر بـ 2.76، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية التائب الذاتي كان للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط حيث بلغ 8.98 و بانحراف معياري قدر بـ 3.16 .

الجدول رقم (20) : المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات بعد تبدل المشاعر

الخطأ المعياري	الإنحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	عدد الأفراد	مستوى تبدل المشاعر	أساليب المواجهة
0.84	4.39	24.77	27	مستوى منخفض	حل المشكلة
0.48	4.90	24.79	101	مستوى متوسط	
0.36	3.61	24.28	99	مستوى مرتفع	
0.28	4.31	24.56	227	المجموع	
0.53	2.79	13.77	27	مستوى منخفض	الدعم الاجتماعي
0.40	4.09	14.52	101	مستوى متوسط	
0.36	3.64	14.10	99	مستوى مرتفع	
0.24	3.75	14.25	227	المجموع	
1.05	5.50	17.81	27	مستوى منخفض	التجنب
0.49	4.97	19.86	101	مستوى متوسط	
0.46	4.60	20.89	99	مستوى مرتفع	
0.32	4.95	20.07	227	المجموع	
0.43	2.27	15.59	27	مستوى منخفض	إعادة التقييم
0.29	2.98	15.64	101	مستوى متوسط	
0.27	2.70	15.23	99	مستوى مرتفع	
0.18	2.78	15.45	227	المجموع	
0.72	3.76	8.51	27	مستوى منخفض	التأنيب الذاتي
0.29	2.96	9.24	101	مستوى متوسط	
0.25	2.51	10.00	99	مستوى مرتفع	
0.19	2.91	9.48	227	المجموع	

يتبين من خلال الاحصاءات الوصفية لمختلف إستراتيجيات المواجهة حسب مستويات بعد تبدل المشاعر الملخصة في الجدول رقم (20) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية حل المشكل كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المتوسط حيث بلغ 24.79 و بانحراف معياري قدر بـ 4.90، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المنخفض حيث بلغ 24.77 و بانحراف معياري قدر بـ 4.39، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية حل المشكل كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المرتفع حيث بلغ 24.28 و بانحراف معياري قدر بـ 3.61 .

كما يوضح الجدول رقم (20) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية الدعم الاجتماعي كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المتوسط حيث بلغ 14.52 و بانحراف معياري قدر بـ 4.09، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المرتفع حيث بلغ 14.10 و بانحراف معياري قدر بـ 3.64، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية الدعم الاجتماعي كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المنخفض حيث بلغ 13.77 و بانحراف معياري قدر بـ 2.79 .

و يتضح من خلال الجدول رقم (20) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية التجنب كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المرتفع حيث بلغ 20.89 و بانحراف معياري قدر بـ 4.60، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المتوسط حيث بلغ 19.86 و بانحراف معياري قدر بـ 4.97، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية التجنب كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المنخفض حيث بلغ 17.81 و بانحراف معياري قدر بـ 5.50 .

أما أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية إعادة التقييم كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المتوسط حيث بلغ 15.64 و بانحراف معياري قدر بـ 2.98، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المنخفض حيث بلغ 15.59 و بانحراف معياري قدر بـ 2.27، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية

إعادة التقييم كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المرتفع حيث بلغ 15.23 وبتأثير معياري قدر بـ 2.70 .

في حين أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية التأنيب الذاتي كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المرتفع حيث بلغ 10.00 وبتأثير معياري قدر بـ 2.91، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي المتوسط حيث بلغ 9.24 وبتأثير معياري قدر بـ 2.96، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية التأنيب الذاتي كان للأفراد ذوي مستوى تبدل المشاعر المنخفض حيث بلغ 8.51 وبتأثير معياري قدر بـ 3.76.

الجدول رقم (21) : المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات بعد تدني الشعور بالانجاز

الخطأ المعياري	الإنحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	عدد الأفراد	مستوى تدني الشعور بالانجاز	أساليب المواجهة
0.58	4.43	26.81	58	مستوى منخفض	حل المشكلة
0.49	4.11	23.79	68	مستوى متوسط	
0.39	3.94	23.80	101	مستوى مرتفع	
0.28	4.31	24.56	227	المجموع	
0.54	4.17	14.79	58	مستوى منخفض	الدعم الاجتماعي
0.36	2.98	14.01	68	مستوى متوسط	
0.39	3.97	14.09	101	مستوى مرتفع	
0.24	3.75	14.25	227	المجموع	
0.67	5.13	19.12	58	مستوى منخفض	التجنب
0.59	4.91	20.08	68	مستوى متوسط	
0.48	4.84	20.60	101	مستوى مرتفع	
0.32	4.95	20.07	227	المجموع	
0.37	2.87	16.06	58	مستوى منخفض	إعادة التقييم
0.35	2.90	15.20	68	مستوى متوسط	
0.26	2.62	15.27	101	مستوى مرتفع	
0.18	2.78	15.45	227	المجموع	
0.33	2.57	8.91	58	مستوى منخفض	التأنيب الذاتي
0.39	3.29	9.64	68	مستوى متوسط	
0.28	2.81	9.71	101	مستوى مرتفع	
0.19	2.91	9.48	227	المجموع	

يتبين من خلال الاحصاءات الوصفية لمختلف إستراتيجيات المواجهة حسب مستويات بعد تدني الشعور بالإنجاز الملخصة في الجدول رقم (21) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية حل المشكل كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض حيث بلغ 26.81 و بانحراف معياري قدر ب 4.43، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز المرتفع و المنخفض حيث بلغ 23.80 و بانحراف معياري قدر ب 3.94، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية حل المشكل كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز متوسط حيث بلغ 23.79 و بانحراف معياري قدر ب 4.11 .

كما يوضح الجدول رقم (21) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية الدعم الاجتماعي كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز المنخفض حيث بلغ 14.79 و بانحراف معياري قدر ب 4.17، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع حيث بلغ 14.09 و بانحراف معياري قدر ب 3.97، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية الدعم الاجتماعي كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز متوسط حيث بلغ 14.01 و بانحراف معياري قدر ب 2.98 .

و يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية التجنب كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع حيث بلغ 20.60 و بانحراف معياري قدر ب 4.84، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تبلد المشاعر متوسط حيث بلغ 20.08 و بانحراف معياري قدر ب 4.91، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية التجنب كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض حيث بلغ 19.12 و بانحراف معياري قدر ب 5.13 .

أما أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية إعادة التقييم كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض حيث بلغ 16.06 و بانحراف معياري قدر ب 2.87، يليه

المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع حيث بلغ 15.27 و بانحراف معياري قدر بـ 2.62، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية إعادة التقييم كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز متوسط حيث بلغ 15.20 و بانحراف معياري قدر بـ 2.62 .

في حين أن أكبر متوسط حسابي لإستراتيجية التأنيب الذاتي كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز مرتفع حيث بلغ 9.71 و بانحراف معياري قدر بـ 2.81، يليه المتوسط الحسابي لهذه الإستراتيجية للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز متوسط حيث بلغ 9.64 و بانحراف معياري قدر بـ 3.29، أما أصغر متوسط حسابي لإستراتيجية التأنيب الذاتي كان للأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالإنجاز منخفض حيث بلغ 8.91 و بانحراف معياري قدر بـ 2.57 .

غير أن الاعتماد على المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمختلف أساليب المواجهة لا يعطينا فكرة واضحة عن دلالة الفروق الموجودة بينها، لذلك كان من الضروري إستعمال إختبار يساعدنا لمعرفة الدلالة الاحصائية لهذه الفروق حيث إستعملنا إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لكن قبل إجراء هذا التحليل كان و لا بد من التأكد من تجانس المجموعات من خلال إختبار التجانس و الذي يعتبر شرطاً أساسياً خاصة إذا كان حجم المجموعات مختلف من مجموعة لأخرى حيث إستعملنا في هذه الحالة إختبار (LEVINE) للتجانس الموضحة نتائجها في الجداول الموالية:

الجدول رقم(22) : إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات الإنهاك الانفعالي

الدلالة الاحصائية	Df 2	Df 1	معامل التجانس	الاستراتيجيات
0.65	224	2	0.42	حل المشكل
0.21	224	2	1.53	الدعم الاجتماعي
0.32	224	2	1.14	التجنب
0.18	224	2	1.7	إعادة التقييم
0.08	224	2	2.49	التأنيب الذاتي

تشير نتائج إختبار التجانس الممثلة في الجدول رقم (22) إلى أن كل المجموعات متجانسة و بالتالي يمكن حساب (Anova) في هذه الحالة.

وفيما يلي يوضح الجدول رقم(23) نتائج إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات تبدل المشاعر

الجدول رقم(23) : إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات تبدل المشاعر

الدلالة الاحصائية	Df 2	Df 1	معامل التجانس	الاستراتيجيات
0.06	224	2	3.09	حل المشكل
0.06	224	2	2.89	الدعم الاجتماعي
0.19	224	2	1.67	التجنب
0.57	224	2	0.55	إعادة التقييم
0.09	224	2	6.34	التأنيب الذاتي

تشير نتائج إختبار التجانس الممثلة في الجدول رقم (23) إلى أن كل المجموعات متجانسة و عليه يمكن حساب (Anova) في هذه الحالة.

وفيما يلي يوضح الجدول رقم(24) نتائج إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات تدني الشعور بالإنجاز
 الجدول رقم(24) : إختبار التجانس لمختلف أساليب المواجهة حسب مستويات تدني الشعور بالإنجاز

الدلالة الاحصائية	Df 2	Df 1	معامل التجانس	الاستراتيجيات
0.75	224	2	0.28	حل المشكل
0.08	224	2	2.44	الدعم الاجتماعي
0.42	224	2	0.86	التجنب
0.53	224	2	0.61	إعادة التقييم
0.13	224	2	3.49	التأنيب الذاتي

تشير نتائج إختبار التجانس الممثلة في الجدول رقم (24) إلى أن كل المجموعات متجانسة و عليه يمكن حساب (Anova) في هذه الحالة.

و فيما يلي يوضح الجدول رقم (25) نتائج إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات الإنهاك الانفعالي:
 الجدول رقم (25) : تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات الإنهاك الانفعالي

الدلالة الاحصائية	قيمة F	معدل المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين	الاستراتيجية
0.01	4.64	83.69	2	167.393	بين المجموعات	حل المشكل
		18.01	224	4034.29	داخل المجموعات	
			226	4201.69	المجموع	
0.45	0.79	11.27	2	22.55	بين المجموعات	الدعم الاجتماعي
		14.16	224	3172.13	داخل المجموعات	
			226	3194.68	المجموع	
0.15	1.87	45.55	2	91.10	بين المجموعات	التجنب
		24.33	224	5451.76	داخل المجموعات	
			226	5542.87	المجموع	
0.04	3.26	24.86	2	49.72	بين المجموعات	إعادة التقييم
		7.61	224	1704.63	داخل المجموعات	
			226	1754.35	المجموع	
0.12	2.12	17.92	2	35.84	بين المجموعات	التأنيب الذاتي
		8.44	224	1890.88	داخل المجموعات	
			226	1926.72	المجموع	

يظهر جليا من إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية حل المشكل بحيث وجدنا قيمة $F = 4.64$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.01 ، و بالتالي ترفض الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية حل المشكل يختلف بإختلاف مستويات الإنهاك الانفعالي.

في حين أنه لا توجد فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية الدعم الاجتماعي بحيث وجدنا قيمة $F = 0.79$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.45 و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه فإن إستعمال إستراتيجية الدعم الاجتماعي لا يختلف بإختلاف مستويات الإنهاك الانفعالي.

أما بالنسبة لإستراتيجية التجنب فقد كانت قيمة $F = 1.87$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.15 ، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية التجنب لا يختلف بإختلاف مستويات الإنهاك الانفعالي.

وفيما يخص إستراتيجية إعادة التقييم وجدنا بأن قيمة $F = 3.26$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.04 ، و بالتالي ترفض الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم يختلف بإختلاف مستويات الإنهاك الانفعالي.

كما لم نجد كذلك فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية التائب الذاتي بحيث وجدنا قيمة $F = 2.12$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.12 ، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية التائب الذاتي لا يختلف بإختلاف مستويات الإنهاك الانفعالي.

بما أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لإستعمال إستراتيجية حل المشكل وإستراتيجية إعادة التقييم حسب مستويات الإنهاك الانفعالي، بهدف تحديد المقارنات الدالة المؤثرة و المقارنات الغير الدالة، إستخدما إختبار شيفيه للمقارنات البعدية وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (26): إختبار شيفيه لإستراتيجية حل المشكل و إعادة التقييم حسب مستويات بعد الإنهاك الانفعالي

الدلالة الإحصائية	الخطأ المعياري	الفرق بين المتوسطات (J - I)	مستوى الإنهاك الانفعالي		أساليب المواجهة
			J	I	
0.7	1.19	0.87 -	متوسط	منخفض	حل المشكل
0.6	1.15	0.94	مرتفع	منخفض	
0.7	1.19	0.87	منخفض	متوسط	
0.007	0.59	*1.82	مرتفع	متوسط	
0.69	1.15	0.94 -	منخفض	مرتفع	
0.007	0.59	*1.82 -	متوسط	مرتفع	
0.4	0.77	0.95-	متوسط	منخفض	إعادة التقييم
0.99	0.75	1.64	مرتفع	منخفض	
0.43	0.77	0.95	منخفض	متوسط	
0.03	0.38	*0.97	مرتفع	متوسط	
0.99	0.75	1.64	منخفض	مرتفع	
0.03	0.38	*0.97-	متوسط	مرتفع	

* : دال عند مستوى الدلالة 0.05

أشارت نتائج إختبار شيفيه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية حل المشكل بين الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي متوسط و الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 1.82 عند مستوى الدلالة 0.01. وعليه فإنه يقل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع.

في حين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية حل المشكل بين الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي متوسط و الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي منخفض.

وتتعدم الفروق ذات الدلالة الإحصائية في إستراتيجية حل المشكل بين الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع و الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي منخفض.

كما بينت نتائج إختبار شيفيه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية إعادة التقييم بين الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط و الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع حيث بلغ 0.97 عند مستوى الدلالة 0.03 . وعليه فإنه يقل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم عند الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع.

في حين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية إعادة التقييم بين الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي متوسط والأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض.

وتتعدم الفروق ذات الدلالة الإحصائية في إستراتيجية إعادة التقييم بين الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع و الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي منخفض.

ومنه يمكن القول بأن أغلبية أفراد العينة (ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع) لا يعتمدون على إستراتيجية حل المشكل و إستراتيجية إعادة التقييم.

و فيما يلي يوضح الجدول رقم (27) نتائج إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات تبدل المشاعر:

الجدول رقم (27) : تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات تبدل المشاعر

الاستراتيجية	التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	قيمة F	الدلالة الاحصائية
حل المشكل	بين المجموعات	14.31	2	7.15	0.38	0.68
	داخل المجموعات	4187.38	224	18.69		
	المجموع	4201.69	226			
الدعم الاجتماعي	بين المجموعات	15.84	2	7.92	0.55	0.57
	داخل المجموعات	3178.84	224	14.19		
	المجموع	3194.68	226			
التجنب	بين المجموعات	209.74	2	104.87	4.4	0.01
	داخل المجموعات	5333.12	224	23.80		
	المجموع	5542.87	226			
إعادة التقييم	بين المجموعات	9.00	2	4.50	0.57	0.56
	داخل المجموعات	1745.34	224	7.79		
	المجموع	1754.35	226			
التأنيب الذاتي	بين المجموعات	57.17	2	28.58	3.42	0.03
	داخل المجموعات	1869.55	224	8.34		
	المجموع	1926.72	226			

يظهر جليا من إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية حل المشكل بحيث وجدنا قيمة $F = 0.38$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.68، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية حل المشكل لا يختلف بإختلاف مستويات تبدل المشاعر.

كما أنه لا توجد فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية الدعم الاجتماعي بحيث وجدنا قيمة $F = 0.55$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.57، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية الدعم الاجتماعي لا يختلف بإختلاف مستويات تبدل المشاعر.

أما بالنسبة لإستراتيجية التجنب فقد كانت قيمة $F = 4.40$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.01، و بالتالي ترفض الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية التجنب يختلف بإختلاف مستويات تبدل المشاعر.

وفيما يخص إستراتيجية إعادة التقييم وجدنا بأن قيمة $F = 0.57$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.5 و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم لا يختلف بإختلاف مستويات تبدل المشاعر.

في حين وجدنا فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية التأييد الذاتي بحيث كانت قيمة $F = 3.42$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.03 و بالتالي ترفض الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية التأييد الذاتي يختلف بإختلاف مستويات تبدل المشاعر.

بما أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لإستعمال إستراتيجية التجنب وإستراتيجية التأييد الذاتي حسب مستويات تبدل المشاعر، بهدف تحديد المقارنات الدالة المؤثرة والمقارنات الغير الدالة، إستخدمنا إختبار شيفيه للمقارنات البعدية وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (28): إختبار شيفيه لإستراتيجية التجنب و التأييب الذاتي
حسب مستويات بعد تبدل المشاعر

الدلالة الإحصائية	الخطأ المعياري	الفرق بين المتوسطات (J - I)	مستوى تبدل المشاعر		أساليب المواجهة
			J	I	
0.15	1.05	2.04 -	متوسط	منخفض	التجنب
0.01	1.05	*3.08-	مرتفع	منخفض	
0.15	1.05	2.04	منخفض	متوسط	
0.32	0.69	1.03-	مرتفع	متوسط	
0.01	1.05	*3.08	منخفض	مرتفع	
0.32	0.69	1.03	متوسط	مرتفع	
0.62	0.62	0.72-	متوسط	منخفض	التأييب الذاتي
0.62	0.62	1.48-	مرتفع	منخفض	
0.62	0.62	0.72	منخفض	متوسط	
0.40	0.40	0.75-	مرتفع	متوسط	
0.62	0.62	1.48	منخفض	مرتفع	
0.40	0.40	0.75	متوسط	مرتفع	

* : دال عند مستوى الدلالة 0.05

أشارت نتائج إختبار شيفيه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية التجنب و ذلك بين الأفراد ذوي مستوى تبلد مشاعر منخفض والأفراد ذوي مستوى تبلد مشاعر مرتفع حيث بلغ 3.08 عند مستوى الدلالة 0.01. وعليه فإنه يزيد إستعمال إستراتيجية التجنب عند الأفراد ذوي مستوى تبلد مشاعر مرتفع.

يتضح من خلال الجدول رقم (28) مع أنه هناك فروق بين المتوسطات فيما يخص إستخدام إستراتيجية التأنيب الذاتي و ذلك بين الأفراد ذوي المستوى المنخفض والمستوى المتوسط و المستوى المرتفع من تبلد المشاعر، وقد زاد الفرق بين الأفراد ذوي المستوى المرتفع من تبلد المشاعر و الأفراد ذوي المستوى المنخفض إلا أن الدلالة الإحصائية منعدمة.

و فيما يلي يوضح الجدول رقم (29) نتائج إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات تدني الشعور بالإنجاز:

الجدول رقم (29): تحليل التباين أحادي العامل (Anova) لإستراتيجيات المواجهة حسب مستويات تدني الشعور بالإنجاز

الدلالة الاحصائية	قيمة F	معدل المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	التباين	الاستراتيجية
0.000	11.51	195.81	2	391.62	بين المجموعات	حل المشكل
		17.00	224	3810.07	داخل المجموعات	
			226	4201.69	المجموع	
0.44	0.81	11.58	2	23.17	بين المجموعات	الدعم الاجتماعي
		14.15	224	3171.51	داخل المجموعات	
			226	3194.68	المجموع	
0.19	1.66	40.54	2	81.08	بين المجموعات	التجنب
		24.38	224	5461.78	داخل المجموعات	
			226	5542.87	المجموع	
0.15	1.9	14.63	2	29.27	بين المجموعات	إعادة التقييم
		7.70	224	1725.07	داخل المجموعات	
			226	1754.35	المجموع	
0.21	1.52	12.97	2	25.95	بين المجموعات	التأنيب الذاتي
		8.48	224	1900.77	داخل المجموعات	
			226	1926.72	المجموع	

يظهر جليا من إختبار تحليل التباين أحادي العامل (Anova) بأن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية حل المشكل بحيث وجدنا قيمة $F = 11.51$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.0001، و بالتالي ترفض الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية حل المشكل يختلف بإختلاف مستويات تدني الشعور بالإنجاز.

كما يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية الدعم الاجتماعي بحيث وجدنا قيمة $F = 0.81$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.44، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية الدعم الاجتماعي لا يختلف بإختلاف مستويات تدني الشعور بالإنجاز.

أما بالنسبة لإستراتيجية التجنب فقد كانت قيمة $F = 1.66$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.19، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية التجنب لا يختلف بإختلاف مستويات تدني الشعور بالإنجاز.

وفيما يخص إستراتيجية إعادة التقييم وجدنا بأن قيمة $F = 0.15$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.15، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم لا يختلف بإختلاف مستويات تدني الشعور بالإنجاز.

كما لم نجد كذلك فروقا ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية التأييد الذاتي بحيث وجدنا قيمة $F = 1.5$ عند مستوى دلالة إحصائية 0.21، و بالتالي تقبل الفرضية الصفرية، و عليه نستنتج بأن إستعمال إستراتيجية التأييد الذاتي لا يختلف بإختلاف مستويات تدني الشعور بالإنجاز.

بما أنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لإستعمال إستراتيجية حل المشكل حسب مستويات تدني الشعور بالإنجاز، بهدف تحديد المقارنات الدالة المؤثرة والمقارنات الغير الدالة، إستخدمنا إختبار شيفيه للمقارنات البعدية فكانت النتائج كما

هي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (30): إختبار شيفيه لإستراتيجية حل المشكل حسب مستويات بعد تدني الشعور بالانجاز

الدلالة الإحصائية	الخطأ المعياري	الفرق بين المتوسطات (J - I)	مستوى تدني الشعور بالإنجاز		أساليب المواجهة
			J	I	
0.000	0.73	*3.01	متوسط	منخفض	حل المشكل
0.000	0.67	*3.00	مرتفع	منخفض	
0.000	0.73	*3.01-	منخفض	متوسط	
1	0.64	7.86-	مرتفع	متوسط	
0.000	0.67	*3.00-	منخفض	مرتفع	
1	0.64	7.86	متوسط	مرتفع	

* : دال عند مستوى الدلالة 0.05

أشارت نتائج إختبار شيفيه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية حل المشكل و ذلك بين الأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالانجاز منخفض والأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالانجاز متوسط و كذلك بين الأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالانجاز منخفض والأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالانجاز مرتفع .
وعليه فإنه يزيد إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند الأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالانجاز منخفض.

مما سبق يمكننا إستخلاص أن الفرضية الثالثة قد تحققت حيث وجدنا أن هناك إختلافا في مستويات أبعاد الإحترق النفسي للمرضين تعزى لإستعمال إستراتيجيات المواجهة.

1-4- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة :

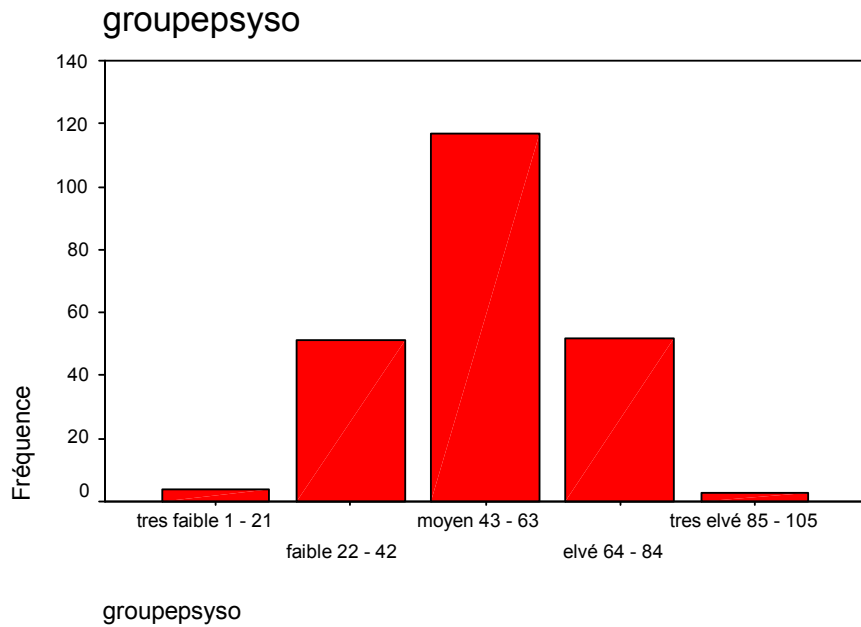
بغرض التأكد من صحة الفرضية الرابعة والتي مفادها وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي و ظهور الاعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين، قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمستويات ظهور الأعراض السيكوسوماتية، كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات مثلما هو مبين في الجدول الآتي.

الجدول رقم (31) : التوزيع التكراري لمستويات الأعراض السيكوسوماتية

المتغير	الفئات	المجموع		المتوسط	الإحراف المعياري
		ت	%		
الأعراض السيكوسوماتية	مستوى متدني [21 - 1]	4	1.76	52.90	13.66
	مستوى منخفض [42 - 22]	51	22.46		
	مستوى متوسط [63 - 43]	117	51.55		
	مستوى مرتفع [84 - 64]	52	22.90		
	مستوى مرتفع جدا [105 - 85]	3	1.33		

يتضح من خلال الجدول رقم (31) و الذي يبين التوزيع التكراري لمستويات الأعراض السيكوسوماتية أن نسبة 51.55 % من الممرضين و الممرضات يشعرون بمستوى أعراض سيكوسوماتية متوسط، ثم تليها نسبة تقدر ب 22.90 % منهم يعانون من مستوى اعراض سيكوسوماتية مرتفع، كما تقارب نسبة الممرضين اللذين يعانون من مستوى منخفض من الاعراض السيكوسوماتية ب 22.46 % ،بينما قدرت نسبة الممرضين اللذين يختبرون مستوى متدني و مستوى مرتفع جدا من الاعراض السيكوسوماتية على التوالي نسبة 1.76 % و 1.33 %.

و فيما يلي يوضح الشكل رقم(25) الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الاعراض السيكوسوماتية.



الشكل رقم(25): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الاعراض السيكوسوماتية

تم تحليل نتائج الدراسة الارتباطية باستعمال معامل إرتباط بيرسون Pearson. لمعرفة العلاقة الارتباطية بين الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الاحتراق النفسي. وقد تم التأكد قبل ذلك من أن العلاقات بين المتغيرات هي على شكل دالة خطية. كونه شرط من شروط دراسة علاقة الارتباط بين المتغيرات. الجدول رقم (32): الارتباط بين الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الاحتراق النفسي

أبعاد الإحتراق النفسي	الإعراض السيكوسوماتية
الإنهك الانفعالي	$0.46^{**} = r$
تبلد المشاعر	$0.18^{**} = r$
الشعور بالانجاز	$-0.25^{**} = r$

** : دال عند مستوى الدلالة 0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة 0,01 بين مستوى ظهور الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الاحتراق النفسي.

وتجدر الإشارة أن الارتباط الدال ما بين مستوى ظهور الأعراض السيكوسوماتية وبعد الإنهك الانفعالي كان ارتباطا موجبا ($r = 0.46$ عند مستوى الدلالة 0,01)، ويعني أنه كلما كان مستوى ظهور الأعراض السيكوسوماتية مرتفعا كلما كان الإنهك الانفعالي مرتفعا. وهي علاقة موجبة .

أما العلاقة الارتباطية مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وبعد تبدل المشاعر والتي تساوي ($r = 0.18$ عند مستوى الدلالة 0,01)، وتعني أنه كلما كان مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية مرتفعا كلما كان مستوى تبدل المشاعر مرتفعا.

بينما ارتباط مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وتدني الشعور بالانجاز فقد كان ارتباطا سالبا ($r = -0.25$ عند مستوى الدلالة 0,01)، ويعني أنه كلما كان مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية مرتفعا كلما كان الشعور بالانجاز منخفضا.

و منه فإن كل العلاقات الارتباطية بين مستوى ظهور الاعراض السيكوسوماتية وأبعاد الإحترق النفسي دالة. وبالتالي نقول أن الفرضية الرابعة التي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين مستوى ظهور الأعراض السيكوسوماتية وأبعاد الإحترق النفسي لدى الممرضين قد تحققت.

1-5- عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة :

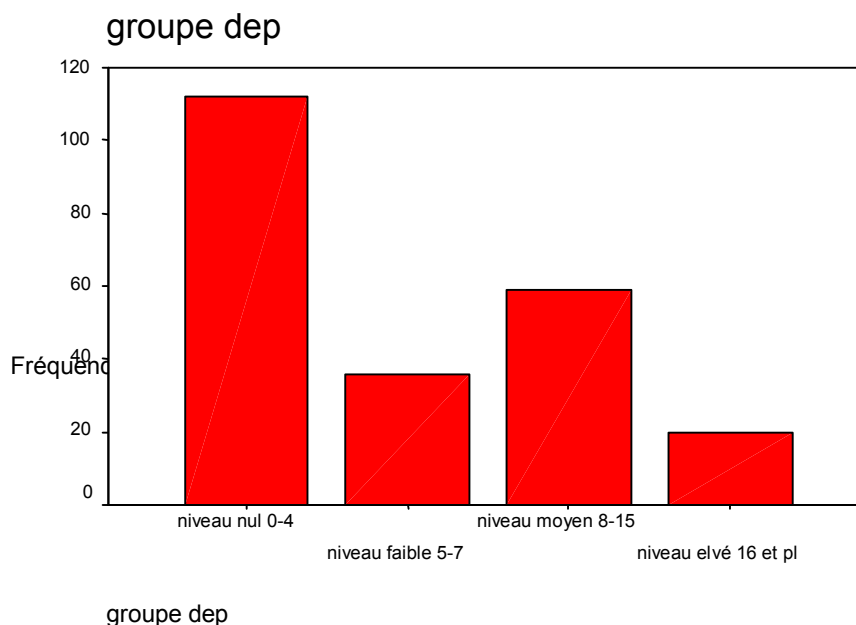
من أجل التأكد من صحة الفرضية الخامسة والتي مفادها وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي و ظهور الاعراض الإكتئابية لدى الممرضين، تم حساب المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري لمستويات الإكتئاب كما تم إستخراج النسب المئوية للمستويات مثلما هو مبين في الجدول الموالي.

الجدول رقم (33) : التوزيع التكراري لمستويات الإكتئاب

المتغير	الفئات	المجموع		المتوسط	الإنحراف المعياري
		ت	%		
الإكتئاب	مستوى منعدم [4 - 0]	112	49.33	6.14	5.81
	مستوى منخفض [7 - 5]	36	15.85		
	مستوى متوسط [15 - 8]	59	26		
	مستوى مرتفع [16 فما فوق]	20	8.82		

يتضح من خلال الجدول رقم (33) الذي يبين التوزيع التكراري لمستويات الإكتئاب أن نسبة 49.33 % من الممرضين و الممرضات يعانون من مستوى إكتئاب نفسي منعدم، ثم تليها نسبة تقدر ب 26 % منهم يعانون من مستوى متوسط من الإكتئاب النفسي ، في حين بلغت نسبة الممرضين اللذين يختبرون مستوى منخفض من الإكتئاب النفسي 15.85 % ،بينما قدرت نسبة الممرضين اللذين يعانون من إكتئاب نفسي مرتفع ب 8.82 %.

و فيما يلي يوضح الشكل رقم (26) الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الاعراض الإكتئابية



الشكل رقم(26): الأعمدة البيانية التكرارية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات الأعراض الاكتئابية

تم تحليل نتائج الدراسة الارتباطية باستعمال معامل إرتباط بيرسون Pearson. لمعرفة العلاقة الارتباطية بين الأعراض الإكتئابية وأبعاد الاحتراق النفسي. وقد تم التأكد قبل ذلك من أن العلاقات بين المتغيرات هي على شكل دالة خطية. كونه شرط من شروط دراسة علاقة الارتباط بين المتغيرات.

الجدول رقم (34) : الارتباط بين الاعراض الإكتئابية وأبعاد الاحتراق النفسي

أبعاد الإحتراق النفسي	الاعراض الإكتئابية
الإنهك الانفعالي	$0.32^{**} = r$
تبلد المشاعر	$0.40^{**} = r$
الشعور بالانجاز	$-0.31^{**} = r$

** : دال عند مستوى الدلالة 0,01

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة 0,01 بين مستوى الإكتئاب وأبعاد الاحتراق النفسي.

وتجدر الإشارة أن الارتباط الدال ما بين مستوى الاكتئاب وبعد الإنهاك الانفعالي كان ارتباطا موجبا ($r=0.32$ عند مستوى الدلالة 0,01)، ويعني أنه كلما كان مستوى الاكتئاب مرتفعا كلما كان الإنهاك الانفعالي مرتفعا. وهي علاقة موجبة .

أما ارتباط مستوى الاكتئاب و بعد تبدل المشاعر والتي تساوي ($r=0.40$ عند مستوى الدلالة 0,01)، وتعني أنه كلما كان مستوى الاكتئاب مرتفعا كلما كان مستوى تبدل المشاعر مرتفعا.

بينما ارتباط مستوى الاكتئاب وتدني الشعور بالانجاز فقد كان ارتباطا سالبا ($r=-0.31$ عند مستوى الدلالة 0,01)، ويعني أنه كلما كان مستوى الاكتئاب مرتفعا كلما كان الشعور بالانجاز منخفضا.

و عليه فإن كل العلاقات الارتباطية بين مستوى الاكتئاب وأبعاد الاحتراق النفسي دالة. وبالتالي نقول أن الفرضية الخامسة التي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين مستوى ظهور الاعراض الاكتئابية و أبعاد الإحتراق النفسي لدى الممرضين قد تحققت.

2- مناقشة النتائج:

أسفر عرض النتائج عن صحة كل فرضيات البحث. وعليه ستتم مناقشة نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها وفق المتغيرات محل البحث، وعلى ضوء الدراسات السابقة فيما يلي:

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

افترضت الدراسة الحالية بأن الممرضون يعانون من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي. وتشير التحاليل الإحصائية كما هو موضح في الجدول (16) إلى معاناة الممرضين من مستويات متفاوتة من الإحترق النفسي وفق أبعاده الثلاثة: الإنهاك الانفعالي وتبدل المشاعر وتدني الشعور بالإنجاز.

بحيث أن عينتنا تعاني من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإنهاك الانفعالي، و من شدة متوسطة على مستوى كل من بعد تبدل الشعور و بعد الشعور بتدني الإنجاز في العمل.

و قد أجمعت على هذه النتيجة العديد من الدراسات و البحوث التي أجريت في هذا المجال من بينها دراسة (Chakali(2000 التي أسفرت نتيجتها أن 70% من الممرضين بمستشفى البلدية يعانون من إنهاك انفعالي، 30% من تبدل المشاعر، 30% من تدني الشعور بالإنجاز. (وهيبة حاتم: 2005).

وتتفق كذلك مع دراسة نسيمة جلوي (2003) التي بيّنت أن الممرضون يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي ومن مستوى متوسط في كل من بعد تبدل المشاعر و تدني الشعور بالإنجاز. (نسيمة جلوي: 2003)

كما بيّنت دراسة **Rodary(1993)** أن نحو 20% إلى 40% من المرضى بمستشفى Bicêtre في مصلحة السرطان يعانون من الإنهاك المهني. و قد اقيمت هذه الدراسة على عينة تتكون من 520 ممرض و ممرضة ، حيث أن 55% من بينهم اظهروا الرغبة في مغادرة العمل، و أن حوالي 25% يعانون من إنهاك انفعالي مرتفع، و 16% من فقدان الشعور التعاطفي و 25% منهم يعانون من نقص الانجاز الشخصي في العمل. (**Rodary 1993**)

و وجد **Canoui(1998)** أن هذه النسبة تصل إلى 41% لدى مرضي مصلحة إنعاش الأطفال.

من جهته وجد **Libouban(1985)** أن المرضى في وحدة الحروق يعانون أيضاً إنهاكاً مهنيًا مرتفعًا. (**Antoine Sylvie 2000**)

كما أن هناك باحثون يرون في أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الشعور بالإنهاك المهني هي عوامل نجدها بكثرة في مهنة التمريض ، كالعناء الكمي و النوعي للعمل، و العناية بالآخرين، و مواجهة الألم و الموت. كما أكدت على ذلك (**1981 Maslach**) التي ترى أن طبيعة مهنة التمريض نفسها هي مصدر للإنهاك. فقد أكدت دراسة **Maslach و Jackson (1981)** بهدف دراسة و قياس مستوى الإحترق النفسي لدى عينة كبيرة متكونة من 1025 فردا يعمل في المهن ذات الصلة بالخدمات الإجتماعية و الإنسانية (المرضى، الأطباء، المحامين، الشرطة، المعلمين) إلى أن المرضى يعانون من درجة مرتفعة من الإحترق النفسي. (**مقابلة يعقوب : 1994**)

وقد أقرت العديد من الدراسات التي أجريت على المرضى ومن بينها دراسة **Londau(1992)** في ألمانيا، دراسة **Saint Arnaud(1992)** بكندا، دراسة **Estryn Behar(1990)** بفرنسا، أن نحو 20% إلى 30% من المرضى يعانون إنهاك انفعالي مرتفع.

وتوصل Grath (1989) إلى أن متطلبات المريض الانفعالية تعد المصدر الرئيسي للضغط و العلاقات المهنية بصفة عامة. فالمرضى يخضع بصفة دائمة إلى متطلبات المريض التي غالبا ما تفوت قدراته و بالتالي يبدأ الشعور بعدم الفعالية قلة مردوده ، فيفقد نتيجة لذلك الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، و يصبح جاف في معاملته مع المرضى و مع زملاء العمل ، و يقيم انجازاته المهنية تقييما سلبيا، مما يقلص من نشاطاته. (Grath : 1989)

كما أن النقص في الانجاز الشخصي في العمل يرجع إلى تذبذب العلاقات المهنية بين الممرضين، حيث ينتج عنه نوع من الاضطراب و القلق و الانزعاج بعض أنواع العدوانية و الهجومية ، ويحدث ذلك نتيجة صراعات تتعلق بتحديد ادوار العمل، و اتخاذ القرارات التي غالبا ما تتضارب و تتداخل مما ينجز عنه الشعور بالإحباط، إذ أن عدم تحديد صلاحيات الممرض في هذا القطاع بدقة أدى إلى التخلي عن المسؤولية، وأصبح كل عامل يرفض القيام بنشاطات معينة، كإجراء النظافة الوقائية لأنه يعتبرها كفقدان للهوية وإحتقار لإمكانياته و ليست من مهامه، فيعيش الممرض في صراع دائم مع زملاءه في العمل. (ليندة موساوي : 2001)

وبغية تقييم أهمية الإنهاك المهني ، و من أجل تحديد عوامل خطورته و كذا توجيه الإجراءات الوقائية، فإن إدارة العلاج التمريضي لمستشفى Bordeaux الجامعي بفرنسا، اتخذت مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أفريل 1999، فاستعانت بعينة تقدر بـ 873 ممرض أو ما يعادل 30% من مجموع 3000 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى انه 17 % من الممرضين يعانون من إنهاك انفعالي ، 15 % من فقدان الشعور التعاطفي و 24% من نقص الانجاز الشخصي في العمل . هذه النتائج تبين أن 500 ممرض يعانون من إنهاك مهني، ما يقارب 2 إلى 3 ممرض في كل مصلحة. (Helen Quancard : 2000)

كما توصلت دراسة **البدوي طلال (2000)** إلى أن الممرضين بمستشفيات عمان يعانون من تكرار حدوث الشعور بالاجهاد الانفعالي بدرجة عالية، و من شدة حدوثه بدرجة متوسطة، و يعانون من تكرار و شدة نقص الشعور بالانجاز بدرجة عالية. فالممرض يخضع دومًا لمتطلبات المرضى و التي غالبًا ما تفوق قدراته وبالتالي يبدأ الشعور بعدم الفعالية وقلة مردوده، فيفقد نتيجة لذلك الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، ويصبح جاف في معاملاته مع المرضى ومع زملاء العمل، ويقيم انجازاته المهنية تقيّمًا سلبيًا. (البدوي طلال: 2000)

وترى **Maslach (1981)** أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدرًا للضغط و الإنهاك نظرًا لكون الممرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته، كعبء العمل و العوامل الانفعالية، كمواجهة الحالات المستعجلة و الخطيرة، كما أنه في حالة الوفاة غالبًا ما يشعر بالفشل وتأنيب الذات وهو في مواجهة يومية مع الموت وعذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط. (Maslach:1981).

بالرغم من أهمية التمريض، إلا أنه لم يحظى بمكانة عالية في نظر المجتمع إذ ينظر الى الممرض أو الممرضة على أساس أنه خادم أو خادمة لاغير، لأنهما يقدمان الخدمات المختلفة للمرضى. فالمكانة الاجتماعية للممرض منخفضة، إذ يعتقد عامة الناس أنها في متناول الجميع ولا تتطلب أي قدرات خاصة أو تكوين. بحيث تتراجع قيمة المهنة إلى أن نسبة 84 % من الممرضات يشعرن باللامبالاة إزاء عملهن، ذلك أنهن يتوقفن لفترات عديدة أثناء تكلفهن بالمرضى أو عند انتقالهن من مكان إلى آخر، كما أن العديد منهن ينكرن اشتراكهن في انجاز القرارات التي تؤخذ .

فحسب **Laraba (2007)** يصل الممرض إلى تبدل المشاعر تدريجيًا، وهي أحيانًا نتيجة للإجهاد الانفعالي. فهو نوع من حفظ الذات. هذا السلوك يحدث بطريقة لا شعورية عند الممرض، وحتى لو لم يكن راض بذلك. فهو يشعر بألم كونه لم يصل إلى الشعور بالإنجاز والذي يظهر في البعد الثالث وهو تدني الشعور بالإنجاز. ومرجع

هذا الموقف السلبي اتجاه هذه المهنة الى الخلفية التاريخية لنشأة التمريض. ومن تم عيش الممرض في صراع دائم نتيجة فقدانه للهوية والقيمة وصعوبة تحقيقه لذاته ولطموحاته الذاتية باعتباره امتداد للطبيب ليس إلا. وبالتالي يعتبر استصغار لقيمة الفرد الذي يسعى جاهداً لكسب صورة إيجابية وتقدير عالي لذاته. فرغم ترقية الممرضين إلى رتب و مهن أعلى إلا أن معاملتهم من طرف الكثير من الأطباء خاصة رئيس المصلحة، لا تختلف كثيراً عن سائر الممرضين.

و على العموم، غالباً ما تعتبر العناية الآخرين كأحد الأسباب الرئيسية المؤدية للإرهاك، فبالإضافة إلى العبء الكمي للعمل فإن طبيعة المهمة غير المرغوب فيها التي تعتبر من مسؤوليات الممرض نحو المريض لضرورة العناية بجسم المريض نظافته، إضافة إلى طبيعة علاقة المرض بعائلات المرضى، زد على ذلك قلة التجهيزات و المعدات الطبية و نقص الأدوية، و من جهة أخرى طريقة تنظيم أوقات العمل و التي تجعل الممرض في حالة إنهك انفعالي و فقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين. (Laraba: 2007)

ففيما يخص الإحترق النفسي لدى الممرضات، فإن أهم مصادره هي:

- وطأة العمل نتيجة نقص العدد.
- طبيعة العمل ذاته مزعجة باعتبار الممرضة تتعامل مع أجساد المرضى: من دم، وفضلات، وقيء، وروائح...
- جو الكآبة الذي يسود مكان العمل.
- ساعات العمل التي تعزلهن عن وتيرة الحياة الاجتماعية.
- العمل بنظام الدوريات.
- الأجر الضئيل.
- الافتقار إلى الحياة الخاصة في مركز العمل.
- غموض المواقف الطارئة.
- العلاقة بالهيئة الطبية وما يرافقها من كبت و حرمان. (ستورا، 1997)

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

بينت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحترق النفسي لدى الممرضين. إذ أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدرا للضغط والإرهاك، نظرا لكون الممرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته، كعبء العمل و العوامل الانفعالية، كمواجهة الحالات المستعجلة الخطيرة. كما انه في حالة الوفاة غالبا ما يشعر بالفشل و تأنيب الذات وهو في مواجهة يومية مع الموت وعذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط .
(1981Maslach)

كما أن للضغوط المختلفة لمهنة التمريض التي يواجهها الممرض أثناء عمله في البيئة الاستشفائية انعكاسات سلبية على النواحي النفسية والانفعالية والجسمية والاجتماعية ، لأن هذه الضغوط تتعارض مع التناغم الطبيعي لجسم الإنسان ونفسيته وقدراته الطبيعية، وقد يؤدي ذلك إلى زيادة الضيق والتوتر والقلق والإحباط لديه، كما وقد يؤدي إلى تعب وإرهاق جسمي وعصبي يمنع الممرض من تحقيق التوازن ومن ثم يفشل في القيام بواجباته المهنية على أكمل وجه. و تنتشر هذه الظاهرة في مختلف البيئات على المستوى العالمي كما أنها مرشحة للارتفاع ففي سنة 1996 بلغت نسبة من يعتبرون أعمالهم ضاغطة بالقطاع الصحي للاتحاد الأوروبي % 28 من إجمالي عدد العاملين المهنيين.

وقد أعلنت النتائج النهائية لتقرير الرابطة الوطنية للصحة و السلامة المهنية بأمريكا بأن أزيد من 40% من المهنيين يعتبرون أعمالهم بمثابة مصدر أساسي للشعور بالضغط.

و أجريت دراسة ميدانية يابانية متخصصة على عمال القطاع الصحي سنة 1999 حيث تبين أن النسبة ارتفعت من 33 % سنة 1982 إلى نسبة 44% سنة 1997 وهو ما يشير إلى تنامي أشكال و مستويات الضغوط باستمرار.

و وفقا لدراسة اجريت عام 2007 على قطاع الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الامريكية أكدت على أن الظاهرة تنتمى في القطاع الصحي بين عمال التمريض على الرغم من التدابير الاحترازية التي تتخذ للحد من الظاهرة، كما أكدت على التكلفة والأثر السلبي على الخدمة المقدمة. (Niosh:2007)

و دراسة (1981)Alkamder، (1988)Beck (1989) Allamash و دراسة (1989) Haris (1989) كلها توصلت إلى أن العاملين بقطاع التمريض يظهرون استعداد كبيرا للشعور بالضغط المهني المرتفع الشدة نتيجة الضغوط النفسية والإجتماعية، هذا لكونهم عرضة لمواجهة العديد من المواقف الضاغطة و الاستجابة لها في آن واحد، مما يزيد من حدة الإشكال.

و من البحوث التي أجريت في هذا المجال منها دراسة (1981) Maslach و (1993) Rodary حيث أثبتت أن العاملين بمصالح الصحة و المشرفين على التمريض ، يظهرون استعدادا كبيرا للضغط و الإنهاك المهني و هذا لكونهم عرضة لمواجهة و الاستجابة للعديد من مواقف الضاغطة في آن واحد، إذ يستلزم أداء هذه المهنة قدرات و استعدادات معتبرة، و كثيرا ما تبرز عوامل مختلفة في المحيط المهني تحد من قدرات الممرض و إمكانية التكيفية، و بالتالي تصبح مصدرا للضغط مما يؤدي بالفرد إلى عدم التحكم في المواقف و إلى اختلال توازنه، فيظهر اثر ذلك على نوعية المردود العلاجي .

كما أن الممرض معرض مباشرة لمعاناة المرضى و من واجباته الأساسية التعامل مع هذه المعاناة ومحاولة إنقاذها أن أمكن ذلك من جهة، دون إهمال رعاية المريض من جهة أخرى، فهو مضطر لمواجهة الألم و مجبر على كبح شعوره وعدم التأثر بهذا الألم لكي لا تقل مردوبيته في العمل، و هذا من شأنه أن يعكر صفو يوم كامل من العمل، إن لم نقل أياما، خاصة إذا تعلق الأمر ببعض أنواع العلاج. لذا يستلزم من الممرض أن يكون في استعداد على الدوام. (Sylvie Antoine , 2000)

دراسة قام بها Dewe (1987) الغرض منها هو تحديد أسباب الضغط عند الممرضين الذين ينتمون إلى صنف الممرضين العاملين و المختصين في التوليد، وكان عددهم 2500 ممرضة، توصل إلى استخراج 5 مصادر يحتمل اعتبارها سبب للضغط، أي عوامل مشتركة بين الممرضين و هي:

العمل المكثف و يمثل 25.9 % من مجموع العوامل و يضم القيام بأعمال كثيرة في وقت واحد، كمحاولة التكفل بعدد كبير من المرضى، الطلبات على النوعية و الدعم، كصعوبة الإبقاء على النوعية العالية، و عدم القدرة على الإمداد بالدعم للزملاء، مواجهة مشاكل نقص الموظفين.

أما العامل الثاني فهو الصعوبات الناتجة عن التعامل مع باقي الموظفين و يمثل 7.2 %، أما العامل الثالث يمثل 5.4 % من مجموع العوامل، و يضم المشاكل المتعلقة بالعاية و رعاية ذوي الأمراض الخطيرة كالمصابين بمرض العضال، مواجهة تغيرات متوقعة و طوارئ مستعجلة، كمواجهة تغيرات مفاجئة في صحة المريض، التعامل مع الإجراءات الصعبة و التكنولوجية الحديثة، كالتعامل مع التجهيزات لأول مرة و العمل مع أطباء يطالبون بردود أفعال مباشرة و أجوبة فورية.

والعامل الرابع يمثل نسبة 4.4 % من مجموع العوامل ويشمل المسائل والانشغالات الخاصة لمعاملة المرضى كعدم اكتراث الفريق الطبي بالمرضى وبحاجاتهم العاطفية و الاجتماعية و عدم التفهم نحو المرضى، الاختلافات في كيفية معاملة المرضى، الصعوبات التي تقع حيال الحصول على المعلومات الخاصة بهم، والارتياب السائد في مدى مصارحة المريض و عائلته.

و يمثل العامل الخامس 3.2 % من مجموع العوامل، و يخص التعامل مع المرضى ذوي الطبع الحاد أو المرضى الميؤوس من علاجهم، والذين لم تتحسن صحتهم أو في تألم مستمر، و معالجة الاشخاص المسنين، و التعامل مع المرضى ذوي المتطلبات الكثيرة و الطبع الحاد والذين يعرقلون عمل الممرض وكذا التعامل مع وفاة المريض.

وقد لخص Dewe (1989) في دراسته لإبراز العلاقة القائمة بين عوامل الضغط و الإحترق النفسي، توصل إلى أن أهم العوامل الضاغطة المؤدية للتعب الإنهاك المهني تتخلص فيما يلي:

- 1- الاهتمام بأكثر من مريض في آن واحد.
- 2- تمريض أفراد الحالات الخطيرة.
- 3- صعوبات متعلقة بمعاملة الآخرين. (Dewe : 1989)

أما Fitter (1987) تحدث عن 8 مصادر للضغط عند الممرضين و هي:

- 1- مسؤولية الاهتمام براحة المريض.
- 2- العمل في أوقات مضطربة (ساعات متأخرة، ساعات إضافية، إنابة زملاء غائبين).
- 3- صراعات بين الزملاء خاصة الأطباء.
- 4- ثقل العمل.
- 5- صعوبة العمل و خاصة عندما يكون العمل جسديا.
- 6- الاهتمام بمسؤولية تكوين المتربصين الجدد.
- 7- استعجالات و اضطرابات في العمل.
- 8- مواجهة التغيرات في ميدان العمل. (Fitter : 1987)

كما أن من العوامل التي قد تزيد في شدة الإنهاك المهني، أوقات العمل ففي هذا الصدد قام كل من **Lert – Marne – Geagen (1993)** بدراسة طويلة ما بين 1980 و 1990 حول ظروف عمل الممرضات بالمستشفيات العمومية الفرنسية، ولتي ضمت 571 ممرضة تعمل بعضهن بدورية النهار و البعض بدورية الليل، البعض الآخر بالتناوب، و كانت من أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، أن نوعية ساعات العمل بمعنى المضبوطة و المبرمجة مسبقا مع فترات كافية للراحة كانت من بين أهم عوامل الرضى عند الممرضات، أما ساعات العمل التناوبي خاصة العمل الليلي ، فتمثل عاملا من عوامل الإنهاك. (Lert1993)

و في هذا الصدد دراسة **Dawid (1994)** حول عينة نظم 375 ممرض من مختلف الأقسام و التخصصات بمستشفى **نيوز لندة** توصل فيها إلى أن الممرضين يعانون من ضغط نفسي مرتفع الشدة نتيجة العمل المكثف. إذ يضم المحيط الاستشفائي

الكثير من عوامل الإنهاك، بعضها مرتبط بطبيعة العمل نفسه كالعناء الكمي والنوعي وكذلك بالعلاقات الإنسانية التي ترتبط بالمرض بمرريضه، و بمختلف عناصر الفريق الطبي، و بعضها الآخر مرتبط بطريقة تنظيم العمل كنظم الترقيّة و الأجر و مواعيد العمل و وسائله.

فضغط العمل وما يصاحبه من أشكال الاحتراق في العمل يعتبر نتيجة حتمية لتفاعل مجموعة من العوامل الذاتية مع متطلبات الوظيفة التي يمارسها المهنيين في المجال الطبي، إلا أنه وعلى الجانب الآخر يشكل أحد الأسباب أو العوامل التي تؤدي أو تساعد على تعاطي الكحول والمخدرات كما يساهم في تزايد المشكلات الاجتماعية مثل الطلاق والشعور بالاغتراب وغيرها من النتائج السلبية التي تؤثر على محصلة المهام المهنية التي يؤديها المهنيين العاملين في المجال الصحي.

كما أن إدراك فعالية الذات عند الممرض يؤثر على انفعالاته: فان هو بقي عاجزا عن التدخل واستخدام قدراته التي اكتسبها طيلة مراحل التكوين بسبب عدم وجود وسائل العمل، فان ذلك لا يمكن أن يؤدي إلا إلى إهمال عمله مادام غير قادر على تحقيق الأهداف و لا يزيد ذلك إلا شعوره بعدم الفعالية و بالتالي الإنهاك. و تؤكد الباحثتان **Maslach et Jackson (1981)**، إن للشعور بالقدرة على التأثير في مسار الأحداث دعم و تعزيز لقدرة الفرد على الانجاز، و هو ما يؤثر مباشرة في درجات الإنهاك.

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

بينت الدراسة الحالية وجود إختلافات في مستويات الاحتراق النفسي للمرضيين باختلاف أساليب المواجهة لديهم، إذ يقل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع، وبالمقابل فإنه يقل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم عند الأفراد ذوي مستوى إنهاك إنفعالي مرتفع.

ويزيد إستعمال إستراتيجية التجنب عند الأفراد ذوي مستوى تبلد مشاعر مرتفع. كما يزيد إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند الأفراد ذوي مستوى تدني الشعور بالانجاز منخفض.

وهذا ما يوافق نتائج العديد من الدراسات التي اهتمت بالإحتراق النفسي عند الممرضين. فقد أظهرت دراسة أقيمت من طرف **Tap و Pronost (1996)** بأن الممرضين اللذين يعانون مستويات مرتفعة من الإحتراق النفسي يستعملون إستراتيجيات متمركزة حول الإنفعال كالتجنب، الهروب، الانسحاب. و هذا على عكس الممرضين اللذين يعانون من مستويات منخفضة من الإحتراق النفسي إذ يستعملون إستراتيجيات متمركزة حول حل المشكل.

و يكون التكيف أكثر مرونة عند الممرضات اللواتي تبدين اقل إنهاك انفعاليا حيث يتبنون مواقف اقل دفاعية و التي تترجم بتغيير السلوك و طلب المساعدة من الغير.

كما تتفق مع ما أسفرت عليه، دراسات عديدة خاصة للمواجهة و الإنهاك عند الممرضات و التي تقترح أن استعمال أساليب المواجهة المتمركزة حول حل المشكل يحد من الإنهاك في حين يساهم أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال في الإنهاك.

Boyle, Crap yonger et Thornby(1991), Pronost et tap (1996)

إذ يتعلق الأمر في النوع الأول من الاستراتيجيات أي المواجهة المتمركزة حول المشكل في تغيير مباشر للوضع الحالي للعلاقة (فرد - محيط) بتوظيف جهود سلوكية نشيطة مع مواجهة المشكل من اجل حله و تتضمن هذه الاستراتيجيات المواجهة،

تحفيز و توظيف خطط عمل تسمح بتغيير الوضعية المعاشة الشيء الذي يساهم في التغيير من حالته الانفعالية.

و يحتوي النوع الثاني من الاستراتيجيات أي أساليب المواجهة المتمركزة حول الانفعال على تلك التي تهدف إلى التقليل و التعديل من الانفعالات والمعاناة التي تسببها الأحداث الضاغطة وتتضمن مختلف المحاولات من طرف الفرد لتعديل التوترات الانفعالية المترتبة عن الوضعية فهو يحاول تشويه المعنى الذاتي للحدث هذا باللجوء إلى نشاطات معرفية، كالمزاح، الإنقاص من قيمة المظاهر السلبية أو إعادة التقييم الإيجابي (تحويل التهديد إلى التحدي). (Paulhan : 1992)

وهذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية حيث أنه يقل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند الأفراد ذوي إنهاك إنفعالي مرتفع. كما أن الأفراد ذوي المستوى المتوسط من الإنهاك الإنفعالي يعمدون بشكل أكبر إلى إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي.

و قد اتضحت فعالية هذه الاستراتيجيات التي تكون غالبا مولدة لانفعالات ايجابية في التخفيف من التوتر الانفعالي في حالة التجارب الضاغطة ذات المدى القصير خصوصا أين لا يمكن فيها استعمال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل.

كما نجد التجنب كإستراتيجية بأساليب مواجهة متمركزة حول الانفعال وهو يعني تجنب الوضعية الضاغطة بالهروب، إنكار، عدم الالتزام، ترفيه... الخ. وقد يتعلق الأمر بنشاطات تعويضية سلوكية أو معرفية كالنشاطات الرياضية أو الاسترخاء الذي تهدف إلى التخلص من الضغط الانفعالي.

(Dantzer et Schweitzer : 1994)

و في نفس السياق وجد (1989) Ceslowritz أن الممرضين الذين يعانون من إحتراق نفسي منخفض يستعملون إستراتيجيات مواجهة متمثلة في إعادة التقييم والبحث عن حل للمشكل.

و حسب **Perry (1997)**، فالقلق والانزعاج الذي يعاني منهما الممرض قد يؤدي به إلى الفشل، وأن الوسيلة الدفاعية الوحيدة التي يلجأ إليها، هي الانقطاع أو الانسحاب، واللجوء إلى الاستعانة بتربصات و فترات تكوين أو حتى الاستقالة، وهنا نقول أن الإنهاك المهني مملوء بالهروب و الفشل. (**1997 Perry**)

أما الدراسة التي قام بها **Corin et Bibeau (1985)**، فبينت أن الممرضين الذين يعانون من إنهاك مهني شديد يستخدمون الانسحاب والتجنب بكثرة كإستراتيجية مقاومة، باحثون آخرون تكلموا عن التجنب، أمثال **Kimmel (1981)** و **Ceslomit** (**1989**) تحدث عن الهروب، كما أن **Lazarus et Folkman (1984)** بينا أن الممرض أمام ضغط شديد، يستعمل إستراتيجية مقاومة قد تصبح غير فعالة، وتظهر عليه سلوكيات اجتماعية سلبية تتمثل في ردود أفعال سلوكية و فيزيولوجية مضطربة. (**Pronost, tap, 1996**)

و تقول **Noel (2000)**، أن الممرض يبدي استجابتين أمام شعوره بالفشل، حيث انه يلجأ إلى الهروب و الذي يعبر عنه بالتغيبات المتكررة عدم المبالاة، أو العكس يبدي اهتمام كبير و إفراط في عمله، و يبقى لمدة طويلة في المصلحة، ولكن عمله يكون غير فعال، و منه يحدث له تأنيب الذات و إحباط و إحساس بالعجز .

كما أن **Sylvie Antoine (2000)**، تقول أن هناك بعض التحقيقات قامت بربط العلاقة بين العمل المرهق و عدد أعراض الضغط أو الإشارات الدالة عليه على غرار الإدمان على الكحول، التغيب، اللجوء إلى العقاقير .

و ملاحظات قام بها **Marquenet (1993)**، على الممرضين يعملون في المستشفيات مرسليليا و جنوب شرق فرنسا، حيث توصل إلى أن هناك تغيبات بعضها واضحة، كأخذ عطل مرضية، و أخرى خفية كاللجوء إلى دورات التكوين، وهذا لغرض الإبتعاد عن مكان العمل .

من جهتها **Maslach** أكدت من خلال أبحاثها سنة (1996) وجود إرتباط دال بين

الاحتراق النفسي و ساليب المواجهة، حيث يرتبط الانجاز الشخصي بأسلوب المواجهة، وترتبط المواجهة بالتحكم على وجه الخصوص، ارتباطا سلبيا بالانهك الانفعالي. و من جهته **Canoui (1998)**، يرى أن هناك مواقف دفاعية توصف بأنها نوع من الصلابة أو مقاومة مفرطة أمام تغير ما. مواقف سلبية أو تشاؤمية أو شبه نشاطية تخفي وراءها عدم فعالية في العمل، فيظهر الشخص سواء هروب عن العمل، أو العكس قضاء وقت أطول في مكان عمله، مع انه يصبح دون أن يشعر اقل كفاءة، في آخر المطاف ومن أجل مقاومة الوضع قد يؤدي به الأمر إلى تناول المشروبات الكحولية أو العقاقير المهدئة، محاولة منه الوصول إلى الإسترخاء الذي أصبح قليلا ما يشعر به، فتسير الأمور نحو حالة تعب، في حين يبذل المصاب مجهودات جبارة للحفاظ على منصبه في سياق لا يجد فيه مقابلا، بل حتى أنه عن المفارقة نجده غير قادر على مغادرة عمل أصبح بالمقابل مصدرا للمعاناة بالنسبة له، إلا أنه قد تصل المجهودات التي يبذلها في عمله إلى الذروة، بينما يتمثل رد فعل بعض المصابين الآخرين في رغبة للتغير ملحة، بل حتى التخلص في عمل أصبحوا لا يطيقونه، فنلاحظ بذلك تغيبا تدريجيا و متكررا، بعض الفئات من العمال كالأطباء يبدون بالعكس حضورا يبعث الإستغراب، و هذا ما يعد أحد مؤشرات خطورة الأمر يجعله أمرا حديث العهد على المستوى النفساني الإجتماعي. (**Canoui : 1998**)

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

توصلت الدراسة الحالية إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحترق النفسي و ظهور الاعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين.

فكما ذكرنا أنفا تعد مهنة التمريض مهنة شاقة و خطيرة في آن واحد، تتطلب قوة جسدية و قوة سيكولوجية تؤدي به أحيانا فقد الحماس في العمل، وأحيانا أخرى إلى الانهيار العصبي والعدوانية سواء اتجاه نفسه أو اتجاه الآخرين، هذا من جانب، ومن جانب آخر قد تصيبه عدة إصابات جسدية، ابتداء من آلام وتشنجات عضلية على مستوى الظهر، أضف إليها خطر الإصابة ببعض الأمراض والعدوى ن زيادة عن خطورة التعامل مع بعض المواد الخطيرة جدا على حياة الشخص الذي يكون عرضة لها لأوقات طويلة، و في الأخير نذكر الاضطرابات الحاصلة في حياته الاجتماعية والعائلية جراء تداخل مواعيد النوم والأكل والراحة و تأثير المحيط الذي يعمل ضمنه على نفسيته. (Association suisse des infirmiers,1998,P66)

إن مجمل أعراض الإحترق النفسي التي يمكن أن يتعرض لها الممرض سواء كانت عضوية، نفسية، سلوكية أو اجتماعية، فإن كلها تتفاعل مع بعضها البعض، فتشكل عبئاً وجهداً ثقيلاً على كاهله، مما تنعكس سلباً على صحته وتجعله معرضاً للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية. وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات من بينها دراسة:

Maslach (1982) - Carroll et White (1982)- Grouse (1984)- Pines et Aronson (1988)- Golembiewski et Al (1992)- Brown et Brady (1993)- Koeske et Kirk (1993)- Lee et Ashforth (1993)-

إلى أنه كلما زادت شدة الإحترق النفسي كلما تدهورت الصحة الجسمية و العقلية.

كما تشير الدراسات وفقاً لما يذكره (موفق الكبيسي: 2003) إلى وجود علاقة كبيرة بين ضغوط العمل الشديدة وارتفاع ضغط الدم ومستوى الكولسترول في الدم والتي قد

تؤدي إلى أمراض القلب والاضطرابات المعوية والتهاب المفاصل. وقد يكون هناك علاقة طردية بين ضغوط العمل ومرض السرطان. وأن الضغط النفسي والوضع التنافسي في العمل يزيد من الخطر القلبي بحوالي الضعف، كما ويقول بأن الخبراء يشيرون إلى أن الضغط النفسي 80 في المائة من الرجال يكونون أكثر عرضة للإصابة بالنوبات القلبية إذا ما واجهوا ضغوطات نفسية في العمل، وأن الخطر يزداد أكثر كلما تأثروا بهذه الضغوط بصورة أكبر.

وهي نفس نتائج دراسات **Powell(1994)** التي أكدت على أن الإحترق النفسي حالة نفسية بيولوجية ناتجة عن عوامل الضغط النفسي و إستمرارها في الزمن. غير أن ظهور أعراض الإحترق النفسي غالبا ما تؤثر في الصحة النفسية العقلية والجسمية. (**Gilliland et James :1997**) بظهور أعراض إكتئابية وأعراض جسدية مثل التعب، الصداع، اضطرابات المعدة، اضطرابات النوم والتغذية وغيرها من المشكلات السيكوسوماتية. (**Sylvie Antoine : 2000**)

كما أن كل من **Mauranges Aline et Pierre Canoui (1998)** تحدثا في كتابهما عن أحد التحقيقات التي أقيمت سنة 1996 حول تنظيم ظروف العمل عند المرضى، فتوصلوا إلى أن:

82 % من المرضى يشكون من معاناة جسدية.

69 % من المرضى يشكون من الحالات الصعبة.

بالإضافة إلى أن المعاناة الجسمية و الشكاوي الجسدية حاضرة دائما في حالات الإحترق النفسي الذي يترافق بإضطرابات صحية نفسية وجسمية (مشاكل قلبية، اضطرابات الجهاز الهضبي، الآلام المفصلية،..) و التي تزداد شدتها بإرتفاع حدة الإنفعالية السلبية التي نجدها في كل من الإحترق النفسي. (**Zellars et al : 1999**) بينما وصف الإحترق النفسي على أنه استنزاف جسماني انفعالي وهو عادة ما يبدأ بشعور من عدم المبالاة وهناك قائمة من الآثار التي يمكن أن تنتج عن الإحترق النفسي

منها التعب، والإحباط، والميل إلى كثرة النوم، والشد العصبي، وارتفاع ضغط الدم، وتزايد ضربات القلب، وسرعة التنفس، وانقباض العضلات خلف العنق أو حول الرأس والذي يسبب الصداع وتقلصات المعدة التي غالبا ما تؤدي إلى القرحة. وهناك أعراض أخرى منها زيادة أو فقدان الشهية، التغير في النمط الجنسي، والإفراط في شرب الكحوليات، والتقلصات العضلية، والأرق، والإسهال، وإذا ما استمر المرض في التعرض إلى مستويات عالية من الإحترق في العمل دون أن يأخذ فترات استرخاء فمن الممكن أن تتطور هذه الأعراض البيولوجية لتصبح مرضا.

فما يميز الممرض المحترق نفسيا الشعور الدائم بالتعب، عدم الرضا والإحباط وحالة من التذني الجسماني، كما وجد أن الممرض المحترق نفسيا غالبا ما يعاني من أمراض جسمانية غير خطيرة مثل الأرق وأدوار البرد المتكررة. وتعد الإشارة إلى ان التعرض لمثل هذه الحالات لفترات طويلة قد ينتج عنها أمراض مثل سوء التغذية، أمراض القلب، البدانة، الصداع المزمن، ومشاكل في التنفس.

وفي هذا الصدد قامت إدارة العلاج التمريضي لمستشفى Bordeaux الجامعي بفرنسا، باتخاذ مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أبريل 1999، فاستعانت بعينة تقدر بـ 873 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى أن 500 ممرض يعانون من إنهاك مهني، ما يقارب 2 إلى 3 ممرض في كل مصلحة، وأن الأشخاص اللذين هم أكثر عرضة للإنهاك المهني، هم اللذين يعانون من مشاكل صحية (الصداع، الأم الظهر) أو بالأحرى اللذين لا يستفنون من مساندة حقيقية في مواجهة الآلام التي يعانيها مرضاهم. (Helen Quancard – Miel : 2000)

وفي دراسة قام بها Greenglass (2001)، Burke et Fiksenbaum (2001) على 1363 ممرضا و ممرضة بكندا، تبين بأن زيادة عبء العمل المرتبطة بعمل الممرضين في المستشفى تزيد من حدة الإحترق النفسي بأبعاده الثلاثة إضافة إلى الشكاوي النفسجسمية. (Greenglass: 2001)

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

أسفرت الدراسة الحالية على وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الاعراض الإكتئابية لدى الممرضين .فالإحتراق النفسي مرتبط أشد الإرتباط بالميدان المهني حيث يتمثل في صعوبة الحصول على الموارد والمصادر الكافية لمواجهة متطلبات العمل أما الإكتئاب فمصدره إيثولوجي متعدد الجوانب ومركب من تجارب متعددة للفقدان والخسارة والعزوف والإنفصال و الميل إلى التقييم السلبي للذات و المستقبل. (Demarouti et al : 2001)

قد كشفت الدراسة التي أجراها **Firth et al (1988)** على 200 ممرض و ممرضة أن الاضطرابات الصحية النفسية بارتفاع و زيادة الصعوبات المهنية، مما يؤدي إلى الشعور بالاكتئاب و ينعكس هذا سلبيا على الفرد .

أما **Poyen et al** ، فقد توصلوا إلى أن الممرضين عرضة للعديد من الاضطرابات التي تميز اغلبها بالأعراض الاكتئابية، كما برز أنهم يتغيبون لفترات طويلة بسبب ضغوط العمل. (ليندة موساوي : 2001)

تتداخل الكثير من أعراض الإكتئاب مع أعراض الإحتراق النفسي كإضطرابات المزاج، إضطرابات النوم و الشهية، إنخفاض الطاقة، إنخفاض تقدير الذات، لكن هذه الإضطرابات لا تمثل الإكتئاب الكلي كالإنطواء و الظروف الحادة التي تهدد الحياة الإجتماعية و المهنية، أو نوع من المعاناة التي تتطلب الدخول إلى المستشفى. (سامر جميل رضوان : 2007)

وفيما يرتبط الإكتئاب أشد الإرتباط بالمواقف الضاغطة الداخلية و الخارجية التي تخلق نوعا من فقدان تقدير الذات إلى جانب العديد من الفقدانات. (حسين فايد: 2000)

فإن الإحتراق النفسي يشترك مع مقياس الإكتئاب لـ **Beck** خصوصا في البنود المتعلقة بالسلبية و صعوبة مباشرة الأفعال . فالإنهاك الإنفعالي يشبه تعب الإكتئاب،

و تبدل الشعور يوافق الإنطواء حول الذات في حالات الإكتئاب، أما نقص الشعور بالإنجاز الشخصي فيوافق الشعور بعدم القدرة و فقدان الأمل و إنخفاض الفعالية التي نجدها بكثرة في حالات الإكتئاب.

و قد قدم عديد من الباحثين أمثال: (Mc Crae & John (1992) و Zellars, Perreure & Hochwarter(2000) تفسيراً للعلاقة القائمة بين الإحترق النفسي و الإكتئاب على أساس الارتباط المشترك ببعض العوامل المسببة كالضغط النفسي المزمن، العصابية و الإنفعالية السلبية، و التي تعد كعوامل تنبؤ بتطور الأعراض الإكتئابية و الإحترق النفسي.

ولطالما إهتمت دراسات عديدة من بينها دراسة كل من: (2006) Sanderson & Andrews ، Raitasalo & Maaniemi (2006) بالعلاقة الوطيدة بين الإحترق النفسي و الإكتئاب الذي يعد من أبرز الإضطرابات الإنفعالية التي يتم و صفها عند التطرق إلى الإحترق النفسي . (Ahola : 2007)

فمن خلال تحليل نتائج 18 دراسة تم فيها قياس الإكتئاب و الإحترق النفسي في نفس الوقت، توصل (Mcknight & Glass (1995) إلى أن الأعراض الإكتئابية و الإحترق النفسي لها مصادر إثنولوجية (مرضية) مشتركة، كما أن تطورهما يتم بتفاعل شديد، إذ أن الإكتئاب و الإحترق النفسي يرتبطان إمبريقياً مع أنهما يختلفان من حيث المفهوم، إلا أنهما يتضمنان جملة من الميكانيزمات المعرفية و الإنفعالية المشتركة (الإنفعالية السلبية، الإنهاك، الإنطواء حول النفس، الشعور بعدم فعالية الذات) كما أن العلاقة القائمة بينهما قد تعود إلى المحددات الظرفية و الإستعدادات المشتركة. (2006) (Rascle & Schweitzer:

فغالبا ما يكون الإحترق النفسي في الميدان المهني نظيراً لما يمثله الإكتئاب في مجال الحياة بشكل عام من حيث أنه يعمل على الإضرار الكلي براحة الفرد. (Schaufeli et Bakker : 2004)

وعلى الرغم من التداخل بين أعراض الإكتئاب و الإحترق النفسي إلا أنهما مفهومين متميزين و يتضمنان أعراض جد متباينة .

Freudenberger (1980) أكد أن حالة الإحترق النفسي تختلف كلياً عن اضطراب الإكتئاب ، فهي عادة ما تكون محدودة في أحد ميادين الحياة، و هو الميدان المهني (و ذلك نظر لأن مؤشراتهما و أعراضهما تختفي و لا تظهر على الفرد عندما يكون خارج ميدان العمل) ، إضافة إلى عدم شعور الفرد بمشاعر الذنب والتي عادة ما تكون مرافقة لاضطراب الإكتئاب و إنما نلاحظ شعوره بالغضب والسخط. ففيما يخص حالة الإنهاك المهني نجد أنها تحمل في محتوى أعراضها بعض المؤشرات الإكتئابية إضافة إلى إمكانية ظهور بعض المؤشرات التي تأخذ شكل اضطرابات جسمية.

كما أشارت دراسات عديدة إلى أن بعض السلالم المخصصة لقياس والتقييم الإحترق النفسي تحتوي على بعض البنود التي تنتمي إلى مقاييس الإكتئاب ولهذه الأسباب لم يتم تصنيف الإحترق النفسي كهوية عيادية. بالرغم مما يحمله من مجموعة الخصائص والمؤشرات العيادية المميزة له. غير أن التظاهرات المعرفية السلبية للإحترق النفسي تكون عموماً محدودة بمجال العمل بينما حالة الإكتئاب فهناك نوع من الكف للنشاط والتفكير يمتد تأثيره على الحياة المهنية و الشخصية. (Chanlin – Chanteau, 2006)

إذ يعبر الاكتئاب عن أحد الاستجابات النفسية التي تتركها ضغوط العمل على الأفراد، ذلك انه عندما تزداد حدة الضغوط على الأفراد داخل بيئة العمل ،فان البعض منهم لا يستطيع مواجهتها والتكيف معها بطريقة ملائمة مما قد يؤدي به إلى الاكتئاب. في هذه الحالة يصبح الفرد عرضة للحزن وتوتر الأعصاب والشعور باليأس وقلة النشاط وتناقص الاهتمام بالعمل، بل والعجز عن القيام بأي عمل مهما كان حجمه، وذلك بسبب عدم ثقته في نفسه أو القدرة على التركيز.

ومن الممكن أن يحصل الاكتئاب للفرد في العمل بسبب الضغوط أو التوترات الشديدة، وذلك عندما يحاول الفرد بذل الكثير من الجهد والطاقة لتلبية مطالب العمل ولكنه لا يستطيع. عندئذ يعمل الاكتئاب كنوع من إعطاء الفرصة للجسم والعقل للانصراف قليلاً عن التفكير في العمل وإعادة شحن الطاقة إلى الفرد، وبخاصة عندما يكون الاكتئاب من النوع القصير الأجل وغير الحاد. كذلك فإن الاكتئاب من الممكن أن يحصل للفرد في العمل كنتيجة أو اثر للضغوط، وذلك عندما يشعر الفرد أن انجازه لا يقود إلى نتيجة أو لا يعود عليه بفائدة.

فالممرض الذي يصاب بالاكتئاب النفسي يجده يعاني في بداية الأمر من مواقف التوتر والضغط في مهنته، فإذا لم يحسن التعامل معها والتخلص منها، تحولت فيما بعد إلى الاحتراق النفسي الذي ينهكه ويستنزف طاقته وقدراته، ويشعره بالتعب والإجهاد والسلبية في المشاعر والعواطف، وتدني في تحقيق الإنجاز والتفوق في مجال العمل. حيث إن هذه الأعراض الانفعالية والسلوكية تؤدي به إلى الانزواء والرغبة في ترك العمل، خصوصاً عندما يفتقد إلى المساندة الوجدانية والدعم الاجتماعي الذي يحتاج إليه لكي يحقق الأهداف العليا لأداء مهمته ورسالته. لذا فإذا كانت ضغوط الحياة تسهم في ظهور أعراض الاكتئاب، فمن المنطقي أن الاحتراق النفسي يظهره بشكل أكبر وأوضح. إن كثيراً من الدلائل تشير إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الاحتراق النفسي والاكتئاب، نظراً لأن أعراض الاكتئاب لها علاقة بضعف القدرة والطاقة لدى الممرض وكراهية المهنة والحرص على تركها والابتعاد عن متاعب المهنة ومنغصاتها ومشكلاتها.

خاتمة:

يهتم البحث الحالي بموضوع الخدمات الصحية التي أقل ما يقال عنها أنها تفتقد للتعاطف والصبر والشعور بالآخر. وكذلك استقصاء مستويات الاحتراق النفسي لدى الممرضين كونهم الفئة الأكثر عددا داخل المؤسسات الصحية والأقرب من المريض. كما سعى البحث أيضا للكشف عن مستويات الاحتراق النفسي التي يخبرها الممرضون وكذا علاقة الاحتراق النفسي بكل من الضغط النفسي المدرك، لأعراض السيكوسوماتية و الإكتئاب. كما سعى البحث إلى كشف عن وجود إختلاف في مستويات الاحتراق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم.

ولتحقيق أهداف البحث و الاجابة عن التساؤلات والتحقق من فروضه، تم اختبار عينة عشوائية مكونة من 227 ممرض وممرضة من مؤسسات صحية بالجزائر العاصمة. تم تطبيق مقياس للاحتراق النفسي ومقياس الضغط المدرك ومقياس إستراتيجيات المواجهة و مقياس الأعراض السيكوسوماتية ومقياس الإكتئاب، وبعد جمع المعطيات واجراء التحليلات والمعالجات الاحصائية، توصلنا الى عدد من النتائج أهمها مايلي:

- معاناة الممرضون من مستويات متفاوتة من الإحتراق النفسي .
- وجود علاقة إرتباطية بين مستوى إدراك الضغط النفسي ومستوى الإحتراق النفسي لدى الممرضين.
- وجود إختلافات في مستويات الإحتراق النفسي للممرضين باختلاف أساليب المواجهة لديهم.
- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض السيكوسوماتية لدى الممرضين .
- وجود علاقة إرتباطية بين مستويات الإحتراق النفسي وظهور الأعراض الاكتئابية لدى الممرضين .

فالإحتراق النفسي ينشأ نتيجة لضغوط العمل المستمرة، و يساعد على ظهوره وتفاقمه كل من بيئة العمل و شخصية الفرد، فكلاهما يقف حائلا في الإصابة بالإحتراق النفسي أو عدم الإصابة به، أما أساليب المواجهة فإنها تتوسط العلاقة بين أسباب الإحتراق النفسي و بين الإصابة به، و بإعتبار الفرد هو المستقبل الرئيسي لهذه الضغوط سواء كانت داخلية أو خارجية فإنه معرض للإصابة بآثارها النفسية و الجسدية عندما يفشل في صدها و مواجهتها.

و من العرض السابق لنتائج الدراسة، يتضح أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدراً للضغط و الإحتراق النفسي نظراً لكون التمريض مهنة شاقة، تتطلب قوة جسدية و قوة سيكولوجية تؤدي بالمرضى أحيانا إلى فقدان الحماس في العمل وأحيانا أخرى إلى الانهيار العصبي و العدوانية سواء اتجاه نفسه أو اتجاه الآخرين، هذا من جانب، و من جانب آخر قد تصيبه عدة إصابات جسدية، ابتداء من آلام و تشنجات عضلية على مستوى الظهر، أضف إلى ذلك خطر الإصابة ببعض الإضطرابات النفسية كالإكتئاب. و في خضم هذا يستخدم الممرض سلسلة من الإستراتيجيات و الأساليب المعرفية و السلوكية المختلفة، بعضها يركز على التعامل مع مصدر الضغط أو المشكلة و تغييرها أو إعادة تقييم الموقف الضاغط بصورة إيجابية، بعضها الآخر يستهدف خفض الآثار الإنفعالية المرتبطة بالمواقف الضاغطة.

قائمة المراجع

المراجع العربية :

- 1- أحمد محمد عبد الخالق (1997): أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 2- أحمد محمد عبد الخالق (1998): الصدمة النفسية، مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي للكويت.
- 3- أحمد مطيع الشخانة (2010): التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد، الأردن.
- 4- أدم العتبي (1997): علاقة ضغوط العمل بالإضطرابات السيكوسوماتية و الغياب الوظيفي، مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد 25، مجلس النشر العلمي الجامعي، الكويت.
- 5- إيمان زيدان (1998) : مدى فاعلية كلا من الإرشاد النفسي الموجه و غير الموجه في تخفيف حدة الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمات، رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات و البحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- 6- البدوي طلال (2000): درجة الاحتراق النفسي ومصادره لدى الممرضين العاملين في مستشفيات محافظة عمان، و أثر بعض المتغيرات في ذلك، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الأردن.
- 7- الطيرري عبد الرحمن سليمان (1991): المؤشرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط النفسي من خلال بعض المتغيرات، حوليات كلية التربية، جامعة قطر، ص 435 - 453.
- 8- الطيرري عبد الرحمن سليمان (1994): الضغط النفسي، مفهومه تشخيصه، طرق علاجه و مقاومته، الرياض، مطابع شركة الصفحات الذهبية.
- 9- الوابلي سليمان محمد (1995): الإحتراق النفسي ومستوياته لدى معلمي التعليم العام بمدينة مكة المكرمة في ضوء مقياس ماسلاش المعرب. معهد البحوث العلمية وإحياء التراث الإسلامي، مركز البحوث التربوية و النفسية جامعة أم القرى، مكة المكرمة، ص 4: 78
- 10- جان بنجامان ستورا (1997): ترجمة أنطوان الهاشم: الإجهاد أسبابه وعلاجه، الطبعة الأولى، منشورات عويدات، لبنان.

- 11- جمعة سيد يوسف (2004): إدارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب، رؤية نفسية، إيبتراك للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 12- حرتاوي هند عبد الله (1991): مستويات الإحترق النفسي لدى المرشدين التربويين في المدارس الحكومية في الأردن (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة اليرموك، أربد، الأردن.
- 13- حسن مصطفى عبد المعطي (1994): ضغوط أحداث الحياة و أساليب مواجهتها، راسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري الأندونيسي، لمجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 8.
- 14- حسين فايد (2000): دراسات في الصحة النفسية، ط1، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 15- خضر محسن (1998): الإحترق النفسي لدى المعلم العربي، مجلة المعرفة، العدد 39.
- 16- دليلة عيطور (1997): الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين، دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر.
- 17- دواني و آخرون (1986): دواني كمال و الكيلاني أنمار و عليان خليل . مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي المدارس الحكومية في الأردن، المجلة التربوية، (19)5، ص 253 - 273.
- 18- سامر جميل رضوان (2007): الصحة النفسية، ط2، دار المسيرة، عمان.
- 19- سامي محمد ملحم (2000): مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن.
- 20- سعيد الدجاني (1984): مقدمة في فن التمريض، دار الأندلس للطباعة والنشر و التوزيع، بيروت.
- 21- سمير شيخاني (2003): الضغط النفسي، ط1، دار الفكر العربي، بيروت.
- 22- سيد محمد عبد العال: ضغوط العمل والأزمات، مجلة مركز معوقات الطفولة، العدد 10.

- 23- شفيق شاطر (2010): أثر ضغوط العمل على الرضا الوظيفي للموارد البشرية، رسالة ماجستير غير منشورة في علوم التسيير، جامعة بومرداس.
- 24- شهاب إيناس أحمد (2001): دراسة مقارنة لمستويات الإحترق النفسي لدى المشرفين التربويين و مديري المدارس الثانوية في محافظة إربد (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة اليرموك، إربد، الأردن .
- 25- شيلي تايلور (2008): ترجمة وسام درويش، فوزي طعمية: علم النفس الصحي، دار الحامد، الأردن.
- 26- طه فرج عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2006): إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية، ط1، دار الفكر، الأردن.
- 27- عامر الكبيسي (2006): التطوير التنظيمي وقضايا معاصرة، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، سوريا.
- 28- عبد الحكم أحمد الخزامي (1998): آفة العصر - ضغوط العمل والحياة بين المدير والخبير، سلسلة الإدارة المعاصرة، مكتبة ابن سينا للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة.
- 29- عبد الحميد عشوي (2008): أبعاد و مصادر الإحترق النفسي لدى موظفي مصلحة الزبائن، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر.
- 30- عبد الرحيم علي المير (1995): العلاقة بين ضغوط العمل والولاء التنظيمي والأداء والرضا الوظيفي والصفات الشخصية، دراسة مقارنة، مجلة الإدارة العامة، السعودية، المجلد 35، العدد 2.
- 31- عبد الستار إبراهيم (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أسلوبه و ميادين تطبيقه، دار الفجر، القاهرة.
- 32- عبد العزيز علي الغزالي (1988): مدخل إلى علم الاجتماع ، دار الثقافة للنشر و التوزيع، القاهرة.
- 33- عبد الله محمد قاسم (2000): مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، الأردن.

- 34- عزت عبد الحميد حسن (1996): المساندة الإجتماعية وضغط العمل وعلاقة كل منهما برضا المعلم عن العمل، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- 35- علي عسكر (2003): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط3، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 36- علي عسكر و آخرون (1986): عسكر علي، جامع حسن و الأنصاري محمد: مدى تعرض معلمي المرحلة الثانوية بدولة الكويت لظاهرة الإحتراق النفسي، المجلة التربوية 3(10) ، ص 9 - 43 .
- 37- عمار بوحوش، محمد محمود الذنبات (1999): منهاج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث، ط2، الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 38- غريب عبد الفتاح غريب (1985): مقياس بيك للإكتئاب، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 39- فاروق عثمان (2001): القلق و إدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، مصر.
- 40- فايزة عبد الكريم الفاعوري (1990): الضغوط المهنية التي تواجه معلمات التربية الخاصة في الأردن،(رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، جامعة الأردن .
- 41- فليح فاروق عبده، عبد المجيد محمود السيد (2005): السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن.
- 42- فهد السيف (2000): محددات الإعياء المهني بين الجنسين ، دراسة تطبيقية في مؤسسات الرعاية الإجتماعية ببعض مدن المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة الرياض، المجلد 39 : العدد 4 ص 675 - 781.
- 43- فوزي ميهوبي (2008): علاقة المناخ التنظيمي بالاحتراق النفسي لدى الممرضين، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.

- 44- فوزية سعيد حسن(2000): دراسات عربية في علم النفس، المجلد الثاني، العدد الأول، دار غربي للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
- 45- لطفي راشد محمد (1992): نحو إطار شامل لتفسير ضغوط العمل وكيفية مواجهتها مجلة الإدارة العامة العدد 75، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- 46- لطفي عبد الباسط إبراهيم (1994): عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين، مجلة البحوث التربوية، جامعة قطر، السنة الثالثة، العدد 5.
- 47- ليندة موساوي (2001): علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية والفردية عند الممرضين، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العمل والتنظيم، جامعة الجزائر.
- 48- محسن أحمد الخضيرى (1991): الضغوط الإدارية، الظاهرة، الأسباب، العلاج، مكتبة مدبولي، القاهرة.
- 49- محمد خليل (1990): الطب النفسي، معناه و أبعاده، مطبوعات تهامة، السعودية.
- 50- محمد عبد الرحمن طوالبه (1999): مستويات الإحترق النفسي لدى معلمي الحاسوب في المدارس التابعة لمحافظة أربد و المفرق و عجلون و حرش، المجلد 14، العدد 2.
- 51- محمد محمود بني يونس (2007): سيكولوجيا الدافعية والإنفعالات، دارالمسيرة، الأردن.
- 52- محمد نجيب الصبوة (1997): علم النفس البيئي، التلوث الكيميائي والإضطرابات النفسية و العصبية لدى بعض عمال الصناعة، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 53- محمود فتحي عكاشة (1999): علم النفس الصناعي، ط1، مطبعة الجمهورية، مصر.
- 54- مصطفى عشوي (1999): مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- 55- مقابلة نصر يوسف (1991): دراسة لإتجاهات المعلمين الأردنيين نحو مهنة التدريس في ضوء بعض المتغيرات، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (15)، القاهرة.
- 56- مقابلة نصر يوسف (1996): العلاقة بين مركز الضبط و الإحترق النفسي لدى عينة من المعلمين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 39.
- 57- نسيم شتوحي جلوي (2003): الإنهاك المهني عند الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
- 58- نشوة دردير (2007): الإحترق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ و ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، جامعة الفيوم، رسالة ماجستير غير منشورة.
- 59- نوال الزهراني (2008) : الإحترق النفسي و علاقته ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
- 60- هيجان عبد الرحمن أحمد بن محمد (1998): ضغوط العمل مصادرها و نتائجها و كيفية إدارتها ، معهد الإدارة العامة ، الرياض ، السعودية .
- 61- وهيبه حاتم (2005): الإنهاك المهني لدى أطباء الاستعجالات. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 62- يوسف عبد الفتاح محمد (1999): الضغوط النفسية لدى المعلمين و حاجاتهم الإرشادية، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد 8.

المراجع الأجنبية :

63-Ackerley,G D –Burell .J & al (1998): Burnout among licensed psychologist, in professional psychology: research and practice vol 19 N° 6, p 624 – 634.

64-Ahola,K (2007): Occupational burnout and health. Finish Institute of Occupational Health, people and work Research. Reports 81,Tampereen Yliopistopaino OY- Juvenes print, Tampere. Finland

65- Ashford.S (1988): Individual strategies for with stress during organizational transitions. Journal of applied behavioral science.24.1pp 19 - 36.

66- Bandura, A (2003) : Self efficacy, De Boeck, Bruxelles.

67-Barron,R & Greenberg,J(1990) : Behavior in Organisation, Side of work.Boston.

68-Beehr,T and Bhagat(1985): Human stress and cognition in Organisation;New York.

69-Beehr,T (1995): Psychological stress in the work place,London.

70-Benight,C.C, Antoni, M. H., Kilbourn, K., Ironson, G., Kumar, M. A, Fletcher, M. A, Redwine, L, Baum, A & Schneiderman,N (1997): Coping self-efficacy buffers psychological and physiological disturbances in Hiv-infected men following a natural disaster . Health Psychology, 16, 248 – 255.

71- Billings,A.G, & Moos,R.H (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. Journal of Behavior Medicine, 4, 139 - 157.

72- Bolger,N (1990): Coping as a personality process:A prospective study.Journal of personality and social psychology, 59, 525-537.

73-Borritz,M, Bultmann,U, Regulies,R, Chrstensen,K.B & Kristensen, T (2005): Psychosocial work characteristics as predictors for burn out: prospective findings from three years follow up of the PUMA Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine.47, 1015-1025.

74-Boudarene.M (2005): Le Stress entre bien être et souffrance. Berti Editions, Alger.

75-Brett, J. E, Brief, A. P, Burke, M. J, George, J. M, & Webster, J (1990): Ngative affectivity and the reporting of stressful life events . Health psychology, 9, 57 - 68.

76-Brooks,N(1999): Most workers who call in SICK really aren't study finds.Los Angeles Times.

77- Buunk,B. P, Doosje,B. J, Jans,L. J. M., & Hopstaken,L. E. M. (1993): Perceived reciprocity, social support, and stress at Work : The role of exchange and communal orientation. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 801 - 881.

78-Canoui, P(1998): Le syndrome d'epuisement professionnel des soignants de l'analyse du Burnout aux réponse ; édition Masson, Paris.

79- Caplan , R.D & Jones, K.W (1975): Effects of Work Loud, Role ambiguity and tupe A Personality on Anxiety, Depression and Heart Rate. Journal of applied Psychology, 60,713,719.

80-Carter,S (2001): Teacher stress and burnout, children and youth, Vol3,p23.

81-Cherniss, C (1995): Beyond Burnout, New York: Routledge.

82- Compas,B.E, Orosan,PG & Gerant,K.E (1993): Adolescent stress and coping implications for psychopathology during adolescence . Journal of adolescence. 16,331.

83-Cox,T & Ferguson,E (1991): Indifferences: Stress and coping. In C.L. Cooper & R. Payne (Eds), personality and stress: Individual differences in the stress processe (p. 7-30). Chichester, Xest Sussex: John Wiley & Sons.

84- Cramer,P (2000): Defense mechanisms in psychology today : Further processes for adaptation. American psychologist, 55, 637-646.

85-Dantchev,N (1989) : Stratégie de "coping" et "Pattern A", coronorogène, revue de médecine psychosomatique n° 17/18, p 23-100-106.

86-Dantzer,R et Goodall,G(1994): Psychologie du stress, Introduction a la psychologie de la santé, Paris.

87-Demerouti,E, Bakker,AB, Jonge,J, Janseen,P.PM, Schaufeli, W.B (2001): Burnout and engagement at work as a function of demands and control. Scand J work health; 27(4):279-86.

88-Dominique,S (2007): Gestion du stress et de l'anxiété, Elsevier, Masson, Paris.

89-Dumont,D (1992): Burnout mythe ou réalité,recherche en soins infirmiers,n°28,p5-14.

90- Endler,N.S, & Parker,J.D.A (1990): State and trait anxiety, depression and coping styles. Australian Journal of Psychology, 42, 207 220.

- 91- Evergy,G.S (1989): A clinical Guide to treatment of the Human stress response, New York & London.
- 92-Ferreri,M et al(2002): Travail, stress et adaptation, Elsevier, Paris.
- 93-Fincham, Robin & Rhodes, peter (1996): The Individual Work and Organization; Behavioral Studies for Business and Management, 2nd Ed, Oxford University Press, Oxford .
- 94- Florian,V, Mikulincer,M & Taubman,O (1995): Does hardiness contribute to mental health during a stress ful real-life situation? The roles of appraisal and coping. Journal of Personality and Social Psychology 68, 687 - 695.
- 95- Folkman,S & Lazarus,R.S (1988): Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 54, 466-475.
- 96- Folkman,S & Moskowitz,J.T (2000) :Positive affect and the other side of coping. American Psychologist, 55, 647- 654.
- 97-Fontaine,O & al (1996): Stress et cardiologie, Masson, Paris.
- 98- Francis,A, Fyer,M & Clarkin,J (1986): Personality and suicide. Annals of the New York Academy of Sciences, 487, 281 - 293.
- 99- Freudenberger,HJ (1974): Staff Burnout. Journal of social Issues, vol. 30(1), p 195-165.
- 100- Frydenberg, E & Lewis, R (1991): Adolescent coping: The different Ways in Which boys and girls cope. Journal of Adolescence, 14, 119 - 133.
- 101- Funk,S.C (1992): Hardiness: A review of theory and research.Health psychology, 11,335-345.

102- Furz,D & Gale,C (1996): Interpreting Management Exploring Change and Complexity, International Thomson Business Press, London .

103- Garwood,P (1993) :Stress,un model biopsychosocial,edition Sceeming.

104- Gautier,I (2003) :Burn out des médecins. In: Le bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris. N°86 mars 2003.

105- Gervais,C (1991): Comprendre et prévenir le burnout, Ottawa, edition Agence d'Art.

106- Gilliland,B.E & James,R.k (1997) : Crisis intervention strategies, Brooks, cole publishing company, California, USA.

107- Gil-Monte.P, Moreno.B, Neuveu.J.P (2006) :Violence et épuisement professionnel, In A.El Akremi, S.Guerrero, J.P. Neveu (Sous direction de), comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel, Bruxelles : de boeck.

108- Godbey,K & Courage,M (1994): Stress,management program intervention in nursing student performance anxiety,Archive of psychiatric nursing,n°3p190-199.

109- Gordon, J (1993) : A Diagnostic Approach to Organizational Behavior , 4th Ed . Allyn and Bacon, London.

110- Graziani,P et al (1998):Validation française du questionnaire de coping (WCCR)et analyse des événements stressants du quotidien,Journal de thérapie comportementale et cognitive,Vol 8 n°3.

111- Graziani,P et Swendsen,J (2005): Le stress,émotion et stratégie d'adaptation ,Armand Colin ,Paris.

112- Greenberg,E.S &Grunberg,T (1995):Work alienation and problem alcohol behavior, Journal of health and Social behavior,36,83-102.

113- Greenglass,E.R & Burke, R.J & Fiksenbaum, L (2001): Workload and Burnout in Nurses, Journal of Community& Applied Social Psychology, vol. 11, p 211-215.

114-Guillevic, C (1991): Psychologie du travail, Nathan.

115- Hallberg,U.E (2005): A Thesis on Fire: Studies of work Engagement, Type A Behavior and Burn out, Doctoral dissertation, Department of psychology, Stockholm University, Intellecta DocuSys Sweden.

116- Harrison,R (1985): The person environment fit and study of job stress, In human stress and cognition.

117- Holahan, C. J & Moos, R.H (1985): Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology, 49, 739 - 747.

118 - Holahan,C. J & Moos, R.H (1990): Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 909 - 917.

119- Hollet.S (2006): Une application du modèle de déséquilibre « effort-récompense » à la compréhension des comportements de retrait des commerciaux, cahier de recherche Mars 2006, Institut de recherche en Gestion, Université Paris XII.

120- Humphries,J (1995) : Manage People at Work; A Practical Guide to Effective Leadership, 2nd Ed., How to Books Ltd, London.

121-kahn,R.L (1981): Work and health.New York.56

122- Kempen,G.I.J.M,Jelicic,M & armel,J (1997): Personality, chronic medical morbidity, and health related quality of life among ogder persons. Health Psychology, 16, 539 - 546.

123-killy,J (1994):The executive time and stress management program,In journal of personality and social Psychology,Vol23 n°6.

124- Kobasa,S.C & Puccetti,MC (1983): Personality and social resources in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology, 45, 839 - 850.

125- Koleck, M, Bruchon-Schweitzer, M, Thiebaut,E, Dumartin,N, Sifakis,Y (2000) :Job stress, coping and burnout among French general practitioners, European Review of Applied Psychology, vol.50(3), p.309-314.

126- Kulik,J.A, Moore, P.J & Mahler,H.I.M (1993): Sterss and affiliation: hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. Health Psychology, 12, 118 - 124.

127- Kyriacou,C (2001): Teacher Stress; Directions for Future Research, Educational Review Journal, Vol 53, No. 1 February P 27 -35.

128- Laraba,A (2007): La gestion du stress .Le syndrome d'épuisement. Institut national pédagogique de la formation paramédicale, Hussein Dey.Alger

129- Lazarus,R.S & Folkman,S (1984): Stress, appraisal and coping. New York : Springer.

130- Lazarus,R.S (1993): From psychological stress to the emotions: History of changing out books, Ann Rev, psychol, 44, p1-21.

131- Leiter,M.P (1991): The dream denied professional burnout and the constraints of human service organizations, Canadian Psychology, vol. 32, pp. 547-555.

132- Lerman,C. Gold,K, Audrain,J, Un, T. H. Boyd,N. R. Orleans, C.T, Wilfond,B, Louben,G & Caporaso,N (1997): Incorporating Biomarkers of exposure and genetic susceptibility into smoking cessation treatment: Effect on smoking-related cognitions, and behavior change. Health Psychology, 16, 87 - 99.

133- Levenstein,S et al (1993): Development of the perceived stress questionnaire,a new tool for psychosomatic research,Journal of psychosomatic research,Vol 37N1 p19-32.

134- Marechal,M(1994) : Anxiété, stress et maladies cardiovasculaire, Laboratoire Synti-labo, France.

135- Martin,R et al (1994): Specificity in social support : Perceptions of helpful and unhelpful provider among irritable bowel syndrome,headache,and cancer patients.Health psychology, 13,432-439.

136- Maslach,C (1979): The Burnout syndrome and patient care.Garfield.The emotional realities of life.Threatening illness, p110-120.Louis, Mosby.

137- Maslach,C (1982a): Burnout: A Social psychological analysis. In J.W.Jones, The burnout syndrome: Current research, Park Ridge, Illinois: London House Press, pp. 30-53.

138- Maslach,C (1982b): Burnout: The cost of caring, New York: Prentice Hall Press.

139- Maslach,C & Jackson,S.E (1981) :The measurement of experienced burnout, Journal of Occupational Behavior, vol 2, p 99-113.

140- Mensch,B,S & kandel,D.B (1988): Do job conditions influence the use of drugs? Journal of Health and Social Behavior, 29, 169 - 184.

141- Miller,SM (1980): A perspective on the effects of stress and coping on decrease and health, in livine (s) and hursin (H), New york.

142- Moos, R.H (1985): creating health in human contexts: nvironmental and individual strategies. In J.C.Rosen& I.J Solomon, prevention in health psychology, p366-389, University press of New England.

143 – Niosh, H (2008) :Exposure to stress occupational hazards in hospitals, depaRrtment of health and human services centers for disease control and prevention national institute for occupational safety and health.

144- Ovide, F (1996): Stress et cardiologie, Masson, Paris.

145- Parker,P.A & Kulik, J.A (1995):Burnout, self and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. Journal of Behavioral Medicille, 18, 581 - 600.

146- Paulhan,I et al (1994): Le jour de coping, traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano et al, médico psychologie.

147- Paulhan,I et Bourgeois,M (1995): Stress et coping, les stratégies d'ajustement à la diversité , PUF, Paris.

148- Pearlin,L.I & Schooler, C (1978): The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2 - 21.

149- Pezet-Langevin.V (2003): Qu'est-ce que le Burn out ? Comment les entreprises peuvent-elles y remédier ? In C. Lévy-Leboyer, M.Huteau, C.Louche, .J.P. Rolland (sous la direction de), La psychologie Du Travail. 2^eèd. Paris: Editions d'organisation.

150- Pines,A, Aronson,E & Kafry,D (1981): Burnout: from tedium to personal growth, New York: Free Press.

151- Pines, A (1993): Burnout: An existential perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach et T. Marek (Eds), Professional burnout: Recent developments in Theory and Research, Washington, DC: Taylor& Francis, pp. 19-32.

152- Pronost,A,M et Tap,P(1996) : La prévention du burn out et ses incidences sur les stratégies de coping, La psychologie française, N 41-2.

153- Pruessner,J.C, Hellhammer,D.H & Kirschbaum,C (1999) :Burnout, perceived stress,and cortisol responses to awakening. Psychosomatic Medicine, 61,197 - 204.

154- Quancard-Miel,H (2000) : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Bordeaux.

155- Rascle, N (2003) :Comment gérer le stress au travail? In : C. Lévy-Leboyer,M. Huteau,C.Louche,J.P. Rolland (sous la direction de),La psychologie Du Travail. 2^eèd. Paris:Editions d'organisation.

156- Rascle. N et Bruchon-Schweitzer.M (2006): Burn out et santé des personnels: déterminants et prises en charge, In A.El Akremi, S.Guerrero,J.P. Neveu (Sous direction de), comportement organisationnel : justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel, Bruxelles : de boeck.

157- Reece, Barry & Brandt, Rhonda (1999): Effective Human Relations in Organizations, 6th Ed., Houghton Mifflin Company, New York.

158- Repetti,R.I (1993):Short-term effects of occupational stressors on daily mood and health complaints. Health psychology, 12,125-131.

159- Rietschlin,J(1998): Voluntary association membership and psychological distress. Journal of Health and Social Behavior, 39, 384 - 355.

160- Rodary,C & Col(1993): Le stress des infirmières,IGR info, Paris,p 1-4.

161- Rivicki,D.A & May,H.J (1985): Occupational stress,social support,and depression.Health psychology,4,61-77.

162-Salah,D & Fontaine,O (1992): Gestion du stress quotidien, édition Masson, Paris.

163- Sarason, B.R, Sarason,I.G & Gurung,R.A.R (1997): Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In S. Duck (Ed.), Handbook of personal relationships (p 547 - 573). New York: Wiley.

164- Schaufeli,W.B & Bakker,A.B (2004) :Job resources and their relationship with burnout and engagement: A multiple-sample study, Journal of Organisational Behavior, vol.25, p293-315.

165- Schaufeli,W & Enzmann,D (1998) :The burnout companion to study and practice: A critical analysis, London: Taylor& Francis.

166- Shinn,M, Morch, H & Chestnut,D.E (1984): Coping With job stress and burnout in the human services. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 864 - 876.

167- Schute,N Toppinen,S , Kalimo,R & Schaufeli,W.B (2000): The factorial validity of the maslach burnout inventory general survey across occupational and organizational psychology 73p 53 - 66.

168- Schwarzer,R, & Leppin,A (1991): Social support and health: theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships, 8, 99 - 127.

169- Schwarzer,R & Renner,B (2000) :Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy.Health psychology, 19,478-495.

170- Schweitzer, MB (2002): Psychologie de la Santé. Modèles, concepts méthodes Dunod, paris.

171-Schweitzer,MB et Dantzer,R (1994) : Introduction à la psychologie de la santé, PUF, Paris.

172- Schwob,M (1999): Le stress, Flammarion, Paris.

173- Servant,D et Parquet,PH (1995): Stress, anxiété et pathologie médicale, Masson, Paris.

174- Stanon – Rich,H M & ISO – Ahola,SE (1998): Burnout and leisure, in journal of applied psychology, 28, 21pp 1931- 1950 .

175- steers, R & Black, S (1994): Organizational Behavior, 5th Ed., Harper Collins College Publishers, London.

176- Stone, A. A. & Neale, G.M. (1984): New Measure of daily coping : Development and Preliminary results Journal of personality and social psychology, Vol 46, No 4 .

177- Stora, J.B (1991): Le stress, édition Dahlab, Alger.

178- Szilagyi, A.D (1987): Behavior and Performance, London. Scott, Foresman and Company.

179- Taris, T.W, Schreurs, P.J.G & Schaufeli, W.B (1999): Burnout Inventory – General Survey: a two – Sample. Examination of its factor structure and correlates. In work and stress- Vol. 132 N°: pp 223 – 237.

180- Taylor, S.E, Helgeson, V.S, Rees, G.M & Skokan, I A (1991) : Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. Journal of Social Issues, 47, 91 - 109.

181- Terry, D.J (1994): Determinants of coping: The role of stable and situation factors, journal of personality and social psychology, Vol 66 N5 p895-910.

182- Thoits, P.A (1995): Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? Journal of Health and Social Behavior [Extra Issue], 53 - 79.

183- Truchot, D (2006) : Exigences Professionnelles et implication au travail: Leur rôle dans l'émergence du burn out. In A.El Akremi, S.Guerrero, J.P. Neveu (Sous direction de), comportement organisationnel: justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel Bruxelles : de boeck, P 313-334

184- Vaillant, G. E (1971) : Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms Archives of General Psychiatry, 24, 107 - 118.

185-Valentiner et al (1994) : Social support, appraisals of event controllability and coping : an interactive model, journal of personality and social psychology, Vol 66 p1094-1102.

186-Van De Weerd, C, François. M (2003): Definition, importance et source de stress au travail. In : ARACT Nord- pas-de-calais, Stress professionnel comprendre pour agir. 7/11.

187- Weightman, J (1999): Introcing Organizational Behavior, Longman, London.

188- Westen (2000): Traduction Griette, C et Jua , J.L: Psychologie, pensée, cerveau et culture, De Boeck université, Paris.

189- Whisman, M.A & Kwon, P (1993): Life stress and dyphoria: The role of self-esteem and hopelessness. Journal of Personality and Social Psychology, 65, 1054 - 1060.

190- Williams, P.G, Wiebe, D.J & Smith, T.W (1992): Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. Journal of Behavioral Medicine, 15, 237 - 256.

191-Wood; Wallace; Zeffane; Schermerhorn; Hunt & Osborn (2001): Organizational Behavior; Global Perspective, John Wiley & Sons, New York .

192-Zellars. K.L, Perrewe. P.I, Hochwarter. W.A (1999): Mitigating Burnout Among High-NA Employees in health care: what can Organization Do ? Journal of Applied Social Psychology 29, 11, p 2250-2271.

الملاحق

الملحق رقم(1): إستبيان المعلومات الشخصية

في إطار التحضير لبحث علمي (رسالة دكتوراه) في علم النفس العيادي ، نرجو منك مساعدتنا بالإجابة على هذه الأسئلة بكل صدق و صراحة، حيث ستمكننا إجابتك من إنجاز بحثنا و تحقيق أهدافنا البحثية، مع العلم أن كل المعلومات التي تقدم لنا ستبقى محل سرية تامة، ولن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي. فالرجاء الإجابة على كل الأسئلة والتحقق من عدم نسيان أي سؤال.

مع جزيل شكرنا

الجنس: ذكر () أنثى ()

السن:

المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية: متزوج () عازب () مطلق ()

- ماهو منصب عملك ؟

- في أي مصلحة تعمل ؟

- منذ كم سنة و أنت تعمل بالمستشفى ؟

- هل عملت من قبل بمصلحة أخرى ؟ نعم () لا ()

- في أي مصلحة ؟

- كم دام عملك بتلك المصلحة ؟

- مواقيت عملك الحالي: ليل () نهار () ليل ونهار ()

الملحق رقم (2): مقياس الاحتراق النفسي

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف شعورك، الرجاء أن تحدد التكرار الشدة بوضع دائرة في الخانة المناسبة

الرقم	الفقرة	التكرار					
		يحدث يومياً	يحدث قليلاً	في السنة			
1	أشعر بأنني منهار انفعاليا جراء ممارسة مهنتي.	1	2	3	4	5	6
2	أشعر أن طاقتي مستنفدة مع نهاية اليوم المهني.	1	2	3	4	5	6
3	أشعر بالتعب عندما استيقظ من نومي و أعرف أن علي مواجهة يوم عمل جديد.	1	2	3	4	5	6
4	أستطيع أن أفهم بسهولة مشاعر المرضى.	1	2	3	4	5	6
5	أشعر أنني أتعامل مع بعض المرضى ببرودة.	1	2	3	4	5	6
6	إن التعامل مع الناس طوال يوم عمل يتطلب مني جهد كبير.	1	2	3	4	5	6
7	أحل بفعالية عالية مشكلات المرضى.	1	2	3	4	5	6
8	أشعر بالاحتراق النفسي من ممارستي لهذه المهنة.	1	2	3	4	5	6
9	يبدو لي أنني أؤثر إيجابيا في الأشخاص الذين أحتك بهم في عملي.	1	2	3	4	5	6
10	أصبحت أقل شعورا بالناس منذ التحاقني بهذه المهنة.	1	2	3	4	5	6
11	أخشى أن يجعلني هذا العمل قاسيا.	1	2	3	4	5	6
12	أشعر بالحياة والنشاط.	1	2	3	4	5	6
13	أشعر بالإحباط من ممارستي لمهنة التمريض.	1	2	3	4	5	6
14	أشعر أنني أعمل في هذه المهنة بإجتهاد كبير.	1	2	3	4	5	6
15	حقيقة لا أهتم بما يحدث لبعض من المرضى.	1	2	3	4	5	6
16	إن العمل بشكل مباشر مع الناس يسبب لي ضغوطا شديدة .	1	2	3	4	5	6
17	أستطيع بكل سهولة أن أخلق جوا نفسيا مريحا مع المرضى.	1	2	3	4	5	6
18	أشعر بالسعادة بعد العمل مع المرضى عن قرب.	1	2	3	4	5	6
19	لقد أنجزت أشياء كثيرة ذات قيمة في مهنتي.	1	2	3	4	5	6
20	أشعر و كأنني على حافة الهاوية جراء ممارستي لمهنتي.	1	2	3	4	5	6
21	أتعامل بكل هدوء مع المشاكل الانفعالية أثناء ممارستي لمهنتي.	1	2	3	4	5	6
22	أشعر أن المرضى يلومونني عن بعض المشاكل التي تواجههم.	1	2	3	4	5	6

الملحق رقم (3): مقياس الضغط النفسي المدرك

التعليمة:

لكل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في الدائرة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموماً و ذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بمراجعة إجابتك و احرس على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة.

العبارات	تقريباً أبداً	أحياناً	كثيراً	عادة
1- تشعر بالراحة				
2- تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3- أنت سريع الغضب				
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5- تشعر بالوحدة أو العزلة				
6- تجد نفسك في مواقف صراعية				
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً				
8- تشعر بالوحدة.				
9- تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10- تشعر بالهدوء				
11- لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12- تشعر بالإحباط				
13- أنت مليء بالحيوية				
14- تشعر بالتوتر				
15- تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16- تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17- تشعر بالأمن و الحماية				
18- لديك عدة مخاوف				
19- أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20- تشعر بفقدان العزيمة				
21- تمتع نفسك				
22- أنت خائف من المستقبل				
23- تشعر بأنك قمت بأشياء ملزماً بها و ليس لأنك تريدها				
24- تشعر بأنك موضع انتقاد و حكم				
25- أنت شخص خال من الهموم				
26- تشعر بإنهاك و تعب فكري				
27- لديك صعوبة للاسترخاء				
28- تشعر بعبء المسؤولية				
29- لديك الوقت الكافي لنفسك				
30- تشعر أنك تحت ضغط مميت				

الملحق رقم (4): مقياس الـ Coping

التعليمات:

1- كيف عايشت موقفا ضاعطا خلال الأشهر الأخيرة:

.....

2- حدد(ي) شدة الضغط و التوتر الذي سببه لك المرض و ذلك بوضع علامة (×)

أمام المستوى المناسب: منخفض متوسط مرتفع

3- أشر(ي) بعلامة (×) إلى الاستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها أو لم

تستعملها في التعامل مع الضغط النفسي:

رقم	البند	لا	إلى حد ما لا	نعم	إلى حد ما نعم
1	وضعت خطة عمل و اتبعتها				
2	تمنيت لو كنت أكثر قوة و أكثر تفاؤلا و حسما				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت لتحقيق ما أردته				
5	تغيرت إلى الأحسن				
6	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
7	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
8	تضايقت لعدم قدرتي على تغيير الوضعية				
9	ركزت على الجانب الايجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناقشت مع شخص آخر لأعرف أكثر عن الموقف				
11	تمنيت لو حدثت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من الوضعية				
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				
14	أنبت نفسي				

رقم	البند	لا	إلى حد ما لا	نعم	إلى حد ما نعم
15	احتفظت بمشاعري لنفسى				
16	تفاوضت للحصول على شيء ايجابي				
17	تخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي أنا فيه				
18	حاولت عدم التصرف بتسرع أو اتباع أول فكرة خطرت لي				
19	رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا				
20	أدركت أنني سبب المشاكل				
21	حاولت عدم البقاء لوحدي				
22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن				
23	قبلت عطف و تفهم شخص				
24	توصلت إلى حل أو حلين للمشكلة				
25	حاولت نسيان كل شيء				
26	تمنيت لو استطعت تغيير وضعي				
27	عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت ما بوسعي للوصول إلى ما أريد				
28	عدلت أشياء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل				
29	انتقدت نفسي أو بختها				

الملحق رقم (5): مقياس الاعراض السيكوسوماتية

الرجاء قراءة كل عرض و تحديد مدى ظهوره لديك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة:

رقم	إلى أي مدى تحدث لديك الأعراض التالية؟	لا أشعر	أشعر نادرا	أشعر أحيانا	أشعر غالبا	أشعر دائما
1	آلام أسفل الظهر و أعلى الظهر					
2	التعب					
3	سرعة الغضب أو الإنفعال					
4	ثقل و تعب الساقين					
5	الصداع					
6	حاجة مفرطة للنوم					
7	آلام الرقبة و الكتفين					
8	آلام المفاصل أو أطراف اليدين و القدمان					
9	برودة في الأقدام					
10	رغبة في البكاء					
11	الإرهاق المفاجيء					
12	آلام في المعدة					
13	الأرق					
14	الدوخة					
15	عدم إنتظام ضربات القلب					
16	آلام الصدر					
17	الشعور بالقيء أو الغثيان					
18	فقدان الشهية					
19	آلام الحنجرة					
20	إسهال					
21	ضيق التنفس					

الملحق رقم (6): مقياس الاكتئاب

التعليمية:

اقرأ كل عبارة في كل مجموعة، و ضع دائرة حول رقم العبارة (0، 1، 2، 3) التي تصف حالتك و تنطبق عليك، تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و تأكد أنك قد أجبت على كل المجموعات.

أنا لا أشعر بالحزن . أنا أشعر بالحزن و الكآبة . أنا مكتئب أو حزين طول الوقت و لا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة . أنا حزين و غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك .	0 1 2 3	1
أنا لست متشائما على وجه الخصوص ، أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل . أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع . أنا أشعر بأنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل. أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.	0 1 2 3	2
أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل . أنا أشعر بأنني فشلت في حياتي أكثر من الشخص المتوسط. كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء ... كل ما أستطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل. أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما (كوالد، والدة، زوج، زوجة) .	0 1 2 3	3
أنا لست غير راضي. أنا أشعر بالملل أغلب الوقت . أنا لا احصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن. أنا غير راضي عن كل شيء.	0 1 2 3	4
أنا لا أشعر بأنني آثم أو مذنب. أنا أشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي في اغلب الوقت . أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما . أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة.	0 1 2 3	5
أنا أشعر بخيبة الأمل في نفسي . أنا فاقد الأمل في نفسي . أنا مشمئز من نفسي . أنا أكره نفسي .	0 1 2 3	6

<p>أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي .</p> <p>أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنقذها .</p> <p>أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت .</p> <p>لو استطعت.... لقتلت نفسي.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	7
<p>أنا لم أفقد إهتمامي بالناس .</p> <p>أنا أقل بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.</p> <p>أنا فقدت أغلب إهتمامي بالناس ، و لدي مشاعر قليلة تجاههم .</p> <p>أنا فقدت كل إهتمامي بالناس ، و لا أهتم بهم على الإطلاق .</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	8
<p>أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذ من قبل.</p> <p>أنا أحاول تجنب القرارات.</p> <p>أنا لدي صعوبة في اتخاذ القرارات .</p> <p>أنا لا أستطيع إتخاذ قرار بعد الآن .</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	9
<p>أنا لا أشعر بأنني أظهر أسوأ مما إعتدت أن اظهر به من قبل .</p> <p>أنا مشغول و قلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب .</p> <p>أنا مشغول بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني اظهر بطريقة غير جذابة .</p> <p>أنا أشعر بأنني قبيح أو كره المنظر .</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	10
<p>أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل.</p> <p>لا بد علي أن أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء .</p> <p>يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء .</p> <p>أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	11
<p>أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل .</p> <p>أنا لا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.</p> <p>أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء .</p> <p>أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء .</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	12
<p>شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد.</p> <p>شهيتي للأكل أسوأ من المعتاد.</p> <p>شهيتي للأكل أصبحت أسوأ بكثير الآن.</p> <p>أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا.</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	13

الملحق رقم (7): الإحصاءات الوصفية المحصلة من برنامج SPSS

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
burnemo	227	32,3524	9,2569	,6144

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 30					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
burnemo	3,829	226	,000	2,3524	1,1417	3,5631

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
burmacha	227	10,9339	4,6838	,3109

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
burmacha	227	10,9339	4,6838	,3109

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 11					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
burmacha	-,213	226	,832	-6,6079E-02	-,6787	,5465

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
burnrealise	227	34,0837	7,8716	,5225

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 34					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
burnrealise	,160	226	,873	8,370E-02	-,9458	1,1132

Corrélations

		burnemo	burmacha	burnrealise	perstres
burnemo	Corrélation de Pearson	1,000	,533**	-,062	,363**
	Sig. (bilatérale)	,	,000	,351	,000
	N	227	227	227	227
burmacha	Corrélation de Pearson	,533**	1,000	-,179**	,354**
	Sig. (bilatérale)	,000	,	,007	,000
	N	227	227	227	227
burnrealise	Corrélation de Pearson	-,062	-,179**	1,000	-,189**
	Sig. (bilatérale)	,351	,007	,	,004
	N	227	227	227	227
perstres	Corrélation de Pearson	,363**	,354**	-,189**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,004	,
	N	227	227	227	227

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		burnemo	burmacha	burnrealise	psysoma
burnemo	Corrélation de Pearson	1,000	,533**	-,062	,461**
	Sig. (bilatérale)	,	,000	,351	,000
	N	227	227	227	227
burmacha	Corrélation de Pearson	,533**	1,000	-,179**	,188**
	Sig. (bilatérale)	,000	,	,007	,004
	N	227	227	227	227
burnrealise	Corrélation de Pearson	-,062	-,179**	1,000	-,259**
	Sig. (bilatérale)	,351	,007	,	,000
	N	227	227	227	227
psysoma	Corrélation de Pearson	,461**	,188**	-,259**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	,004	,000	,
	N	227	227	227	227

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		burnemo	burmacha	burnrealise	depress
burnemo	Corrélation de Pearson	1,000	,533**	-,062	,328**
	Sig. (bilatérale)	,	,000	,351	,000
	N	227	227	227	227
burmacha	Corrélation de Pearson	,533**	1,000	-,179**	,408**
	Sig. (bilatérale)	,000	,	,007	,000
	N	227	227	227	227
burnrealise	Corrélation de Pearson	-,062	-,179**	1,000	-,319**
	Sig. (bilatérale)	,351	,007	,	,000
	N	227	227	227	227
depress	Corrélation de Pearson	,328**	,408**	-,319**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,
	N	227	227	227	227

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ثبات أدوات البحث
استبيان إدراك الضغط

_REQUEST 6

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X21	74,8000	56,0101	,1646	,5856
X22	74,8500	55,6734	,2112	,5818
X23	74,9375	54,2112	,2252	,5782
X24	74,7375	57,2340	,0629	,5941
X25	74,7250	56,5310	,0389	,6020
X26	75,2000	53,1494	,3198	,5676
X27	75,0250	60,3032	-,2070	,6185
X28	74,8500	56,9139	,1084	,5903
X29	74,9750	54,5563	,2185	,5793
X210	74,7750	57,6196	,0138	,5993
X211	74,9250	57,6905	,0076	,5999
X212	75,2125	53,3593	,2663	,5728
X213	74,9875	55,9366	,1655	,5854
X214	75,2125	54,2454	,2961	,5727
X215	75,0250	54,9361	,1440	,5882
X216	74,8750	53,8323	,3197	,5698
X217	74,9375	57,7809	-,0061	,6019
X218	75,0125	51,1011	,4233	,5526
X219	74,8500	54,1291	,2259	,5781
X220	75,0000	50,5823	,3988	,5528
X221	74,8125	58,1543	-,0288	,6027
X222	74,8750	53,1994	,2700	,5722
X223	75,0250	54,9108	,2012	,5813
X224	75,1750	54,2475	,2640	,5749
X225	74,8750	58,0348	-,0587	,6171
X226	74,9500	55,6430	,2310	,5806
X227	75,0750	51,2601	,4409	,5520
X228	74,8250	54,6272	,2719	,5753
X229	74,7875	60,3720	-,1859	,6293
X230	74,9125	53,9796	,2285	,5776

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 30

Alpha = ,5934

الاحتراق النفسي حسب الأبعاد

الإنهاء الانفعالي

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X11	27,3000	39,2253	,5645	,6533
X12	26,3875	41,9112	,4163	,6856
X13	26,9500	39,1873	,5236	,6611
X16	25,8625	45,9682	,3125	,7053
X18	27,8000	42,3139	,3216	,7082
X113	28,2750	44,6576	,2408	,7235
X114	26,6625	40,8340	,4695	,6742
X116	26,8875	42,0758	,4303	,6829

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 8

Alpha = ,7157

تبدل المشاعر

_REQUEST 10

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X15	8,5250	12,9867	,4494	,5985
X110	8,1500	10,8886	,4890	,5690
X115	9,2625	13,3100	,4740	,5888
X122	8,0375	11,8087	,3990	,6365

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 4

Alpha = ,6652

تدنى الشعور بالإنجاز

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X14	29,4750	43,3918	,4510	,7595
X17	29,8750	42,1361	,5220	,7475
X19	29,4625	45,5682	,3890	,7686
X112	30,0000	43,5190	,4564	,7585
X117	29,7875	39,6631	,6600	,7229
X118	29,2750	40,2019	,6666	,7232
X119	29,5250	42,8348	,4762	,7553
X121	29,9000	46,3949	,2572	,7930

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 8

Alpha = ,7785

ثبات الاحتراق النفسي للمقياس ككل

>Note # 11943. Command name: RELIABILITY

>No SCALE subcommand was found. Scaling will be done on all specified
>variables.

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALL)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X11	78,1500	144,8886	,3105	,6820
X12	77,2375	149,0188	,1994	,6920
X13	77,8000	143,6810	,3189	,6809
X14	77,3000	152,5924	,1160	,6988
X15	78,9250	147,4627	,2778	,6852
X16	76,7125	148,3847	,3025	,6841
X17	77,7000	151,0481	,1587	,6952
X18	78,6500	137,1418	,4575	,6660
X19	77,2875	150,6125	,2017	,6914
X110	78,5500	142,3519	,3266	,6799
X111	78,5000	147,8228	,1699	,6967
X112	77,8250	153,7158	,0888	,7008
X113	79,1250	149,1741	,1756	,6946
X114	77,5125	136,8606	,5355	,6605
X115	79,6625	152,2517	,1557	,6948
X116	77,7375	140,2973	,4620	,6685
X117	77,6125	150,4429	,1722	,6942
X118	77,1000	152,1924	,1351	,6969
X119	77,3500	150,5089	,1714	,6942
X120	79,3250	136,8551	,4866	,6636
X121	77,7250	150,3538	,1606	,6956
X122	78,4375	146,3252	,2307	,6896

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 22

Alpha = ,6969

مقياس الأعراض النفسجسدية

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X41	50,2000	142,9468	,3846	,8715
X42	49,8625	139,3859	,4965	,8683
X43	50,7000	139,4785	,4061	,8710
X44	50,1750	140,1968	,3915	,8714
X45	50,3000	136,5165	,5216	,8671
X46	50,0625	137,0720	,4444	,8699
X47	50,3500	135,6481	,5507	,8661
X48	50,9125	138,5112	,3612	,8734
X49	51,3750	139,4019	,3615	,8729
X410	51,1750	132,5513	,5655	,8654
X411	50,8500	138,2557	,4827	,8685
X412	51,1125	138,8353	,4750	,8688
X413	50,7000	141,3266	,3676	,8720
X414	51,2625	135,1581	,5293	,8668
X415	51,7125	139,3720	,4190	,8705
X416	51,8375	134,7201	,5761	,8652
X417	51,6875	135,2049	,5729	,8654
X418	51,1750	135,6652	,5634	,8657
X419	51,7125	139,0682	,4676	,8690
X420	51,9000	143,6101	,3586	,8721
X421	51,9375	139,2745	,5287	,8675

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 21

Alpha = ,8745

مقياس الاكتاب

_REQUEST 13

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
-------------------------------------	---	--	-----------------------------

X51	6,1500	23,2430	,5490	,7138
X52	6,0875	22,8657	,5432	,7120
X53	6,1625	23,8340	,3925	,7276
X54	5,7750	23,1639	,2750	,7462
X55	6,1625	23,8087	,3963	,7272
X56	6,2250	25,3665	,2857	,7386
X57	6,2875	24,2581	,4050	,7278
X58	5,9375	22,4391	,4286	,7224
X59	5,4250	22,4247	,3217	,7412
X510	6,2500	25,9114	,1514	,7487
X511	5,5875	23,3847	,3038	,7393
X512	5,6875	22,8758	,4720	,7180
X513	6,1125	23,4176	,4204	,7242

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 13

Alpha = ,7455

إستراتيجيات المواجهة حسب الأبعاد

حل المشكل

_REQUEST 14

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X31	21,9875	12,9492	,4182	,5760
X34	21,5750	14,6525	,2972	,6112
X36	21,7625	13,9555	,3676	,5932

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
X314	7,4375	5,1606	,3296	,4625
X320	8,0875	6,0809	,2957	,4890
X326	6,7375	6,2214	,1960	,5686
X329	7,5500	4,7823	,4966	,3049

Reliability Coefficients

N of Cases = 80,0

N of Items = 4

Alpha = ,5373